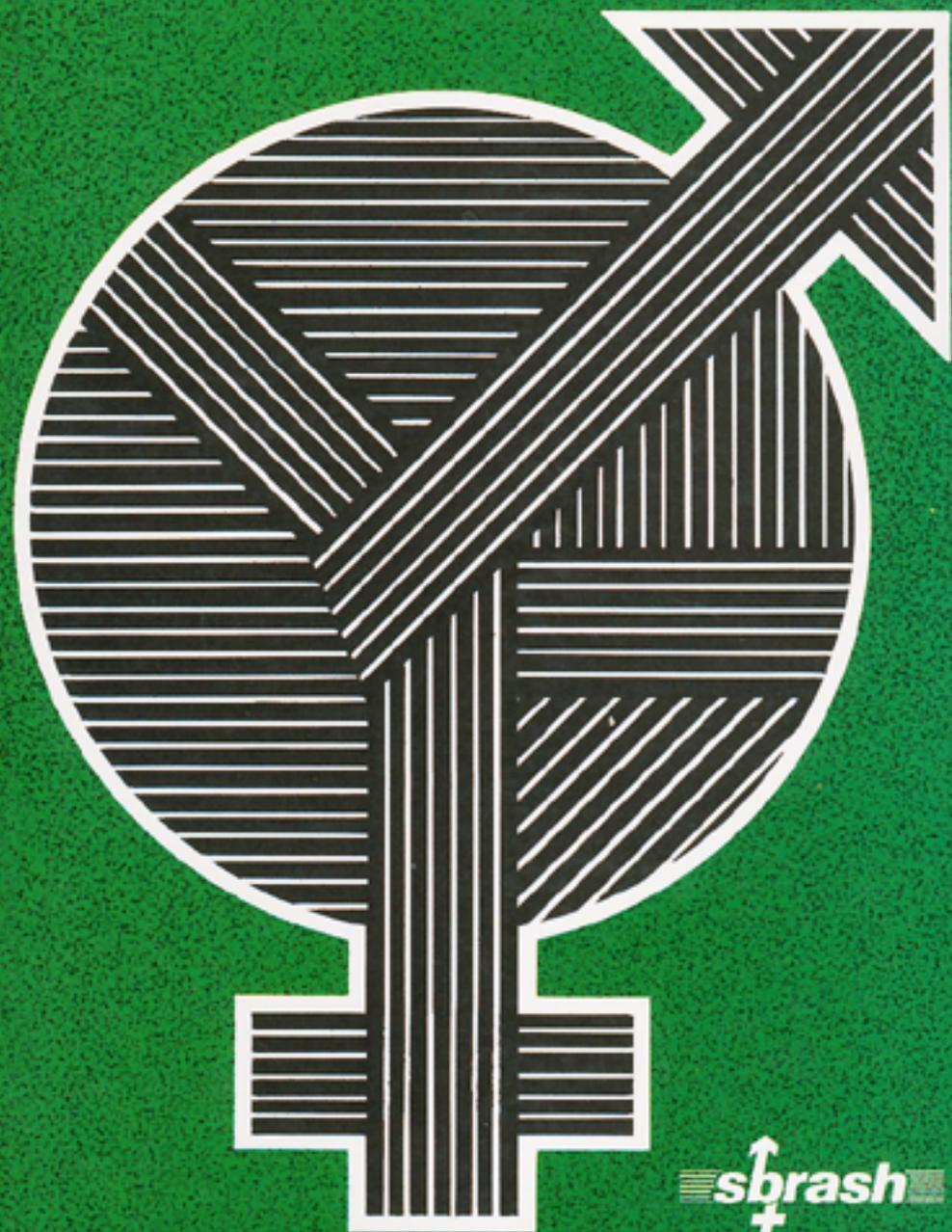


REVISTA BRASILEIRA DE  
**SEXUALIDADE HUMANA**

VOLUME III - N:1 - 1992



 **sbrash**

Revista  
Brasileira  
de  
Sexualidade  
Humana

**Volume III - Número 1 - Janeiro a Junho de 1992**  
**Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH**

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	11
------------------------	----

## **Opinião**

1. Da força e da Fragilidade dos Sexos.....	15
Nelson Vitiello	
2. Os Profissionais da Saúde e a Educação Sexual .....	23
Gerson Pereira Lopes; Leonardo G. do Nascimento; Wanêssa C. de Rezende	
3. Sexualidade e Enfermagem .....	27
Cristina M. L. Miranda; Very Regina S. Sobral	
4. Inadequação Sexual Feminina - Causas Psicossociais....	35
Odete Fiorda	
5. Farmacoterapia na Disfunção Erétil.....	39
Luiz Otávio Torres	
6. Proposta de um Programa de Orientação Sexual para Escolas Infantis e de 1° e 2° Graus.....	46
Maria Helena B. V. Gherpelli; Keiko Ogura Burali; Cornélio Pedroso Rosenburg	
7. Alguns Aspectos da História da Sexologia no Brasil.....	56
Ricardo C. Cavalcanti	

## **Trabalhos de Pesquisa**

1. Avaliação da Ejaculação Prematura.....	69
Oswaldo M. Rodrigues Júnior; Helena Peinado Freire; Moacir Costa; Ângelo Almansa Monesi	
2. Ejaculação Precoce: Análise dos Resultados de Trata- mento .....	83
Walkiria F. M. Silva	
3. Autoconfiança Sexual em Estudantes Universitários: Um Estudo Piloto Descritivo de Prevalência.....	92
Oswaldo M. Rodrigues Júnior; Maricy Zampieri de Lima; Carla Vanecha Cecarello	
4. Erotismo y Pornografía: ¿Una Cueston Objetiva o Sub- jetiva?.....	100
Pérez-Conchillo, M.; Borrás-Valls, J. J. y Moro-Ipola, M.	

5. Inibição do Desejo Sexual: Estudo Descritivo da Ocorrência e Implicação na Disfunção Erétil ..... 109  
Oswaldo M. Rodrigues Júnior; Teresa C. M. Amaral; Moacir Costa

### **Resumos Comentados**

1. Individuals Presenting without Partners at a Sexual Dysfunction Clinic: Psychological and Physical Morbidity and Treatment Offered..... 123  
Catalan, J.; Hawton, K. e Day, A., resumo e comentários de Oswaldo Martins Rodrigues Júnior
2. Relação entre o Modo de Masturbação da Mulher e a Atividade do Coito por um Orgasmo..... 126  
Leff, J. J. e Israel, M., resumo e comentários de Gerson Pereira Lopes
3. Gender-Role Orientation and Preference for an Intimate Partner ..... 128  
D'Agostinho, J. V. e Day, S. K., resumo e comentários de Oswaldo Martins Rodrigues Júnior
4. Ajustamento do Casal, Ciclo Menstrual e Conduta Sexual Feminina..... 130  
Edmon, A. e Vitaro, F., resumo e comentários de Gerson Pereira Lopes

# Editorial

## **A CRISE NOSSA DE CADA DIA E OUTROS TEMAS**

Apesar de todas as dificuldades e dos maus presságios de vários pessimistas de plantão, eis que a Revista Brasileira de Sexualidade Humana vai chegando já ao seu terceiro ano consecutivo, mantendo absoluta regularidade de publicação, apesar de não ter ainda a periodicidade que julgamos ser a ideal, isto é, a trimestral.

Claro que todos os nossos leitores sabem da crise econômico-financeira em que o país está mergulhado, pois sofremos todos os seus efeitos; o que talvez não saiba é o quanto os custos do papel, da impressão, etc. superaram, nesses três anos, a inflação. Apesar de tudo, com a colaboração da Editora IGLU, que estoicamente sofre conosco, e dos nossos anunciantes (poucos, mas fiéis), continuamos a editar esse que é o principal veículo dos trabalhos científicos dos sócios da SBRASH.

Por falar em SBRASH, espera-se que na próxima Assembléia-Geral ocorram importantes modificações estatutárias no sentido de dar mais agilidade a penetração à nossa Sociedade. A assembléia, que transcorrerá durante o IV Congresso Latino-Americano de Sexologia e Educação Sexual (IV CLASES) e IV Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, em Belo Horizonte, será também a última durante a gestão da atual Diretoria, cujo mandato expira em maio de 1993. Espera-se o comparecimento maciço dos sócios da SBRASH a esses Congressos, pois muito raramente teremos a oportunidade de ver reunidos em um conclave, no Brasil, tantos e tão representativos profissionais latino-americanos.

Para terminar esta breve mensagem da Secretaria de Publicações da SBRASH, gostaria de lembrar aos nossos associados que, pelo elevado custo, a RBSH é distribuída apenas aos que estão em dia com suas contribuições, sendo ainda necessário que qualquer mudança de endereço seja comunicada à Diretoria o

mais rapidamente possível, para que o recebimento da Revista e do Boletim Informativo seja assegurado.

Espero encontrá-los em Belo Horizonte. Até lá.

Nelson Vitiello  
Editor

Opinião

---

---

# Da Força e da Fragilidade dos Sexos

# 1

Nelson Vitiello<sup>1</sup>

A julgar pelo pouco que se conhece das condições de vida humana na pré-história, parece que a força física teve importante papel no desenvolvimento da chamada “superioridade masculina”. De fato, num tipo de grupamento social em que tudo, desde a liderança do grupo até a escolha dos melhores alimentos, era resolvido na base da força bruta, seria mesmo de se esperar que o conceito de “superior” fosse sinônimo de “mais forte”. Assim, pode-se aceitar que o grupo fisicamente mais forte (homens), conseguisse assenhorar-se de um poder sobre os elementos fisicamente mais fracos (mulheres), inclusive por serem eles os principais responsáveis pela caça e portanto pela alimentação.

O exercício do poder, dentro de um grupamento humano, sempre é gerido com base em conceitos aceitos, senão por todos (sempre houve contestadores!), ao menos pela maioria; e esse poder, historicamente, sempre se baseou no patriarcalismo, na discriminação das minorias a na detenção de bens (no capitalismo) ou posições políticas (no comunismo). Para bem compreender o tema abordado neste texto é necessário que analisemos, ainda que superficialmente, a instituição do patriarcalismo. Num parêntese, diga-se de passagem que nunca, em qualquer civilização, extinta ou não, se encontrou um exemplo sequer de matriarcalismo; o mais próximo disso a que nossa espécie chegou foi de, em algumas situações, dar-se à mulher uma relevância maior em itens particulares, como no reconhecimento da prole por linha materna, por exemplo.

---

1. Ginecologista Prof. assistente e doutor do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina do ABC (Santo André - SP).

Recebido em 12.6.91

Aprovado em 24.6.91

Nos primórdios da história, um perfodo conhecido como “proto-história”, as grandes potências civilizadoras se constituíram (somente no que tange à civilização ocidental) no vale do Nilo e na Mesopotâmia; a assim chamada “civilização cristã ocidental”, em especial, tem suas mais importantes fontes de origem na cultura hebraica.

Para quem se interessa pelo tema, independentemente de convicções religiosas, a leitura do Velho Testamento (do Pentateuco em particular) é bastante ilustrativa. A criação do Homem (Gênesis 1:27), sua queda (Gênesis 3:6), o uso da figura de Sarai por Abraão para conquistar as boas graças do Faraó (Gênesis 11:11), enfim, em um sem-número de passagens bíblicas se reafirma ser a mulher uma criatura inferior. Esse conceito é ainda vigente entre os judeus ortodoxos, para os quais até hoje a mulher menstruada é impura a não se admite que sequer se dá a mão ao cumprimentar representantes do sexo feminino! Entre as religiões cristãs, herdeiras diretas da tradição hebraica, podem-se ver (embora mitigados) resquícios destes conceitos machistas, não sendo as mulheres, por exemplo, consideradas dignas de exercer o ofício divino; as “freiras”, mesmo as de maior graduação, não podem ter o mesmo campo de atuação que os “padres” a nem detém os mesmos poderes, como perdoar pecados e officiar missas, por exemplo.

Os conceitos ligados a essa “indiscutível” superioridade vêm se perpetuando, sob diversas formas, há pelo menos seis mil anos, desde a instituição do “machismo” como instrumento de atuação do patriarcalismo, e obviamente têm amplas repercussões sociais. Não creio ser necessário que, aqui e agora, sejam enfatizadas todas as conseqüências dos conceitos machistas, por serem de todos conhecidas. Sob o tema a que nos propusemos abordar, entretanto, é importante que se os tenha presentes.

Embora em episódios isolados a de pouca repercussão, houve tentativas, na história da humanidade, de se rediscutir essa “indiscutível” superioridade masculina. Sempre foram, no entanto, situações particulares, vistas mais como curiosidades, como exemplos de “desejaste” de algumas mulheres e freqüentemente citados como fatos hilariantes. Outras vezes, quando o valor intelectual das mulheres envolvidas não podia ser negado - como foi o caso da poetisa Safo, da Ilha de Lesbos - os protestos femininos eram menosprezados sob o rio de “manifestações de homossexualidade”. Parece que o primeiro movimento feminino de maior repercussão foi o das “sufragistas”, mulheres que, no final do século passado e início deste, lutavam pelo “inconcebível” direito de ... votar! Os movimentos fe-

ministas mais importantes, no entanto, datam de apenas algumas décadas.

Como em todo movimento surgido como reação a uma situação de pressão, ocorreram alguns exageros, o que aliás é perfeitamente desculpável tendo-se em vista o tempo de duração e a intensidade da repressão sofrida pelas mulheres. Da justa luta pela igualdade de direitos e de oportunidades, algumas líderes feministas partiram para uma aberta “guerra entre os sexos”, chegando até a apregoar o preconceito inverso ao historicamente estabelecido, isto é, a “superioridade feminina”. Deve-se reconhecer, entretanto, que essas líderes extremistas foram poucas e de reduzida influência, embora ainda tenham seguidoras. Aliás, as revistas chamadas de “femininas” apresentam ideais de feminilidade em proporções tão avantajadas que, muitas vezes, geram sensações de culpa entre as leitoras, que se sentem “imperfeitas”. Afinal, quem é que consegue ser dona de casa impecável, mãe presente e compreensiva, excelente companheira, profissional de sucesso e amante ardorosa, tudo ao mesmo tempo?

A pergunta porém ficou: é a mulher um ser superior, que bondosamente admite a aparência de superioridade de atuação dos emocionalmente frágeis e moralmente indefesos homens? Ou a situação é a inversa, e os homens, de cima de sua incontestável superioridade, permitem que suas mulheres “brinquem” de feminismo - desde que isso não interfira com o serviço na cozinha, como dizem os participantes do Movimento Machista Mineiro. Tentemos, com um pouco de racionalidade, analisar essa questão, discutindo os aspectos físicos, intelectuais, emocionais e até sexuais.

No tocante ao físico, observa-se sem dúvida maior desempenho muscular entre os homens, a partir da média adolescência. Os homens em geral são mais altos, de maior envergadura e mais desenvolvida massa muscular, independentemente de treinamento condicionante. Seu maior diâmetro torácico, além disso, confere-lhe maior capacidade respiratória, com conseqüente aumento da resistência aos esforços físicos. Serão essas características, no entanto, vantajosas dentro de uma cultura altamente tecnológica como é a nossa, em que até para a simples defesa pessoal mais vale um “38” na mão do que grandes bíceps e treinos exaustivos em artes marciais? Parece-me ser muito discutível a superioridade masculina, se ela se basear apenas no aspecto da superioridade muscular.

A mulher, em outros aspectos ligados ao físico, leva incontestemente vantagem, desde o nascimento. De fato, em que pese a incidência de grandes malformações (incompatíveis com a vida) ser levemente maior entre fetos femininos, a mortalidade perinatal é superior entre os recém-nascidos masculinos. As mulheres apresentam, durante

todo o decorrer da vida, outras vantagens do ponto de vista físico, como menor incidência de problemas cardiovasculares e moléstias degenerativas, por exemplo, tendo no mínimo a mesma resistência que os homens às infecções. Mesmo se considerando as causas ligadas à gestação e ao parto, que representam grandes problemas para as mulheres (e aqui o dano não é habitualmente ocasionado por fragilidade feminina, mas sim por uma precária assistência médica), a expectativa de duração da vida é superior entre as mulheres em todos os países. Parece-me por isso que a tão propalada superioridade física do homem prende-se apenas à força muscular, não sendo tão vantajosa quanto se quer fazer crer, ao menos em sociedades como a nossa.

Do ponto de vista intelectual existem, comumente, evidentes diferenças até mesmo na forma de exercitar a ideação. Os homens, mais freqüentemente, pensam por um mecanismo que os estudiosos denominam de "lógica dedutiva", enquanto a maioria das mulheres utiliza-se mais de uma "lógica indutiva". Ninguém sabe dizer, entretanto, até onde essa diferença é condicionada pelo "equipamento" neurológico disponível, isto é, o cérebro, ou ocasionada pelas condições sociais ligadas ao modelo de educação vigente. É habitual que se reconheçam diferenças entre os mecanismos intelectuais dos dois sexos; mesmo admitindo que isso seja verdade, quem garante que um ou outro mecanismo seja superior? Não seriam ambos apenas "diferentes"? Para complicar ainda mais o assunto, é de usual observação que muitas mulheres em determinadas situações pensam dedutivamente, sendo também o inverso verdadeiro. O que se pode concluir, apoiando-nos em um sem-número de exemplos, é que na dependência de estímulos ainda não muito bem estudados e em situações de não cerceamento da liberdade de criar, homens e mulheres podem se sair igualmente bem em qualquer atividade, desde a arte até a guerra e desde a culinária até a física nuclear, para o bem ou para o mal.

Ao analisarmos o componente emocional do ser humano encontraremos também amplas diferenças, mas ainda aqui ficamos com a dúvida de como valorizar a influência do meio. É saber comum que as mulheres são mais emotivas, têm maior dificuldade de se abstrair de seus sentimentos quando julgam alguém ou algo, são mais instáveis, etc., etc. Até onde tudo isso não passa de um modelo de ideal feminino a ser alcançado, de um paradigma imposto pelos homens? Até onde o comportamento instável de chorar frente a um pneu furado não passa de um comportamento aprendido, com a intenção, manifesta ou inconsciente, de atrair as atenções de algum "machista" empedernido que se compadeça daquela criaturinha infe-

rior a indefesa, e se proponha a trabalhar por ela? No tocante aos homens, ainda no campo emocional, que riqueza de expressão de sentimentos não perdemos nós, “machões”, só porque “homem não chora”? Quanto nos custa, em termos de saúde mental, a posição de criaturas inabaláveis, que não manifestam sofrimento frente à perda de um ente querido, não se abalam frente ao risco físico, não têm medo, estão sempre seguros, são “durões”? Será que a manutenção do modelo social vigente compensa essas perdas vivenciais?

Mesmo a discriminação econômica que as mulheres sofrem, sendo pior remuneradas no mercado de trabalho, acaba por não se constituir em vantagem para o sexo masculino, pois o mesmo machismo que faz com que sua mãe, sua irmã ou sua esposa seja subempregada, ao mesmo tempo reduz a renda familiar e obriga o “homem da casa” a se desdobrar e a trabalhar mais.

É do ponto de vista do **exercício da sexualidade**, no entanto, que a superioridade da mulher torna-se mais evidente. Exceto pela impossibilidade de cometer estupro - coisa que dificilmente se constitui em desvantagem - as mulheres têm uma série de vantagens na atividade sexual, ao menos biologicamente. Se as condições sociais, em especial a repressão da sexualidade, atuam mais sobre as mulheres, é outro assunto; biologicamente, essa superioridade é marcante.

Emocionalmente falando, o relacionamento sexual é mais rico e compensador para as mulheres, que habitualmente se apresentam mais coerentes em seus afetos, envolvem mais sentimento em uma relação e colocam mais afeto nas manifestações de sua sexualidade. Para as mulheres (claro que falando genericamente) os aspectos afetivos a emocionais de um relacionamento ganham uma relevância muito maior, numa dimensão de união prazer-afeto que a maioria dos homens não experimenta (claro que também aqui falando de maneira genérica).

Biologicamente o sexo feminino apresenta uma série de vantagens. Em primeiro lugar, diferentemente dos homens, as mulheres foram aquinhoadas com uma disposição anatômica à “prova de falhas”; para elas, mesmo quando não existe desejo nem excitação, o coito é possível, sendo necessário quando muito um pouco de creme lubrificante. Acrescente-se a essas características a possibilidade de usufruir de uma fase de resolução (pós-orgasmo) curta ou até inexistente; finalmente - oh! inveja! - possuem elas a capacidade, negada ao comum dos homens, de experimentar orgasmos múltiplos! Não, decididamente, fomos prejudicados!

É importante, entretanto, quando se analisam ou comparam essas características entre os sexos, não esquecer que, muito (mas muito mesmo!) diferentes são os discursos a as práticas. É muito fácil

ser liberal nas palavras, nas opiniões e até mesmo quando a pessoa sobre quem estamos tratando não é “nossa” filha, ou “nossa” mulher. Está mesmo na moda, é “moderninho”, exibir de público um discurso liberado e liberalizante, discorrendo sobre a “fragilidade” do homem. Quando porém estamos lidando com situações que nos atingem diretamente é muito difícil para todos nós, homens e mulheres, manter esses conceitos.

O racional nos diz que a tão propalada superioridade masculina é um mito; o nosso emocional, no entanto, tem ainda muita dificuldade em se adaptar a essas novas situações. Não nos esqueçamos que somos todos frutos do meio, e que muitas das maiores “machistas”... são as próprias mães, que ensinam a seus rebentos masculinos que “homem não chora” e que juram que meninos preferem brincadeiras mais ativas e mesmo violentas por instinto, porque “homem é assim mesmo”. Aliás, num parêntese, é uma experiência comum a nós ginecologistas do sexo masculino ouvirmos de nossas pacientes que elas nos procuraram por sermos homens, já que não confiam em médicas mulheres !

No tocante às atividades profissionais essa divergência entre discurso e ação é muito visível. Na maioria das empresas, por exemplo, existe um patamar máximo de carreira ao qual mulheres podem aspirar; acima desse nível, **quaisquer que sejam suas capacidades ou méritos**, nunca serão promovidas, por serem... “simples mulheres”.

O simples fato de mulheres progredirem em suas carreiras profissionais, galgando postos um pouco mais elevados ou sendo convidadas a exercer cargos de maior responsabilidade é suficiente para que sejam alvo de suspeição. Amigos e colegas logo começam a lançar dúvidas sobre os reais motivos dessa promoção e, pasmos, já ouvimos de outra mulher comentários do tipo “certamente dormiu com o chefe”, referindo-se a uma colega recém-convidada a chefiar um departamento.

Até o relacionamento profissional fica muito difícil quando “o chefe” é uma mulher e o subordinado um homem. Mesmo dentro de um núcleo familiar, se a esposa ocupa um cargo melhor ou se ganha mais do que o marido, o casamento periclitá!

Em termos de desempenho sexual, a maior liberdade que (teoricamente) vem sendo concedida às mulheres tem desencadeado uma verdadeira onda de pânico nas hostes machistas. Antes de mais nada existe uma total impossibilidade em aceitar que a mulher possa ter o mesmo “direito” de ser infiel; embora em situação de conflito e de culpa, a imensa maioria dos homens, bem lá no fundo de sua consciência, arroga apenas para si essa prerrogativa. A própria atitude

de maior agressividade sexual que muitas mulheres hoje adotam é vista como uma ameaça, pois de caçadores que tradicionalmente foram, os homens estão se sentindo caçados.

Vivemos sem dúvida numa época difícil, em que os preconceitos machistas existem, são exercidos, mas ao mesmo tempo são negados pela maioria dos homens e das mulheres que se julga extremamente liberal. A luta é árdua, pois todos sabemos o quanto é difícil harmonizar o racional com o emocional. De nada adianta negar que somos o que somos; dizer “não tenho preconceitos”, além de ser inverídico é sem dúvida fugir à realidade. O ajuste certamente virá com o tempo; durante algumas gerações, entretanto, conviveremos ainda com essa dicotomia entre opinião e atuação, entre ter vontade de ser liberal e a dificuldade em livrar-se desses conceitos. A atual geração de adultos, a quem sabe quantas ainda no porvir, terá que lutar incessantemente para combater esses preconceitos que, inculcados em nós pelas gerações que nos precederam, deixaram profundas marcas em nossas personalidades.

De tudo o que foi dito a conclusão que se pode chegar é a de que existem, hora para um, hora para outro sexo, vantagens em alguns setores, sendo as diferenças que habitualmente se distinguem ligadas mais a condicionantes socioculturais do que propriamente ao sexo biológico.

Parece claro (ao menos a mim parece!) que não se pode falar em “superioridade” masculina, como tampouco em “sexo frágil”, referindo-se a um ou outro sexo; tanto quanto não se pode comparar coisas diferentes em termos de julgamento de valor, também não se pode taxar de “superioridade” a posse de uma ou outra característica vantajosa. Sem querer parecer piegas ou “fazedor de média”, julgo que só a união afetiva (amor?) de portadores dessas diferentes características pode levar homens e mulheres a usufruir das vantagens que cada um possa ter e, dessa união de características vantajosas, tirar o que de melhor elas possam nos trazer.

**BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

1. FALCONET, G. & LEFAUCHEUR, N. A *Fabricação dos Machos*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1977.
2. GOUVEIA, M. H. "A Influência dos Meios de Comunicação no Desenvolvimento da Sexualidade". *RBSH, 1:1*, 29. São Paulo, Ed. IGLU, 1990.
3. SAFIOTI, H.1. B. *O Poder do Macho*. São Paulo, Ed. Moderna, 1988.
4. VALADARES, N. A *Condição Feminina*. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, Edições Vértice, 1988.
5. VIEZZER, M. *O Problema não está na Mulher*. São Paulo, Cortez Editora, 1989.
6. VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Ed. Roca, 1989.

# Os Profissionais da Saúde e a Educação Sexual **2**

---

Gerson Pereira Lopes<sup>1</sup>  
Leonardo Goodson do Nascimento<sup>2</sup>  
Wanêssa Câmara Rezende<sup>3</sup>

*“É uma ilusão crer que existe o especialista impessoal.”*  
Danilo Perestello

As dificuldades encontradas pelo profissional de saúde relativas à educação em sexualidade de seus clientes são óbvias a parer. i do fato de que durante a sua graduação e pós-graduação pouca ou nenhuma formação foi oferecida a ele. Acrescido a este fato observamos uma inabilidade em lidar com a sua sexualidade. É a velha história: “como ouvir o outro se não sou capaz de me ouvir?”

Por outro lado, este se vê cada vez mais pressionado a dar alguma ajuda a um cliente ou casal com inadequação sexual ou com dúvidas em orientação sexual a seus filhos.

Em resumo, “conflitos emocionais sérios, angústias, sentimentos de culpa a repressões são, muitas vezes, diretamente decorrentes da ignorância e/ou das vivências do profissional no que concerne à sua própria sexualidade. Lamentavelmente, ao invés de orientarem no sentido libertador da palavra, transmitem a reforçam preconceitos enraizados em nossa sociedade” (FUCS, G.).

Portanto, os profissionais de saúde devem ou não abordar as queixas sexuais? Seriam ajudadores efetivos ou agentes iatrogênicos?

Sabendo dos problemas inerentes a este tipo de relação terapêutica, os autores elaboraram um projeto de treinamento para os profissionais de saúde (dois grupos de quarenta pessoas) da Asso-

---

1. Diretor do Centro de Educação em Saúde "Ricardo Cavalcanti" (Belo Horizonte - MG) a chefe do setor de sexologia do Hospital Mater Dei.

2. e 3. Estagiários do Centro de Educação em Saúde "Ricardo Cavalcanti" e setor de sexologia do Hospital Mater Dei.

Recebido em 17.6.91

Aprovado em 26.6.91

ciação Beneficente dos Empregados da Belgo Mineira (ABEB), que consistia em dinâmicas de grupo (caráter informativo ou de enriquecimento interpessoal), estudo dirigido, painéis, simpósios e palestras sobre aspectos biopsicossociais (desenvolvimento psicosexual, puberdade e adolescência, namoro, virgindade, masturbação, homossexualismo, desvios a disfunções sexuais, abordagem diagnóstica e terapêutica, etc.). Este programa apresentava uma duração de vinte horas.

A dinâmica introdutória foi feita em dois grupos onde um deles defendia a necessidade de se abordar as queixas sexuais dos clientes no ambulatório, e o outro sobre o porquê de não dever abordá-las.

