

REVISTA BRASILEIRA DE

# SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME III - Nº2 - 1992



sbrash

Revista  
Brasileira  
de  
Sexualidade  
Humana

**Volume III - Número 2 - Julho a Dezembro de 1992**  
**Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH**

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	133
------------------------	-----

## **Opinião**

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sexualidade .....	137
Nelson Vitiello	
2. O Ginecologista e a Paciente Sexualmente Disfuncional..	142
Mariluzza Terra Silveira	
3. Direito ou Renúncia à Sexualidade? Uma Experiência de Orientação Sexual com Jovens Limitrofes .....	147
Maria Helena Brandão Vilela Gherpelli	
4. Educação Sexual - Prós e Contras .....	154
Tereza Cristina Pereira Carvalho Fagundes	
5. Curitiba, Comunidade e Meninos(as) de Rua. Uma Proposta de Educação Sexual .....	159
Maria Eliane Lutfi	

## **Revisão**

1. Asfixia Sexual: O Auto-Erotismo Fatal.....	173
Oswaldo Martins Rodrigues Jr.	
2. A Abordagem Psicodinâmica no Tratamento da Sexua- lidade .....	182
Sidnei Roberto Di Sessa; Oswaldo Martins Rodrigues Jr.	

## **Pesquisa**

1. Una Experiencia de Educación Sexual en la Escuela Per- manente de Adultos.....	191
C. Pastor; M. Pérez Conchillo; J. J. Borrás; M. Moro	
2. Un Estudio Sobre Conocimientos y Actitudes Hacia la Sexualidad en la Vejez.....	201
M. Moro; J. J. Borrás-Valls; M. Pérez-Conchillo	
3. Disfunção Erétil Secundária: Aceitação de Tratamento e a Determinação de Etiologia pelo Paciente .....	209
Oswaldo Martins Rodrigues Jr.; Madalena Sartori; Moacir Costa	

**Resumo Comentado**

1. Drugs Causing Sexual Dysfunction and Their Alternatives: A Reference Tool..... 223  
Resumo e comentários de Gerson Pereira Lopes

# Editorial

## **DA IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA**

Vamos nos aproximando do final de mais um ano da existência da Revista Brasileira de Sexualidade Humana, e vai ela se firmando como o principal veículo de divulgação dos trabalhos de especialistas nacionais e estrangeiros.

Muito tem custado, em esforço e dedicação, às Diretorias da SBRASH que até hoje têm mantido a Revista. Inicialmente planejada e editada sob a Presidência de Rosires, conseguiu sair durante o mandato de Gerson sem qualquer interrupção, mantendo a periodicidade inicial, e sendo distribuída aos sócios da SBRASH com razoável pontualidade.

A próxima Diretoria da SBRASH já se comprometeu a manter a publicação e a qualidade da Revista intocadas, embora a crise financeira que vem assolando de modo intenso o país torne excepcionalmente difícil que se faça qualquer previsão a médio e a longo prazos. Nossos anunciantes têm se mantido fiéis, e esta Editoria conta ainda com a compreensão e colaboração inestimáveis da Editora Iglu, que conosco sofre os percalços desencadeados pela crise.

Não se pode relevar a importância da manutenção de anúncios para a viabilização da Revista. Entretanto, é de suma importância que se tenha em mente que as despesas inerentes à edição, impressão e distribuição devam ter condições de ser arcadas pela Sociedade. Se isso não se cumprir, corremos o sério risco de ver fracassar nossa Revista, ao sabor das mudanças da política financeira de nossos anunciantes. Por essa razão, é de fundamental importância que a SBRASH, como Sociedade, se fortaleça cada vez mais; isso só pode ser conseguido com um quadro de associados participantes e em número crescente.

Nosso projeto inicial, e do qual ainda não desistimos, prevê que a Revista mude sua periodicidade, passando a ser publicada trimestralmente. Para tanto, é necessário que nosso quadro de associados se amplie substancialmente, tarefa a que as próximas Diretorias da SBRASH devem se dedicar com afinco.

Opinião

---

# Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sexualidade 1

---

Nelson Vitiello<sup>1</sup>

De início, importa lembrar que na espécie humana a sexualidade excede em muito o meramente biológico, apoiando-se em uma tríade, constituída de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Em todas as outras espécies animais, inclusive nos mamíferos, só existem manifestações da sexualidade associadas à reprodução, ocorrendo o coito apenas quando a fêmea está fértil. Em algumas espécies surgem manifestações de masturbação e de homossexualidade, sendo entretanto sempre isoladas e entre machos. Paralelamente ao advento do ciclo menstrual bifásico, porém, as fêmeas de nossa espécie passaram a apresentar a característica da manutenção prazerosa do relacionamento sexual em qualquer fase do ciclo e até mesmo durante a gestação. Assim, tornou-se possível desvincular o prazer que o exercício da sexualidade traz dos objetivos meramente reprodutivos do ato, o que realçou a importância dos aspectos psicológicos e sociais da sexualidade.