As conclusões do primeiro grupo mostraram que:

1. Há melhora na relação médico-cliente;
2. É uma oportunidade para o paciente que por um motivo ou outro não consegue abordar o motivo com alguém;
3. O profissional vive cotidianamente o problema por lidar com um número muito grande de queixas nesta área e é geralmente a primeira pessoa a ser abordada;
4. A literatura leiga tem levado as pessoas a questionar o assunto a pensar de forma distorcida;
5. Existem mitos, credences e tabus culturais;
6. Há uma correlação entre o problema sexual e a queixa principal do paciente.

Os profissionais de saúde NÃO deveriam abordar as queixas sexuais dos seus clientes porque:

1. Não têm uma formação específica para o assunto devendo encaminhar ao especialista (sexólogo);
2. As condições de trabalho e o tempo restrito impedem a abordagem;
3. Poderiam despertar emoções que o cliente não quer viver;
4. A desmotivação é decorrente da falta de formação na área;
5. A resistência é muito grande por parte do cliente.

Em outros momentos tivemos a oportunidade de desenvolver esta dinâmica com ginecologistas e sempre é colocada a necessidade de começar a minimizar os problemas na esfera sexual bem como o preparo para responder ao apelo erótico da mídia. Urge o ensino de sexologia nas faculdades e residências médicas, é o que relatam os profissionais.

O término do treinamento visava a tentativa de elaborar um programa de saúde sexual (quadro abaixo) que deveria ser instituído a partir de então.

**PROGRAMA DE SAÚDE SEXUAL**

<b>Departamento de Investigação Sexual</b>	<b>Departamento de Educação Sexual</b>	<b>Departamento de Sexologia Médica e Psicológica</b>
Elaboração de planos de trabalho e pesquisa de acordo com suas possibilidades e prioridades.	Promover a implantação da Educação Sexual a nível formal assim como a nível informal.	Promover cursos de capacitação em terapia sexual.
Pode-se ter financiamentos de acordo com recomendação pre-estabelecida.	Organizar cursos de atualização e/ou capacitação.	Organizar sessões clínicas dentro de uma abordagem multidisciplinar.
Serão feitas comunicações preliminares e definitivas em sessões científicas, congressos nacionais e internacionais, sobre os trabalhos efetuados.	Trabalhar os problemas derivados de uma deficiente educação sexual (anti-concepção, aborto e gravidez em adolescentes, DST/AIDS, disfunções sexuais).	Incluir a discussão sobre a sexualidade no hipertenso, cardíaco, diabético, na grávida, etc.

Como reflexão final, propomos o texto de Eugene T. Gendlin, psicólogo que nos mostra que ser efetivo não depende apenas do saber a técnica diagnóstica a terapêutica mais atuais.

“Quando me sento junto de alguém, sei que isso é alguma coisa, mesmo que eu nada tenha de valioso a dizer. Não necessito da evidência constante de que sendo efetivo é útil. Posso apenas me sentar e oferecer minha companhia. Já vivi situações em que minha dor não podia ser compreendida, mas em que me sentia confortável apenas estando com alguém realmente disponível para mim, que nada exigia, alguém que não podia compreender meu coração dilacerado, mas que era uma companhia - como um lugar aonde ir quando se está fraco ou só -, uma presença humana...”

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. GENDLIN, E. T. apud MOUSTAKAS, C. E., "Finding Yourself, Finding Others". Englewood Cliffs, Prentice. Hall, 1974.
2. FUCS, G. A Educação Sexual a os Profissionais que Lidam com a Saúde e o Comportamento Humano. CM. 6(2): Ag. 1984.
3. LOPES, G. P. Sexualidade Humana. Rio de Janeiro, Medsi Ed., 1989.

# Sexualidade e Enfermagem **3**

---

Cristina Maria Loyola Miranda<sup>1</sup>  
Vera Regina Salles Sobral<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa de campo de método qualitativo, utilizando-se como técnica de trabalho a observação participativa registrada sistematicamente em diários. Os dados foram analisados com vistas à discussão das representações da expressão da sexualidade e dos significados das relações de poder nas categorias envolvidas, buscando-se determinar a lógica e a racionalidade que apóia ou reproduz a ideologia destes comportamentos dentro de instituições de ensino e de assistência à saúde. A enfermagem busca através do alibi da tarefa a sustentação para uma prática disciplinada e neutra de emoções.

## **1 - SEXUALIDADE E PRÁTICA SOCIAL DA ENFERMAGEM**

Na última década, a enfermagem no Brasil tem demonstrado uma preocupação crescente em repensar a sua prática, à luz de uma perspectiva histórico-social, o que vem se caracterizando em vários trabalhos publicados como os de GERMANO(1), SILVA(2), ALMEIDA(3), REZENDE(4), LOYOLA(5) e PIRES(fi).

Esses trabalhos são, em suma, análises críticas sobre a profissão e a crise por ela vivida - crise política, ideológica, quantitativa e qualitativa.

- 
1. Enfermeira/Mestra em Ciências Políticas/Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
  2. Enfermeira/Mestra em Enfermagem Psiquiátrica/Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Recebido em 26.8.91

Aprovado em 4.9.91

O poder, capitaneado por FOUCAULT(7), parece ser o fio condutor desses estudos porque a própria enfermagem moderna, ao tentar se incorporar ao projeto de racionalidade científica, no século XIX, com Miss NIGHTINGALE, também utilizou-se do dispositivo disciplinar como eficaz mecanismo de controle das chamadas sociedades modernas (as de economia capitalista).

É o tripé da vigilância constante, localização de um espaço individualizador, classificatório e do registro contínuo produzindo um saber a um poder.

Ao analisar as práticas das sociedades capitalistas que exigem uma intensificação da força do trabalho, percebe-se que a repressão social procura encaminhar o corpo não só para o aumento do rendimento na produção de bens a serviços mas também para uma maior docilidade política, escamoteando a necessidade da livre expressão energética a consequente produção do prazer.

É a sexualidade como dispositivo moderno, como assegura FOUCAULT(8). Sexualidade não designando apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades desde a infância que proporcionam um prazer irredutível, a satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental, tal como a fome, a respiração, a função de excreção, entre outras a que se encontram, a título de componentes, na chamada forma “normal” do amor sexual.

Sexualidade como a forma do indivíduo se comportar e interagir com o mundo.

Sexualidade é pulsão de vida e inerente a todo indivíduo em qualquer momento de sua vida, seja pessoal ou profissional, seja pública ou privada, seja sadia ou doente.

Más na enfermagem a sexualidade tem sido apenas uma questão reprodutiva.

Como instituição social a enfermagem é, segundo KRIZINOFSKI(9), a única profissão que tem permissão social para tocar o corpo do outro - qualquer parte do corpo do outro. Essa “autorização” social para manipular o corpo do outro assegura, ao coletivo da enfermagem, um poder incontestável, embora ainda não completamente percebido, entendido e utilizado como instrumento terapêutico.

SOBRAL(10) afirma que ao entrar no hospital o indivíduo, e o seu corpo, participa de outros códigos e rituais, com novos estímulos para a sua sexualidade. Porém, passa a ser percebido e tratado apenas como o objeto da doença/cura e não mais como objeto do prazer, devendo permanecer nu ou de camisola para uma

manipulação freqüente e mais fácil por parte dos profissionais de saúde - principalmente os da enfermagem.

Este pressuposto - a "passagem mágica" do corpo prazer/corpo doença - nega a possibilidade do desejo (que é só emoção), tanto para a enfermeira como para o enfermo: mascara a situação para os dois e dá à enfermeira um bom álibi para sua postura asséptica e assexuada.

Qualquer lampejo de desejo leva à fuga ou à palavra, que como código que é, apaga a emoção e permite a censura, tornando o desejo inacessível, conforme aponta OLIVENSTEIN(11).

Para as enfermeiras as necessidades sexuais não existem ou estão ligadas, habilmente, à limpeza e higienização dos órgãos sexuais.

Assim, purificadas, as enfermeiras parecem ter enorme dificuldade de interagir terapeuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria.

## 2 - METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa, um trabalho de campo com registros sistematizados em diários de campo pelas enfermeiras alunas dos Cursos de Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, num total de oitenta horas de registros que envolviam relações entre aluna/professora/enfermeiro/enfermeira entre si ou, pelo menos, dois a dois.

A discussão dos dados foi realizada a partir de três categorias: DISCURSO, SEXUALIDADE, DISCIPLINA que se contemplam, se subsidiam, se interligam e existem em função e/ou em detrimento umas das outras. Para facilitar o entendimento, apresentaremos cada um de *por si*.

## 3 - UM OLHAR BEM DE PERTO

**Do Discurso** - Dentro da instituição hospitalar a voz e a prática da enfermeira vão reproduzir a voz das professoras nos órgãos formadores - um eco organizado.

A tarefa a ser realizada é um fim em si mesma. O discurso "holístico" é a prática dos pedaços a cuidar, como mostra o relato abaixo:

"a auxiliar de enfermagem entra falando alto: dona S. (enfermeira) vou botar um papelzinho dizendo para não deixar a perna do seu J.M. na grade da cama. Fui virá-lo agora e tinha um 'buraco' na perna dele.

A enfermeira riu a disse: - coloca um bilhete assim: favor não deixar a minha perna na grade. A auxiliar de enfermagem respondeu: - vou escrever assim: favor tomar cuidado com a perna do negão. “

Além de um fim em si mesma, as tarefas são divididas entre a “equipe” de enfermagem, à qual se passa um chamado “processo de enfermagem”, prescrição de enfermagem de um cliente atemporal, sem passado e sem presente, pasteurizado na prescrição dos cuidados de enfermagem que são executados sem atender a individualidade de cada cliente. Aqui o exemplo é simplesmente patético:

“a xícara de chá colocada na mesa ao lado de um paraplégico. “

No hospital, as mulheres se transformam em “pacientes do sexo feminino” e pequenos constrangimentos não podem ser vividos:

“um paciente nu com a toalha no colo e uma saboneteira, tudo quase caindo. O paciente exposto é empurrado bravamente até o banheiro por uma aluna.”

A bússola orientadora do relato acima é o banho em si - a tarefa realizada - que dificilmente vai superar o constrangimento de andar quase nu pela enfermaria e ser visto por todos.

A emoção não encontra eco nas tarefas da enfermeira, pelo que percebemos nos diários a por estas singularidades ligadas à pessoa. Não há para ela tratamento, cura, prescrição ou mesmo atenção dentro do modelo biomédico. A necessidade é imediatista, a produção de efeitos a curto prazo: se está sujo, dá-se banho ou troca-se o curativo; se está com dor, dá-se analgésico SOS.

É o reducionismo do raciocínio causa e efeito que delimita e organiza as atividades de toda a equipe de saúde.

E esta prática confirma antigas *questões ainda* não resolvidas, como a postura ética em relação ao paciente, que pressupõe atitudes respeitadas a recíprocas de não instrumentalização do paciente, o que ainda não foi absorvido no cotidiano hospitalar.

**Da Sexualidade** - O estudo mostrou formas de expressão da sexualidade que se iniciam através da expressão corporal, do toque e de questões ligadas à identidade sexual. Todas estas formas parecem levar à construção de álibis de interdição do desejo a da emoção:

“o paciente acompanhou-me com os olhos. Parei e acenei com a mão. Ele respondeu e continuou acompanhando-me com os olhos. Fui até

seu leito. Ele estendeu a mão para mim. Peguei na sua mão e ele apertou a minha. Perguntei como ele estava se sentindo. Ele continuou me olhando e depois de alguns segundos disse: “É, tá bom. Sorriu e soltou a minha mão. Eu sorri também. Uma aluna se aproximou, olhou para mim e sorriu também.”

Parece quase patético tantos sorrisos e o fato de alguém estar hospitalizado e mesmo assim afirmar, com um sorriso, que está bem. Este sorriso, nas cenas do hospital, é mais um “esgar” de contração muscular socialmente aceito a até cobrado. Não é a expressão de uma emoção, de um sentimento. Talvez seja mais uma forma da enfermeira homogeneizar a prática das relações da “pseudo-paz”.

Outro ponto importante, que rompe com a “esterilidade” hospitalar é o olhar. O poder do olhar nas relações é inegável - inúmeros seminários já foram realizados só para discutir o olhar.

Neste estudo, evidenciou-se o olhar desviante, aquele que não encara, que olha para frente em detrimento da pessoa que está à sua frente.

Olhar alguém de frente é criar a oportunidade do encontro no conhecimento do outro, pelo outro e vice-versa; possibilidade de ser ouvido, entendido, sentido a respondido - sem disfarces - numa verdadeira relação, com emoção, que abre a porta para o desconhecido e, portanto, não pode ser disciplinado. Sendo assim, o olhar é habilmente evitado. E quando evitado, um outro bom álibi.

O toque recebeu neste estudo vários significados:

- pedido de desculpa - “pisou no pé e deu um toque no meu cotovelo”;
- como despedida - “tocou meu cotovelo e saiu”;
- pedido de atenção - “tocou meu cotovelo levemente e perguntou a hora”;
- como cumprimento - “passou por mim, tocou meu cotovelo e não disse nada”;
- como concessão profissional - “a médica tocou a sua mão e disse: - agora chega”.

Toques que asseguram o respeito e interditam o desejo e a emoção. Não há nenhuma relação afetiva. Nenhum registro do toque terapêutico, que transmite força, carinho, compreensão, solidariedade - o toque da emoção, como mostra MONTAGU(12).

É possível que um toque diferente possa pôr em xeque a questão do desejo, da emoção, isto é, da sexualidade. É permitido tocar qualquer parte do corpo do paciente desde que não seja recíproco e seja para realizar uma tarefa ou “cuidado”. Se aparecer a emoção é preciso criar álibis.

Agora uma breve análise do banho no leito:

“quando estão dando banho no leito a maioria (das alunas) fala que ...‘a senhora ou o senhor vai ficar mais fresquinho, limpinho, cheiroso’ - mas não tem sabonete e nenhum perfume. O paciente se remexe, faz caretas, já se passaram vinte minutos e a aluna justifica: ‘está quase acabando’ - mas ainda falta a metade...”.

Socialmente o banho é um momento de privacidade que tem a função de higienizar o corpo através da manipulação de suas partes. Urbanamente falando, o banho é guardado a duas portas: a do box e a do banheiro. No hospital, o banho no leito desnuda não só o corpo do outro como também o ritual da privacidade.

Para manter a assepsia de emoções do hospital, no banho no leito, o ritual de higiene feito pelo outro tem que ser percebido pelos dois, enfermeira e paciente, como a lógica da causa a efeito - o corpo está sujo e precisa ser limpo. Esta lógica assegura a interdição do desejo porque inibe a emoção. Daí a necessidade de se criar fatos que facilitem o desempenho de forma mais objetiva e imediata: “mais fresquinho, mais limpinho...”. Assim, um banho no leito, com pouca ou quase nenhuma privacidade se torna assexuado, como se assexuados estivessem os dois agentes nele envolvidos - sem dúvida um bom álibi.

**Da Disciplina** - Na realidade, o dispositivo disciplinar permeia quase todas as atividades do cotidiano na instituição hospitalar, quer no controle dos corpos, na sua pureza, apresentação a inserção nos espaços, quer no registro contínuo a na vigilância constante. Sem esta trama seria muito custoso ao hospital moderno manter o seu status privilegiado de produção a reprodução do saber médico.

O prontuário do paciente ainda não é de fácil acesso para o usuário, dependendo mais de decisões individuais do que das disposições do código de ética médica. No entanto, o prontuário substitui o próprio paciente como fonte de informações, mesmo na sua presença. Passa a ser um legítimo produtor de verdades a partir do registro em código da vida de um indivíduo - dupla interdição: ao acesso e ao código.

De fato, a estruturação das regras do hospital moderno o transformou numa instituição construída para atender as necessidades administrativas que viabilizem o trabalho da equipe de saúde. O paciente a suas singularidades tende a ser completamente anulado e mesmo excluído se atrapalhar a rotina do hospital.

A enfermagem desempenha um papel tímido, porém essencial, neste contexto. No hospital geral, na sua “função” de reprodutora do saber médico, a enfermagem prepara e mantém o corpo do paciente

para a ação dos outros profissionais. É a única profissão que cuida do paciente já que os outros profissionais só a visitam.

#### 4 - E PARA ONDE VAMOS?

Sintetizando, o cuidado de enfermagem prestada no hospital parece ter incorporado algo mais eficaz do que o dispositivo disciplinar. A questão norteadora da função da enfermeira é a execução de uma tarefa imediatista e com um fim em si mesma. Uma tarefa que não permite o espaço para qualquer reflexão, emoção, solidariedade e prazer. A lógica condutora e reprodutora desta proposta é a mentalidade constituída da noção de causa e efeito. O contato físico entre os agentes sociais é o toque no braço; o olhar não é direcionado às pessoas mas fixo e em frente; o sorriso simboliza uma máscara social, patética a sem emoção e o banho no leito transformou-se numa lista de passos e de técnicas, enumerados em qualquer manual de enfermagem.

E para finalizar, uma questão:

- HÁ QUE SE TER PRAZER EM FAZER ENFERMAGEM, EM SER ENFERMEIRA. MAS EM QUE ESPAÇO?

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GERMANO, R. M. *Educação a Ideologia de Enfermagem no Brasil*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1985.
2. SILVA, G. B. *Enfermagem Profissional, Análise Crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
3. ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. C. *O Saber da Enfermagem a sua Dimensão Prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
4. REZENDE, A. L. M., *Saúde, Dialética do Pensar e do Fazer*. São Paulo, Cortez, 1986.
5. LOYOLA, C. M., *Os Do(ce)is Corpos do Hospital*. Rio de Janeiro, U.F.R.J., 1988.
6. PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e na Enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1986.
7. FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I - A Vontade do Saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
8. \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
9. KRIZINOFKI, M. T., *Sexualidade Humana y Practica de la Enfermeria In: Clínica de Enfermeria de Norte America*. Interamericana, México.

10. SOBRAL, V. R. S., *et alii*. A Navegação da Sexualidade nas Práticas Assistenciais de Enfermagem. *Cadernos de Enfermagem*, ABEn-R. J. n° 2:2-6, 1989.
11. OLIVENSTEIN, C. *O Não Dito das Emoções*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.
12. MONTAGU, A. *O Tocar - O Significado Humano da Pele*. São Paulo, Summus, 1988.



sia-se qualquer coisa, verdadeira ou falsamente, mas a sensação raramente erra: é difícil sentir errado, embora seja fácil interpretar erradamente os sentimentos. Assim, os tabus sexuais tornam-se fortes para os jovens, a ponto de interferir em seu comportamento sexual até na fase adulta.

A inadequação sexual feminina, dentro desse quadro, pode ter uma causa orgânica em 20 a 40% dos casos, sendo os restantes de fundo psicossocial.

Uma das mais freqüentes causas é a vigência de mitos e tabus quanto à filosofia e à anatomia sexual. Frases do tipo: "O hímen é a prova da virgindade", "Não se pode lavar a cabeça durante a menstruação", "Se a mulher se masturba pode ficar viciada" ou "Não ocorre gravidez na primeira relação sexual", são amostras freqüentes desse tipo de desinformação. O impulso sexual é também vítima freqüente desses tabus, expressos em frases do tipo: "A mulher tem menos necessidade do que o homem" e "Algumas mulheres são frígidas por natureza".

Devemos realçar a importância de conhecer o próprio corpo para um bom relacionamento sexual, pois se não o conhecermos dificilmente poderemos usufruir do prazer de um relacionamento e passá-lo ao nosso parceiro.

Enfim, o que vêm a ser "tabus"? São idéias errôneas, sem correspondência com a realidade, transmitidas como verdades. Quando não questionados ou corrigidos, acabam ritualizados pela vida social, onde permanecem até serem substituídos por outros.

Outros fatores freqüentes de disfunções sexuais são:

Crenças religiosas (ao menos algumas delas): algumas religiões punem irracionalmente a mulher, que sente como se um espião a observasse durante a masturbação, a relação sexual ou - mais grave ainda - quando são tomadas por pensamentos cheios de desejos e de necessidades sexuais.

Ignorância: a ignorância dos fatos mais básicos sobre a própria sexualidade é um dos fatores mais comuns permeados às queixas de mulheres que procuram tratamento para suas disfunções. Gostaria de deixar claro que o termo "ignorância" não é aqui utilizado no sentido pejorativo, mas sim no de que a imensa maioria das pessoas (homens e mulheres) são portadores de grande desinformação sobre seu próprio sexo e sobre o oposto. Desinformação sobre a fisiologia do ato sexual e sobre anticoncepção, por exemplo, ocasiona inúmeros casos de gestação indesejada e abortamentos clandestinos, podendo acarretar sérios problemas emocionais entre mulheres, principalmente as adolescentes. Podemos afirmar, sem medo de errar, que a grande maioria das mulheres sabe muito pouco sobre sua

própria sexualidade, dos sentimentos expressos através de seu corpo e sobre as funções dos órgãos genitais.

Isso se deve, indiscutivelmente, a uma educação sexual muito precária, por motivos religiosos, políticos, sociais e financeiros. Existe sim uma preocupação atual com relação à AIDS, que toma as mulheres cada vez mais medrosas quanto ao sexo, funcionando assim como uma repressão, pois a escolha de parceiros fica cada vez mais reduzida e a própria relação sexual mais tensa a menos satisfatória, pois a informação tem sempre um caráter ameaçador e repressivo, a não um enfoque educacional e informativo. Evidentemente é importante falar sobre AIDS, mas a publicidade deveria ser focada na prevenção e não no medo e na repressão.

Vivências sexuais desastrosas: uma primeira relação sexual ocorrendo na vigência da desinformação de um ou ambos os parceiros, em locais inadequados (sala da casa da namorada, escada do prédio, etc.) pode provocar medo e insegurança, não dando a possibilidade de sentir o prazer e o relaxamento desejáveis. Agressões como o estupro ou o abuso sexual são também exemplos de vivências sexuais extremamente destrutivas.

Fatores circunstanciais: podem ocorrer na vida de qualquer pessoa, como a perda de um emprego, o excesso de trabalho, uma crise financeira, etc., às vezes ocasionam um desinteresse mútuo no casal; com a resolução da crise, entretanto, habitualmente o relacionamento volta a ser tranqüilo.

Crise relacional: a má comunicação, o desinteresse pelo outro e até o desinteresse por si mesmo podem atuar negativamente sobre a sexualidade do casal. A relação torna-se rotineira, sem criatividade, sem tesão... Essa é talvez a mais comum das causas de separação de casais, pois gera transações patológicas entre os parceiros. Nossa sociedade não estimula a criatividade; desde crianças somos treinados a fazer as tarefas sempre da mesma maneira, o que nos torna mecânicos, robotizados. No exercício da sexualidade vamos então tendendo a reproduzir esse tipo de atitude, tornando-nos "robôs do sexo". Essa monotonia vai desgastando as relações, fazendo com que as pessoas se tornem insatisfeitas, infelizes e sexualmente disfuncionais.

**As disfunções sexuais femininas** mais freqüentes são:

**Diminuição do desejo** (inapetência sexual), que pode ser:

**Primária:** existe desde o início da vida sexual ativa, ocasionada por relações primárias profundas, como as mal-resoluções edípicas a outras tantas que a psicanálise explica tão bem.

**Secundárias:** surgem no decorrer da vida sexual, freqüentemente desencadeadas por desinformação, monotonia, etc.

Lembremos que as causas orgânicas, tais como elevação da prolactina, baixos níveis de testosterona etc., são habitualmente responsáveis por cerca de 10% dos casos de inapetência sexual feminina, sendo os restantes 90% de fundo psicossocial. Apesar de não ser nossa intenção neste texto versar sobre as causas orgânicas, parece-nos fundamental alertar os psicólogos sobre a importância do conhecimento de noções básicas sobre elas, para que não se incida no “pecado” de não lembrar da possibilidade de sua ocorrência frente a um caso de inapetência sexual. Desejamos realçar, por esse motivo, a importância de uma anamnese bem elaborada.

### **Disfunções da fase de excitação**

Com relação a queixas sobre excitabilidade, encontramos causas orgânicas em cerca de 60% dos casos. Essas queixas frequentemente estão ligadas às de disfunções do desejo, num esquema tipo “sem desejo... sem excitação”. Nos casos restantes, a maioria das vezes encontramos como causas o jogo sexual inadequado e o desajuste do casal.

### **Disfunções do orgasmo**

São, na maioria das vezes (90%), originadas por causas psicossociais, podendo classificar-se em:

**Anorgasmia primária:** freqüentemente ocasionada por repressão (paterna ou sociocultural), desconhecimento da anatomofisiologia sexual e pela busca compulsiva do orgasmo, muito ligada a mitos. O mito do orgasmo é freqüentemente alvo das mais delirantes fantasias, sendo comum a expectativa de orgasmos múltiplos, de sensações como “subir pelas paredes”, orgasmos que duram horas, etc. Na verdade, a sensação orgásmica é absolutamente pessoal; essa busca compulsiva, entretanto, provoca o desvio da atenção, deixando a mulher de concentrar-se nas próprias sensações, no jogo amoroso, nas carícias e na troca de emoções.

**Anorgasmia secundária:** a causa mais comum desta disfunção é a relacional, conseqüente a uma relação inadequada e a falta de comunicação entre os parceiros.



gas. Poderíamos dividir o arsenal farmacológico à nossa disposição para o tratamento da DSM em basicamente três grupos:

- Drogas de Uso Local;
- Drogas Orais;
- Drogas Intracavernosas.

## **1) DROGAS DE USO LOCAL**

A Nitroglicerina é um potente relaxante da musculatura lisa que não requer injeção a que tem sido usada sistematicamente há bastante tempo para a prevenção da angina(3).

Estudos iniciais sugeriram que a aplicação da pasta de Nitroglicerina na pele do pênis resultaria em ereções de excelente qualidade. Estudos duplo-cegos foram realizados por MORALES e OWEN(3) em pacientes monitorizados por um falógrafo em que se alternou, em dois dias subseqüentes, o uso da pasta de Nitroglicerina versus Placebo. Esses autores demonstraram que 85% dos pacientes desenvolveram melhor ereção com a Nitroglicerina do que com o Placebo, sendo que em 75% destes houve melhora de 50% ou mais de ereção. Contudo não conseguiram obter uma ereção plena, provavelmente devido à falta de penetração da pasta nos tecidos e também ao fato conhecido de que o aumento do fluxo arterial isolado não promove ereção.

Existe no mercado brasileiro também sob a forma de spray. Pode ser usada em casos especiais de DSM de origem psicogênica. Uma importante consideração a ser feita é o efeito da droga na parceira, desde que a Nitroglicerina é rapidamente absorvida pela mucosa vaginal. Foi relatado, em 1985, o aparecimento de dores de cabeça na parceira, secundária ao uso da pasta.

## **II) DROGAS ORAIS**

### **1- Hormônios(3)**

Na Clínica Endocrinológica a incidência de impotência associada com disfunção hormonal é alto, atingindo 35%. Porém, em população não selecionada de homens impotentes a incidência de endocrinopatias é bem menor, em torno de 15%. Além do mais, em 50% dos pacientes o fator psicogênico é o mais importante nas dificuldades eretivas.

O estudo endocrinológico deve conter dosagens de LH, FSH, Testosterona e Prolactina. Por razões práticas e de custo MORALES propõe se dosar de início apenas a Testosterona, reservando-se o estudo completo para somente os casos em que a Testosterona estiver abaixo do normal.

Três categorias de disfunções endócrinas estão comumente mais associadas a distúrbios eretivos:

**A) Hiperprolactinemia:** É encontrada em 2 a 5% da população organicamente impotente. A maioria desses pacientes está em uso de medicamentos sabidamente associados com a produção aumentada de prolactina - estrógenos, antidepressivos, alfa metildopa, tranqüilizantes, reserpina, etc. Nesses casos, o tratamento consiste na substituição dessas drogas.

Somente 1 a 2% desses pacientes terão prolactinomas e a maioria desses terão microadenomas (Prolactina sérica em geral entre 50 e 100 mg), que respondem bem à Bromocriptina em doses variáveis de 2,5 a 20 mg/dia. Níveis séricos acima de 100 mg indicam em geral macroadenomas hipofisários que, se forem irresponsivos à Bromocriptina necessitam de cirurgia.

A hiperprolactinemia pode também estar associada ao hipotireoidismo, quando então normalmente responde bem no tratamento com hormônios tireoidianos.