Surgiu então, desde os primeiros grupamentos de homínídeos, a necessidade do estabelecimento de regras para a aceitação social da atividade sexual, sem as quais a convivência se tornaria muito difícil nas coletividades humanas. No decorrer dos séculos e dos milênios, essas normas e rituais foram se cristalizando em costumes, que acabaram adquirindo a conotação de “normal”, isto é, praticados pela maioria dos membros da sociedade. Além de culminar nos diversos rituais de casamento que a sociedade humana já conheceu, essas normas estabelecem como “normal”, por exemplo, o relacionamento entre indivíduos de sexos diferentes, de mesmo grupamento racial, de idades semelhantes mas com ligeira predominância da idade masculina etc. Essas normas traçam ainda, em cada época e em

---

1. Ginecologista. Doutor em Medicina (USP).

Recebido em 15.09.91

Aprovado em 5.10.91

cada segmento da sociedade, os padrões de desejabilidade para cada sexo, isto é, que características em um dos sexos o tornam sexualmente mais atraente para o outro,

Essas normas, associadas aos aspectos emocionais surgidos com o advento da consciência, condicionaram (e condicionam) um padrão de comportamento sexual fora do qual as pessoas, homens e mulheres, desenvolvem acentuada perda da auto-estima. Assim, o machismo que impregna a civilização ocidental há mais de 6 mil anos praticamente obriga todo homem a tentar manter relações sexuais com qualquer mulher julgada “disponível”, mesmo que esta não lhe seja particularmente atraente. Se assim não proceder, o homem seguramente sentir-se-á atingido em sua autoestima.

Desde as primeiras civilizações conhecidas, como a mesopotâmica, a egípcia e a grega, foram cultuados deuses e deusas da fertilidade, unanimemente conceituada como uma dádiva. Nessas civilizações, não raro o culto a tais deuses era feito através da prostituição ritual, seguramente exercida também com finalidades mais pragmáticas. Já nessas sociedades, portanto, estava presente a promiscuidade, um dos fatores determinantes do surgimento das doenças sexualmente transmissíveis.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) sempre trouxeram, além da sintomatologia orgânica, um forte componente emocional. Até recentemente nomeadas de “doenças venéreas”, tiravam aquela denominação das sacerdotisas dos Templos de Vênus, que exerciam a prostituição como forma de culto à deusa do Amor.

Talvez seja necessário lembrar aos mais novos que o exercício da sexualidade - em especial a iniciação sexual - sofreu profundas modificações nas últimas décadas. De fato, ao contrário do que hoje ocorre entre adolescentes jovens, a iniciação sexual masculina era realizada habitualmente com prostitutas, e o desenvolvimento de uma “doença venérea” trazia sentimentos ambivalentes. Se por um lado isso era considerado prova de virilidade e assim causa até de jactância, em contrapartida era também motivo para sensação de culpa, com um certo ranço de “impureza”. As DST tinham então um caráter notadamente pejorativo, podendo atingir jovens solteiros (de quem se tolerava um certo laivo de promiscuidade) ou prostitutas. Homens sérios, zelosos pais de família, bem como as “mulheres de família” estavam (teoricamente) protegidos dessas sujas infecções. Nos eventuais casos em que o marido, num “momento de fraqueza”, adquiria uma infecção e a transmitia à esposa, armava-se todo um conluio envolvendo o médico, na tentativa de tratar a mulher sem que ela soubesse da “gravidade” de seu mal.

Em épocas ainda mais recuadas, quando os recursos terapêuticos eram muito pouco eficientes e algumas dessas doenças (como a sífilis, por exemplo) pareciam praticamente incuráveis, o temor por

elas desencadeado era utilizado - como ainda hoje se faz com a AIDS - pelos setores mais conservadores da sociedade, visando reprimir as manifestações sexuais.

Embora hoje a sexualidade seja vista com mais naturalidade e a conotação pejorativa das DST já não seja tão marcante, ainda é difícil falar claramente sobre essas infecções, sem constrangimento para o médico e para a paciente, quanto mais para o companheiro dela. Não podemos perder de vista o fato de a “educação sexual” vigente ser ainda repressora em grande parte das famílias atuais, nas quais freqüentemente se associa a conotação de “pecado” à sexualidade. Isso explica por que a maioria dos portadores de DST ainda se sentem “sujos” e “impuros”, mesmo frente a doenças de baixo risco de complicações.

A mudança da denominação, de “doenças venéreas” para “Doenças Sexualmente Transmissíveis”, foi norteadada, basicamente, por dois motivos. Além da possibilidade de inclusão de outras infecções facultativamente transmissíveis por relacionamento sexual (monilíase, por exemplo), buscou-se também com essa mudança tirar um pouco do peso da culpa historicamente associada ao antigo nome. Esse último objetivo, como vimos, não foi de todo alcançado, sendo ainda hoje as DST associadas, culposamente, à falta de higiene, à imoralidade e ao pecado.

### **Dificuldades no relacionamento profissional-paciente, nas DST**

É necessário considerar que a liberalidade das pessoas, no que tange à sexualidade, é muito mais acentuada nos discursos do que nos atos propriamente ditos. Existe, para muitos casais, um padrão cultural de duplo código moral, que embora seja explicitamente monogâmico implica, com certa freqüência, relacionamentos extra-conjugais. Obviamente aqui, como em qualquer outro setor, atuam os preceitos vigentes de machismo, a julgar 11 menos graves” (ou até mesmo justificáveis) as infidelidades cometidas por homens.

O reconhecimento da existência dessa duplicidade traz ao médico, em especial ao ginecologista, um sério dilema. Por um lado, nesses dias em que o relacionamento médico-paciente tende a se tornar cada vez mais transparente, fica difícil ou impossível deixar de fornecer às clientes o diagnóstico exato de seu problema. Por outro lado, entretanto, frente à inevitável pergunta “Como foi que peguei isso?”, ficamos em situação pouco confortável, pois muitas das infecções sexualmente transmissíveis podem ser adquiridas por vias outras que não a sexual.

Parece-nos que a conduta mais ética, honesta e adequada ao médico, nesse caso como em qualquer outra situação, é sempre dizer a verdade. Para isso nos formamos, para isso nossas pacientes nos

procuram, e é isso que elas esperam de nós. É importante frisar, entretanto, que existem maneiras diferentes de dizê-la; devemos transmitir à cliente inclusive as dúvidas geradas pelo nosso ainda incompleto saber científico. Não podemos deixar de informá-la, por exemplo, que embora nos casos de *condiloma acuminado* o marido também deva ser submetido a exame e eventualmente tratado, admite-se que em 5% dos casos o mecanismo de transmissão não seja bem conhecido. Na mesma linha, embora se possa afirmar que o *herpes genital* seja de transmissão sexual, não se pode afirmar se seu parceiro foi contaminado recentemente ou não. Enfim, devemos lembrar delicadamente à paciente que nossa função é diagnosticar e tratar, a não investigar possíveis infidelidades; devemos lembrá-la ainda que, se tiver dúvidas quanto à conduta do marido, o melhor foro para discussão do problema é seu próprio lar, em conversa aberta e franca.

## **Repercussões das DST sobre a sexualidade**

Embora execrável, a artificial divisão entre componentes orgânicos e emocionais pode aqui facilitar a análise.

### **1 - Componente somático**

Do ponto de vista orgânico, as DST podem interferir no exercício da sexualidade, principalmente quando desencadeiam dor. No homem algumas uretrites e balamoprepucites, além de outras lesões, podem ocasionar dor até mesmo durante a ereção. Na mulher, além da dor à penetração encontrada nos processos anexiais agudos ou crônicos (blenorragia, por exemplo), a vulvovaginite pode desencadear desconforto, ardor ou mesmo dor genital.

O odor desagradável ocasionado por algumas infecções vaginais, como a tricomoníase, pode refrear os impulsos eróticos do parceiro ou mesmo da própria portadora.

Em casos de lesões superficiais dolorosas, como nos cancroídes, ou tumorações com volume maior, como em alguns condilomas acuminados, podem também ocorrer dificuldades para o desempenho sexual.

### **2 - Componente psíquico**

Parece-nos ser o de maior importância, em especial pela sensação de culpa comumente associada a essas infecções.

Pacientes nas quais emerge um quadro clínico de DST frequentemente apresentam notável prejuízo da auto-estima, julgan-

do-se impuras, imorais, sujas - enfim, culpadas. O prejuízo pode ocorrer em qualquer das fases da resposta sexual; é mais freqüente, entretanto, que incida na fase de desejo. Quando o parceiro (ou parceira) tiver tido uma DST, a sensação predominante é de raiva ou de desprezo, deixando ele (ou ela) de ser objeto de desejo, tornando mais difícil a excitabilidade e muito longínqua a possibilidade de orgasmos. A conotação de sujeira que acompanha os corrimentos vaginais, agravada por eventual odor exalado (real ou imaginado), acentua ainda mais essa dificuldade.

Na atualidade, a esses fatores emocionais vem se somar a fobia generalizada do contágio com a AIDS, mais um importante elemento bloqueador do desempenho sexual.

# O Ginecologista e a Paciente Sexualmente Disfuncional **2**

---

Mariluz Terra Silveira<sup>1</sup>

Durante anos perambulei de Congresso em Congresso, de Curso em Curso, buscando a resposta para uma grande dúvida minha. O que eu faço quando me deparo com uma paciente, no meu consultório de ginecologia, com alguma deficiência no relacionamento sexual?

Estudei tanto que até me tornei sexóloga, e agora resolvi compartilhar com meus colegas ginecologistas as conclusões a que cheguei depois de dez anos de estudo e reflexão.

Em primeiro lugar é importante que o ginecologista saiba que ele é capaz de ajudar a grande parte das mulheres que o procuram com problemas sexuais. Para isso basta ser um bom ouvinte, ter conhecimentos básicos sobre sexualidade humana e estar disposto a gastar mais alguns minutos na consulta.

O roteiro que se segue poderá orientá-lo na abordagem do problema sexual de sua paciente:

## **I. Coleta de dados.** Devemos:

1. Estar receptivos às queixas sexuais diretas ou mascaradas.
2. Identificar a queixa:
  - Inibição do desejo sexual (IDS) - pequeno ou nenhum prazer com a estimulação sexual; algumas vezes as mulheres são totalmente desprovidas de sensações sexuais.
  - Anorgasmia-têm desejo, prazer, se excitam, mas não conseguem alcançar o orgasmo.
  - Vaginismo - incapacidade total ou parcial de serem penetradas.
  - Dispareunia-coito difícil ou doloroso por alguma causa orgânica na grande parte das vezes.

---

1. Professora Auxiliar de Ginecologia da Faculdade de Medicina da UFGO.  
Recebido em 26.09.91

Aprovado em 12.12.91

## 3. Avaliar a história pessoal:

- Cognição sobre a sexualidade.
- Experiências traumáticas.

## 4. Avaliar a história conjugal:

- Relacionamento com o marido.
- Sentimento-afetividade.
- Infidelidade.
- Espancamento.
- Alcoolismo.
- Outros vícios do marido. Hábitos do marido (higiene corporal, por exemplo).

## 5. Avaliar a história sexual:

- Número de parceiros e relacionamento com eles.
- Sexo antes do casamento.
- Local da relação sexual (nem sempre são locais ideais).
- Jogo amoroso (normalmente quanto mais demorado é o jogo amoroso, melhor a mulher se sente).
- Relações rápidas.
- Auto-observação.

## 6. Avaliar o momento existencial:

É importante saber que a sexualidade sofre interferências momentâneas da vida do ser humano, como problemas financeiros, profissionais, familiares, luto etc.

São intercorrências passageiras mas capazes de anular a vida sexual da pessoa. O ginecologista deve estar atento a orientar sua paciente nesse sentido.