**B) Hipogonadismo hipogonadotrófico:** É também uma causa rara de distúrbios eretivos (3-5%) e está comumente associado a prolactinomas. Suspeita-se quando obtemos uma Testosterona sérica abaixo do normal a LH a FSH com valores normais ou baixos. A Sfadrome de Kallmann está incluída neste grupo.

**Tratamento:** se possível, retirada da causa primária. Se não, enantato de testosterona 300-400 mg IM a cada 2 ou 3 semanas. As formas orais de testosterona ou não são bem absorvidas ou são potencialmente hepatotóxicas. Resulta em melhora da libido, ereções melhores e aumento do volume ejaculatório.

**C) Hipogonadismo hipergonadotrófico:** Talvez seja a mais comum das endocrinopatias associada com a impotência. Encontramos testosterona abaixo do normal com níveis bastante elevados de LH e FSH, sugerindo falha testicular. Em geral é adquirida e secundária à infecção, trauma ou cirurgia. Anormalidades nos cromossomos sexuais e distúrbios na diferenciação gonadal (ex.: S. de Klinefelter) também estão incluídos nessa categoria.

O tratamento requer suplemento hormonal como mencionado acima.

## **2 - Cloridrato de Yobimbina(4)**

A yohimbina é um alcalóide indolalkilamino quimicamente semelhante à reserpina. Bloqueia os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos, aumentando a atividade parassimpática (colinérgica) e diminuindo a atividade simpática (adrenérgica). Sua ação mais intensa é no aumento do diâmetro das artérias, relaxando também os sinusóides dos corpos cavernosos. Não se sabe ainda se tem efeitos sobre o sistema nervoso central. É detectado em níveis plasmáticos ativos, por volta de uma hora após a ingestão, tendo vida média de aproximadamente oito horas.

Teve durante muito tempo a reputação de afrodisíaco, embora sem nenhuma comprovação. Já foi usada em associação com testosterona e estricnina.

MORALES e OWEN(3) em um estudo duplo-cego, demonstram uma resposta favorável (total e parcial) em 42,6% dos pacientes com DSM orgânica e em 61% nos pacientes com DSM psicogênica, e afirmam ser ainda a droga de escolha no tratamento oral.

As doses utilizadas variam de 10 a 40 mg/dia. Os efeitos colaterais são em geral transitórios e desaparecem até 20 dias de tratamento: taquicardia, aumento da pressão arterial, cefaléia, tremores, tonturas, salivação, náuseas, vômitos, tabor, sudorese excessiva, irritabilidade.

## **3 - Prazosin + Yobimbina(4)**

O prazosin é um bloqueador alfa-1-adrenérgico, conhecido hipotensor, e que teoricamente deveria agir mais sobre a parede dos sinusóides do que sobre a parede arterial. De acordo com alguns autores(4), essa associação traria um efeito maior sobre a DSM e com menos efeitos colaterais.

O prazosin tem como efeitos colaterais tonturas, cefaléia, sonolência, adinamia, fraqueza, náuseas e palpitações.

É contra-indicação formal a hipersensibilidade à droga.

## **4 - Miscelânea**

Vários compostos foram relatados no passado como tendo efeitos benéficos na qualidade e frequência das ereções. A maioria deles são drogas não testadas, que fazem parte do folclore popular. Algumas entretanto foram pelo menos investigadas, como a

bromocriptina, trinitrato-gliceril, zinco, oxitocina e o LH-RH, não se obtendo porém resultado conclusivo.

### III) DROGAS INTRACAVERNOSAS

A injeção intracavernosa de drogas vasoativas tem sido largamente utilizada tanto com propósitos diagnósticos quanto terapêuticos. É uma forma efetiva de tratamento de disfunções eréteis de diversas etiologias, embora não seja uma alternativa satisfatória para muitos pacientes. Num seguimento de dois anos e meio, 50% dos pacientes abandonaram este tipo de tratamento(2).

Obviamente este tipo de tratamento implica numa destreza manual razoável assim como um bom nível em relação à higiene e percepção das coisas, seja do próprio paciente ou de sua parceira. Homens em que não se obteve uma resposta satisfatória à injeção de drogas no consultório podem ter uma boa resposta com a auto-injeção em casa, onde não existe a ansiedade pela realização do exame e também há o estímulo sexual.

As complicações dependem da droga utilizada, da sua correta manipulação e da duração do tratamento.

Podem ser divididas em:

**NÃO FIBRÓTICAS** - Quase sempre leves e consistem em hematomas (em geral devido à falha técnica na injeção), dor ou desconforto, distúrbios hepáticos moderados (por anomalias das enzimas hepáticas), priapismo e infecções. Há o relato de um caso de septicemia após injeção de papaverina(5). Deve-se monitorar todo paciente em auto-injeção, mensalmente nos dois primeiros meses e a cada seis meses posteriormente.

**FIBRÓTICAS** - Consistem no aparecimento de nódulos ou placas fibrosas nos corpos cavernosos, diretamente relacionadas com o tempo de tratamento e o número de injeções. Na CLEVELAND CLINIC FOUNDATION tem-se uma estatística de 31% de complicações fibróticas após um ano de tratamento(2). Essa fibrose pode inclusive dificultar o implante de uma prótese no futuro, porém raramente não se consegue implantá-la.

A etiologia das reações fibróticas ainda não é conhecida e pode estar relacionada com o pH ácido da solução injetada, injeções repetidas ou talvez a formação de hematomas, combinados com o trauma da injeção da agulha.

Várias drogas têm sido utilizadas na indução da ereção:

- Cloridrato de Papaverina;
- Mesilato de Fentolamina;

- Prostaglandina E 1;
- Peptídeo Vasointestinal Ativo (VIP);
- Fenoxibenzamina;
- Histamina, etc.

Dessas, sem dúvida alguma, as mais utilizadas, isoladas ou em associação são as três primeiras, que discutiremos com mais detalhes.

**1 - Cloridrato de Papaverina:** É um inibidor da fosfodiesterase que aumenta os níveis do AMP cíclico, promovendo o relaxamento da musculatura lisa das arteríolas e dos sinusóides, levando à vasodilatação. A dose utilizada varia de 20 a 160 mg e aqui no Brasil é apresentada em frascos de 2 ml contendo 100 mg da droga.

A injeção da papaverina está comprovadamente associada às placas de fibrose intracavernosas e ao priapismo. Em geral não causa dor.

**2 - Mesilato de Fentolamina:** É um bloqueador alfa-adrenérgico de curta ação, promovendo relaxamento da musculatura lisa. A dose utilizada varia de 0,2 a 5 mg.

Está também relacionada com o aparecimento de fibrose e priapismo. Em geral não causa dor e é comumente usada em associação com a papaverina, em dosagens também variadas.

**3 - Prostaglandina E 1 (PGE 1):** É uma substância normalmente encontrada nas vesículas seminais, potente relaxante da musculatura lisa e vasodilatador(2). Tornou-se rapidamente uma droga muito usada, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica.

Acredita-se ser igual ou superior à papaverina e fentolamina em produzir ereções. Pela razão de ser metabolizada nos corpos cavernosos, ereções prolongadas são raramente associadas ao seu emprego. Estudos animais mostram também que a PGE 1 causa alterações mínimas nos corpos cavernosos(1).

A PGE 1 é considerada uma droga cara, porém ela é utilizada em microgramas enquanto a papaverina e a fentolamina o são em miligramas. Quando isso é levado em conta, praticamente não há diferença de preço(2). A dose varia de 5 a 20 microgramas.

A PGE 1 pode causar dor em alguns pacientes, em geral na glândula, imediatamente após a sua injeção, freqüentemente descrita como sensação de "queimação" ou de "pressão". Pode ocorrer atinguindo-se ou não a ereção.

Embora tenham sido descritos alguns casos de priapismo ou de formação de placas fibrosas, essas complicações são raras e bem

menos freqüentes do que com a papaverina/fentolamina. Pode também ser usada isolada ou em associação com a papaverina, fentolamina, ou ambas. As doses também variam bastante.

Nós temos utilizado desde julho de 1990 uma combinação dessas três drogas: papaverina (50 mg), fentolamina (0,8 mg) a PGE 1 (20 microgramos), para testes diagnósticos. Até hoje, não tivemos nenhum caso de priapismo e de dor acentuada. Como rotina, nenhum paciente deixa o consultório em ereção.

No último congresso da AUA (American Urological Association) realizado em maio de 1991 em Toronto, discutiu-se o use da associação de seis drogas vasoativas, proposto por VIRAG em Paris, cujo nome comercial é CERITENE. Esse autor relata sucesso em 95% dos casos.

Estudos mais profundos, randomizados, são necessários para se estabelecer o real papel de cada uma dessas drogas, de suas dosagens e associações ideais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABOSEIF, S. R.; BREZA, J.; RUUD, J. L., et alli., Local and Systemic Effects of Chronic Intracavernous Injection of Papaverine, Prostaglandin E 1, and Saline in Primates. *J. Urol.* 142:403-408, 1989.
2. MONTAGUE et allí, Drug Therapy for Erectile Dysfunction. AUA Postgraduate Course on Impotence, 1990.
3. MORALES A.; CONDRA, M.; FENEMORE J.; SURRIDGE, D. H. Oral and Transcutaneous Pharmacologic Agents for the Treatment of Impotence. In: Tanagho E. A.: Contemporary Management of Impotence and Infertility, p. 178.
4. REINATO, J. A. S. "Tratamento Farmacológico da Impotência: Seleção dos Pacientes, Resultados, Contra-indicações". Curso de Pós-Graduação em Impotência. XII Congresso Brasileiro de Urologia, 1989.
5. SERAPHIN, L. A.; SAFATLE, A. M. F.; MANSUR, A. P.; SAFATLE, N. Septicemia após Injeção Intracavernosa e Papaverina. *J. Bras.* 16:266, 1990.

# Proposta de um Programa de Orientação Sexual para Escolas Infantis e de 1° e 2° Graus **6**

---

Maria Helena Brandão Vilela Gherpelli<sup>1</sup>  
Keiko Ogura Buralli<sup>2</sup>  
Cornélio Pedroso Rosenberg<sup>3</sup>

## RESUMO

A inclusão da orientação sexual no currículo escolar tem sido objeto de grandes controvérsias. Os autores atribuem esta situação a uma questão central não definida, qual seja: qual é o papel da escola frente à orientação sexual? Esta indefinição repercute concretamente em outras questões de ordem operacional, tais como: que temas devem ser abordados? em que faixa etária deve ocorrer? quem deve ser o orientador sexual? qual a metodologia a ser utilizada? Diante dessas questões são apresentadas as diferentes alternativas descritas na literatura. Isto posto, os autores, assumindo uma postura diante das questões levantadas, apresentam uma proposta de programa de orientação sexual, dentro de um contexto, em que se acredita, possa equipar os jovens a buscarem atitudes responsáveis com relação a sua sexualidade. O programa foi elaborado para ser desenvolvido durante toda a vida escolar dos alunos, a partir do Infântii, até o último ano do 2° grau, tendo sua fundamentação em conceitos amplos da sexualidade que serão trabalhados com uma metodologia centrada em dinâmicas de grupo (processo interativo). Para tanto, prever, além do trabalho com os alunos, a capacitação do corpo docente e o envolvimento dos pais nesse processo educativo.

- 
1. Estagiária de pesquisa do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP.
  2. Docente do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP.
  3. Docente do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP.

Recebido em 25.11.91

Aprovado em 6.12.91

A Orientação Sexual (OS) vem sendo realizada há vários anos, com objetivos que variam de acordo com os acontecimentos e mudanças sociais e científicas que podem interferir no comportamento sexual das pessoas.

A literatura relata que, no início do século, já havia uma clara preocupação em orientar sexualmente as pessoas. Nesta época, a OS foi pregada dentro de uma visão moralista, a qual tinha como objetivo o combate à masturbação, às doenças venéreas e a preparação adequada da mulher para desenvolver o seu “nobre” papel de esposa e mãe(3). Por volta da década de 30 surgem modificações sociais, nas quais o feminismo começa a se destacar. A OS inicia, gradualmente, um processo de diminuição do caráter moralista e é direcionada no sentido de aumentar o nível de conhecimentos e melhorar a qualidade de saúde das mulheres. Porém, sem alterar a assimétrica distribuição dos papéis sexuais (3).

Nos anos 60, em função de fatos sociais e econômicos desencadeados pós 2ª Guerra Mundial, iniciaram-se uma série de mudanças sociais e outras decorrentes do avanço científico. Entre elas ressaltamos: a profissionalização da mulher de classe média, mediante sua expansão no mercado de trabalho, a popularização do conhecimento da fisiologia e terapêutica sexual, o desenvolvimento científico, que levou à descoberta da pílula anticoncepcional, a intensificação dos movimentos feministas e a demanda de organizações das “minorias”. Diante destes fatos a OS passou a focar a sexualidade não apenas como uma função reprodutora, mas admitindo que o relacionamento sexual também é uma forma de se obter uma experiência prazerosa (17).

A sociedade, desde então, vem vivenciando uma época de rápidas transformações e mudanças sociais, culturais, econômicas e tecnológicas que atingem diretamente e complexidade das relações humanas. Todos estes acontecimentos geraram, inevitavelmente, alterações nos valores sociais que disciplinavam o uso da sexualidade, resultando num aceleração da atividade sexual em populações mais jovens, e mais especificamente, numa liberalidade da prática sexual por jovens do sexo feminino em situação pré-marital (4, 32).

Porém, não tardou para que os profissionais da área da saúde detectassem um índice crescente de gravidez em jovens que se tornaram sexualmente ativas muito cedo (17). Este fato muda mais uma vez o enfoque da OS. Ela passa a ser intensamente advogada! S6 que desta vez como mecanismo de controle social no sentido de neutralizar os efeitos da liberalização sexual.

Atualmente, a OS ainda tem o seu enfoque mais concentrado na prevenção de gravidez indesejada, na adolescência (5, 22, 27,

30), e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, na qual se dá especial atenção à AIDS (7, 10, 12). Mas já encontramos na literatura autores que apontam a OS como forma de abrandar o “stress” escolar (19) a de proporcionar um desenvolvimento pessoal, cuja conseqüência seria o usufruto responsável de sua sexualidade (3, 6, 16, 18, 20, 25).

A OS vem sendo desenvolvida em vários lugares como clínicas privadas ou consultórios médicos (26, 28), serviços públicos de atendimento à saúde (15, 29), igrejas (14), escolas públicas a particulares (1, 4, 22, 25) a na comunidade como um todo (30). Dentre estes, a escola nos parece ser um dos locais mais apropriados para se realizar este tipo de trabalho, por ter uma estrutura mais adequada para proporcionar o aprendizado formal e por ser o lugar freqüentado por um grande número de crianças e jovens, continuamente, durante várias horas do seu dia e por um longo período de sua vida.

A inclusão da OS no currículo das escolas tem sido objeto de grandes controvérsias (11, 19, 22, 33). Atribuímos esta situação a uma questão central que até então não foi claramente definida: Qual o papel da escola frente à Educação Sexual?

Segundo Pilon, “as necessidades humanas, envolvendo sexo, nutrição, segurança, intercâmbio afetivo, auto-estima, criação e descoberta, pressupõem uma concepção de mundo e nenhuma tem embutida, em si mesma, a direção da conduta”. A conduta, continua o autor, “é produto de uma bússola interna, constituída de valores e crenças introjetadas socialmente ou desenvolvidas pela reflexão filosófica, religiosa ou científica” (23). Isto significa que o ser humano está em constante processo educativo, em relação à sua sexualidade, dentro do seu âmbito familiar a social.

A família é, em primeira instância, o elemento formador da criança e os pais, desde muito cedo, se encarregam da responsabilidade de educar sexualmente seus filhos, de maneira informal, passando seus valores culturais e crenças, no dia a dia, através do trato com a criança. Simultaneamente, as relações sociais favorecem trocas intensas de informações e de normas de condutas, formando um amplo conjunto de influências exercidas direta ou indiretamente sobre o indivíduo (23, 24).

Neste contexto entendemos que o papel da Escola é o de sistematizadora do conteúdo adquirido sobre sexualidade, tanto a nível de informações, como de experiências vividas. Para desempenhar esta função a Escola implanta programas de OS, cuja atividade caracteriza-se como sendo uma intervenção no processo educacional de caráter preventivo, intencional e sistemático, através de esclareci-

mentos, informações adicionais e reflexões de fatos ligados à sexualidade (24).

Assumindo esta postura diante da questão central elaboramos uma proposta que visa responder outras questões de ordem operacional, tais como: em que faixa etária deve ocorrer? que temas devem ser abordados? quem deve ser o orientador? qual a metodologia a ser utilizada?

### **METODOLOGIA DO PROGRAMA**

A proposta é desenvolver a OS dentro de um contexto que possa equipar os jovens a buscarem atitudes responsáveis com relação ao uso de sua sexualidade. Para tanto, ela é trabalhada a longo prazo, iniciando a partir do Infantil, a terminando no último ano do 2º grau. Inclui três etapas com metodologias distintas para cada uma delas, de forma a atender as necessidades dos alunos, de acordo com a evolução sociopsicossexual.

### **ORIENTAÇÃO OCASIONAL**

A primeira etapa compreende os alunos do Infantil à 4ª série do 1º grau. Este trabalho é baseado na visão "Erikissoniana", a qual entende que "a criança aprende durante toda sua longa infância os modos de aproximação física, e com eles as modalidades sociais. Aprende a existir no espaço e no tempo à medida que aprende a ser um organismo no espaço e tempo de sua cultura"(8). As crianças nessa faixa etária, geralmente, ampliaram seu locus que anteriormente estava restrito ao ambiente familiar e o estendeu principalmente para a Escola. Este fato nos leva a acreditar que a Escola desempenha um papel importante na educação infantil. A OS neste período é basicamente um trabalho de conscientização e capacitação da Instituição como um todo, e particularmente do professor, sobre a influência que exercem suas normas e condutas na autoconstrução de valores a comportamentos ligados à sexualidade destes alunos.

A Escola é um ambiente altamente favorável ao desenvolvimento da sexualidade. Proporciona instrumentos fundamentais tais como: o processo de socialização e o convívio entre ambos os sexos. Portanto, é imprescindível que administre a sexualidade de forma positiva a atenda adequadamente as curiosidades infantis, com relação a fatos e temas no âmbito sexual. Em síntese, o papel da Escola seria o de uma extensão do processo educativo familiar, em que a OS

se dá de forma ocasional, de acordo com as situações pertinentes, porém, consciente do seu papel e adequadamente capacitada para atuar com bom senso.

A OS pode também ser incrementada nos primeiros anos do 1º grau, através da inserção de alguns conceitos básicos da sexualidade, no conteúdo de algumas matérias afins como Integração Social e Ciências.

### **ORIENTAÇÃO INTERATIVA**

Para o desenvolvimento da segunda etapa propõe-se a metodologia de Dinâmicas de Grupos, com os adolescentes de 5ª à 8ª série, num horário determinado a exclusivo para se discutir os temas ligados à sexualidade. O Orientador que neste caso é um profissional em Orientação Sexual ou um Professor adequadamente preparado para desenvolver esta atividade, utiliza recursos metodológicos de interação com o grupo, e deixa de lado a antiga postura autoritária de um "Professor" que detém o saber. Cabe ao Orientador apreender com os alunos qual a sua realidade, para obter os elementos básicos do processo educativo, de maneira que estes adolescentes possam então se beneficiar deste trabalho, por meio de determinados instrumentos a experiências que colocadas a serviço do grupo podem permitir a aquisição do conhecimento de si mesmo e de sua realidade(21).

Nestes termos a OS inscreve-se no interior de uma concepção de totalidade, onde resgata-se o contexto sociocultural dos alunos, visando a estes uma compreensão da sexualidade, não apenas em sua dimensão individual e biológica, mas também como processo social e psicológico, articulados entre si, definidores da condição do "ser adolescente".

Apoiando-nos em Brunberg, que afirma: "Em toda a história da humanidade os conceitos de comportamento sexual adequado variaram bastante. A ordem ou o conjunto de valores envolvidos mudam conforme as situações..."(2) consideramos a necessidade fundamental em se propor um programa de OS que busque adequar-se à realidade particular de cada contexto social dos indivíduos em questão.

A literatura nos tem mostrado de uma forma genérica que os jovens pertencentes à faixa etária deste período escolar manifestam intensa curiosidade com relação às generalidades dos aspectos morfológicos e funcionais da sexualidade. Na nossa proposta, no entanto, o conteúdo deverá ser construído a partir dos temas que estejam

situados na área de interesse de cada grupo em questão, ficando a programação do mesmo na direta dependência do que os envolvidos estejam interessados em discutir. Entretanto, no nosso levantamento bibliográfico pudemos encontrar uma série de temas ditos de interesse dos adolescentes, os quais listamos e procedemos algumas adaptações para serem utilizados a título de sugestão (Quadro).

### **ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL**

É importante ressaltar que na sociedade atual o intervalo de tempo entre o início da vida escolar e o acesso final do jovem ao trabalho especializado, estabelece-se uma dissincronia entre o tempo social e o tempo biológico. Esta dissincronia pode levar os jovens nos últimos anos de sua escolaridade a sentirem-se assediados pela revolução fisiológica de sua maturidade genital, e a incerteza dos papéis adultos à sua frente (9). Os alunos do 2º grau, portanto, estão dentro de uma faixa etária considerada estatisticamente como aquela de maior probabilidade de já terem iniciado experiências sexuais mais concretas (13, 31), gerando neste grupo um interesse específico e particular com relação à sexualidade, que requer maior sigilo e privacidade. Respeitando essas características, a OS deste grupo é oferecida através de Aconselhamento Individual que é realizado pelo Orientador Sexual (26).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Além do trabalho com os alunos, o programa de OS prevê a capacitação do corpo docente, através de reuniões periféricas e supervisão contínua, como também propicia o envolvimento dos pais nesse processo educativo através de encontros, nos quais os próprios pais estipulam a frequência e os temas de seus interesses. Acreditamos que a OS incorporada nestes modos como parte da estrutura de experiências aprendidas na Escola, professor, pais e estudantes terão a oportunidade de desenvolver o enfoque sobre crescimento, desenvolvimento e sexualidade, de forma sensível, cuidadosa e útil.

A importância inadiável de inserir este tipo de metodologia em um programa de OS reside basicamente no caráter multidisciplinar, onde diversas áreas do pensamento científico e filosófico são incorporados, integrados, na medida em que busca articulá-los e, participativo, onde os integrantes dos grupos (alunos, pais, professores e orientador sexual) constroem juntos a programação em questão.

Desta forma, pode-se chegar à função primordial da OS, que ao nosso ver, é criar um espaço no qual os jovens e demais integrantes que participem deste programa, desenvolvam um senso crítico para lidar com as adversidades e controvérsias ligadas à sexualidade, em função de uma sociedade ambígua que, por um lado, prega a pressão toda uma performance sexual e por outro condena as intercorrências negativas do exercício da sexualidade, sem ao menos admitir a necessidade de se oferecer uma oportunidade para se discutir os sentimentos e valores envolvidos nos papéis feminino e masculino nos relacionamentos afetivos.

## **RELAÇÃO DE TEMAS LIGADOS À SEXUALIDADE**

### **O corpo a as mudanças da puberdade**

Crescimento	Auto-Imagem
Delineamento	A importância da performance
Desenv. dos seios	Interesse p/mesmo sexo
Desenv. dos órgãos genitais	Interesse p/sexo oposto
Espermatogênese	Relacionamento com os amigos
Ovulação	Convívio em grupos
Menstruação	A conquista
Poluição noturna	Paixão
Pêlos pubianos	
Transpiração	
Acne	
Masturbação	

### **Relacionamento Sexual**

Desejo sexual	O ficar
Excitação masc. e fem.	Namoro
Orgasmo	Virgindade
Conseqüências negativas	A 1ª relação sexual
Sexo e saúde	Amor
Estupro	Papéis sexuais

## Reprodução Humana

Fecundação	Casamento
Fertilização	Família
Gravidez	Significado de um filho
Parto	Expectativas sociais

## Sexualidade e conflito na adolescência

Métodos anticoncepcionais	Iniciação sexual
Prevenção de D.S.Ts	Tempo biológico x social
Droga, álcool e sexo	Gravidez indesejada
Aborto	Papéis sexuais e a escolha profissional
Hétero e homossexualismo	Intensificação dos sentimentos
Sexo e mídia	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROSO, C. & BRUSCHINI, C. *Sexo e Juventude. Um Programa Educacional*. São Paulo, (eds.) Ed. Brasiliense, 1983.
2. BROMBERG, R. S. Educação, Sexualidade a História. R B S H 1(1):15-20, 1990.
3. BRUSCHINI, C. & BARROSO, C., Educação Sexual e Prevenção da Gravidez. In: BARROSO, C. *et alli Gravidez na Adolescência*. Brasília, IPLAN/IPEA-UNICEF-Fundação Carlos Chagas, 1986, págs. 29-54.
4. CHENEY, M. Discussing Sexuality with Teenagers. *Midwives Chronicle & Nursing Notes* sep:281-84, 1987.
5. CULL-WILBY, B. L.; ALCOE, S. Y.; TAYLOR, P. G., The Relationship between Sex Education and Knowledge in Grade Eight Students. *Can. J. Public Health* 76(3):163-6, 1985.
6. CURTIS, H. A.; TRIPP, J. H.; LAWRENCE, C.; CLARK, W. L. Teenage Relationships and Sex Education. *Arch. Dis. Child* 63(8):935-41, 1988.
7. EGWU, I. N., Preventive Intervention Approach to Health Education for STDs. *HYGIE* 4(3):13-18, 1985.
8. ERIKSON, E. H. Teoria da Sexualidade Infantil. In: *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1976, págs. 42-97.
9. \_\_\_\_\_. Adolescência. In: *Identidade, Juventude e Crise*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1987, págs. 128-36.
10. ESSEX-CARTER, A. & MURRAY, D. Health Education in the Sexually Transmitted Diseases. *HYGIE* 4(3): 41-7, 1985.

11. FUSTENBERG Jr.; MOORE, K. A.; PETERSON, J. L. Sex Education and Sexual Experience among Adolescents. *Am. J. Public Health* 75(11): 1.331-2, 1985.
12. HAES, W. F. M. & SCHUURMAN, J. H., STD - Education. Messages, Target and the Effect of an Education Programme. *HYGIE* 4(3):19-25, 1985.
13. HENRIQUES, M. H.; SILVA, N. V.; SINGH, S.; WULF, D. Formação da Família. In: Adolescentes de Hoje, País do Amanhã: Brasil. New York, Alan Guttmacher Institute, 1989, págs. 36-41.
14. JACKNIK, M.; ISBERNER, F.; GUMERMAN, S.; HAYWORTH, R.; BRAULING-McMORROW, D. Octopus - A Church-Based Sex Education Program for Teens and Parents. *Adolescence* 19(76):757-63, 1984.
15. KIRBY, D.; PETERSON, L.; BROWN, J. G., A Joint Parent-Child Sex Education Program. *Child Welfare* 61(2):105-14, 1982.
16. KLEIN, D.; BELCASTRO, P.; GOLD, R. Achieving Sex Education Program Outcomes: Points of View from Students and Alumni. *Adolescence* 19(76):805-15, 1984.
17. KORCOK, M. Teaching Sex: Where does Biology Stop and Morality Begin? *Can. Med. Assoc. J.* 126(1):553-55, 1982.
18. MASLACH, G.; KERR, G. B. Tailoring Sex-Education Programs to Adolescent - A Strategy for the Primary Prevention of Adolescent Pregnancies. *Adolescence* 18(70):449-56, 1983.
19. MASLAND, R. P. Stress in School. A Physician Call for Innovative Programs on Sexuality. *Postgrad. med.* 78(1):177-82, 1985.
20. NORFLEET, S. "Are Sperm Different Colors?" *Child Today*, 14(6):14-7, 1985.
21. OLIVEIRA, M. D. de, Paulo Freire. In: O Processo Educativo Segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière. Seminário promovido e coordenado pelo Instituto Pichon-Rivière de São Paulo. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987, págs. 27-39.
22. ORR, M. T. Sex Education and Contraceptive Education in U.S. Public High Schools. *Fam. Plann. Perspec.* 14(6):304-13, 1982.
23. PILON, A. F. Cultura e Sexo - Expressões do Projeto de Vida. Comunicação apresentada durante o Programa Nacional de Treinamento em Educação da Sexualidade. Promovido pelo MEC, Brasília, DF, 1987.
24. PROJETO de Orientação Sexual. Secretaria Municipal de Educação. Publicação SME 24, Gráfica Municipal, São Paulo, págs. 7-13.
25. SCHECTER, S. J., The New York School System Family Life Education Program. *Community Health* 11(1):54-7, 1986.
26. SHEN, J. T. Y. Adolescent Sexual Counseling. *Postgrad. Med.* 71(5):91-3, 1982.
27. SOEFER, E. F.; SCHOLL, T. O.; SOBEL, E.; TANFER, K.; LEVY, D. B. Menarche: Target Age for Reinforcing Sex Education for Adolescents. *J. Adolesc. Health Care* 6(5):383-86, 1985.
28. STEWART, D. C. Sexuality and the Adolescent: Issue for the Clinician. *Primary Care* 14(1):83-99, 1987.
29. SUMANO-AVENDANO, E.; CHARTT-LEÓN, R. M.; ANGELIS-REYES, M. C. Observaciones de una Clínica Piloto de Orientación Sexual y Vida Familiar para Adolescentes. *Bol. Med. Hosp. Infant.Méx.* 41(9):485-88, 1984.

30. VINCENT, M. L.; CLEARIE, A. F.; SCHLUCHTER, M. D. Reducing Adolescent Pregnancy through School and Community-based Education. *JAMA* 257(24):3382-6, 1987.
31. VITIELLO, N. Sexualidade na Adolescência. *In: COIN, E. H. et alii, Sexualidade Humana: Reflexões e Propostas em Ação*. São Paulo. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas da Secretaria da Educação, 1986, págs. 68-78.
32. VITIELLO, N. & CONCEIÇÃO, I. S. C. Exercício da Sexualidade na Adolescência. I - Aspectos Biopsicossociais. *R.B.S.H.* 1(2):15-28, 1990.
33. ZELNIK, M.; KIM, Y. J. Sex Education and Teenage Sexual Activity, Pregnancy and Contraceptive Use. *Fam. Plann. Perspec.* 14(3):117-26, 1982.

# Alguns Aspectos da História da Sexologia no Brasil\*

# 7

---

Ricardo C. Cavalcanti<sup>1</sup>

Quando aceitei falar sobre o histórico da sexologia no Brasil, confesso que, na época, não avalei exatamente a gigantesca tarefa que estava assumindo. Realmente poucas vezes tive de enfrentar a confluência de tantas dificuldades para elaborar uma conferência. Dificuldades de duas ordens principais. A primeira foi de ordem operacional porque a conferência deveria ser previamente escrita. Isto é, sem dúvida, um fator complicador não desprezível para quem já tem uma carga enorme de compromissos a vive economizando todo tempo possível numa administração nem sempre de muito sucesso. Mas bem mais sérias eram as dificuldades técnicas que foram surgindo à medida que me dispunha a enfrentar, com seriedade, uma atividade que não é comum em minha vida profissional: vestir a camisa do historiador e narrar a história da sexologia no Brasil.

Fui cada vez mais me convencendo que as minhas pernas eram bem menores que a tarefa, de modo que vou começar por admitir que não vou falar propriamente sobre a história da sexologia brasileira mas, por alto, mencionar alguns tópicos desta história, evidentemente sem ter a pretensão de esgotar o assunto no panorama da horizontalidade, e com maior razão ainda, no estudo vertical dos fatos.

---

\* Conferência proferida em Curitiba, na 1ª Jornada Sul-Brasileira de Sexualidade Humana.

1. Ginecologista. Presidente da Federação Latino-Americana de Sociedades de Sexologia e Educação Sexual (FLASSES).

Recebido em 4.4.92

Aprovado em 11.4.92

Geralmente temos uma tendência, que se poderia dizer quase romântica, de considerar a história como sendo uma enumeração de eventos que ocorreram em um determinado lugar, numa certa fatia de ordem cronológica. A história seria uma coletânea de fatos imobilizados pelo tempo. O historiador, segundo esta ótica, seria um simples colecionador de ocorrências, um ordenador cronológico de sucessos, a memorizar datas e eventos com elas relacionados.

Estas são concepções simplistas, para não dizer errôneas. Não se pode pensar em história como se ela fosse uma coisa de museu, algo mumificado pela penumbra dos anos, cheio de poeira e mofo. Nem a história é isto, nem o historiador é um mero narrador de acontecimentos estáticos.

A história é o que o homem fez, ou como diz Gabriel Monod, é o estudo das manifestações da atividade e do pensamento humanos considerados em sua sucessão, seu desenvolvimento e suas relações de conexão ou dependência. Em outras palavras, a história estuda as mudanças geradas pela humanidade ao longo do tempo. O historiador, como afirma Henri Pirenne, é o indivíduo que se dá conta da mudança das coisas, e procura a razão destas mudanças, observando como os eventos vivenciados contribuem para modificar a fisionomia do presente e do futuro. Observem que o historiador não é um colecionador de eventos, um fotógrafo impessoal de fatos, mas um cientista explorador do tempo, alguém que interpreta os acontecimentos, hierarquizando-os em uma ordem de importância pelas consequências que produzem. Alguém que fornece explicações e levanta hipóteses, reordena e retrabalha a realidade dos fatos, com os óculos de sua percepção subjetiva. Nesta tarefa, o trabalho do historiador não se esgota apenas em procurar descobrir e examinar o fato histórico, é preciso sobretudo determinar o sentido da ação dos homens que escreveram a história. Não basta portanto narrar as vivências humanas com exatidão objetiva, é preciso compreender o acontecimento, sentir e experienciar as grandezas e as fraquezas dos personagens. José Honório Rodrigues tem razão quando afirma que “o historiador não pode assumir uma atitude passiva diante do fato histórico. Cabe-lhe uma função senão criadora, ao menos recriadora... A história quer repensar o que se pensou, ressentir o que se sentiu, refazer o que se fez, reviver o criador e o criado. A história quer compreender a vida, em todas as suas manifestações, porque a vida é história. O resto é natureza”.

Vejam bem os senhores onde eu me fui meter.

O fato é que depois deste preâmbulo já longo, resolvi fazer mais uma crônica do que uma narrativa histórica a agora, já mais confortável na condição de cronista, é que eu me disponho a abordar o

tema central desta palestra, agora devidamente redimensionado: -Alguns aspectos da história da Sexologia no Brasil”.

Creio que se pode dizer que a criação da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO é um marco histórico no contexto sexológico brasileiro. A sexologia em nossa terra pode ser classificada em duas fases: antes e depois da Comissão Nacional de Sexologia.

Na fase que precedeu a Comissão já existiam pessoas e grupos isolados que trabalhavam em educação e em terapia sexual. Muito embora não se deva citar noites, pelo perigo das omissões às vezes irreparáveis, vale lembrar que na região do norte-nordeste poucas eram as pessoas voltadas para o tema. Fora o padre João Mohana no Maranhão, só na Bahia é que podemos destacar algumas pessoas com um efetivo trabalho na área. Merecem ser citadas Maria de Lourdes Burgos, Maria Thereza Pacheco e Gilda Bacal Fucks. A primeira era uma ginecologista que procurava enfocar o tema mais sob o ponto de vista da orientação sexual, a segunda, sob o aspecto forense e, finalmente, a terceira dedicando-se principalmente à área de terapia sexual. Na velha Bahia não se pode deixar de citar também Elsimar Coutinho que, embora seja internacionalmente conhecido nas áreas da reprodução e do planejamento familiar, eventualmente, se arriscava a dar aulas sobre assuntos de sexologia. Também sem ser propriamente um sexólogo, seria imperdoável esquecer Carlos Ruy Tourinho. Estudioso da adolescência, ele se preocupava com a vida sexual dos jovens e partindo desta preocupação ele passou a incentivar, é então incipiente Sexologia Brasileira. Foi um homem doce que viveu plantando e cultivando amigos. Infelizmente a morte o levou prematuramente, às vésperas de um evento nacional de ginecologia e obstetrícia do qual ele era o presidente. Neste evento, cujo tema central era Adolescência, existiam inúmeros temas de sexologia, o que já mostrava o crescente interesse sobre os problemas sexológicos, notadamente na ótica médica. Mais tarde a Comissão Nacional de Sexologia soube homenagear Carlos Ruy Tourinho criando um prêmio com seu nome para distinguir os melhores trabalhos apresentados nos seus encontros científicos. O fato é que a vida de Tourinho, embora produtiva, foi curta, tão curta que dele se poderia dizer o que disse o poeta: ele apenas “viveu o que vivem as rosas: o espaço de uma manhã”.

Na região sul há de ser lembrado, pelo seu pioneirismo, o endocrinologista Ahon Hutz, no Rio Grande do Sul. Na região sudeste estava o maior contingente de pessoas que se dedicavam à sexologia. No Estado de São Paulo podemos lembrar inicialmente o grupo do Instituto Sedes Sapientiae, especialmente Maria Helena Matarazzo e Marta Suplicy, ambas militando na área da educação

sexual. Já eram conhecidos Flávio Gikovate, Márcio Barbosa, Rogério Sawaya e Haruo Okawara, na terapia sexual. Há de se lembrar também Nelson Vitiello, Carmen Barroso e Cristina Bruschini, para não falar do trabalho da Escola de Pais do Brasil, notadamente do Pe. Charbonneau. No Estado do Rio de Janeiro, entre outros, vale destacar Jean-Claude Nahoum, Araguari Chalar Silva, Maria do Carmo Silva e Isaac Charan. Na região centro-oeste, o grupo do CESEX (Centro de Sexologia de Brasília) já atuava nas áreas da educação e da terapia sexual, desde o início da década de 70. Seus fundadores foram os psicólogos Mabel Cavalcanti, Antônio Izidro da Silva, Aulus Plautus Barbosa de Souza e os médicos Almir Reis, Sérgio Oliveira e Ricardo Cavalcanti. De todos os grupos anteriores à fundação da Comissão Nacional de Sexologia este é o mais antigo em atividade.

Este era o panorama da sexologia no Brasil, antes da criação da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. Ainda não existiam as inúmeras sociedades de andrologistas e urologistas voltadas ao específico estudo das disfunções sexuais masculinas. E se algumas delas existiam eram tão pequenas suas influências que delas quase não se tinham conhecimento. Depois da Comissão Nacional de Sexologia - coincidência ou não - é que as sociedades sexológicas se multiplicaram, umas estudando especificamente os aspectos orgânicos; outras, os aspectos psicológicos dos problemas sexuais. Houve época que se afirmava que 90% dos problemas sexuais eram de causa psicológica, enquanto outros grupos defendiam que 90% dos problemas eram de causa orgânica. E nesta luta entre "psicologistas" e "organicistas" quem perdia mesmo era o ser humano. Perpetuava-se, e infelizmente ainda hoje se perpetua, o mito do fracionamento do homem. É preciso repetir e sempre repetir o óbvio: o homem é um ser psicossomático. Queiram ou não os "psicologistas" e os -organicistas-, as disfunções podem ter início nos desacertos do corpo ou nos desencontros da alma, quando não nos dois. Deste modo é irrelevante medir, com a fita métrica de suas preferências, o que é orgânico e o que é psicológico. Melhor seria que medissem o que é humano...

Depois da Comissão Nacional de Sexologia, e sob sua inspiração, começaram os "Encontros Nacionais". Vejam bem o título: encontros", porque na verdade sexólogos não fazem "congressos-. É muito estranho falar em -congresso sexual". Fica a impressão de muita gente em atividade erótica. Bem mais quente e aconchegadora é a expressão —encontros sexuais-. Tem um cheirinho gostoso de cumplicidade e de confidencialidade. E foi durante uma Jornada de Ginecologia em Goiânia, em 1982, que "tramei", com o Nelson

Vitiello, a realização do Primeiro Encontro Nacional de Sexologia.

Este Primeiro Encontro aconteceu em São Paulo, no período de 11 a 14 de maio de 1983, e vejam bem como começamos com o pé direito, teve lugar no Hotel Macksoud Plaza. Eu ainda não sei o que Nelson Vitiello fez, e com quem fez, para conseguir um evento no Hotel mais caro do Brasil. E aqui permitam-me que relate um fato “estórico” para descansar um pouco das coisas sérias da história. O Vitiello me reservou, no Maksoud, um apartamento decorado em alto estilo. Chamava atenção a enorme cama de casal que era menos um convite ortodoxo ao sono e mais uma insinuação a outros usos. A cabeceira da cama era o que se pode chamar de esnobação tecnológica. Tinha uma profusão de botões e de interruptores. Não só os clássicos para o ar condicionado, luzes de teto, cabeceira e televisão. Existiam outros e muitos outros, e tantos eram que não resisti à curiosidade e me pus a pesquisá-los. Toquei em um da esquerda e uma profusão de luzes coloridas encheram o recinto, algumas piscavam feito umas loucas enquanto outras, serenas, ficavam olhando minha cara abobalhada. Outro botão enlouqueceu a cama, ela vibrava, balançava tudo, mas não era um balanço suave e gostoso, mas alguma coisa que lembrava as disputas dos cowboys em cavalos selvagens. Eu acho que a culpa foi minha que torci o botão até o fim sem graduá-lo devidamente. Já estava começando a enjoar quando, no desespero, toquei no interruptor da direita. Para minha surpresa, a cama se levantou e ficou em posição vertical, me levando ao chão. São coisas de hotéis granfinos. Fiz de tudo para que a cama voltasse à horizontalidade, desde a chingação ao apelo, e só a camareira é que conseguiu colocá-la no devido lugar.

De volta à narrativa histórica pode-se dizer que o Primeiro Encontro Nacional de Sexologia foi encantador. Nele começaram a brilhar certas pessoas que até então se dedicavam a outras especialidades. Aí conheci Ismeri Conceição, que por sinal ganhou o primeiro prêmio Carlos Ruy Tourinho e aplaudi, com entusiasmo, um trabalho de Arlete Pinel sobre sexualidade em deficientes físicos, sem falar da magnífica exposição de Maria Tereza Maldonado sobre “Sala de espera”. Ali estava atenta a inteligente Mariluzza, Terra Silveira e foi durante este Primeiro Encontro que comecei a conviver mais de perto com Paulo Canela, mais tarde companheiro dos cursos sobre Adolescência. O Congresso no Maksoud, embora pequeno, foi extremamente interessante, com um nível científico já bem razoável. Ficamos tão alegres com o resultado que logo se pensou em fazer um outro encontro na cidade do Rio de Janeiro. E entre um e outro evento, para que não se perdesse o entusiasmo, foi publicado nos começos de 1984 um livro intitulado Serologia 1, que continha as

principais matérias discutidas no 1 Encontro. A publicação foi feita através de uma editora criada por Paulo Canela e Nelson Vitiello. A Editora, que se chamava FEMINA, nasceu cheia de esperanças de publicar livros futuros estando, em sonhos, fadada a ser uma concorrente certa e perigosa da Editora Globo. Ela nunca passou daquele livro, o que aliás foi um sucesso de vendas e um fracasso de distribuição. A editora FEMINA murchou, morreu de esperança, como morrem os sonhos dos loucos, dos bêbados e dos poetas.

De 24 de abril a 1º de maio de 1984 realizou-se o 11 Encontro Nacional de Sexologia, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões da cidade do Rio de Janeiro. Nalioum, Neiva, Araguari e Canela foram da Comissão Organizadora. Coube a Araguari um papel fundamental neste evento. Como a Federada local da FEBRASGO se negou a assumir o Encontro, o grupo do Rio fundou o NUDES (Núcleo de Sexologia) e o filiaram diretamente à Comissão Nacional de Sexologia. Cientificamente o evento foi bom, e pela primeira vez apareceu gente nova como Moacir Costa e Gerson Pereira Lopes. Este é hoje o Presidente da SBRASH (Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana) e uma das figuras proeminentes da sexologia de nosso país. O Segundo Encontro foi numericamente maior do que o de São Paulo e nele não foi atribuído, por decisão da Comissão Julgadora, o prêmio “Carlos Ruy Tourinho”.

O III Encontro Nacional de Sexologia foi realizado em Belo Horizonte, de 5 a 9 de junho de 1985, na Associação Médica de Minas Gerais. De todos foi o que teve o menor afluxo de pessoas mas o nível científico continuava melhorando. Neste evento também não foi atribuído o prêmio Carlos Ruy Tourinho.

O ano de 1985 foi marcado por uma série de sugestões para que fosse criada uma sociedade sexológica multidisciplinar que abrigasse não apenas médicos e psicólogos, mas também sociólogos, antropólogos, educadores, enfim todas as pessoas que, de alguma forma, estivessem interessadas no estudo da sexologia. Não se pode negar a insistência de Nelson Vitiello e de Paulo Canela na criação da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. E aqui merece mergulhar um pouco nas “estórias” dos bastidores da história.

Nunca vou me esquecer daquele fim de tarde de junho. Fazia um frio danado. Eu, Paulo Canela e Nelson Vitiello estávamos no “escritório” do Nelson, que era um bar de segunda categoria na esquina defronte do Instituto de Biologia de São Paulo. Tramávamos a criação da SBRASH mas eu resistia em acabar com a Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. Canela e Vitiello propunham uma coisa no lugar da outra, e eu defendia a idéia das duas conviverem juntas. Ficamos falando sobre a nova sociedade, comendo

coxinhas de rã com cerveja, deixando que a discussão fluísse pela noite adentro. Ninguém esperava conclusões nem soluções. Nem sei mesmo se nós queríamos soluções ou apenas uma boa conversa. O fato concreto é que naquele bar de esquina foram feitos os primeiros delineamentos da futura sociedade, uma sociedade em gestação, cujo nome foi escolhido entre uma cerveja e outra.

Corria o ano de 1986 quando Nelson Vitiello editou o *Sewlôgia II*, com material do II e do III Encontros. O livro foi um sucesso e muito comentado durante o IV Encontro Nacional de Sexologia, que foi realizado de 10 a 14 de setembro de 1986 no Centro Cívico da cidade de Curitiba. Rosires Andrade foi o organizador desse Encontro que, sem dúvida, foi o mais freqüentado da série. E embora nele também não tenha sido concedido o prêmio Carlos Ruy Tourinho, foi exatamente em Curitiba, durante um jantar, no bairro de Santa Felicidade, que verdadeiramente fundamos a SBRASH. Reunidos em torno de uma mesa foi feita até uma chapa provisória que seria levada à consideração da Assembléia de Fundação a ser realizada no V Encontro que, por unanimidade, foi escolhido ser no Rio Grande do Sul. Ainda nos fins deste ano de 1986, já em Brasília, eu e Nelson Vitiello - mais ele do que eu - elaboramos uma minuta dos Estatutos da SBRASH a ser apresentada na Assembléia.

Em maio de 1986, precisamente de 13 a 16, teve lugar o V Encontro Nacional de Sexologia. O evento, onde aliás voltou a ser conferido o prêmio Carlos Ruy Tourinho, foi uma perfeição de atendimento. O clima frio da serra, o bom vinho do Rio Grande, o calor da lareira, as anedotas intermináveis de Heitor Henchel que, por sinal, foi o organizador do Congresso, ficarão sempre marcadas; na lembrança de todos. Mas, para a história da sexologia no Brasil, o fato mais significativo de Gramado foi a Assembléia de Fundação da SBRASH e a eleição da sua primeira diretoria. Presidente JeanClaude Nahoun, Vice-presidente Araguari Chalar Silva, Secretário Geral Ricardo Cavalcanti. Nascia oficialmente a Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.

O VI Encontro Nacional de Sexologia foi organizado por Nelson Vitiello, em São Paulo, de 11 a 15 de setembro de 1988. A sede do evento foi a Secretaria da Educação, no centro da cidade. O número de participantes foi muito pequeno mas, pela primeira vez, foi realizado um Simpósio de Especialistas em Educação e em Terapia Sexual, com a presença de alguns convidados estrangeiros. E aqui mais uma vez merece a digressão para uma "estória" dramática, na qual tomei infelizmente parte ativa. Eu e José de Codes, um médico da Bahia, saímos andando pela Praça da República em direção à rua São João, uma vez que eu desejava ir à Livraria Siciliano comprar um

determinado livro. Tínhamos durante o Congresso discutido amplamente sobre AIDS e, na época, as pessoas portadoras do HIV eram rubricadas, indiscriminadamente, como homossexuais. Havia uma verdadeira “aidsfobia” que atingia a todo mundo, sem poupar naturalmente os sexólogos. O fato é que, ao chegarmos na esquina da rua São João com a rua Ipiranga, fomos assaltados por um grupo de marginais. Um assalto, a meu ver, muito pouco profissional. Eles bem que poderiam ter dito, pelo menos, que aquilo era um assalto. Assim ficaria preservada a respeitabilidade da ação delituosa, e nós entre-gariamos todas nossas carteiras aos assaltantes. Mas a abordagem foi muito pouco profissional, muito atípica, tanto que nem eu nem o Codes desconfiamos que aquilo era de fato um assalto. Quando aqueles cinco tipos começaram, sem mais nem menos, a nos empurrar, a primeira reação foi reagir. Afinal não ficaria bem correr-mos com os ladrões atrás de nós, em perseguição, gritando: “Peguem as vítimas, peguem as vítimas. A única opção no jogo da luta ou fuga era lutar. E fizemos. Até então eu pensava que os assaltantes estavam drogados, e vejam só o terrorismo psicológico da época, drogados e aidéticos. Pior ainda, que eles estavam pretendendo nos cortar e transmitir AIDS. Este pensamento pode hoje parecer maluco mas, na época, era até muito razoável. Afrial, no dia anterior, a grande manchete dos jornais era o caso de um aidético que cortava os pulsos e arranhava quem dele se aproximasse para contaminá-los com o seu sangue.

Nunca poderei me esquecer do José de Codes, soltando gritos de guerra e sapateando em um misto de caratê e lambada, trocando murros e desaforos com dois malandros. Saiu-se até muito bem. Quanto a mim, perdi logo o equilíbrio e cai na calçada enquanto três bandidos se aproximavam com as mãos voltadas para meu pescoço, onde só depois me lembrei que tinha um cordão de ouro. Enquanto eu distribuía chutes à esquerda e à direita, rodando no chão feito uma agulha de bússola, a minha vida ia desfilando rapidamente como geralmente acontece quando as pessoas vivem momentos críticos. Que situação desgraçada, eu pensava. Se eu não morrer esfaqueado no meio da avenida, posso correr o risco de ser contaminado com a AIDS.

Naturalmente que eu não tenho nada contra ou a favor dos homossexuais mas eu parecia ouvir as vozes das pessoas assegurando: “Bem que eu dizia que aquele velhote era viado. Foi pra São Paulo e voltou com AIDS”. Os assaltantes que me viram sorrindo, deitado na calçada, devem ter pensado que eu tinha ficado louco. O fato é que desapareceram por encanto. O desespero faz coisas incríveis. Voltei para o hotel todo rasgado e no dia seguinte, na

sessão de encerramento do congresso, fui o presidente mais esparadrapado e enfaixado que se teve notícia na sexologia.

São “estórias” como esta que dão a moldura humana da história.

O VII Encontro Nacional de Sexologia a Primeiro Congresso da SBRASH foi no Rio de Janeiro, de 19 a 21 de maio de 1989. Nahoun e Araguari foram seus organizadores. Neste conclave, realizado no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, foi eleita a empossada a nova diretoria da SBRASH, tendo como Presidente Rosires Pereira de Andrade a Secretário Geral Nelson Vitiello. A partir deste encontro praticamente a Comissão Nacional de Sexologia foi sendo substituída pela Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. Cumprira sua missão.

Em 1990 Florianópolis sediou o II Congresso da SBRASH, organizado por Lucimar Seches e Nilton Cesar. Durante este evento, de excelente padrão científico, foi eleito para Presidente da SBRASH Gerson Lopes e para Secretário Geral, o Paulo Canela, os quais só tomaram posse no II Congresso da SBRASH, na cidade de Porto Alegre. Vale assinalar também, neste ano de 1990, o aparecimento da Revista Brasileira de Sexualidade Humana, órgão oficial da SBRASH. Vitiello é o seu editor.

O III Congresso Brasileiro de Sexologia foi realizado de 16 a 19 de maio de 1991, na cidade de Porto Alegre, e organizado pela Rose Helena.

Vejam bem, comecei a falar da história da sexologia no Brasil e terminei me fixando apenas na história da SBRASH. Tantas e tantas outras coisas surgiram paralelas à SBRASH que são fatos de importância para a história da sexologia no Brasil. Estes fatos, não assinalados, ficarão dormindo à espera de outras conferências e de outros conferencistas, seguramente mais interessantes.

Quem reservar minhas últimas palavras para recordar, com saudade, duas pessoas que acompanharam desde os primeiros passos a Comissão Nacional de Sexologia. Eles já nos deixaram e já estão imobilizados na eternidade: José Granado Neiva e Jean-Claude Nahoun. Ambos faziam parte do Conselho Consultivo da Primeira Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. Esta Comissão era constituída por Ricardo Cavalcanti - Presidente; Nelson Vitiello - Vice-presidente; Aulus Plautus B. de Souza - Primeiro Secretário, Rosires Pereira de Andrade - Segundo Secretário; Joaquim Lopes - Tesoureiro. Do Conselho Consultivo faziam parte, além de Neiva e Nahoun, Maria Tereza Maldonado, José Maria Sales, Henrique Augusto Moreira Lima e Araguari Chalar Silva. Em 1986 esta Comissão foi modificada e acrescida de Mabel Cavalcanti, Maria do Carmo Silva, Maurício Viggiano, Paulo Canela e Heitor Henchel.

Falarei apenas dos mortos. Neiva era o que se pode chamar de homem puro. Excelente administrador, sua presença era a garantia da imediata credibilidade de qualquer entidade que participasse. Foi sempre o pacificador do grupo, o ponderado, o tranqüilo. Com espírito estóico enfrentou um câncer de pulmão e foi finalmente vencido por ele. Nos seus últimos tempos isolou-se de todos, a em seu retiro o único amigo que permitia entrar era Jean-Claude Nahoum. Discutiam acerca da existência e da sabedoria. Nahoum mostrou-se um braço forte nos momentos em que a fraqueza e a dor tomavam conta de Neiva. Ele não sabia que, do nosso grupo, seria ele o próximo a sair do cenário da vida. Nahoum morreu fazendo o que quis, o que sabia fazer, o que gostava de fazer. Morreu dando aula, morreu discutindo, polemizando. Ele era tão contraditório no que afirmava que era capaz de perguntar a si mesmo em voz alta: Será que Deus existe? E ele mesmo responder: Só Deus Sabe.

Eu acredito que Nahoum e Neiva devem estar assistindo esta conferência. Seguramente em nuvens diferentes. Neiva está no céu, com direito a camisolão branco e asas imaculadamente limpas. Deve ter um enorme prestígio com São Pedro, e já deve ter organizado um pouco o cordão dos anjos e dos santos. Ele está fazendo amizades eternas... Nahoum eu não sei em que nuvem está deitado. Certamente ele deve estar vestindo um mini-camisolão só para chocar as cinco mil virgens. Para abrir polêmica deve ter pintado uma asa de azul e outra de lilás. Nunca será um anjo tranqüilo. Já deve ter feito uma confusão danada lá por cima e não me admiraria saber que está incommunicável por seis meses eternos no purgatório. Ele deve estar rindo para nós neste exato momento.

Bem, meus senhores e minhas senhoras, está na hora de fechar a cortina do palco e dizer a todos vocês um até logo carinhoso e fraterno. Sejam felizes. Muito obrigado.



Trabalho  
de  
Pesquisa

---

# Avaliação da Ejaculação Prematura: Inventário I. H. E. de Sexualidade Masculina - Forma EPI\* **1**

---

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>  
Helena Peinado Freire<sup>2</sup>  
Moacir Costa<sup>3</sup>  
Ângelo Almansa Monesi<sup>4</sup>

## RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; FREIRE, H. P.; COSTA, M.; MONESI, A. A. Avaliação da Ejaculação Prematura: Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina - Forma EPI. *R.B.S.N.*, 3(1): 1992.