Após a coleta de dados e do exame físico, já temos noção da dimensão do problema de nossa paciente e devemos prestar algumas informações.

## II. Informações

1. Se o exame físico é normal e ela não tem nenhuma doença orgânica, devemos informá-la de que seu potencial sexual é normal, pois todos nós nascemos com ele.

2. Se a cognição sobre a sexualidade é negativa, devemos tentar corrigi-la, se formos capazes. Costumo associar a idéia de relação sexual à criação divina. “Como Deus, na sua grandiosidade, iria colocar o fenômeno maior de sua criação - a reprodução - a trabalho de coisas pecaminosas ou nojentas? Não seria durante a relação sexual o momento de sermos imitações divinas, pois teríamos a capacidade de também criar? Daí o sexo, o prazer, não seriam também divinos e belos?”

3. É importante explicar os aspectos culturais da sexualidade feminina. Se analisarmos quão diferentes são criados meninas a meninos, poderemos entender o desencontro entre mulheres e homens. Hoje, com o advento da ultra-sonografia, o sexo é determinado antes do nascimento e já se cria uma expectativa de conduta na família a respeito do sexo daquela criança. A família se “masculiniza” ou se “feminiliza” na espera do rebento. Quando a criança nasce, as mães das meninas encontram muita dificuldade na higien-

ização de suas genitálias, diferentemente das mães dos meninos. Será que essa dificuldade é só física? Creio que não. Existe todo um mistério a respeito do hímen e da vulva que amedronta a mãe da menina.

Durante o segundo ano, quando se ensinam as partes do corpo às crianças, normalmente se esquece, de propósito, de tocar no nome da vulva para a garota. Já começa a se formar uma lacuna no-esquema corporal feminino. Com o passar do tempo, na fase fâlica, em que há a descoberta e a manipulação dos genitais tanto no menino quanto na menina, observamos uma repressão importante sobre a sexualidade feminina: "Tira a mão daí, menina", "Fecha as pernas", ao passo que achamos lindo o menininho esticar o piupiuzinho e soltá-lo, ou ainda, os avós gostam muito de mexer nos testículos dos netinhos, cena muito familiar. Imaginem só, se o vovô pegasse na xoxotinha das netinhas. No mínimo diriam que ele é tarado. Estão percebendo a diferença? Mas ainda tem mais. Na adolescência, é célebre a frase: "Segura suas cabritas que meu bode está solto". Isso retrata bem a condição de vigilância a que a adolescente é submetida e a liberdade que é dada ao adolescente (machinho). Como uma mulher criada em condições sexuais tão adversas pode viver em harmonia com um homem, quando lhe é permitido até ser sexual com honra? Na verdade, estas condições não têm contribuído para a harmonia conjugal.

4. Outro tópico importante é a explicação sobre os aspectos "fisiológicos" da sexualidade feminina e masculina. Coloco fisiológico entre aspas porque ainda tenho dúvidas de que esse aspecto seja só fisiológico mesmo a não tenha nada de cultural. Mas é um fato real. Sabemos que o estímulo sexual efetivo para o homem é mais visual e a nível de fantasia, ou seja, ele viu ou pensou em alguma coisa sensual, já está pronto para ter relações sexuais (pênis ereto). O estímulo sexual efetivo para a mulher geralmente é o tátil e necessita de muito tempo para que a mulher esteja pronta para a relação (lubrificação vaginal).

Após ambos estarem prontos, também existe diferença de tempo entre o momento do orgasmo feminino e masculino. A mulher demora mais, e se o homem for no ritmo dele, sua parceira sempre ficará a ver navios. Deve haver um acordo entre ambos.

5. Cabe explicar os aspectos anatômicos da sexualidade feminina: clitóris x vagina.

Não existe o orgasmo vaginal ou olitoridiano. Sabe-se através das pesquisas de Masters e Johnson que o clitóris é um órgão importante na excitação e orgasmo femininos. Seu estímulo pode ser direto ou indireto (através dos movimentos do pênis que estimulam os pequenos lábios e indiretamente o clitóris). Algumas vezes esse estímulo deve ser lateral e não sobre a glândula clitoridiana, pois esta é muito inervada e pode causar dor ao invés de prazer.

É importante tirar a culpa da paciente de sentir mais prazer exteriormente do que com a penetração vaginal.

6. É necessário desmitificar o orgasmo. Por ser tão proibido e controlado pela sociedade, o orgasmo feminino adquiriu dimensões fantasiosas através dos tempos. Ainda hoje se espera do orgasmo sensações fantásticas acompanhadas de sinos tilintando, foguetes explodindo e estrelas aparecendo no firmamento. É de relevância informar a mulher que orgasmo consiste num fenômeno prazeroso, mas natural.

Outro mito que pode interferir no prazer é o do orgasmo mútuo que prende os parceiros em sua própria ânsia de explodirem em gozo simultâneo.

7. Cabe informar sobre outras posições (sexo oral e anal). É saudável esclarecer aos parceiros que tudo é válido dentro de quatro paredes, desde que ambos se respeitem e estejam felizes.

8. O sexo na velhice também precisa de esclarecimento. A sexualidade permanece até a morte. Ela se modifica como as demais funções do organismo, mas não desaparece. O conhecimento dessas modificações a dos mitos sexuais no idoso, pelo médico, é importante para a orientação de sua paciente.

Terminadas as informações, partimos para as orientações.

### III. Orientações

1. Estimular o diálogo franco com o parceiro.  
 2. Orientar sobre a importância do jogo amoroso antes da penetração.  
 3. Orientar a respeito do momento da penetração (após a lubrificação vaginal).