Como parte da avaliação diagnóstica de disfunções sexuais masculinas, quando a queixa é de ejaculação prematura ou descontrole ejaculatório, propõe-se a utilização de um instrumento ao qual denominou-se Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina, forma E.P. I com o objetivo de coletar informações objetivas secundárias e complementares à entrevista avaliatória psicológica, focalizando o desenvolvimento psicossocial a as possíveis disfunções a dificuldades sexuais do paciente. A utilização de tal instrumento facilita a obtenção de informações sem a concorrência de ansiedades, nor-

- 
- Trabalho desenvolvido junto ao Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade, Rua Heitor de Moras, 61, CEP 01237, São Paulo, SP, fone(011) 263-6619-FAX (011) 864-1805.
  - 1. Psicólogo clínico (CRP 06120610-7), terapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP); coordenador de pesquisa-diretor do curso de Especialização em Sexualidade do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP); supervisor do atendimento psicológico do Ambulatório de Sexualidade do Setor de Cirurgia Vascular do Hospital Ipiranga (INAMPS-SP).
  - 2. Psicóloga especializada em psicodrama; eatagiária do Instituto H. Ellis (SP).
  - 3. Psiquiatra especializado em sexualidade humana do Cornell University (NY); diretor do Curso de Especialização em Sexualidade Humana do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP); psicoterapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP).
  - 4. Psicólogo clínico (CRP 06/30267-1); terapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP); supervisor de atendimento psicológico do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Ipiranga (SP).

Recebido em 20.5.91

Aprovado em 2.6.91

malmente presentes nas entrevistas com a presença de um profissional, podendo-se proceder uma comparação com as entrevistas e conseguir-se dados disparatados que de outra maneira seriam considerados como reais.

**Palavras-chave:** ejaculação prematura, avaliação psicológica, inventário.

## ABSTRACT

RODRIGUES Jr., O. M.; FREIRE, H. P.; COSTA, M.; MONESI, A. A. Premature Ejaculation Evaluation: I.H.E. Report on Male Sexuality. *R.B.S.H.*, 3(1): 1992.

As a part of diagnostic evaluation of male sexual dysfunctions a instrumental is proposed which is named I.H.E. Male Sexuality Inventory, form P.E. I. when the main complain is premature ejaculation or lack of control of ejaculation during coitus, in order to collect secondary and complementary objective information to the psychological evaluatory interview, focusing the psychosexual development and the possible sexual difficulties and dysfunctions. The use of such instrumental facilitates the obtaintion of data without the general occurence of anxiety that usually happens in the presence of a professional, for what the collected informations in the two different occasions can be compared, leading to a more complete psychological evaluation not talking for granted the first data as real in cases when this happens.

**Key words:** premature ejaculation, psychological evaluation, inventory.

## INTRODUÇÃO

A ejaculação prematura (EP) é uma disfunção sexual masculina que, apesar de ser considerada de grande incidência, traz grandes dificuldades de definição adequada, mesmo entre os profissionais mais conceituados da área (Perelman, 1982; Kolodny, Masters e Johnson, 1982; Munjack e Oziel, 1984). Kolodny, Masters e Johnson (1982), embora refiram não existir definição precisa para esta disfunção (tal qual Perelman, 1982) a qual depende de contexto sócio-cultural, esquemas cognitivos de valores associados ao comportamento sexual, apontam para a definição do que é mais facilmente identificável, a ocorrência da ejaculação anterior ou logo após a penetração. Além desta forma mais evidente, definem a EP como a "incapacidade de controlar a ejaculação por tempo suficiente para satisfazer sua parceira em pelo menos 50% de suas oportunidades de

coito, quando não há nenhuma disfunção feminina” (Masters e Johnson, 1970). Kaplan (1977) define-a como a incapacidade do homem em exercer controle voluntário sobre o reflexo de ejacular. Munjack e Oziel (1984) procuram estabelecer a definição em conjunto com o casal, de acordo com as necessidades de satisfação sexual de ambos.

Durante a avaliação diagnóstica da EP, através de entrevista psicológica estruturada na sexualidade e outros métodos objetivos para a coleta de dados sobre o comportamento sexual e as circunstâncias sob as quais ocorrem a ejaculação. Questionários auto-respondidos têm sido utilizados por outros autores (Mc Hugh, 1955, 1967, 1968; Pion, 1975a, b; Lo Piccolo e Steger, 1974; Rodrigues Jr., 1991) e grupos, a exemplo do Center for Human Sexuality da Case Western Reserve University School of Medicine, de Ohio (USA) ou da Reproduction Medicine Clinic da Western Australia.

A avaliação psicológica nas queixas de EP deve incluir aprioristicamente o casal em que ocorre a disfunção, embora se saiba que nem sempre a presença da parceira sexual ocorra ao se procurar diagnóstico e tratamento de disfunções sexuais (Rodrigues Jr., Andrade e Costa, 1990). As entrevistas individuais podem e devem ser efetuadas na impossibilidade de se entrevistar o casal, devendo ser efetuadas, também, com cada um dos componentes do casal (Rodrigues Jr., 1990a, b).

Objetivando um instrumento adequado para a obtenção de informações complementares, na avaliação da EP, foi desenvolvida, a partir de 1989, a presente proposta.

## **METODOLOGIA**

A partir de um inventário de sexualidade utilizado para a avaliação psicológica da disfunção erétil, em modelo multidisciplinar (Rodrigues Jr., 1990a, b; Rodrigues Jr., e Costa, 1991), os autores desenvolveram um questionário específico para ser respondido pelo paciente (vide anexo I).

O questionário consta de 44 questões, com respostas de múltipla escolha, as quais devem ser anotadas em folha à parte. As instruções para preenchimento do questionário, além da garantia do sigilo profissional e ético sobre as informações a serem dadas, solicitam a complementação das respostas caso as alternativas não sejam completamente adequadas ou incompletas de acordo com a vivência

anterior ou fantasiosa do paciente em questão (vide folha 01 do anexo I).

As questões versam sobre: curiosidade sexual infantil, adolescente e adulta (atual); obtenção das primeiras informações sexuais; qualidade de participação em jogos e brincadeiras sexuais infantis e adolescentes; masturbação; vivência, aprendizado, frequência, possibilidade de controle ejaculatório, obtenção de prazer, ocorrência de emoções positivas e negativas; imagem corporal a sentimentos; primeira relação sexual voluntária: circunstâncias a vivência emocional, fontes e ansiedades ligadas ao ato sexual; ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis; afetos e fantasias sobre homossexualidade; desejo e iniciativa sexuais em relação a diferentes objetos sexuais; ocorrência reconhecida de disfunções sexuais na parceira sexual usual a suas reações a responsabilidades na ejaculação prematura; resposta ejaculatória e circunstâncias sexuais variadas: preliminares, sexo oro-genital, manipulação genital, fantasias; atitudes para com a ejaculação; fase de excitação: dificuldades eréteis; busca anterior de soluções; fantasias sobre o desempenho pós-tratamento.

Os pacientes devem respondê-lo na seqüência da entrevista psicológica, devendo o paciente fazê-lo sem o auxílio da parceira sexual. O inventário deve ser respondido preferencialmente a lápis, posto que assim pode-se permitir que correções sejam efetuadas sem o concomitante persecutório pelo paciente a captados pelo sexólogo, considerando tais correções e as situações provavelmente ansióginas a que se relacionam.

O paciente deve ser orientado a responder todas as questões e caso haja alguma dúvida que procure questionar o psicólogo responsável, não deixando dúvidas em suas respostas.

Não há necessidade de controlar o tempo que o paciente utiliza para responder o questionário, quando o deixamos à vontade.

Também não é adequado permitir ao paciente levar o inventário para que o responda em casa, pois desta forma temos certa padronização e controle de estímulos sobre a situação de respostas, garantindo, também, que as respostas ficarão nas mãos do profissional para que as avalie antes da próxima consulta ou sessão de terapia com aquele paciente.

## CONCLUSÕES

Os autores apontam para a relevância em se obterem tais informações objetivas do paciente, as quais podem ser comparadas aos dados obtidos em entrevista pelo psicoterapeuta/sexólogo.

Trata-se de uma oportunidade diferenciada e específica para o paciente, provavelmente mais livre de ansiedades. O inventário também apresenta uma excelente vantagem: o de ser uma nova oportunidade para o paciente repensar sua vida sexual progressa a as respostas e a apresentação de sua queixa feita na presença do psicólogo/ sexólogo.

Podem e devem ser discutidos com o paciente os objetivos fixados pelo paciente na última questão do inventário, sobre as expectativas do paciente sobre os resultados do tratamento que possa ser proposto.

A pesquisa diagnóstica da queixa sexual pode ser, através desse questionário, temporalmente abreviada, favorecendo a proposta de trabalho de atendimento direcionado a queixas sexuais. Convém apontar o uso adequado destes questionários, o qual deve ocorrer sob supervisão de profissional adequadamente treinado em aplicação de questionários a testes psicológicos, além da necessidade para a adequada avaliação, de entrevista psicológica para a validação das informações fornecidas pelo paciente. Os dados obtidos neste tipo de instrumental diagnóstico devem ser avaliados numa ótica profissional de acordo com a personalidade do paciente em questão e seu estado psicológico geral, em especial através de suas complementações às respostas e à forma de apresentação das mesmas, incluindo a escrita.

## **ANEXO I**

### **INSTITUTO H. ELLIS**

Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade-SP

Avaliação Psicológica

Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina- Forma E.P. I

Está-lhe sendo entregue um questionário e uma folha para suas respostas. Este questionário visa aumentar a compreensão de seus problemas, auxiliando no diagnóstico correto; portanto responda com sinceridade e com empenho próprios. Todas as suas respostas serão confidenciais, não sendo reveladas a outras pessoas, somente tendo acesso os profissionais envolvidos no seu diagnóstico e tratamento.

Este questionário contém, basicamente, perguntas relativas à sua vida sexual, desenvolvimento e maturação.

As respostas às seguintes questões devem ser respondidas, escritas em folha à parte: sua folha de respostas.

Primeiramente, descreva o motivo que o trouxe ao Instituto H. Ellis, conte quando e como começou o seu problema, a diga as possíveis causas que você imagina ou sabe e demais fatos que você acha que nos ajudarão a tratá-lo.

Procure colocar a resposta que mais se aproxima de sua vivência; caso não seja possível, ou queira complementar sua resposta, descreva a situação específica por extenso no verso (atrás) da folha de respostas. Se lhe faltar espaço para escrever, peça outras folhas. Escreva o quanto quiser. Onde há observações para complementar a sua resposta, anote no verso da folha de respostas o número da questão e a sua resposta complementar. Neste caso procure colocar o que você sente a respeito do fato que você está contando, e acrescente as seguintes informações (que são muito importantes): data, nomes e lugares.

Coloque na folha de respostas a letra compatível à sua vida e experiência pessoal no número da pergunta correspondente. Nas questões em que houver mais de uma resposta que lhe sirva, coloque as letras na ordem de importância para você.

Em caso de dúvida pergunte, não deixe respostas em branco ou incompletas, lembre-se: você é o maior beneficiado com isto.

- 01 - Você era uma criança curiosa em relação a sexo? E atualmente?
- a) fui a sou uma pessoa curiosa;
  - b) fui, mas não sou mais curioso;
  - c) eu não fui, mas hoje sou curioso;
  - d) não era curioso, mas fiquei curioso com o aparecimento do problema;
  - e) nunca fui curioso e continuo não tendo curiosidade em relação a sexo.
- 02 - Com que idade você obteve as suas primeiras informações sexuais? (escreva na folha de respostas)
- 03 - Com quem você obteve as suas primeiras informações sexuais?
- a) com meu pai;
  - b) com minha mãe;
  - c) com tias, tios ou outros parentes mais velhos;
  - d) com um(a) professor(a);
  - e) com outros indivíduos mais velhos;
  - f) com amigos da mesma idade;
  - g) em livros;
  - h) em revistas de mulheres nuas;
  - i) não tive fonte específica, aprendi sozinho.

- 04 - Na infância é muito comum os jogos sexuais e brincadeiras entre crianças, tais como “troca-troca”, masturbação mútua ou coletiva. Como foi com você?
- participei e considerei natural a normal;
  - participei a considero fontes dos meus problemas e conflitos atuais;
  - não participei por medo;
  - não pratiquei nenhuma das atividades descritas;
  - não tive curiosidade;
  - não me lembro se pratiquei alguma brincadeira.
- 05 - Quando você começou a se masturbar? (escreva no número desta questão, na folha de resposta, a idade que você tinha) e o que significou para você, foi positivo ou negativo?
- 06 - Quando você começou a se masturbar (punheta), qual era a frequência com que você se masturbava? (quantas vezes?).
- nunca me masturbei (nunca fiz com a mão);
  - muito raramente;
  - às vezes (uma vez por mês);
  - 2 ou 3 vezes ao mês;
  - 1 ou 2 vezes por semana;
  - 3 a 5 vezes por semana;
  - diariamente;
  - às vezes mais de uma vez ao dia.
- 07 - Como você aprendeu a se masturbar?
- sozinho;
  - um amigo me mostrou;
  - através de revistas e filmes;
  - de outra forma (explique como em sua folha de respostas).
- 08 - Onde você se masturbava geralmente?
- no quarto;
  - no banheiro;
  - outros locais (escreva onde em sua folha de respostas).
- 09 - Quando você se masturbava:
- tinha medo de ser surpreendido (flagrado, pego) por alguém;
  - já foi surpreendido (flagrado, pego) por alguém (escreva na folha de respostas quem foi);
  - gostava de se masturbar na presença de outra pessoa;
  - tinha pressa em ejacular;
  - participava de competições para ver quem gozava mais rápido;
  - adiava a ejaculação sempre que queria;
  - nunca tentei adiar ou segurar a ejaculação;

- h) às vezes conseguia segurar o gozo;
  - i) nunca me masturbei (nunca bati punheta).
- 10 - Quando você consegue ou conseguia adiar ou segurar o gozo (ejaculação) você:
- a) achava mais excitante;
  - b) tinha mais prazer;
  - c) isto me dava dores no saco (nas bolas);
  - d) não fazia diferença;
  - e) nunca tentei segurar,
  - f) quando conseguia segurar sentia-me frustrado, cortava o prazer;
  - g) nunca me masturbei.
- 11 - Quando você se masturba, você pára um pouco antes de ejacular (gozar), para sentir mais prazer?
- a) sim, e isto me dá mais prazer,
  - b) sim, mas não me sinto bem e evito fazê-lo;
  - c) não, somente paro para poder controlar e segurar mais tempo;
  - d) eu já tentei e nunca conseguir segurar nem na masturbação;
  - e) nunca tentei segurar,
  - f) nunca me masturbei.
- 12 - Atualmente você se masturba?
- a) nunca me masturbei (nunca bati punheta);
  - b) parei de me masturbar (escreva na folha de respostas a idade que você tinha quando parou);
  - c) masturbo-me muito raramente;
  - d) às vezes (1 vez por mês);
  - e) 2 ou 3 vezes por mês;
  - f) 1 ou 2 vezes por semana;
  - g) de 3 a 5 vezes por semana;
  - h) todos os dias.
- 13 - Quando você se masturba (faz com a mão):
- a) você acha que é bom, mas não devia fazê-lo;
  - b) é bom, mas é pecado;
  - c) sente-se culpado;
  - d) é bom e não tenho sentimentos de culpa;
  - e) não me masturbo porque é pecado;
  - f) não me masturbo porque sou casado e não preciso mais disso;
  - g) não me masturbo mais, porém, devido ao problema sexual, experimentei ultimamente (explique por extenso como foi, se teve ereção e *ejaculação*, se gostou e se pretende fazer novamente).
- 14 - O que você acha de seu pênis?
- a) feio;
  - b) pequeno demais;

- c) grande demais;
  - d) bonito;
  - e) faz-me sentir homem;
  - f) fico com vergonha dele;
  - g) procuro não pensar sobre ele.
- 15 - Em relação a namoradas:
- a) nunca tive namoradas;
  - b) casei-me com a minha primeira e única namorada;
  - c) sempre foi muito difícil arranjar namoradas;
  - d) eu tinha dificuldade em arrumar namoradas;
  - e) sempre foi fácil arrumar namoradas.
- 16 - Quantos anos você tinha quando da sua primeira relação sexual? (responda na folha de respostas).
- 17 - Com quem foi a sua primeira relação sexual?
- a) com minha esposa;
  - b) com minha namorada;
  - c) com uma amiga;
  - d) com uma empregada;
  - e) com uma prostituta;
  - f) foi uma relação homossexual (escreva maiores detalhes na folha de respostas, com quem foi?);
  - g) não me lembro;
  - h) ainda não tive nenhuma relação sexual completa.
- 18 - Como você se sentiu após a sua primeira relação sexual?
- a) foi terrível;
  - b) foi mal;
  - c) indiferente, tanto fez;
  - d) foi bom;
  - e) foi muito bom, senti-me realizado;
  - f) senti-me confuso;
  - g) não me lembro;
  - h) ainda não tive nenhuma relação sexual completa.
- 19 - Em que local ocorreu sua primeira relação sexual?
- a) na zona;
  - b) no carro;
  - c) em minha casa;
  - d) na casa de outra pessoa;
  - e) na rua;
  - f) num motel/hotel;
  - g) outro local (escreva onde em sua folha de respostas).

- 20 - Você se preocupa com a possibilidade de sua parceira ficar grávida?
- a) sempre me preocupo;
  - b) freqüentemente me preocupo;
  - c) às vezes, depende (do quê? escreva sua resposta na folha de respostas);
  - d) nunca me preocupo;
  - e) depende da parceira (explique como na folha de respostas);
  - f) não me preocupo devido à infertilidade (não pode ter filhos - explique sua resposta na folha de respostas dando a razão pela qual você ou sua parceira não podem ter filhos);
  - g) não tenho parceira fixa;
  - h) só tenho relações com prostitutas.
- 21 - Você já teve doenças sexualmente transmissíveis (doenças venéreas e outras contraídas através do relacionamento sexual)? (escreva a seguir da letra de sua resposta a idade que você tinha quando teve a doença).
- a) nunca tive nenhuma doença sexualmente transmissível;
  - b) sífilis, cancro duro;
  - c) gonorréia, blenorragia;
  - d) cancro mole;
  - e) linfogranuloma venéreo;
  - f) uretrite;
  - g) chato;
  - h) verruga venérea, condiloma cuminado, crista de galo;
  - i) tive mas não sei o nome (neste caso descreva como era a doença, o que você sentiu a teve).
- 22 - Como você se sente nu quando está sozinho?
- a) sinto-me na maioria das vezes estimulado sexualmente;
  - b) sinto-me à vontade, gosto até de andar dentro de casa sem roupa;
  - c) não tenho dado atenção à minha nudez, é-me indiferente;
  - d) não gosto de olhar para o meu corpo, procuro logo colocar roupas;
  - e) evito ficar nu.
- 23 - Como você se sente nu junto a outra pessoa?
- a) quando é do mesmo sexo me sinto mal, é desconfortável;
  - b) quando é do mesmo sexo é indiferente, não me faz mal;
  - c) quando é do mesmo sexo sinto-me estimulado, às vezes com fantasias;
  - d) quando é do outro sexo sinto-me ansioso, é desconfortável;
  - e) quando é do outro sexo é indiferente, não me faz mal;
  - f) quando é do outro sexo sinto-me estimulado sexualmente.
- 24 - Sobre homossexuais:
- a) tenho curiosidade a respeito de homossexuais;
  - b) tenho fantasias sexuais com homens;
  - c) tenho fantasias a respeito de homossexuais femininos (lésbicas);

- d) nem quero ouvir falar disso, isso é muito pernicioso;
  - e) eu não tenho fantasias homossexuais;
  - f) eu já tive fantasias homossexuais, hoje não as tenho mais;
  - g) sou homossexual e acho isso natural (escreva, complementando a sua resposta, desde quando e como você se sente);
  - h) sou homossexual e me envergonho disso (escreva desde quando, e o que você sente a respeito);
  - i) eu não tenho fantasias homossexuais, mas tenho preocupações a respeito;
  - j) tenho medo de me tornar homossexual um dia;
  - l) tenho sentimentos por pessoas do meu sexo;
  - m) tenho pensamentos homossexuais;
  - n) outra situação (descreva em sua folha de respostas).
- 25 - Atualmente como é o seu desejo sexual (tesão) em relação à sua parceira?
- a) intenso;
  - b) variável, depende (escreva como é isso, depende do quê?);
  - c) diminuiu (escreva desde quando isto ocorreu e quais as razões);
  - d) ausente, não tenho vontade de ter relações sexuais com ela (escreva as suas razões);
  - e) eu não tenho parceira fixa.
- 26 - Em relação às outras mulheres, como está o seu desejo sexual, o seu interesse em ter relações sexuais?
- a) intenso;
  - b) variável, depende (escreva explicando do que depende e por quê);
  - c) diminuiu (escreva desde quando ocorreu a diminuição da sua vontade e por quê);
  - d) ausente, eu não penso, e nem tenho vontade de ter relações sexuais (escreva se isso o preocupa e de que maneira).
- 27 - Como você se sente sexualmente em relação à sua parceira?
- a) eu não tenho parceira fixa (escreva em sua folha de respostas sobre outras parceiras, amigas, vizinhas ...);
  - b) eu não estou satisfeito (explique qual a razão na sua folha de respostas);
  - c) sinto-me satisfeito sexualmente com minha parceira;
  - d) minha parceira não gosta de sexo e eu tenho que procurar fora.
- 28 - Sua parceira tem alguma dificuldade ou problema sexual?
- a) ela é fria, não se excita, não fica molhada;
  - b) ela não tem vontade de ter sexo, evita o ato sexual;
  - c) ela não tem tanta vontade de ter sexo do jeito que eu tenho, nem sempre ela quer ter sexo;
  - d) ela não tem orgasmo, ela não goza;
  - e) ela tem dificuldade (demora muito) para ter orgasmo, para gozar;

- f) a vagina dela fica fechada toda vez que tento penetrar, e não podemos ter relação, se tento ela sente muita dor,
  - g) ela sente dores com o ato sexual;
  - h) acho que ela tem algum problema, mas não consigo explicar o que é;
  - i) não sei se ela tem algum problema sexual;
  - j) minha parceira não tem problemas sexuais;
  - k) eu não tenho parceira fixa.
- 29 - De que maneira a sua parceira reage ao seu problema?
- a) ela desconhece o meu problema, ela não sabe;
  - b) ela se ressentida, fica muito chateada, mas continua junto a mim;
  - c) a reação dela é negativa;
  - d) acho que ela quer se separar de mim;
  - e) minha parceira é compreensiva e não me aborrece por causa do meu problema sexual;
  - f) minha parceira é cooperativa e procura ajudar-me;
  - g) eu não tenho parceira fixa, entre as mulheres com quem eu me relaciono não sabem do meu problema.
- 30- Você acha que sua parceira (esposa, noiva, namorada, ou se você não tem parceira fixa, as outras mulheres) tem alguma responsabilidade no seu problema?
- a) acho que ela é responsável (escreva como é isso);
  - b) talvez ela tenha alguma responsabilidade mas eu não sei dizer;
  - c) ainda não tive nenhuma relação sexual, então não sei dizer;
  - d) minha parceira (ou as mulheres) não é responsável pelo meu problema.
- 31 - Quando foi a sua última relação sexual satisfatória? (importante: escreva na folha de respostas com quem foi)
- a) há menos de uma semana;
  - b) há menos de 15 dias;
  - c) há menos de um mês;
  - d) há menos de 6 meses;
  - e) há menos de 1 ano;
  - f) há menos de 2 anos;
  - g) há menos de 5 anos;
  - h) há mais de 5 anos;
  - i) não me lembro;
  - j) eu nunca tive uma relação sexual satisfatória;
  - l) eu ainda não tive nenhuma relação sexual.
- 32 - Quando você está tendo, ou vai ter uma relação sexual, você fica nervoso, ansioso ou preocupado?
- a) fico nervoso sempre;
  - b) fico nervoso, depende da parceira (escreva qual parceira na sua folha de respostas);

- c) sim, mas somente se estou em algum lugar que comprometa, ou tenha que ser rápido devido às circunstâncias;
  - d) eu tenho medo de não conseguir, de fracassar;
  - e) fico nervoso porque fico excitado demais;
  - f) fico preocupado diante da possibilidade de engravidar minha parceira;
  - g) não fico nervoso nem preocupado.
- 33 - Sobre quem tem a iniciativa para começar o ato sexual:
- a) eu sempre começo e é assim que acho que tem que ser;
  - b) eu sempre começo, mas acho que não deveria ser sempre assim;
  - c) minha(s) parceira(s) é que sempre começa(m) o ato, e eu gosto disso;
  - d) minha(s) parceira(s) é que sempre começa(m) o ato, e eu acho que não devia ser assim;
  - e) depende de quem tem mais vontade;
  - f) comigo acontece diferente (escreva em sua folha de respostas).
- 34 - Como você se sente se sua parceira estimula seu pênis com a mão ou boca?
- a) eu gosto;
  - b) não gosto;
  - c) nunca aconteceu, mas não gostaria que acontecesse;
  - d) nunca aconteceu, mas eu gostaria que acontecesse;
  - e) não é próprio que seja assim;
  - f) gozo mais rápido sob sexo oral.
- 35 - Na relação sexual, você acha que vocês têm tantas preliminares quanto gostaria?
- a) sim, acho o suficiente;
  - b) não, gostaria que tivéssemos mais carícias, é muito pouco e rápido;
  - c) minha parceira não permite que tenhamos mais carícias;
  - d) acho que não é necessário, gosto de ir direto ao assunto.
- 36 - A ejaculação, para você, marca o fim do ato sexual?
- a) sim, pois é o que se procura no sexo;
  - b) não, o contato dos corpos após o gozo é muito importante;
  - c) nem sempre, às vezes eu mantenho a ereção após o gozo e quero continuar a relação;
  - d) acho que não, pois eu continuo muitas vezes querendo mais, parece que ficou faltando algo.
- 37 - O que você acha que tem interferido na sua vida sexual, impedindo-a de ser satisfatória?
- a) o trabalho, tenho trabalhado demais;
  - b) o cansaço, tenho me sentido muito cansado ultimamente;
  - c) doença (escreva na sua folha de respostas qual doença, explicando porque acha isso);

- d) a preocupação com o ato sexual, às vezes acho que não vou conseguir;
  - e) o desinteresse pela minha parceira (ou pelas mulheres), não tenho vontade de ter sexo;
  - f) a minha parceira, não nos entendemos mais;
  - g) o problema de minha parceira (explique qual é este problema);
  - h) acho que deve haver algum fator, mas não sei dizer;
  - i) não creio que haja alguma coisa que esteja interferindo no meu relacionamento sexual;
  - j) algum problema psicológico (emocional).
- 38 - Em relação à ereção (dureza do membro):
- a) eu nunca tive ereção alguma;
  - b) eu nunca tive ereção plena, sempre foram ereções parciais, que não possibilitavam a penetração;
  - c) atualmente eu não consigo obter ereção alguma, mas não era assim antes;
  - d) atualmente eu tenho muita dificuldade em obter ereção, mas às vezes eu consigo;
  - e) eu tenho ereção, mas não mantenho o pênis duro para penetrar;
  - f) eu tenho ereção, mas não consigo terminar a relação;
  - g) eu obtenho e mantenho ereção até a ejaculação: não tenho problemas de ereção;
  - h) minha ereção desaparece muito rápido após o gozo.
- 39 - Em relação à sua ejaculação (gozo):
- a) eu não ejaculo durante a relação (explique a sua resposta);
  - b) eu ejaculo antes da penetração;
  - c) eu ejaculo após a penetração, mas com poucos movimentos (gozo rápido);
  - d) sempre ejaculo antes da minha parceira ter orgasmo;
  - e) eu ejaculo sem ter ereção;
  - f) minha ejaculação é normal, demoro o suficiente para minha parceira obter o orgasmo (gozar);
  - g) eu tenho ejaculação seca, não sai esperma, ejaculo para dentro da bexiga (se você fez cirurgia da próstata explique e escreva em que ano foi);
  - h) eu não consigo ejacular, demoro muito, e às vezes eu até desisto.
- 40 - O que você já fez para tentar resolver o seu problema sexual?
- a) procurei um médico clínico geral;
  - b) procurei um neurologista;
  - c) procurei um urologista;
  - d) procurei um psiquiatra/psicólogo;
  - e) procurei um endocrinologista;
  - f) fiz psicanálise;
  - g) fiz psicoterapia;

- h) fiz terapia sexual;
  - i) procurei um farmacêutico;
  - J) procurei um centro espírita;
  - k) procurei solução com umbanda e candomblé;
  - l) usei remédios caseiros (escreva na sua folha de respostas quais remédios, e descreva-os);
  - m) eu não havia procurado ainda nenhuma forma para solucionar o meu problema.
- 41 - Você tem alguma destas doenças:
- a) problemas nervosos (explique, escreva na folha de respostas como é esse nervosismo);
  - b) sou muito preocupado com a vida (escreva na folha de respostas um exemplo do que o preocupa);
  - c) tenho períodos de muita tristeza (escreva na folha de respostas quando foi o último período e quanto tempo durou);
  - d) tenho outros problemas (descreva esses problemas na folha de respostas).
- 42 - Você se encaixa em alguma destas situações?
- a) problemas nervosos (explique, escreva na folha de respostas como acontece esse nervosismo);
  - b) sou muito preocupado com a vida (escreva na folha de respostas um exemplo do que o preocupa);
  - c) tenho períodos de bastante tristeza (escreva na folha de respostas quando foi o último período e por quanto tempo);
  - d) tenho outros problemas (descreva esses problemas na folha de respostas).
- 43 - Escreva como você gostaria que fosse sua vida sexual (sobre o seu desejo sexual, o seu desempenho durante a atividade sexual, com que pessoas, com que frequência e que tipos de atividades sexuais você deseja ter). Seja bastante específico e direto, escreva sobre cada um dos pontos acima. Obrigado.

INSTITUTO H. ELLIS

Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e de Tratamento em Sexualidade

Avaliação Psicológica  
Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina- Forma E.P. I

Folha de Respostas

Nome:.....Idade:.....Nasc.:...../...../.....Local:.....  
Escolaridade:.....Profissão:.....  
Religião:.....pratica? sim ( ) não ( )  
Estado civil:.....Nome do cônjuge (noiva, namorada):.....Idade:.....  
Filhos:.....Quantos?.....Idades e sexos:.....

Escreva nesta folha as suas respostas ao questionário que lhe foi entregue; sinta-se à vontade para escrever outras coisas que também achar conveniente; utilize-se do verso desta folha para fazer suas observações; use outras folhas se necessário.

Primeiro: descreva com suas palavras o motivo que o trouxe a esta clínica, cont como começou o problema, e diga qual é a causa que você acha que resultou neste problema.

- |      |      |
|------|------|
| 01 - | 23 - |
| 02 - | 24 - |
| 03 - | 25 - |
| 04 - | 26 - |
| 05 - | 27 - |
| 06 - | 28 - |
| 07 - | 29 - |
| 08 - | 30 - |
| 09 - | 31 - |
| 10 - | 32 - |
| 11 - | 33 - |
| 12 - | 34 - |
| 13 - | 35 - |
| 14 - | 36 - |
| 15 - | 37 - |
| 16 - | 38 - |
| 17 - | 39 - |
| 18 - | 40 - |
| 19 - | 41 - |
| 20 - | 42 - |
| 21 - | 43 - |
| 22 - |      |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANNON, J. S. The Sexual Fear Inventory - Male Form *Enabling Systems*. Honolulu, 1975a.
2. \_\_\_\_\_. The Sexual Pleasure Inventory - Male Form.
3. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
4. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo, Editora Manole Ltda., 1982.
5. LO PICCOLO, J.; STEGER, J. C. The Sexual Interaction Inventory a New Instrumental for Assessment of Sexual Dysfunction. *Arch. Sex Behav.* 3:585-95, 1974.
6. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. Human Sexual Inadequacy. *Little Brawn and Co*. Boston, 1970.
7. MC HUGH, G. Sex Knowledge Inventory: Form Y: Vocabulary and Anatomy. *Family Life Publications*. Durham (NC), 1955.
8. \_\_\_\_\_. Sex Knowledge Inventory: Form X (revised). *Family Life Publications*. Durham (NC), 1967.
9. \_\_\_\_\_. Marriage Counselor's Manual and Teacher's Handbook. *Family Life Publications*. Durham (NC), 1968.
10. MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. *Sexologia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1984.
11. PERELMEN, M. A. Tratamento da Ejaculação Prematura. In: LEIBLUN, S. R. a PERVIN, L. A.: *Princípios e Prática de Terapia Sexual*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.
12. PION, R. J., The Sexual Response Profile. *Enabling Systems*. Honolulu, 1975.
13. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. The Heterosexual Attitude Scale, Male Form. *Enabling Systems*. Honolulu, 1975a.
14. \_\_\_\_\_. The Heterosexual Behavior Scale, Male Form. *Enabling Systems*. Honolulu, 1975b.
15. RODRIGUES Jr., O. M., A Pesquisa Psicológica na Disfunção Erétil. *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana* 2(1):4, 1990a.
16. \_\_\_\_\_. Abordagem Psicológica do Homem Sexualmente Disfuncional: um Modelo. *Arq. Bras. Psic.* 42(2):57-62, 1990b.
17. \_\_\_\_\_. *Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina*. Forma III. Sexus, no prelo, 1991.
18. RODRIGUES Jr., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. Prevalência de Dificuldades Sexuais em Parceiras de Homens Sexualmente Disfuncionais. *RB.S.H. I (1)*:75-83, 1990.
19. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M. *Disfunção Sexual Erétil Diferenças Psicosssexuais em Causas Orgânicas e Psicológicas*. Reprodução, no prelo, 1991.

# Ejaculação Precoce: Análise dos Resultados de Tratamento\* 2

---

Walkiria Fernandes Moreira Silva<sup>1</sup>

## RESUMO

MOREIRA SILVA, W. F. Ejaculação Precoce: Análise dos Resultados de Tratamento. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

O objetivo do presente trabalho é o reconhecimento da prevalência da queixa de ejaculação precoce a suas características mais comuns, assim como as dificuldades encontradas no decorrer do tratamento.

De 160 homens com queixas sexuais, avaliados no consultório, após avaliação andrológica em 1990, 65 apresentaram a queixa de ejaculação precoce, sendo 40,07% do total. Desses pacientes, 70,76% apresentaram a ejaculação precoce primária e 58,46% como queixa principal. Apenas 18,46% dos pacientes concluíram o tratamento, sendo que 91,66% desses pacientes conseguiram resultados satisfatórios. Houve uma evasão de 85,54% dos pacientes.

## SUMMARY

MOREIRA SILVA, W. F. Premature Ejaculation: Analysis of the Results of Treatment. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

The purpose of this essay is the acknowledgement of the majority number of complaints concerning premature ejaculation and its more common characteristics, as well as the obstacles found along the treatment.

---

# Trabalho realizado em clínica psicológica privada da autora, apresentado no Simpósio de Impotência Sexual, Belo Horizonte, março, 1991 e com o tema livre no I Congresso Brasileiro de Importância Sexual, São Paulo, agosto de 1991.

1. Psicóloga clínica (CRP 04/5894); terapeuta sexual com o curso intensivo de terapia sexual (CITS) e em especialização em Sexualidade Humana pelo Centro de Estudos da Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis.

Recebido em 2.9.91

Aprovado em 12.9.91

From 160 men with sexual complaints seen in office, after andrologic evaluation, in 1990, 65 made a complaint of premature ejaculation, totaling 40,07%. From these patients, 70,76% presented primary premature ejaculation and 58,46% presented it as their main complaint. Only 18,46% of patients concluded the treatment of which 91,66% reached satisfactory results. There was an evasion of 81,54% of patients.

## INTRODUÇÃO

A ejaculação precoce ou prematura é de grande incidência no mundo ocidental, somente ultrapassada pela disfunção da ereção.

De acordo com Masters e Johnson (1985), o homem é ejaculador precoce quando não consegue controlar o processo ejaculatório por tempo suficiente de contenção intravaginal, de modo a satisfazer sua companheira, em pelo menos 50% dos atos sexuais. Segundo Kaplan (1977), é quando ele é incapaz de exercer controle voluntário sobre o seu reflexo ejaculatório, resultando em que, uma vez sexualmente excitado, atinja o orgasmo rapidamente.

No presente trabalho foi usado um misto das duas definições citadas. Considerando um homem como ejaculador precoce como sendo aquele que não consegue exercer um controle sobre a ejaculação, resultando que, uma vez excitado, atinja o orgasmo rapidamente, não satisfazendo sua companheira na maioria das relações sexuais.

De acordo com a experiência de atendimento em consultório, o paciente com a queixa de ejaculação precoce, leva muitos anos para procurar ajuda profissional. Contribui para isto o pouco questionamento que sofre de sua dificuldade, por parte de sua parceira sexual. Durante esse tempo, o paciente faz tentativas de exercer um controle ejaculatório e, normalmente, fracassa, devido à focalização mental neste objetivo, desviando o envolvimento erótico na relação.

Tal fato é acompanhado de tensão e ansiedade, o que facilita a precocidade da ejaculação.

Quanto maior é o tempo em que o homem vem tentando exercer tal controle sobre sua ejaculação, maior é o condicionamento da sua resposta sexual (ejaculação).

É comum a parceira do paciente com tal disfunção apresentar a dificuldade ou impossibilidade de chegar ao orgasmo. Caso seja uma parceira fixa, que está envolvida com o paciente durante vários anos com a presença da queixa, não é raro ela viver uma frustração e desmotivação para com o relacionamento em consequência de sua

insatisfação sexual. Tal fato se deve principalmente porque, normalmente, o homem com tal disfunção passa a ter receio de atingir um maior nível de excitação, e tornar ainda maior a dificuldade de conter a sua ejaculação. Sendo assim, quanto menos intensa for a fase preliminar do ato sexual e quanto menos intimidade erótica existir na relação, menos dificuldade ele terá. Isto também se deve ao fato de que, devido à grande ansiedade que ele vive, passa a ter sérias dificuldades de envolver-se na relação, tornando-a assim mais mecânica.

Dessa forma, é comum a panceira atribuir a esse homem um egoísmo de prazer na relação e, devido às hostilidades presentes no relacionamento afetivo-conjugal, afirmar que ele tem tal comportamento (de ter o orgasmo rápido sem dar tempo para que ela também o tenha), como algo proposital, para não proporcionar a ela satisfação.

Com o passar do tempo, muitas destas parceiras perdem o total interesse na relação, não se empenhando mais em querer melhorar o relacionamento, o que dificulta a sua participação no tratamento.

## MÉTODO

Os dados foram obtidos através de análises das entrevistas psicológicas e/ou sessões no processo da terapia. Durante a fase da avaliação psicológica que antecede o tratamento foram feitas entrevistas individuais com cada membro do casal, daqueles homens que tinham parceiras e as quais compareceram ao consultório (tabela 1).

Após essas entrevistas foi feita outra entrevista com o casal. Com os homens que não tinham parceiras, conseqüentemente, as entrevistas foram individuais.

O estudo foi feito com um grupo de 65 pacientes com a queixa de ejaculação precoce.

Desse total, 52,30% eram casados, 23,08% solteiros com parceira fixa, 15,38% solteiros sem parceira fixa, e 9,24% separados, com outra relação.

Com relação ao nível de escolaridade, a maior freqüência entre homens avaliados foi de 38,46% com 3º grau completo (superior) e a menor freqüência foi de 3,08% tendo o 2º grau incompleto.

Em relação à escolaridade das parceiras, a freqüência maior foi de 32,66% com 2º grau completo e a menor de 2,05% com 1º grau incompleto. A participação das parceiras, na avaliação e na terapia, encontra-se referida na tabela 1 e a variação das idades dos pacientes e de suas parceiras encontra-se na tabela 2.

Houve alegação de diminuição da libido em 64,62% dos pacientes e uma não alteração da mesma em 35,38% deles.

**Tabela 1** – Referência da participação da parceira na avaliação psicológica e terapia proposta (sexual ou conjugal).

Participação da parceira	Sim	Não
Na avaliação	28 (50,91%)	14 (25,45%)
Na terapia	16 (29,09%)	08 (14,54%)
Não foram convocadas		13 (23,64%)

**Tabela 2** – Referência da variação das idades dos pacientes com a queixa de ejaculação precoce e de suas parceiras.

Variação das Idades	
Pacientes	19 aos 67 anos
Parceiras	17 aos 61 anos

## RESULTADOS

Sabemos que a ejaculação precoce pode ser classificada como primária ou secundária.

Na sua forma primária encontram-se os pacientes que observaram a ocorrência de ejaculação rápida desde as suas primeiras relações sexuais, sendo que na forma secundária encontram-se os pacientes que perderam o controle ejaculatório depois de um período de funcionamento sexual eficaz.

A ejaculação precoce ocorreu em 58,64% dos pacientes como queixa principal, ou seja, considerada a queixa mais importante e que causa maior ansiedade e preocupação aos pacientes. Sendo desta forma ela pode ser considerada queixa única ou pode vir acompanhada de uma segunda queixa, a qual chamamos de queixa secundária. Neste estudo, nos pacientes considerados com a ejaculação precoce como queixa principal (58,46%) estão incluídos também os pacientes que apresentaram a ejaculação precoce como queixa única, ou seja, 15,58% desses pacientes.

**Tabela 3 – Qualificação da queixa de ejaculação precoce.**

Qualificação da queixa	Pacientes	
	Nº	%
Ejaculação precoce primária	46	70,76
Ejaculação precoce secundária	19	29,24
<b>Total</b>	65	100,00

**Tabela 4 – Referência dos tipos de apresentação da queixa de ejaculação precoce.**

Ejaculação precoce	
Queixa principal	38 (58,46%)
Queixa secundária	27 (41,54%)
Queixa única	10 (15,38%)

Os pacientes que apresentaram a disfunção da ejaculação como queixa principal, apresentaram como segunda queixa a disfunção erétil. Aqueles que apresentaram a disfunção da ejaculação como segunda queixa, apresentaram a disfunção erétil como a queixa principal ou mais importante. Todos esses fatos são mostrados nas tabelas 3 e 4.

A forma em que a ejaculação precoce ocorreu variou muito. Em alguns pacientes ela ocorreu na fase preliminar do ato sexual, em outros, na tentativa de se fazer a penetração e em outros ainda logo após a penetração. Com alguma freqüência foram encontradas as três formas no mesmo paciente, em determinadas relações.

Com relação ao tipo de terapia proposta para auxiliar o controle ejaculatório, foi sugerida para 38,46% dos pacientes a psicoterapia breve individual, para 30,77% a terapia sexual, para 6,15% a terapia conjugal e para 24,62% não chegou a ser sugerido nenhum tipo de auxílio porque os pacientes não chegaram a concluir a fase de avaliação. A tabela 5 nos mostra os tipos de psicoterapia proposta aos pacientes com a queixa de ejaculação precoce. E a tabela 6 nos mostra o índice de pacientes, no total, englobando os vários tipos de propostas terapêuticas, que caminharam no processo. Alguns concluíram o trabalho, outros apresentaram um índice de evasão, outros

**Tabela 5** – Tipos de psicoterapias propostas aos pacientes com queixas de ejaculação precoce.

Tipo de psicoterapia proposta	Pacientes	
	Nº	%
Psicoterapia breve individual	25	38,46
Terapia sexual	20	30,77
Terapia conjugal	04	6,15
Sem informação	16	24,62
<b>Totais</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 6** – Tipos de psicoterapias propostas aos pacientes com queixa de ejaculação precoce e conclusão das mesmas.

Terapia proposta	Concluíram	Não concluíram	Não iniciaram
Psicoterapia breve individual	04	09	12
Terapia sexual	06	10	04
Terapia conjugal	02	01	01
Sem informação (interrupção da avaliação)			16
<b>Totais</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>33</b>

ainda não chegaram a iniciar a terapia proposta, sendo que uma parte desses nem chegou a concluir a fase de avaliação.

Os critérios usados para indicação dos tipos de terapia foram os seguintes:

Para a psicoterapia breve individual foram indicados aqueles pacientes que apresentaram conflitos intrapsíquicos ligados à queixa sexual, ou que não tinham uma parceira fixa, ou ainda para aqueles que a parceira não apresentou disponibilidade para participar de outro tipo de terapia com o paciente. Deve-se levar em conta a aptidão desses pacientes para a introspecção a conhecimento de sua vida emocional.

A Terapia Sexual foi indicada para aqueles pacientes que apresentaram uma organização psicológica rigidamente defensiva, com dificuldades de reconhecer seus conflitos, reações e respostas emocionais, com resistências à psicoterapia, e que puderam contar com a participação da parceira. A terapia conjugal foi proposta aos casais com maior comprometimento do relacionamento afetivo.

A decisão final na escolha da terapia deve ser em função da avaliação global de tais fatores, no indivíduo em particular.

Foi verificado que houve uma porcentagem considerável de evasão (81,54%). Para procurar as causas de tal fato, foi enviado a tais pacientes um questionário contendo seis perguntas fechadas com espaço para alguma observação. Foram recebidos 30,18% dos questionários para computação das respostas dos pacientes. As causas da interrupção da avaliação ou tratamento são mostradas na tabela 7.

**Tabela 7 – Causas da evasão do tratamento alegados pelos pacientes com queixa de ejaculação precoce, em resposta aos questionários enviados. Dos 53 questionários enviados, foram obtidas apenas 15 respostas.**

Motivos financeiros	4 (26,66%)
Recusaram tratamento psicológico	2 (13,34%)
Obtiveram melhora com tratamento parcial	9 (60,00%)
<b>Total</b>	<b>15 (30,18%)</b>

Apenas 18,46% do total dos pacientes que compareceram ao consultório com a queixa de ejaculação precoce concluíram o tratamento, representando doze pacientes. Foi enviado para esses pacientes um questionário com o objetivo de saber como estava a vida sexual deles em relação ao controle ejaculatório obtido com a terapia. As respostas são apresentadas na tabela 8.

**Tabela 8 – Referência dos resultados obtidos com a conclusão do tratamento proposto para a ejaculação precoce.**

Melhoraram	11 (91,66%)
Não evoluíram	1 (8,33%)
Pioraram	–
<b>Total</b>	<b>12 (100,00%)</b>

## CONCLUSÕES

Com relação à participação da parceira na avaliação (50,91 %) pode-se concluir que:

- Os pacientes não acharam necessária a participação delas alegando ser a queixa sexual um problema exclusivo deles. Com isto, não passaram a elas, a convocação.

- As parceiras receberam a comunicação verbal, mas se recusaram a vir, alegando não ter responsabilidade sobre a queixa do paciente. (Justificativa dada pelo paciente.)

No que diz respeito à libido, foi relatada uma diminuição em 64,6296 dos pacientes. O fato parece ter acontecido em consequência do medo do fracasso, ou seja, parece ter havido uma evitação das relações sexuais pelo receio de serem novamente insatisfatórias e frustrantes ao invés de uma real diminuição do desejo. Parece também ter sido consequência do desgaste com o relacionamento geral do casal.

A maioria dos pacientes (84,62%) apresentaram duas queixas sexuais: disfunção erétil e ejaculação precoce, o que nos leva a deduzir que, com o passar do tempo, vivendo o papel de espectador ao desempenho sexual, diminui o envolvimento erótico do paciente no ato sexual, levando-o a um comprometimento erétil ou baixa percepção do limiar de excitação, causando a precocidade da ejaculação, ou seja, a disfunção erétil, com o passar do tempo pode levar o paciente à ejaculação precoce e vice-versa.

Na averiguação das causas de interrupção do tratamento grande quantidade dos pacientes (60,00%) alegou que no decorrer do tratamento, começaram a sentir uma melhora no controle ejaculatório, o que proporcionou uma melhor satisfação na vida afetiva-sexual com a parceira.

Em consequência disto, o casal resolveu continuar por conta própria, não sentindo mais necessidade de auxílio profissional (alegação dos pacientes). Tal fato nos leva a um índice de 18,46% de pacientes que chegaram a concluir o tratamento proposto. De acordo com a tabela 8, 91,66% desses pacientes alegaram em resposta ao questionário enviado, uma melhora no controle ejaculatório em consequência da terapia e 8,33%, ou seja, um paciente alegou não ter notado nenhuma evolução na sua resposta sexual. Isto nos leva a deduzir que, embora não se tenha conseguido um alto nível de adesão ao tratamento proposto, o resultado do tratamento foi bastante positivo (91,66%).

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. DE WALD. *Psicoterapia - Uma Abordagem Dinâmica*. Porto Alegre, Editoras Artes Médicas, 1981.
2. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEAD, P. Ejaculação Prematura: Incidência e Implicações na Disfunção Erétil. *Sexus* 1(2):22-4, 1989.
3. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
4. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Editora Roca, 1985.

# Autoconfiança Sexual em Estudantes Universitárias: Um Estudo Piloto Descritivo de Prevalência\*

# 3

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>  
Maricy Zampieri de Lima<sup>2</sup>  
Carla Vanecha Cecarello<sup>3</sup>

## RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA, M. Z. DE; CECARELLO, C. V. Autoconfiança Sexual em Estudantes Universitários: Um Estudo Descritivo de Prevalência. R *BS.H.* 3(1): 1992.

Auto-eficácia define-se pela crença em que se pode conseguir cumprir uma determinada tarefa adequadamente numa dada situação, onde as cognições mediam a mudança comportamental.

Tendo como objetivo avaliar a autoconfiança sexual (ACS) em home-ns sem queixas sexuais, foram avaliados um total de 100 estudantes universitários, com média de 28 anos, variando de 19 a 46 anos, através da Escala de Auto-eficácia Sexual, forma E, a qual mensura o nível de confiança

---

\* Trabalho desenvolvido junto às Faculdades São Marcos (SP), a quem os autores agradecem pela probabilidade de desenvolvimento atual do estudo.

1. Psicólogo clínico (CRP 06/20610-7); terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (SP); diretor do curso de Especialização em Sexualidade do Centro de Estudos em Sexualidade Humana (SP); supervisor do atendimento psicológico e responsável pelo preparo teórico de estagiários em Ambulatório de Sexualidade Humana do Hospital Ipiranga (SP).
2. Psicóloga clínica (CRP 06/36548-1); estagiária do Ambulatório de Sexualidade Humana do Hospital Ipiranga (SP); professora assistente de Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico do Curso de Psicologia das Faculdades São Marcos (SP).
3. Psicóloga clínica (CRP 06/35812-0); estagiária do Ambulatório de Sexualidade Humana do Hospital Ipiranga (SP); professora assistente de Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico do Curso de Psicologia das Faculdades São Marcos (SP), com especialização livre em Sexualidade Humana pelo Centro de Estudos de Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis (SP).

na auto-eficácia e dimensões cognitivas através de auto-atribuições de grau que variam de 10 a 100 para 25 itens sobre possíveis comportamentos sexuais masculinos.

Os universitários estudados referiram-se com alta confiança no que diz respeito a ansiedade de desempenho (ACS 78,9 a 79,6%) e desejo sexual (ACS 84,7 a 85,9%). Quanto aos itens referentes à capacidade erétil, apresentam índices de ACS mais elevados (de 72,6 a 91,1%), com exceção ao item que se refere à obtenção de segunda ereção no caso de haver perdido a primeira (ACS 65,8%).

Quanto à fase de ejaculação os estudantes referiram menor confiança no controle ejaculatório, tendo a menor média de ACS dentre as afirmativas (48,2), seguido pelos índices de ACS relacionados à assertividade (51,6 e 57,8%).

A autoconfiança no comportamento sexual deve se relacionar com uma série de cognições socialmente transmitidas e impostas que determinará o comportamento sexual masculino anterior a qualquer contato sexual. Este conhecimento pode ser útil para os profissionais que pretendam trabalhar com a sexualidade humana, em especial no tocante à orientação e terapia de disfunções sexuais masculinas em nosso país.

## ABSTRACT

RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA, M. Z. DE; CECARELLO, C. V. Sexual Self-Confidence in Male College Students: a Pilot Descriptive Study on its Prevalence. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

Self-efficacy is defined as the belief that one can master a certain task or perform adequately in a given situation, where cognitions mediate behavioral change.

In order to recognize sexual self-efficacy (SSE) in non sexually dysfunctioning men, 100 college male students with average age of 28 years, through the Sexual Self-efficacy Scale, form E.

SSE was high for no sexual performance anxiety (78,9 and 79,6%) and for sexual desire (84,7 and 85,9%). Penile erection had also high SSE, but for capability for achieving second erection once first one were lost (65,8%). Ejaculatory control had low SSE (48,2%) as also assertive behavior on sexual situation (51,6 and 57,8%).

Lower self-confidence related to obtation of sexual pleasure without penetration, when compared to confidence to obtain erection when the goal is penetration, seems to be part of the western male.

Self-confidence on sexual behavior may have a serial of cognitions socially implanted that will determine the male sexual behavior before any sexual contact. This knowledge may be use full for the professional that intends to work with human sexuality.

## INTRODUÇÃO

A Escala de Auto-eficácia Sexual, Forma E, foi desenvolvida por Libman e colaboradores, em 1985, baseados no constructo cognitivo de auto-eficácia delineado por Bandura (1977, 1982).

Auto-eficácia define-se pela crença em que se pode conseguir cumprir uma determinada tarefa adequadamente numa dada situação (Bandura, 1977), onde as cognições mediam a mudança comportamental. A psicoterapia, seja de orientação comportamental, cognitivista ou interpretativa, instiga mudanças comportamentais mediadas pela expectativa e confiança no cumprimento de determinadas tarefas. As crenças de auto-eficácia servem de fator de predição e precedem mudanças comportamentais de sucesso.

A Escala de Auto-eficácia Sexual, Forma E, mensura a auto-confiança a as mudanças cognitivas produzidas pela terapia sexual comportamental.

A escala pode ser administrada em vários momentos da terapia, objetivando avaliar as mudanças cognitivas, acessar a ligação entre eventos cognitivos e comportamentais e prover uma base adicional para se julgar se a terapia está em vias de ser encerrada, se os objetivos de restabelecimento sexual estão sendo alcançados. Também pode ser utilizada como uma medida de prognóstico no da eficácia de terapia sexual.

Objetivando reconhecer auto-eficácia na população em geral, sem queixas sexuais apriorísticas, procedemos a este estudo.

## MATERIAL E MÉTODO

A escala de auto-eficácia sexual consta de vinte e cinco afirmativas de comportamentos sexuais possíveis ao homem, às quais se deve assinalar aquelas cujo comportamento o estudante se sente capaz de exercer, e fornecer um grau de 10 a 100 para confiança que tenha em executar cada uma das atividades de forma independente.

Foram analisadas cem escalas de homens estudantes universitários dos cursos de psicologia, administração e economia (primeiro, segundo, terceiro e oitavo semestres) de faculdades particulares.

Os graus auto-atribuídos foram quantitativamente analisados para cada comportamento sexual em grupos seguintes:

- controle ejaculatório: afirmativas 10, 22, 23 a 24;
- desejo sexual: 16 e 17;
- relacionamento interpessoal: afirmativas números 1, 11, 12, 13, 14, 15, 18 a 19;

- ansiedade de desempenho: afirmativas números 1 e 15;
- excitação sexual e ereção peniana: afirmativas números 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 20, 21 a 25.

As médias aritméticas foram obtidas para os graus auto-atribuídos para cada item a dos grupos acima mencionados.

## RESULTADOS

Os valores auto-atribuídos para itens relativos a comportamentos sexuais masculinos possíveis variaram de 0 a 100 (do mínimo ao máximo).

As tabelas 1 e 2 apresentam a média das confianças para cada comportamento sexual.

Quanto à fase de ejaculação, o estudante universitário percebe-se capaz de ejacular, seja sob estimulação oral ou manual pela parceira (89,1 %), durante a penetração com ou sem ereções firmes (72,5%) e através da masturbação, a sós, com ou sem ereção firme (81,0%), porém refere-se com dificuldades em controlar a ejaculação pois a afirmativa que implica este controle foi a de menor média dentre as assertivas (48,2%).

Os estudantes referiram-se com confiança bastante alta no que diz respeito à ansiedade de desempenho (vide tabelas 1 e 2, itens 1 e 15).

A confiança para com o desejo sexual também se apresentou alta, em torno de 85% (vide tabela 2, itens 16 a 17).

Os itens que se referem à assertividade também mostraram ser os mais baixos logo após o controle da ejaculação (vide tabela 2, itens 13 a 18).

A capacidade erétil atingiu os índices mais altos na escala de autoconfiança sexual (72,6% a 91,1%), excetuando-se os itens que se referem à obtenção de segunda ereção no caso de haver perdido a primeira ereção (65,8%) e de obtenção de prazer que não o genital (78%).

## CONCLUSÕES

A capacidade de controle ejaculatório voluntário é o comportamento sexual que provoca menos confiança entre os universitários da amostra estudada. Esses achados são coerentes com outra amostra onde 45% dos estudantes universitários sentiam-se incapazes de controlar a ejaculação, a qual ocorreria de forma rápida ou

logo após a penetração (Rodrigues Jr., Pugliese, Cecarello, Costa e Sessa, 1991).