4. Orientar quanto ao direito do orgasmo (a relação sexual não termina com o orgasmo do homem).

5. Orientar sobre a relação sexual egoísta: muitas mulheres se preocupam tanto com o prazer do seu parceiro que se esquecem do seu.

6. Orientar sobre a posição superior da mulher: muitas vezes a mulher em cima do homem obtém um contato melhor de seu clitóris com o púbis do homem, levando a uma estimulação mais adequada, com maior excitação e conseqüente orgasmo.

7. Orientar sobre o movimento de cada parceiro: cada um se movimenta durante a relação em determinado ritmo e às vezes a velocidade de um pode atrapalhar a excitação do outro. Tudo é uma questão de conversar. Um pode ficar parado ou até se movimentar mais rápido para dar prazer ao outro.

8. Orientar sobre a questão do ritmo. É comum escutar no consultório que o homem quer ter relações mais freqüentemente que a mulher. Cada qual tem seu ritmo; aí a afetividade entra com sua força para chegar a um ponto comum. Ora um cede, ora outro cede, e esses momentos também são prazerosos porque, de alguma maneira, eles estão satisfazendo a seu parceiro.

9. Quando o caso não se resolve com informações e orientações, devemos encaminhar para profissionais da área.

No entanto, existem condutas que não devemos ter, sob pena de lesarmos, às vezes de maneira irreversível, nossa paciente.

### IV. Iatrogenias

1. Menosprezar as queixas sexuais das pacientes.
2. Reforçar a dificuldade sexual feminina.
3. Dar informações sem base científica.
4. Sugerir a separação do casal.

5. Sugerir o relacionamento extraconjugal para o marido ou a esposa.
6. Enganar pacientes com uso de placebo.
7. Utilizar derivados androgênicos sem critério clínico para aumentar o desejo sexual.
8. Sugerir cirurgias como, por exemplo, a colpoperineoplastia para melhorar o desempenho sexual.
9. Tentar fazer terapia sexual sem preparo adequado.
10. No caso de ser médico (homem), oferecer-se para ajudar as pacientes “na prática” .



## 1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é o relato de uma experiência em orientação sexual (OS) com jovens limítrofes, desenvolvido no Instituto Cisne. Nosso objetivo é descrever a forma como a experiência foi realizada e destacar as questões que emergem desse tipo de trabalho. As contradições que são explicitadas colocam o profissional diante de uma realidade que passa a exigir dele uma postura definida e clara.

A OS é um processo educativo desenvolvido a partir de um planejamento baseado nas necessidades e realidades dos alunos (2), não se tratando apenas de incluir no currículo escolar uma série de noções sobre a mecânica do sexo. Estas são importantes, mas não bastam! A OS é um trabalho intencional, sistemático, de esclarecimentos e informações através de dinâmicas que promovam a reflexão (4, 11, 14).

Esse processo educativo, geralmente chamado de "Educação Sexual", não deve ser confundido com o real sentido da mesma. Esta tem um caráter formativo que elabora na personalidade infantil atitudes relativas ao sexo, desde o nascimento e durante toda a vida (11). Desde muito cedo, os pais se encarregam da responsabilidade de educar seus filhos de maneira informal, passando-lhes seus valores culturais, sociais e religiosos, no dia a dia, através do trato com a criança. As relações sociais reforçam ou introjetam valores e crenças, através das intensas trocas de informações e de normas de conduta (13). A OS é uma intervenção de caráter preventivo nesse processo, e tem como objetivo ajudar o indivíduo e incorporar, significativamente, a sexualidade em sua vida presente e futura, proporcionando-lhe um conjunto de informações integradas e clareando valores e atitudes que poderão instrumentá-lo para ajustar e determinar escolhas com relação a sua sexualidade (3, 8,11). Diante de tal conceituação, surge o primeiro questionamento: como desenvolver esse trabalho com alunos limítrofes? Segundo o Instituto Cisne (6), eles "são pessoas com dificuldades de equilíbrio, movimento, articulação de palavras a leitura, devido à falta de concentração e raciocínio lógico dedutivo, o que os impossibilita de acompanhar o ritmo normal de sua faixa etária". Essa definição se confunde com a "deficiência mental", e na verdade não há um consenso sobre o diagnóstico adequado para essas crianças. Alguns autores enquadram essas crianças na chamada "disfunção cerebral mínima". E então nos perguntamos: por que oferecer orientação sexual a esses jovens?

A aparente manifestação espontânea desse grupo causa desconforto à sociedade e, mais especificamente, às instituições que convivem intensamente com o grupo, tais como a escola e a família, por se sentirem impotentes no controle dessas manifestações. A sociedade, mantendo o mito de que sexo e sexualidade são atributos de pessoas adultas e saudáveis, põe o deficiente mental e o limítrofe na categoria dos que não têm a maturidade necessária para assumir

socialmente a condição de ser sexuado (10).

Porém, segundo MOREIRA (10), "o deficiente atua a percebe sua sexualidade, dentro da etapa de maturidade psicossocial correspondente à sua idade mental".

Esse fato nos leva a questionar o fundamental. Como realmente se processa a sexualidade no limítrofe? Qual o papel do orientador sexual numa instituição dessa natureza? Concordamos com Johnson & Shore (7) quando afirmam que o profissional da área de sexualidade deve compreendê-la não apenas em termos da dinâmica individual mas como um fenômeno social que afeta e é afetado pelas atitudes e ações das pessoas.

## II - CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Instituto Cisne é uma instituição privada, sem fins lucrativos, que tem uma proposta pedagógica e terapêutica centrada no auto-conhecimento, através da integração do ser humano como um todo, num trabalho com equipe multiprofissional (12).

Sua clientela é constituída basicamente por crianças e jovens limítrofes que pertencem a uma classe sócio-econômica capaz de arcar com uma mensalidade em torno de quatro salários mínimos.

O horário de permanência dos alunos na escola é de 9 hs às 16 hs.

A instituição possui também uma residência à parte, destinada àqueles que moram fora da cidade de São Paulo.

A classificação pedagógica adotada não tem nenhuma relação com as das escolas formais e divide-se da seguinte forma: PREPARATÓRIO I, II e III - trabalha as crianças de 6-11 anos que, atualmente, representam 37% da clientela; ALERTA II, III e IV - crianças e jovens de 11-16 anos, que representam 17%; e AVANÇADO I, II, III e IV-jovens e até mesmo adultos de 15-35 anos que totalizam 46% da clientela. A inserção do aluno nessa classificação é feita levando-se em consideração basicamente a interação do indivíduo no grupo, de acordo com sua idade cronológica, nível de escolaridade e interesse psicossocial. Não são realizados testes formais de avaliação. Os indivíduos permanecem por quinze dias no ambiente escolar sob observação da equipe multidisciplinar, após o que são inseridos nos seus grupos.

Para o desenvolvimento desse trabalho, escolhemos como população os quatro grupos do Avançado, num total de trinta alunos, por serem considerados pela instituição os mais problemáticos na área da sexualidade e, principalmente, por se encontrarem numa condição psicossocial e intelectual mais adequada para o desenvolvimento da OS.

Inicialmente, procuramos conhecer os nossos alunos através da leitura de seus prontuários e de entrevistas individuais.

A formação dos grupos deu-se obedecendo à divisão pedagógica, para conciliar a OS com as demais atividades dos alunos. Cada grupo tinha no máximo dez jovens e, no segundo semestre, os grupos foram subdivididos por sexo, em função das divergências sobre os temas que lhes interessavam. A carga horária foi de 40 minutos semanais para cada grupo, durante todo o ano letivo.

Os temas desenvolvidos foram basicamente os escolhidos pelos grupos, através de uma listagem escrita por eles e colocada em ordem de maior interesse.

As técnicas pedagógicas utilizadas foram as que permitiram melhor compreensão dos temas pelos alunos, como dinâmica de grupo, colagens, desenhos, aulas expositivas com recursos audiovisuais etc.

### **III - COMPREENSAO DA SEXUALIDADE DO LIMITROFE**

A experiência nos deu a compreensão de vários aspectos da sexualidade desses jovens. Porém destacaremos aqui apenas alguns pontos que consideramos mais relevantes.

**TEMAS DE MAIOR INTERESSE:** anatomia e fisiologia sexual e reprodutiva que englobou relação sexual, gravidez e parto, menstruação, ereção e espermatogênese; atitudes e comportamentos sexuais envolvendo masturbação, namoro, romance, homossexualismo, primeira relação sexual e frequência “à casa de massagens”; entre os valores morais e sociais, o interesse voltou-se para os seguintes aspectos: relações de amizade, respeito e o que significava ser bom ou ruim. Por fim, com relação às doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS era a única conhecida e despertava bastante curiosidade.

#### **Atitudes e comportamentos ligados à sexualidade**

- Impulsos sexuais: pudemos observar que os impulsos de maneira geral são difíceis de ser controlados pelos limitrofes, pois o impulso sexual não é diferente. São manifestados com a mesma intensidade e espontaneidade que eles os sentem, como quando estão com raiva, querendo a atenção de alguém, cansados etc. Isso parece variar de acordo com o grau de limitação, e de certa forma está ligado ao modo como suas relações afetivas são estabelecidas. Segundo WINDHOLZ (15), “as crianças, os jovens e os adultos com problemas sofrem muito porque com grande frequência são mal amados e rejeitados. A relação do excepcional com os familiares,

educadores e com o mundo em geral é prejudicada, distorcida, cheia de culpas, raivas, expectativas não satisfeitas, medos, preconceitos”.

- *Manifestações sexuais*: a aparente espontaneidade de suas manifestações parece-nos ser decorrente do nível de crítica que cada um possa. O nível de crítica depende de aspectos cognitivos, sociais, físicos e afetivoemocionais (9). Podemos encontrar, nesse grupo, desde aquele que age com nível de crítica menor, e portanto manifesta seus impulsos com um grau de liberdade maior, até aqueles que, por possuírem um nível de crítica maior devido a um menor grau de limitação, conseguem administrar seus impulsos e conviver de forma socialmente aceitável.

- *Tabus sexuais*: observamos que a sexualidade do limitrofe, como a do deficiente mental, também é por si só um tabu! Percebemos, mais claramente nesses indivíduos, tabus sociais relacionados à sexualidade que, de forma geral, são utilizados pela sociedade muito mais como um mecanismo de repressão do que propriamente um desconhecimento do tema, o que nos dá a impressão de serem responsáveis pelo sentimento de culpa muitas vezes expressos por esses alunos.

Porém, um dos pontos identificados, que para nós tem maior relevância, foi a transparência do sentimento de rejeição apresentada por alguns dos jovens. Esse fato parece estar ligado a dificuldades encontradas ao desejarem desfrutar de sua sexualidade de forma mais abrangente, dentro de uma relação afetiva com o sexo oposto.

- *Fontes de prazer*: estes jovens parecem desfrutar de poucas alternativas de lazer. MANTOAN (9) observou “que mesmo entre os que possuem uma condição melhor, há que se considerar a questão da não-aceitação da deficiência, que atua decisivamente no sentido de impedir que a criança, o jovem ou o adulto possam se beneficiar do ambiente em que vivem”.