Os estudantes universitários se encontram entre aqueles com baixa assertividade; dificuldades de relacionamento interpessoal ou de expressividade emocional quando o assunto é sexo ou comportamento sexual. Estas situações são fortes produtoras das dificuldades sexuais, as quais de circunstâncias podem se tornar disfunção erétil, devido à ansiedade que estas circunstâncias podem gerar. Também se leva em conta que não são características psicológicas louváveis ou que não possam trazer outros tipos de problemas, em especial de relacionamento interpessoal e conjugal. Não significamos, com isso, que todos os homens com baixa assertividade, dificuldades de expressão emocional e de relacionamento interpessoal venham a desenvolver disfunções sexuais. Estes são apenas ingredientes encontrados associados a disfunções sexuais, se bem que em muitos casos são os causadores de tais problemas.

É importante fazer notar que o desejo sexual e ansiedade de desempenho não se apresentam como problemas para os estudantes pesquisados. Lembremo-nos que a ansiedade de desempenho geralmente encontra-se associada à disfunção erétil, a exemplo do que Monesi e cols. (1991) encontraram em 85% de pacientes impotentes. Também a inibição do desejo sexual pode ser encontrada com frequência de 21 % na disfunção erétil como apontada por Rodrigues Jr., Amaral e Costa (1991). Desta forma podemos entender porque a confiança na ereção se mostrou alta na amostra estudada.

Porém, as condições de obtenção de novas ereções, caso haja a perda destas, apresenta baixa confiabilidade, o que deve significar uma alta da ansiedade de desempenho para estes estudantes nestas condições. Este pode ser o germe da instalação de ciclo vicioso produtor da disfunção erétil no homem brasileiro de grau universitário.

Assim como, aparentemente, na maioria dos homens na nossa cultura ocidental, o sexo genitalizado é a forma mais centralizada de obtenção de prazer sexual. Isto pode ser relacionado com a menor confiança apresentada pelos estudantes na possibilidade de obtenção de prazer sexual sem que haja penetração, ao compararmos com a obtenção de ereção com finalidades de penetração. A penetração é o objetivo sexual destes homens, portanto não crêem que obterão ereção se o objetivo de penetração não existir.

**Tabela 1** – Escala de Auto-eficácia Sexual – itens 01 a 12: médias para a confiança sexual em executar os comportamentos sexuais descritos nos itens pelos estudantes universitários estudados.

		Escala de Confiança										Faça um X se você (ou seu parceiro) consegue "Posso"	Dê uma nota para sua "Confiança"
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
		quase sem certeza			certeza moderada				certeza absoluta				
01	Pensa na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo											79,6	0-100
02	Conseguir ereção masturbando-se sozinho											91,1	0-100
03	Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos											82,9	0-100
04	Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus											86,0	0-100
05	Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares											76,0	0-100
06	Conseguir uma ereção suficiente para a penetração											85,7	0-100
07	Manter ereção durante o ato sexual até que a parceira tenha atingido o orgasmo											74,5	0-100
08	Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração											65,8	0-100
09	Obter uma ereção suficiente para penetração dentro de um período razoável de tempo											78,4	0-100
10	Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular											48,2	0-100
11	Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não a penetração											72,4	0-100
12	Sentir-se sexualmente atraente para a parceira											77,3	0-100

**Tabela 2** – Escala de Auto-eficácia Sexual – itens 13 a 25: médias para a confiança sexual em executar os comportamentos sexuais descritos nos itens pelos estudantes universitários estudados.

Escala de Confiança										Faça um X se você (ou seu parceiro) consegue “Posso”	Dê uma nota para sua “Confiança”	
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
quase sem certeza			certeza moderada				certeza absoluta					
13	Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros										57,8	0-100
14	Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração										78,0	0-100
15	Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual										78,9	0-100
16	Estar interessado em sexo										84,7	0-100
17	Ter iniciativa para manter atividades sexuais										85,9	0-100
18	Recusar ou evitar uma atividade sexual da parceira										51,6	0-100
19	Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente										67,2	0-100
20	Obter ao menos uma ereção parcial com a parceira durante um contato sexual										72,6	0-100
21	Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira										87,2	0-100
22	Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira										89,1	0-100
23	Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)										72,5	0-100
24	Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereção firme										81,0	0-100
25	Obter ereções matinais										85,9	0-100

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BANDURA, A. Self-efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol. Rev.*, **84**: 191-215, 1977.
2. \_\_\_\_\_. Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *Amer. Psychol.*, **37**:122-47, 1982.
3. LEIBLUM, S. R; PERVIN, L. A. (org.), *Princípios e Práticas de Terapia Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 1982.
4. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, L; FICHTEN, C. S.; AMSEL, R. Z. The SSES-E: A Measure of Sexual Self-efficacy in Erectile Function. *J Sex & Mar. Therapy*, **11** (4): 233-47, 1985.
5. MONESI, A. A.; PUECH-LEAO, P.; RODRIGUES Jr. O. M.; FAVORETO, A. V.; COSTA, M. "Tratamento Psicológico e Impotência: Há Resultados?" Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana (SBRASH). Porto Alegre, 1991.
6. RODRIGUES Jr., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. "Inibição do Desejo Sexual e Disfunção Erétil". *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual* (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência). São Paulo. Agosto, 1991.
7. RODRIGUES Jr., O. M.; DI SESSA, S. R.; COSTA, M.; HADDAD, S. Autoconfiança Sexual em Indicação de Prótese Peniana para Disfunção Erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, **48** (6): 352-356, 1991.
8. RODRIGUES Jr. O. M.; PUGLIESE, M. R. B.; CECARELLO, C. V.; COSTA, M.; DI SESSA, S. R. Disfunção Erétil e Ejaculação Prematura: Prevalência em Estudantes Universitários. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual* (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência). São Paulo. Agosto, 1991.

# Erotismo y Pornografía: ¿Una Cuestión Objetiva o Subjetiva? **4**

---

PÉREZ-CONCHILLO, M.; BORRÁS-VALLS, J. J. y MORO-IPOLA, M.  
Instituto Espill: Sexología, Medicina y Psicoterapia. Valencia. España.

## **INTRODUCCIÓN**

La pornografía es un tema que se ha enfocado habitualmente desde perspectivas legales y sociales, siendo en muchos casos polémico. Se habla de los peligros de la pornografía (Condrón, 1988; Koss, 1988; Jackson, 1990), y la consideración de una manifestación sexual como pornográfica es causa frecuente de controversia, no siendo fácil alcanzar un acuerdo sobre su “nivel de pornografía”.

En este trabajo nuestro objetivo ha sido demostrar hasta qué punto puede haber consenso en un determinado grupo (estudiantes universitarios) sobre la clasificación de algunos textos en función de su nivel de pornografía. Para ello, hemos utilizado los criterios enunciados por Eysenck (1979) para la evaluación “objetiva” de un material escrito como más o menos pornográfico. Además, analizamos la valoración subjetiva que un grupo de estudiantes realizaron sobre textos seleccionados. Se consideraron variables socioeconómicas y de personalidad que podrían estar relacionadas con la mayor o menor permisividad en la calificación de los textos.

## **METODOLOGIA**

Los textos empleados eran fragmentos de las siguientes obras que clasificamos siguiendo los criterios de Eysenck: *Las experiencias*

*de um javen Don* Juan de Guillaume Apolliner (nivel 1: Levemente pornográfico), *Sexus* de Henri Miller (nivel 2: Pornográfico no obsceno) y *La historia de mi vida*, anónimo (nivel 3: Pornográfico obsceno). La consideración del navel de pornografía de un material escrito depende, para Eysenck (1979) de una serie de elementos objetivos del texto: adjetivos, sustantivos, situación descrita, etc. A continuación se preparó una batería que incluía los tres fragmentos, un cuestionario socioeconómico y el test de personalidad EPI (Eysenck, 1973). La batería se cumplimentó de forma colectiva. La participación fué voluntaria y se aseguró la confidencialidad.

La muestra estaba compuesta por estudiantes de la Universidad Jaume I de Cástelió (España), con un total de 216 participantes, de los cuales 112 eram mujeres y 104 varones. Según la procedencia geográfica, 42 eran de origen rural y 173 urbano. El rango de edad era de 19 a 33, siendo la media de 20.5 (D.T. = 2.18).

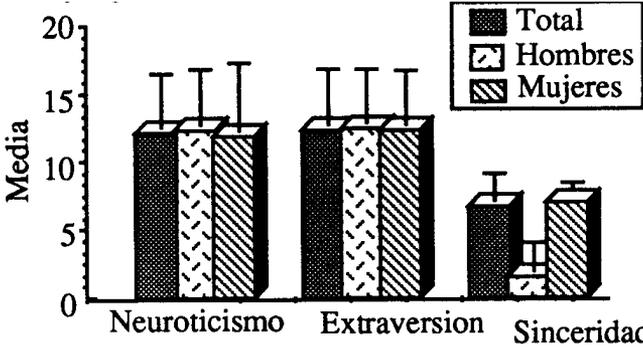
Los datos se introdujeron en un ordenador Macintosh y se analizaron empleando el paquete estadístico SYSTAT. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron, en primer lugar, las correlaciones (coeficiente de Pearson) entre los datos socioeconómicos y los resultados del test de personalidad, por una parte, y la calificación otorgada a los textos, por otra. En segundo lugar, las comparaciones entre grupos se realizaron mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis (dado que el test de homogeneidad de Bartlett no fué significativo). Por último, se realizó la prueba Chi cuadrado para comparar las diferencias entre las puntuaciones otorgadas por los estudiantes y las puntuaciones realizadas siguiendo los criterios de Eysenck.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. Variables de personalidad

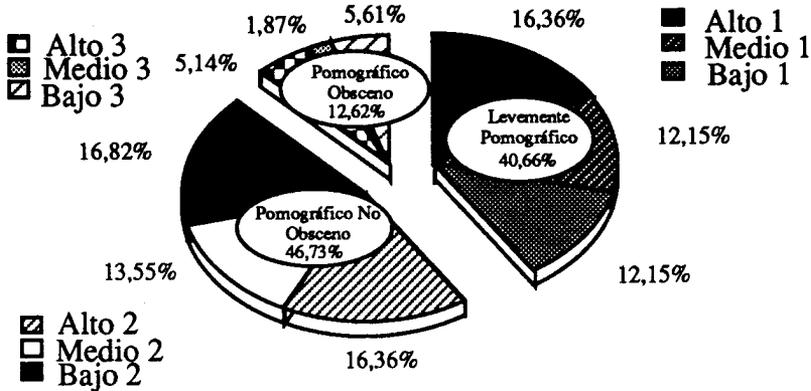
Según la Teoría de la personalidad de Eysenck (1976) existe una relación entre algunas variables de personalidad y el navel de permisividad ante ciertas formas de expresión sexual, entre las que se incluiría la pornografía. Por esta razón incluimos en la batería el inventario de personalidad de Eysenck (EPI). En la Figura 1 se presentan las puntuaciones de la muestra total y por sexos, obtenidas en las tres escalas del EPI (neuroticismo, extraversión y escala de sinceridad). Las puntuaciones del EPI obtenidas en nuestro estudio fueron similares a la media y la desviación típica de los baremos de este test para la población española (Manual del Cuestionario de

Personalidad EPI, 1987). Los sujetos se dividieron en tres grupos en función de sus puntuaciones en neuroticismo y extraversión: nivel alto, medio y bajo.



**Figura 1** - Puntuaciones en las escalas del EPI en hombres, mujeres y grupo total.

Neuroticismo: Según Eysenck (1979) los sujetos con altas puntuaciones serian susceptibles de padecer disfunciones sexuales (anorgasmia o eyaculación precoz), con más probabilidad que los sujetos con bajas puntuaciones. Además las preocupaciones sobre temas, sexuales, los sentimientos de culpa, etc., son más frecuentes en este grupo. Estas personas se sienten incómodas ante pensamientos y sensaciones sexuales. Les preocupa la sexualidad, fácilmente pueden sentirse culpables de sus experiencias sexuales y pueden experimentar ansiedad en presencia de personas que les resulten atractivas.



**Figura 2** - Calificación del texto nº 1 (levemente pornográfico) por los sujetos altos, medios y bajos en neuroticismo.

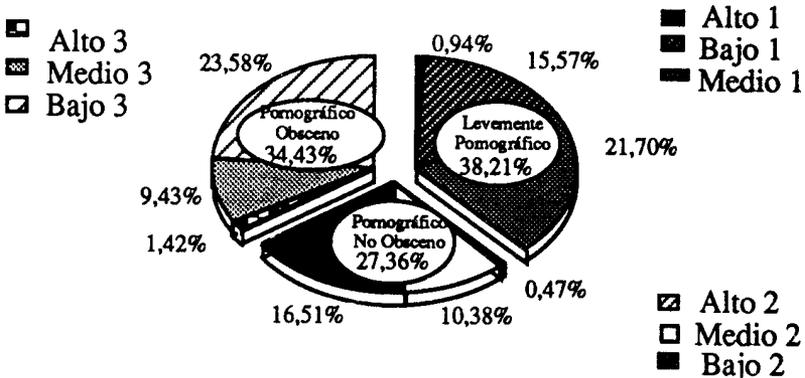


Figura 3 – Calificaciones del texto nº 2 por los sujetos altos, medios y bajos en neuroticismo.

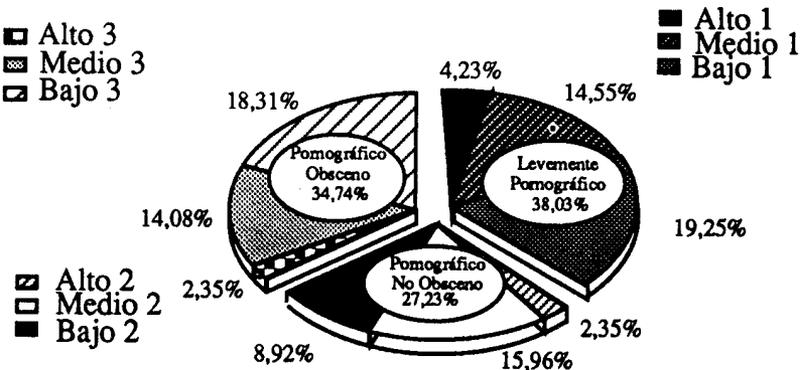
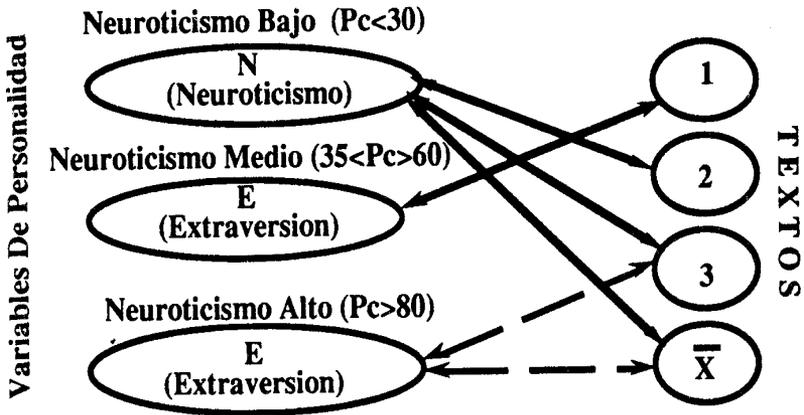


Figura 4 – Calificación del texto nº 3 por los sujetos altos, medios y bajos en neuroticismo.

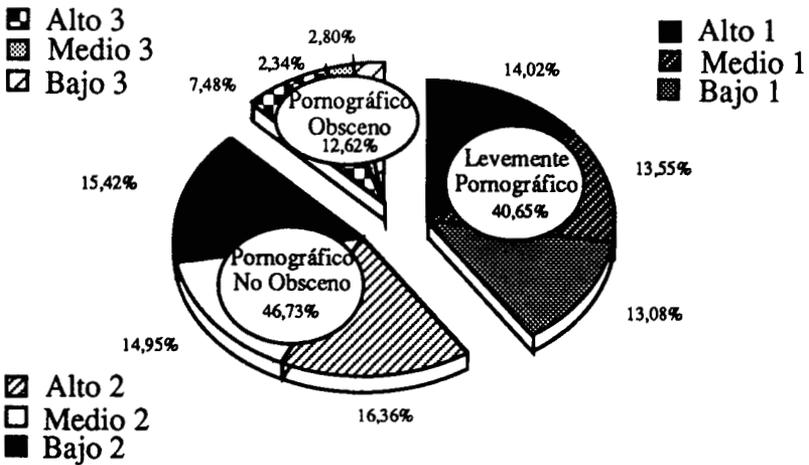
En nuestro estudio, la prueba Kruskal-Wallis no mostró diferencias significativas entre las calificaciones otorgadas a los textos por las personas altas, medias y bajas en neuroticismo. En la Figure 2 están representadas las calificaciones otorgadas por los sujetos altos, medios y bajos en neuroticismo al texto considerado como con nivel 1 según Eysenck (levemente pornográfico), en la Figure 3 se representan las puntuaciones otorgadas al segundo texto (pornográfico no obsceno) y en la Figure 4 las puntuaciones del tercer texto (pornográfico obsceno).



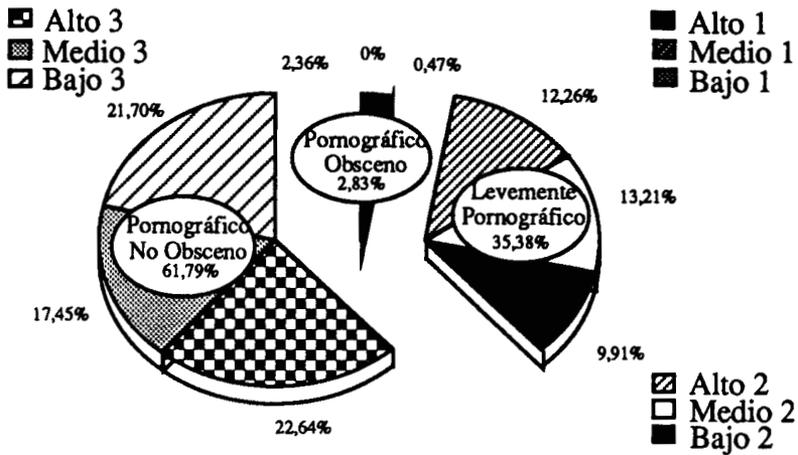
**Figura 5** - Correlaciones entre las medidas en los factores del test de personalidad y las calificaciones otorgadas a los textos.

En la Figura 5 se muestran las correlaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre las variables de personalidad en los tres grupos en función de la escala de neuroticismo, por una parte, y de las puntuaciones otorgadas a los textos, por otra. En el grupo de bajo neuroticismo aparece una correlación positiva significativa entre la puntuación de la escala N (neuroticismo) y las calificaciones otorgadas a los textos 2, 3 y la media de los textos (a mayor neuroticismo, el texto se considera como más pornográfico). En el grupo de neuroticismo medio hay una correlación positiva y significativa entre la puntuación de la escala E (extraversión) y la calificación del texto 1. Por último, en el grupo alto en neuroticismo, aparece una correlación significativa negativa entre la puntuación de la escala E y la calificación del texto 3 y la media de los tres textos, es decir, los muy neuróticos juzgan los textos como menos pornográficos cuanto mayor sea su extraversión. Este resultado se puede explicar según la teoría de Eysenck, que afirma que las personas extrovertidas, debido a su bajo nivel de activación cortical, necesitarían y buscarían experiencias que les aportaran la necesaria estimulación. De este modo, incrementarían su nivel de excitación hasta alcanzar un grado satisfactorio.

*Extraversión:* Para Eysenck, los extrvertidos son más permisivos y se excitan sexualmente con mayor facilidad.



**Figure 6** - Calificaciones otorgadas al texto n° 1 por los sujetos altos, medios y bajos en extraversión.



**Figure 7** - Calificaciones otorgadas al texto n° 2 por los sujetos altos, medios y bajos en extraversión.

En la Figure 6 se representan las calificaciones dadas al primer texto (levemente pornográfico) por los sujetos extravertidos, normales a introvertidos, en la Figure 7 las calificaciones correspondientes al texto 2 (pornográfico no obsceno) y en la Figura 8 las correspondientes al texto 3 (pornográfico obsceno).

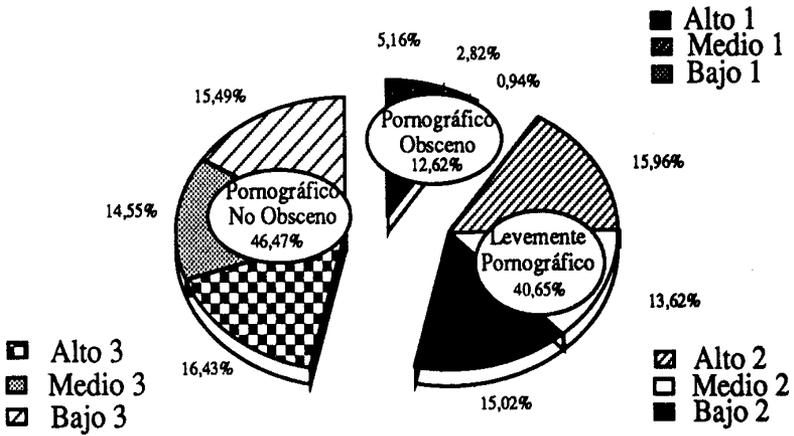


Figure 8 - Calificaciones otorgadas al texto n° 3 por los sujetos altos, medios y bajos en extraversión.

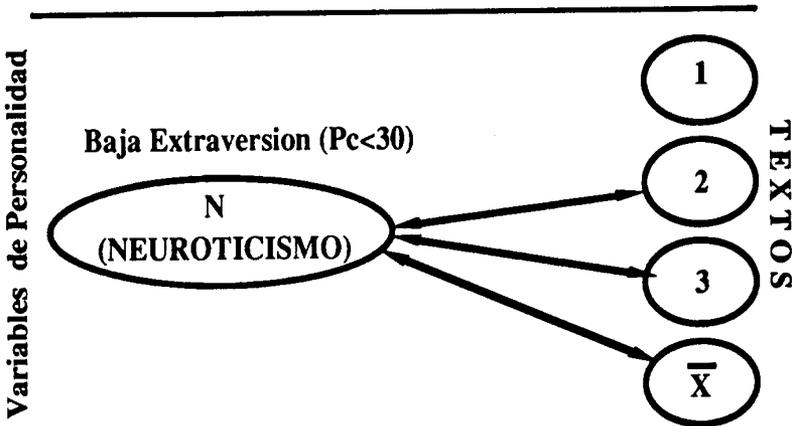


Figure 8 - Correlaciones entre las medidas de las variables de personalidad y las calificaciones otorgadas a los textos.

En cuanto a las correlaciones, sólomente en el grupo de baja extraversión (introvertidos) aparacieron correlaciones significativas y positivas entre la puntttación en la escala N (neuroticismo) y las calificaciones otorgadas a los textos 2, 3 y la media de los textos (ver Figure 9). En otras palabras, los introvertidos en la medida en que puntúan más alto en neuroticismo consideran como más obscenos

los textos. Este resultado es predecible según la teoría de personalidad de Eysenck, puesto que afirma que los neuróticos introvertidos mostrarían una tendencia a evitar la estimulación sexual, y por ello considerarían los textos como más pornográficos. Serían más sensibles a los estímulos sexuales que los introvertidos.

## **2. Variables sociales**

En función del género, hemos encontrado que los hombres que viven con sus padres consideran los textos como más pornográficos. Por otra parte, los varones que han cursado estudios primarios en un centro religioso tienden a juzgar los textos como más pornográficos. Entre las mujeres, las variables relacionadas con una calificación de más pornográfico estuvieron todas relacionadas con la zona geográfica: haber nacido en una ciudad, vivir en una ciudad y que los padres vivieran en una ciudad. No encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones que hombres y mujeres otorgaron a los textos.

## **3. Calificación de los textos**

La prueba Chi cuadrado realizada para comparar las puntuaciones otorgadas por los estudiantes a los tres textos, y las asignadas según los criterios de Eysenck no resultó estadísticamente significativa.

## **CONCLUSIONES**

Nuestra hipótesis inicial era que la consideración de un material, en este caso escrito, como más o menos pornográfico, es una cuestión subjetiva, matizada por la influencia de variables culturales y sociales. Así, no es mensurable la "cantidad" de obscenidad de un material. Dificilmente en un grupo de población, aunque fuera homogéneo, podrían existir criterios objetivos que delimitaran grados de obscenidad. No obstante, la no aparición de diferencias significativas entre las calificaciones dadas por los estudiantes y la calificación que efectuamos según los criterios de Eysenck, nos hacen rechazar esta hipótesis. Por otra parte, las variables sociales y culturales no han resultado estar relacionadas de forma significativa con la calificación a los textos.

Los resultados obtenidos al poner en relación las medidas de personalidad y el juicio de los textos apoyan las predicciones de Eysenck respecto a algunos aspectos de la conducta sexual en función de las dimensiones de personalidad. Parece que sí que existirían algunos elementos "objetivos" que permiten explicar el juicio de un texto como más o menos pornográfico en un grupo determinado. Aunque las características de nuestra muestra, estudiantes universitarios, no permiten una generalización absoluta *de estos* resultados, el hecho de que la media y la desviación típica de las puntuaciones de la escala EPI coincidan prácticamente con las de los baremos para la población española, y el tamaño de la muestra, aportan validez a nuestros resultados.

La continuación del presente trabajo se encuentra en fase de preparación. Queda por analizar la relación entre los juicios a los textos y las medidas obtenidas mediante dos cuestionarios más administrados a la misma muestra, uno de Conducta Sexual y otro de Actitudes hacia la Sexualidad, versiones españolas de dos instrumentos de Eysenck (1976). En una tercera etapa, sería interesante repetir la administración de la batería a otras muestras, de diferente edad, nivel social y formación.

## BIBLIOGRAFIA

1. APOLLINERE, G. *Las Experiencias de un Joven Don Juan*. En Libro Ganmiani: Cuentos eróticos franceses. Producciones Editoriales, 1976.
2. EYSENCK, H. J. *Sexo y Personalidad*. Ed. Cátedra, 1982.
3. \_\_\_\_\_. *Usos y Abusos de la Pornografía*. Alianza Editorial, 1979.
4. EYSENCK, H. J.; WILSON, G. *Psicología del Sexo*. Herder, 1981.
5. MILLER, H. *Sexus*. Seix Barral. Colección literatura Contemporánea, 1984.
6. *Cuestionario de Personalidad EPI. Manual*, T. E. A. Ediciones, Madrid, 5ª edición, 1987.
7. *La Historia de Mi Vida*, Tusquets editores. Colección la Sonrisa Vertical, 1981.

# Inibição do Desejo Sexual: Estudo Descritivo da Ocorrência e Implicações na Disfunção Erétil\*

# 5

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>  
Teresa Cristina Maltez Amaral<sup>2</sup>  
Moacir Costa<sup>3</sup>

## RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. Inibição do Desejo Sexual: Estudo Descritivo da Ocorrência e Implicações na Disfunção Erétil. *R.B.S.H. 3(1): 1992.*

A inibição do desejo sexual (IDS) implica na diminuição ou extinção do interesse e capacidade de engajamento em atividades sexuais, inclusive com o afastamento de comportamentos sexuais e não aceitação de propostas sexuais. A IDS pode ocorrer junto à disfunção erétil (DE).

Objetivando estudar a ocorrência e implicações da IDS do desempenho sexual, analisaram-se retrospectivamente 495 pacientes com queixas de DE. Encontraram-se 21% dos pacientes com IDS. A IDS secundária à DE equivale a 90% dos pacientes estudados e era concomitante à ejaculação prematura em 41%. Uma única parceira sexual existia em 95% dos pacientes. A masturbação estava presente em 58%, com frequência "rara" para 38%; a atividade sexual era nula para 19%, chegando à média de 1,2 relacionamentos

---

\* Trabalho desenvolvido no Centro de Estudos de Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis (Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade, SP).

1. Terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (SP); supervisor do atendimento psicológico e responsável pelo Treinamento de estagiários em Terapia Sexual do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Ipiranga (SP).
2. Médica clínica com especialização em Sexualidade Humana pelo Centro de Estudos de Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis.
3. Diretor do Curso de Especialização Livre em Sexualidade Humana do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP); terapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP).

sexuais semanais. Estes pacientes tiveram diagnóstico exclusivo psicológico para a DE em 44%, de orgânico em 32% e misto em 24%. A indicação de psicoterapia ocorreu em 70%, com aceitação de 51%, e de prótese peniana (para a DE) em 24%, com aceitação de 14% se não houvesse outra indicação de tratamento concomitante. Aparentemente a IDS encontra-se relacionada com a baixa aceitação da prótese peniana. A IDS deve ser considerada para a melhor prescrição do tratamento da DE, com indicação de psicoterapia breve intensiva para o retomo e desenvolvimento do desejo sexual.

## SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. Inhibition of Sexual Desire: Descriptive Study on Occurrence and Implications on Erectile Dysfunction. *R.B.S.H. 3(1)*: 1992.

Sexual Desire Inhibition (SDI) implies in the diminution or absence of interest and capability of one to take part on sexual activities, including avoiding sexual behaviors and not acceptance of sexual approaches. SDI may occur along with erectile dysfunction (ED).

In order to study prevalence and implications of SDI in sexual performance, 495 patients complaining of ED were retrospectively studied. SDI secondary to ED were 90% of the studied patients and happened along 41% of premature ejaculation. Masturbation was present at 58% with a "rare" frequency to 38%. Coital sexual activity were nule to 19%, up to the average of 1,2 weekly coitus. Those patients were diagnosed exclusively as psychogenic for ED in 44%, 32% were of organic causes and 24% were of mixed etiology. Prescription of psychotherapy was of 70% and accepted by 51%. Penile prosthesis were prescribed for 24% and accepted by 14% if there was not any other treatment prescription altogether.

It seems that SDI is related to the low acceptance of penile prosthesis. SDI must be considered for the best treatment prescription for ED, with the prescription of intensive brief psychoterapy for the development of sexual desire.

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios do desejo sexual passaram a receber atenção dos profissionais em sexualidade em meados da década de 70.

A inibição do desejo sexual (IDS) implica na diminuição ou extinção do interesse e capacidade de engajamento em atividades sexuais, inclusive com o afastamento de comportamentos sexuais e a não aceitação de propostas sexuais (6, 7). A falta de vontade em participar das relações sexuais ocorre por medo ou ausência de interesse. Na IDS não há necessariamente comprometimento da reação

física de excitação ou de orgasmo. Desta forma a IDS não impede que a pessoa possa participar do contato sexual quando solicitada, inclusive se satisfazendo sexualmente, embora sem que se sinta motivado a novamente buscar tal atividade. O desejo sexual é o elemento mais importante envolvido na atividade sexual. Rodrigues Jr. e cols.(16) referem ser a principal motivação de estudantes universitárias (52%) para a primeira relação sexual, em especial as que se julgam preparadas ou razoavelmente preparadas para este primeiro coito.

A disfunção erétil, enquanto dificuldade parcial ou total para obter e/ou manter a ereção peniana para o coito satisfatório (5, 6, 7, 8, 10) pode ser comprometida pela IDS. A IDS pode ocorrer anterior ou posteriormente à DE. A IDS pode aparecer em função da DE, como forma de defesa de ego, mas pode ocorrer associada às causas da DE.

O objetivo deste estudo é descrever e tecer considerações sobre as implicações da ocorrência da IDS, dividida em primária e secundária à DE, e das associações entre a IDS e a DE, bem como as formas de tratamento prescritos e aceitos para a DE.

## METODOLOGIA

Estudaram-se retrospectivamente 495 pacientes homens com queixas de dificuldades sexuais que procuraram uma clínica **privada** de caráter multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento daquelas queixas, no período de julho de 1987 a maio de 1988.

Consideraram-se, apenas, os pacientes com queixas de inibição do desejo sexual (IDS), fossem secundárias à disfunção erétil, ou primárias a ela. Tratavam-se de 105 homens (21,21% dos pacientes estudados), com idades variando de 19 a 84 anos.

O diagnóstico multidisciplinar para a DE foi obtido através do modelo de Costa e cols.(2). O diagnóstico incluiu a investigação hormonal visando cobrir os 10 a 20% de causas orgânicas para IDS, por altos níveis de prolactina citados na literatura (6, 8, 10). A primariedade ou secundariedade da IDS quanto à DE foi estabelecida durante a avaliação psicológica descrita por Rodrigues Jr. (12, 13).

Procurou-se descrever as seguintes características relacionadas à atividade sexual nos pacientes com IDS:

- status marital, como reconhecimento de possível contato físico/Sexual com a parceira sexual;
- relacionamentos sexuais extraconjugais: como indicativo de desejo sexual expandido;

- outras queixas na área sexual: ocorrência de outras dificuldades além da DE e da IDS;
- masturbação: ocorrência e frequência como sinais de exteriorização do desejo;
- frequência da atividade sexual: observação da frequência junto à queixa de inibição do desejo sexual;
- diagnóstico da DE: divididos em Orgânico (predominância de causas orgânico-fisiológicas); Psicológico (predominância de causas emocio-no-comportamentais) a Misto (ocorrência conjunta de etiologia orgânica e psicológica);
- indicação, aceitação e resultado de tratamento: descrição do comportamento de homens com inibição do *desejo sexual* quanto ao tipo de tratamento, a aceitação a os resultados daquele.

## RESULTADOS

Considerando-se a IDS secundária 8 DE, obtivemos 95 pacientes com idades de 19 a 84 anos (média de 48 a 63 anos). Eram, na maioria, casados ou convivendo maritalmente (69 pacientes - 74,2%). A existência de apenas uma parceira sexual foi referida por 95% dos pacientes, sendo que um paciente referia ter duas parceiras, outro três parceiras sexuais e um referia não ter nenhuma (1,6% cada). Quanto à ocorrência de outras disfunções sexuais, 39 pacientes (41%) apresentavam prematurização da ejaculação, um inibição ejaculat6ria, um paciente anorgasmia e dois apresentavam queixas de curvatura peniana. A masturbação foi referida como prática de 47 pacientes (58%), com frequência variando de "raramente" (38,3%) e diariamente (2,13%) (média masturbatória semanal de 1,35% masturbações por semana). A atividade sexual referida nula por 11 pacientes (18,64%), raramente (6,78%) até diariamente (3;39%) - em média semanal de 1,22%. O diagnóstico para estes pacientes foi 32% de orgânico, 44% psicogênico e 24% de misto. Os tratamentos indicados encontram-se distribuídos no quadro 1, sendo que 55 pacientes (69,62%) receberam indicação de psicoterapia, a 20 (25,32%) de implantação de prótese peniana. A aceitação do tratamento proposto ocorreu em 28 *pacientes* (50,91%) para psicoterapia e 8 pacientes (42,11 %) para a prótese peniana (vide quadro 2 para as modalidades de tratamentos isoladamente a aceitação).

Considerando-se a IDS anterior à DE obtivemos 10 pacientes (9,52%) com idades de 30 a 68 anos (média de 42 anos), sendo 7 convivendo maritalmente ou casados. Quanto so número de parceiras,

de 7 pacientes dos quais foram coletadas tais informações, 6 (85,7%) referiam apenas uma parceira, e 1 referiu duas parceiras sexuais. A ejaculação prematura esteve presente em 7/10 pacientes além da DE e da IDS. A masturbação foi referida apenas por três pacientes, com freqüência "rara". A freqüência da atividade sexual variou de 1 a 10 vezes por mês (média de 4,41). As relações extra conjugais foram relatadas por 2 pacientes (25%). O diagnóstico final obtido confere psicogenicidade a 37,5%, organicidade pura a 37,5% e de mista etiologia a 25%. O tratamento proposto a 8 pacientes, correspondeu a 75% de psicoterapia, 25% psicoterapia conjunta a ligadura da veia dorsal peniana, a ioimbina (concomitante aos tratamentos propostos anteriormente) para 12,5%, os quais não foram aceitos pelos pacientes.

## CONCLUSÕES

Homens com queixas sexuais eréteis e inibição do desejo sexual apresentam características relacionadas à sexualidade de forma bastante particular. A forma de expressão de sexualidade pesquisada através da existência de parceiras sexuais, relacionamentos sexuais extraconjugais, atividade sexual interpessoal e mesmo masturbatória, mostram tais pacientes com expressão sexual aparentemente abaixo da média.

A existência de relacionamentos sexuais extraconjugais da amostra de pacientes com a inibição do desejo sexual diagnosticada é muito inferior à de universo com queixa geral de disfunção erétil: 3,9% contra 40,18% (1).

Outra amostra de população semelhante apresentou 33,33% de homens com queixas de disfunção erétil concomitante à inibição do desejo sexual (14), contra os 21,21% da presente amostra. Pode-se inferir que a primeira amostra incluía maior possibilidade de inibição do desejo sexual por ser estudo sobre estados depressivos junto a homens submetidos à avaliação psicológica que já incluía a testagem daquele aspecto da personalidade.

Ao compararmos a aceitação de tratamento para a disfunção erétil desta amostra com outra de mesmo tipo e origem (15) podemos perceber que a aceitação de psicoterapia aparentemente não é afetada pela inibição do desejo, mantendo-se ao redor dos 50%. Porém a aceitação do implante peniano de uma amostra de pacientes com disfunção erétil secundária, sem a consideração específica da inibição do desejo sexual, chega a 44%, contra os 14% da presente amostra.

**Quadro 1** – Tratamentos para a disfunção erétil em pacientes com inibição do desejo sexual secundária à disfunção erétil, indicação e aceitação.

Tratamentos	Pacientes		Aceitação	
	n	%	n	%
– Psicoterapia	40	50,63	20	50
com Ioimbina	7	8,86	2	28,57
com prótese peniana	4	5,06	4	100
com Nesbitt	1	1,27	1	100
com ioimbina e prótese	2	2,53	1	50
com ioimbina e ligadura de veia	1	1,27	–	–
– Prótese	14	17,72	2	14,29
– Ioimbina	1	1,27	1	100
com prótese peniana	1	1,27	1	100
com cirurgia e prótese	1	1,27	–	–
com hormônios	2	2,53	2	100
– Hormônios	3	3,8	2	66,67
– Cavernosoplastia	1	1,27	1	100
– Ligadura de veia	1	1,27	–	–
<b>TOTAIS</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>46,84</b>

A mesma situação aparentemente ocorre para a proposta de tratamento por hormônios e ligadura da veia dorsal peniana.

A aceitação de “remédios” (ioimbina e hormônios) mostrou-se de grande aceitação, levando-nos a hipotetizar sobre a facilidade de pacientes com DE em aceitar prescrição de medicamentos para a solução de suas dificuldades sexuais, fato também apontado por Rodrigues Jr. e Sartori (1990).

A incidência de 69,6% de indicações de psicoterapia (modelos terapia sexual e terapia de apoio) se deve pelas próprias circunstâncias da amostra, posto que a IDS se mostra coerente com a necessidade de tratamento psicológico, assim como sua alta aceitação pelo paciente. Devemos lembrar, no entanto, que os 18,99% de pacientes que receberam prescrição de cloridrato de ioimbina receberam-na por não desejarem ser submetidos à terapia psicológica, embora a ioimbina, aparentemente, tenha algum efeito sobre a sexualidade, mormente sobre o desejo sexual (3, 9, 11, 17), este efeito é melhor

ênfatisado dentro de um processo psicológico terapêutico, com controle das variáveis e valorização dos ganhos.

Considerando-se que a IDS não impede a pessoa de participar do contato sexual quando solicitada, temos nesta amostra a manutenção de atividade sexual em mais de 80% dos pacientes, embora em média semanal inferior à média da população brasileira (ao compararmos com os resultados obtidos pelo Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado - 4). Tal atividade sexual talvez deve ser reputada ao contexto cultural através de condutores cognitivos, os quais explicariam também a procura do tratamento para a DE, embora não posamos considerá-los motivados emocionalmente para o tratamento devido à própria IDS.

**Quadro 2 – Formas de tratamento para a disfunção sexual erétil em pacientes com queixas de inibição do desejo sexual secundária à disfunção erétil e a aceitação dos mesmos tratamentos.**

Tratamentos	Pacientes		Aceitação	
	n	%	n	%
Psicoterapia	55	69,6	28	50,91
Prótese peniana	19	24,05	8	42,11
Ioimbina	15	18,99	7	46,67
Hormônios	5	6,33	4	80
Cavernosoplastia	1	1,27	1	100
Ligadura de veia	3	3,8	–	–
Nesbitt	1	1,27	1	100
<b>TOTAIS</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>–</b>

A atuação multidisciplinar, tanto diagnóstica quanto no tratamento, mostrou-se útil para a abordagem destes pacientes, embora não facilitasse a aceitação da indicação de certos tratamentos, a exemplo da prótese peniana de silicone. Cremos que pacientes com queixas de inibição do desejo sexual concomitante à disfunção erétil necessitam de abordagem psicológica intensiva breve, focalizando os aspectos para reversão da IDS. Então o paciente deve apresentar me-

lhora motivação para aceitar tratamentos orgânicos. Este aspecto nos apareceu em 4 pacientes com indicação concomitante de prótese peniana a psicoterapia, os quais aceitaram ambas as indicações.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Disfunção Sexual Erétil e Relacionamentos Sexuais Extraconjugais. *Reprodução* 4(2):73-4, 1989.
2. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEAO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M.; PORTNER, M. Sexualidade: A Integração do Atendimento Multidisciplinar. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(8):301-5, 1991.
3. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo Duplo-cego do Uso de Cloridrato de Ioimbina em 25 Pacientes com Diminuição do Desejo Sexual. II *Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana* (SBRASH), Florianópolis, 30 de outubro de 1990.
4. Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado: *Pesquisa Acerca dos Hábitos Sexuais dos Brasileiros*. Cultrix, São Paulo, 1983.
5. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
6. \_\_\_\_\_. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
7. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Livraria Roca Ltda., 1985.
8. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C., *O Relacionamento Amoroso*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1988.
9. MORALES, A.; CONDRA, M.; OWEN, J. A.; SURRIDGE, D. H.; FENEMORE, J.; HARRIS, C. Is Yohimbine Effective in the Treatment of Organic Impotence? Results of a Controlled Trial. *The Journal of Urology*, 137:1168-72, 1987.
10. MUNJACK, D. J.; OZIEL, D. J. *Sexologia - Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
11. POMPEO, A. C.; GROMATSKY, C.; ROSENBLATT, C.; LUCON, A. M.; ARAP, S. Uso Terapêutico de Ioimbina em Disfunção Erétil. *Jornal Brasileiro de Urologia* 17(1):19-22, 1991.
12. RODRIGUES Jr., O. M. A Abordagem Psicológica do Homem Sexualmente Disfuncional - Um Modelo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 42(2):57-62, 1990a.
13. \_\_\_\_\_. A Avaliação Psicológica de Disfunções Sexuais Masculinas em Abordagem Multidisciplinar. *Urologia Panamericana* 3(2):VH-X, 1990b.
14. 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.
15. RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. Aceitação de Tratamento em Disfunção Erétil Secundária. II *Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana* (SBRASH). Florianópolis, 30 de outubro de 1990.

16. RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA Fo.; A. S.; MELD, S. F. R.; NOGUEIRA, E. A. Primeiro Coito e a Opinião sobre esta Influência em Universitárias Paulistas. *RBSH* 11(2):162-71, 1991.
17. SONDA, L. P.; MAZO, R.; CHANCELLOR, M. B. The Role of Yohimbine for the Treatment of Erectile Impotence. *Journal of Sex & Marital Therapy* 16(1):15-21, 1990.

# Resumo Comentado

---



# Individuals Presenting Without Partners at a Sexual Dysfunction Clinic: Psychological and Physical Morbidity and Treatment Offered **1**

---

Resumo e Comentários de Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>

CATALAN, J.; HAWTON, K.; DAY, A., Individuals Presenting without Partners at a Sexual Dysfunction Clinic: Psychological and Physical Morbidity and Treatment Offered. *Sexual and Marital Therapy* 6(1): 15-24, 1991.

Os autores apontam para a pouca descrição, na literatura, de pacientes que procuram tratamento para disfunções sexuais, sem ter uma parceira sexual.

Foram estudados 48 pacientes consecutivos em um período de dois anos (19% dos *pacientes*) *que* não se apresentaram para o tratamento com suas parceiras. Porém tinham parceira sexual regular 71 % dos pacientes. Os pacientes passaram por entrevista detalhada e avaliação orgânica, avaliação psiquiátrica, Questionário de Saúde Geral (Goldberg e Hillier, 1979), Escala para Ansiedade de Depressão de Leeds (Snaith e cols., 1976). A idade dos homens (67%) variou de 20 a 62 anos e das mulheres (33%) de 18 a 52 anos, não diferindo dos outros pacientes *que* procuraram a clínica em casal. Não havia diferença de classe social entre os homens e as mulheres que procuraram o tratamento sem a parceira sexual, ou daqueles que o fazem

---

1. Psicólogo clínico; terapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP); co-diretor do curso de Especialização em Sexualidade do Centro de Estudo em Sexualidade Humana (SP); diretor secretário adjunto da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH, 1991-93); supervisor do atendimento psicológico e responsável pelo preparo teórico de estagiários do Ambulatório de Sexualidade Humana do Hospital Ipiranga (SP).

com suas parceiras. A maioria dos pacientes foi referida por clínicos gerais (58%), ginecologistas (10%), psiquiatras (6%) e médicos de hospitais (8%). Entre os homens, 69% queixavam-se de disfunção erétil e 22% de ejaculação prematura; entre as mulheres, 44% queixavam-se de disfunção orgásmica e 31% de inadequação quanto ao desejo sexual. O problema sexual durou mais.

nas mulheres (9 anos) que nos homens (5 anos). A motivação das mulheres sem parceria sexual, com queixa do desejo sexual, aparentou ser maior do que aquelas com parceria sexual (que tinham mais motivação com queixa de vaginismo). Não se encontraram diferenças significativas quanto a relacionamento conjugal e status psiquiátrico, apesar das mulheres aparentemente serem menos psicopatológicas que os homens sem parceria sexual. Desordens orgânicas foram mais comuns em homens (28%) e raras nas mulheres. Em ambos os segmentos havia a mesma proporção de pessoas sob medicação, embora as mulheres o faziam por contracepção (pílula).

O paciente que se apresenta para tratamento em sexualidade em clínica na Inglaterra tem o mesmo perfil, venha com ou sem sua parceira sexual usual. Pertencem a classe econômica mais alta e procuram mais facilmente por ajuda de forma direta e verbalizada, o que os conduz a um especialista. Devido à popularização do tratamento de casais em terapia sexual, indivíduos sem parceria sexual devem procurar menos tratamento.

Há mais homens do que mulheres procurando tratamento para problemas sexuais sem a presença de parceria sexual. Talvez porque o homem tenha mais facilidades em procurar ajudar profissional do que a mulher, a qual talvez procure soluções para problemas mais abrangentes que, e que também venham a resolver seu problema sexual.

A maior proporção de mulheres com queixas orgásmicas pode ser explicada pela divulgação da possibilidade de se treinar alcançar orgasmos através da imprensa leiga.

O aconselhamento breve individual foi o tratamento mais indicado por não haverem alternativas pela ausência de parcerias.

Os autores concluem pela necessidade de atenção dos terapeutas aos pacientes que se apresentam sós para terapia sexual, da utilização de técnicas para estes pacientes e de informações às fontes de referência (médicos clínicos gerais e outros), de que é possível tratá-los sem a presença de suas parceiras sexuais.

Os autores ponderam o quadro sociocultural para entenderem um grupo proporcionalmente pequeno (19%) que procura tratamento para disfunções sexuais. Tais explicações parecem inverter-se em nossa população brasileira, onde em clínica particular a maioria de

homens não aceita ou admite a participação de sua parceira sexual no tratamento das disfunções sexuais (Rodrigues Jr., Andrade e Costa, 1990). Devemos aventar duas condições para estes fatos:

- divulgação inadequada dos tratamentos para disfunções sexuais.
- fontes de referência desconhecedoras das formas de tratamento mais adequadas e dificuldades em fazer a adequada referência.

É importante salientar que os autores apontam para a possibilidade de tratar quem procurar o profissional sem a parceira, o que raramente é sequer citado nos livros-textos em terapia sexual, que salientam o tratamento do casal.

Saliente-se também a consideração pela mídia, do trabalho do terapeuta sexual que deve influenciar em muito o trabalho do profissional e o entender das possibilidades pelos possíveis clientes.

Estes pontos merecem ser considerados pelos profissionais da área de sexualidade humana também em nosso país.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. GOLDBERG, D.; HILLIER, B. F. A Scale of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9:139-45, 1979.
2. SNATTH, R. P.; BRIDGES, G. W. K.; HAMILTON, M. Leads Scale for the Self Assessment of Anxiety and Depression. *British Journal of Psychiatry* 128:156-65, 1976.
3. 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):75-83, 1990.

# Relação entre o Modo de Masturbação da Mulher e a Atividade do Coito por um Orgasmo 2

---

Resumo e Comentários de Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>

LEFI, J. J.; ISRAEL, M., Relação Entre o Modo de Masturbação da Mulher e a Atividade do Coito por um Orgasmo. *Contraception -Fertilité- Sexualité* 12:707-713,1984.

A fim de determinar as relações existentes entre as condutas masturbatórias e coitais, 117 mulheres voluntárias da classe média foram classificadas, segundo três estilos de condutas masturbatórias: diretas (manipulação digital direta do clitóris ou com uso de vibrador), indiretas (todos os outros métodos não definidos como diretos) e não masturbadoras.

A classificação foi realizada através de um questionário e os resultados obtidos, através de um processo como este, muitas vezes imperfeito e gerador de constrangimentos podem ser controversos.

Sabemos da possível relação entre as capacidades orgásmicas masturbatórias e coitais. Ela representa o fundamento do tratamento de escolha de mulheres sofrendo de anorgasmia primária geral. A estratégia terapêutica computa um ensino de técnicas masturbatórias (vide programa de Loppiccollo) utilizando a estimulação clitoridiana direta.

A maneira que a mulher aprende intimamente a se masturbar por uma estimulação direta ou indireta de seu clitóris pode ter uma influência sobre sua capacidade orgásmica coital ulterior.

---

1. Médico; diretor do Centro de Educação em Saúde Ricardo Cavalcanti, Belo Horizonte, MG.  
Recebido em 19.8.91

Dentro da metodologia utilizada, os sujeitos em estudo constituíam-se de mulheres, na maioria casadas (75%), média *de* idade *de* 34,6 (20 a 65 anos), quase a totalidade da raça branca (06 negras e 03 orientais) e 89,9% tinham um cerbo nível de estudo superior.

Algumas conclusões foram emitidas por estes autores:

1) Nenhuma relação foi posta em evidência entre a capacidade ou estilo masturbatório e a capacidade orgásmica coital.

2) As mulheres que não se masturbam chegam ao orgasmo no curso de um coito por meio de uma estimulação clitoridiana adicional com uma frequência significativamente menor que as adeptas da masturbação direta ou indireta.

3) As mulheres praticantes da masturbação direta tinham uma preferência significativamente maior por uma estimulação clitoridiana em oposição à estimulação vaginal como meio *de* atingirem o orgasmo.

Segundo estes estudiosos os resultados permitiram ajudar os métodos atuais de tratamento da anorgasmia primária e secundária.

# Gender-Role Orientation and preference for an Intimate Partner **3**

---

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>

D'AGOSTINHO, J. V.; DAY, S. K. Gender-role Orientation and Preference for an Intimate Partner. *The Psychological Record* 41:321-8, 1991.

A pesquisa na área de atração interpessoal de parcerias íntimas tem tido a atenção para o saber se indivíduos andróginos preferem outros andróginos como parceiros íntimos (hipótese de similaridade) e se estudantes com gêneros tipificados preferem outros, também, com gêneros tipificados (hipótese de complementariedade). Esta premissa não foi verificada inequivocadamente. As limitações metodológicas devem ser as causas potenciais destes achados equivocados. Os autores empregam técnicas metodológicas que indicam as possíveis limitações pela definição de similaridade a complementariedade com o processo de relacionamento e considerando-os como os extremos de um contínuo unidimensional. Os universitários foram classificados pelo Inventário Bem de Papel Sexual (Bem, 1975, 1977) quanto à orientação sexual, papel e gênero, e foram solicitados a fornecer os atributos que buscassem e que fornecessem para um(a) parceria.

Estudantes com gêneros tipificados preferem relacionamentos mais complementares do que os estudantes andróginos. Os estudantes homens preferem mais o relacionamento complementar do que as mulheres.

---

1. Psicólogo clínico, terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (SP); Ambulatório de Sexualidade Humana-Hospital Ipiranga(SP).

Recebido em 4.10.91

Aprovado em 16.10.91

O estudo em questão não estabeleceu se a flexibilidade de papel/gênero é um fator mediador que influencia as preferências dos estudantes por um relacionamento, porém tal flexibilidade contribui para as preferências de relacionamentos íntimos a parcerias.

Os autores apontam para a auto-estima individual como fator crítico que media preferências de relacionamento como função da orientação de papel/gênero. Indivíduos andróginos possuem maiores níveis de auto-estima do que aqueles que possuem papéis/gêneros tipificados ou que os sujeitos indiferenciados.

Os autores não percebem razões pelas quais os homens preferem relacionamentos complementares mais do que as mulheres. Aparentemente, os estudantes universitários do sexo masculino preocupam-se menos do que as mulheres com os atributos da personalidade no julgamento de preferências por relacionamentos.

Os autores concluem que a escolha de relacionamentos íntimos é um fenômeno complexo que somente é explicado parcialmente por características de personalidade. Além da utilização de atributos de personalidade, as preferências são influenciadas pela orientação de papel/gênero.

Estudos sobre as características de androginia psicológica e suas ligações com a sexualidade ainda necessitam ser elaborados entre as populações brasileiras. Também se trata de incluir o tema junto de ambientes acadêmicos em nosso país, e junto a entidades congregadoras de profissionais da área da sexualidade humana.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEM, S. Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology* 31:634-43, 1975.
2. \_\_\_\_\_. On the Utility of Alternative Procedures for Assessing Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45:196-205, 1977.

# Ajustamento do Casal, Ciclo Menstrual e Conduta Sexual Feminina **4**

---

Resumo e Comentários de Gerson Pereira Lopes<sup>1</sup>

EDMON, A.; VITARO, F. Ajustamento do Casal, Ciclo Menstrual a Conduta Sexual Feminina Latino-americana de *Sexologia* 5:133-152, 1990.

Os autores estudaram a possível relação entre o ciclo menstrual, o ajustamento do casal e a conduta sexual feminina medida em termos de atividade auto-sexual ou heterossexual.

Os sujeitos da amostra eram formados por trinta e duas mulheres canadenses com ciclos menstruais regulares que não usavam contraceptivos orais, com idades entre os 20 a 40 anos, e que vivem uma relação de casal há mais de um ano.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários (Matrimórdo Locke modificado e de Perfil Sexual) a folha para registro diário durante um período de três meses.

Foi feita uma revisão ampla da literatura a este respeito e analisados os seus resultados (Campell, 1981; Ellis, 1910; Davis, 1929; Terman, 1938; McCance e cols., 1939; Benedek e Rubinstein, 1939; Young e Orbison, 1943; Ford e Beach, 1951; Udry e Morris, 1968; James, 1971; Michael e Keverne, 1972; Adams e cols., 1978; Abplanalp e cols., 1979; Chesney e cols., 1981; Bancroft, 1989). A relação positiva entre o ajustamento do casal e a satisfação mútua nas interações sexuais já foi demonstrada no célebre trabalho de Kinsey, Pomeroy, Martin e Gebhard (1953).

---

1. Médico diretor do Centro de Educação em Saúde Ricardo Cavalcanti, Belo Horizonte, MG.  
Recebido em 22.11.91

Estes estudiosos partiram de duas hipóteses:

1<sup>o</sup>) As atividades auto-sexuais na mulher (desejo sexual, sonhos eróticos e masturbação) flutuarão durante as três fases do ciclo menstrual sem que sejam afetadas pelo ajustamento do casal.

2<sup>a</sup>) As atividades heterossexuais iniciadas por qualquer uma das partes, não flutuarão durante as três fases do ciclo menstrual; entretanto, tais atividades estarão ligadas ao nível de ajustamento sexual.

Os resultados indicaram que a atividade auto-sexual está relacionada significativamente com o ciclo menstrual (mais baixas durante a fase luteal), também se encontrou uma relação positiva significativa entre o ajustamento do casal e a atividade heterossexual (não estariam relacionadas com a fase do ciclo menstrual).

Os pesquisadores chamam a atenção para que se considere os resultados reportados com cuidado, levando em consideração principalmente diferenças étnicas a religiosas.