Aparece de forma predominante um sentimento de inferioridade e descontentamento consigo próprios em relação ao fato de não se sentirem capazes de “vir a ser”. Existe, portanto, um conflito visível diante de uma relação social limitada, em função de mecanismos sociais que impedem uma ampliação da relação afetiva e prazerosa e que, de acordo com o grau de limitação, parecem interferir na manifestação dos impulsos sexuais. Podemos encontrar aquele que é capaz de certa criatividade prazerosa, como ler, jogar ou produzir algo, e portanto manifesta sua sexualidade e convive com seus impulsos, atendendo mais adequadamente às expectativas sociais, e aquele que, por sua própria limitação, polariza todo o seu prazer no que ele é aqui e agora - ser sexuado!

Isso nos causa a impressão de que os impulsos sexuais têm uma valorização maior ou menor, dependendo do grau de limitação pessoal e interação social de cada um.

#### **IV - AS EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO À ORIENTAÇÃO SEXUAL E O PAPEL DO ORIENTADOR SEXUAL**

Uma das expectativas explicitadas pela instituição era que a OS, através do esclarecimento de dúvidas desses jovens, diminuísse o grau de polarização da sexualidade, fazendo com que eles aprendessem algumas normas e condutas que adequassem o comportamento sexual às condições sociais. Por outro lado, os alunos esperavam usufruir melhor sua sexualidade, na medida em que as orientações recebidas amenizassem os conflitos decorrentes da desinformação sexual.

Como pudemos observar, as expectativas são diferentes, a provavelmente isso se deve ao fato de que a vivência da sexualidade pelo adulto "saudável" ainda é um tabu, como também o é no deficiente mental e, a nosso ver, no limítrofe (5).

A parcela da sociedade que, de uma forma ou de outra, convive com o deficiente mental e com o limítrofe desejaria que a sexualidade desse grupo de pessoas não existisse. Isto é confirmado quando na literatura o estudo sobre esses grupos não faz qualquer menção a sua sexualidade (1, 9, 12, 16).

Portanto, a nosso ver, o papel do orientador sexual está profundamente ligado à ótica que ele tem da problemática em questão, o que nos leva a concluir que encarar a sexualidade do limítrofe e suas manifestações sexuais como mais um sinal de anormalidade a ser extinto seria o mesmo que trabalhar para uma renúncia da sexualidade desse grupo.

Porém, se percebermos essas manifestações dentro de um contexto mais amplo, como conseqüência de várias causas e inclusive como um processo natural do desenvolvimento do ser humano, acreditamos que estaremos trabalhando para o direito à sexualidade do grupo.

WINDHOLZ (16), numa análise crítica de um trabalho realizado com excepcionais nos últimos dezessete anos, coloca a importância de os profissionais ampliarem suas áreas de atuação dentro do contexto desses indivíduos.

No que diz respeito à sexualidade, a nossa constatação não é diferente em relação ao grupo dos limítrofes. Cabe ao orientador sexual o papel de elemento facilitador, para orientar os pais e terapeutas, a fim de que eles possam reexaminar suas próprias atitudes e sentimentos em relação à sexualidade desses jovens e crianças. Porque acreditamos que o direito à sexualidade do limítrofe passa pela conquista da reinserção do mesmo na sociedade.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ARDORE, M.; REGEN, M.; HOFFMAN, V. M. B. (eds.). *Eu tenho um irmão deficiente... Vamos conversar sobre isto?* São Paulo, Ed. Paulinas, 1988.
2. BARROSO, C. & BRUSCHINI, C. Planejando o programa. In: *Sexo e Juventude*. Barroso, C. & Bruschini, C. (eds.). São Paulo, Brasiliense, 1983, págs. 9-12.
3. EGWU, I. N. *Preventive Intervention Approach to Health Education for AIDS*. *HYGIE* 4:13-18, 1985.
4. FURSTENBERG, F. F. Jr.; MOORE, K. A.; PETERSON, J. L. *Sex Education and Sexual Experience among Adolescents*. *AJPH* 75:1331-1332, 1985.
5. GAUDERER, E. C. Sexo e sexualidade no excepcional. In: *Crianças, Adolescentes e Nós: Questionamentos a Emoções*. Gauderer, E. C. (ed.). São Paulo, ALMED, 1987, págs. 167-174.
6. INSTITUTO Cisne de pesquisa e orientação a crianças e jovens diferenciados. Mimeografado pelo ICPOCJD, Cotia, 1988.
7. JOHNSON, J. D. & SHORE, D. A. *Teaching Human Sexuality and Social Work Values*. *health Soc. Work* 7:41-49, 1982.
8. KORCOK, M. *Teaching Sex: Where Does Biology Stop and Morality Begin?* *Can. Med. Assoc. J.* 126:553-555, 1982.
9. MANTOAN, M. T. E. (ed.). *Compreendendo a Deficiência Mental*. São Paulo, Editora Scipione, 1989.
10. MOREIRA, L. M. *A Sexualidade do Deficiente Mental: Um Mito em Questão*. *Sexus* 2:14-15, 1990.
11. PROJETO de orientação sexual. Secretaria Municipal de Educação. Publicação SME 24, Gráfica Municipal, São Paulo, 1976, págs. 7-13.
12. PROPOSTA de educação para crianças limitrofes. ICPOCJD, mimeografado, Cotia, 1990.
13. 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.
14. RODRIGUES, O. M. Jr. Propuesta de formación de orientadores en sexualidad en facultades de psicología. *Rev. Latinoamer. Sexol.* 4:211-221, 1989.
15. WINDHOLZ, M. H. Aprendendo a ensinar crianças especiais: passo a passo se fez um caminho. *Psic.: Teor. a Pesq.* 4:257-267, 1988.

# Educação Sexual

## - Prós e Contras

# 4

---

Tereza Cristina Pereira Carvalho Fagundes<sup>1</sup>

A sexualidade humana é elemento constitutivo da pessoa, é dimensão e expressão da personalidade. Incluída no mundo socio-cultural, vem sofrendo modificações através dos tempos. Toda mulher e todo homem exerce um papel tanto social quanto sexual, inserido na família, no afeto que eterniza a relação entre pessoas e, por conseguinte, entre os indivíduos que fazem parte de uma sociedade.

Considerando-a um atributo inerente à pessoa humana, manifestando-se independentemente de qualquer ensinamento, a sexualidade vem ocupando o seu espaço como forma de expressão individual, reconhecida como necessidade intrínseca do ser humano, não importando idade, sexo, religião, espaço geográfico, cultura etc.

Sem dúvida, para chegarmos a esse ponto, muito contribuíram as transformações advindas das ocorrências pós Segunda Guerra, eclodidas na década de 60 e em mutação constante até os dias atuais, que tiveram efeito nos papéis sexuais. A educação sexual, neste contexto, poderia parecer, em princípio, uma proposta desnecessária. Isto porque esse tipo de educação vem acontecendo sempre, em todas as sociedades e em todas as épocas, desde quando as atitudes dos pais permeiam o desenvolvimento sexual dos filhos, passando pelas informações precisas sobre as mudanças características do corpo e pelo diálogo entre pais e filhos, até as trocas de experiências afetivas e sinceras entre os componentes de um determinado grupo social.

---

1. Mestre em Educação. Professora Adjunta do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia. Delegada da SBRASH na Bahia.

Recebido em 25.08.92

Aprovado em 10.09.92

Muito a propósito, quando já havíamos redigido a maior parte das colocações que compõem este artigo, chega-nos o Boletim Informativo da SBRASH que fortaleceu nossas idéias a respeito da educação sexual. Assim, Vitiello (1992) esclarece:

- "Informar é uma atividade de ensino, de instrução, e não de educação, ao menos enquanto a informação for passada isoladamente"

- "Orientar implica um mecanismo mais elaborado, segundo o qual, baseando-se na experiência e nos conhecimentos do orientador, se ajuda o orientando a analisar diferentes opções, tornando-o assim apto a descobrir novos caminhos..."

- "Aconselhar, por outro lado, consiste em auxiliar o aconselhando a decidir-se por um ou por vários dos possíveis caminhos que ele próprio já conhece..."

- "Educar é muito mais do que a soma do informar, orientar, aconselhar... significa 'formar', na acepção de que o educador dá ao educando condições e meios para que cresça interiormente. A influência do educador, por isso mesmo, além de intensa, precisa ser contínua e duradoura, pois caso contrário não conseguirá seu intento..."

Concluindo, Vitiello afirma:

"Nesse sentido, a educação sexual sistemática só pode ser feita por familiares ou por professores, pois apenas a família e a escola, como instituições sociais, conseguem preencher os pressupostos que explicitamos antes".

Cabe-nos agora tecer algumas considerações a respeito dos prós e contras da educação sexual.

Assim como a sexualidade, a educação sexual tem várias dimensões: biológica, psicológica, sociológica e ética. Entendendo a educação sexual num sentido bem amplo já definido por Werebe (1977), compreendendo o conjunto de ações diretas ou indiretas, deliberadas ou não, conscientes ou não, exercidas sobre uma pessoa ao longo de seu processo de desenvolvimento enquanto ser humano, que lhe permitem situar-se em relação à sexualidade e à sua própria vida sexual, tenderíamos a afirmar que só vemos argumentos a favor da educação sexual, desde que o processo se baseie nos seguintes princípios:

1. Respeito à necessidade de autoconhecimento. A descoberta do corpo e das sensações que dele provêm constitui uma importante vivência da criança e fonte de crescimento pessoal. Muitas vezes deparamo-nos com um forte aparato de "ocupações" a que são submetidas as crianças; atividades de educação complementar, tais como aulas de natação, capoeira, judô, caratê, música, balé etc. camuflam uma rigorosa repressão sexual por parte da família. Elas bloqueiam o autoconhecimento, não dão tempo à criança de se conhecer e de

explorar o próprio corpo e propiciam a chegada da adolescência sem que ela tenha uma idéia real de si mesma, acompanhada de tabus, preconceitos e vivências conflitantes.

2. Abrangência de todos os aspectos do relacionamento humano. O universo da sexualidade compreende o desejo, o prazer, a descoberta do outro, além do conhecimento de si mesmo. Cada pessoa traz uma história de vida: vivências, valores, informações, padrões éticos, morais e sociais da sexualidade que precisam ser explorados, experienciados, esclarecidos. A educação sexual pode melhorar as relações interpessoais, contribuir para a educação afetiva, eliminar discriminações baseadas no sexo, facilitando o desenvolvimento harmonioso da pessoa como um todo e tendo como meta a felicidade pessoal.

3. Acompanhamento das fases de desenvolvimento do ser humano. É preciso que não se ofereça mais do que o necessário e também que não se deixe adesejar. É preciso que a educação sexual contribua para que a criança, o adolescente, o adulto jovem, maduro ou idoso possam integrar perfeitamente a vivência sexual na normalidade de suas vidas. Consideremos, por exemplo, o grande número de situações negativas da vida familiar apresentam pelos meios de comunicação social, muitas vezes sobrepondo-se às situações harmônicas. É preciso combater as distorções. Relações extraconjugais, por exemplo, são apresentadas como sempre mais agradáveis e apaixonantes. Onde queremos chegar? Esses aspectos não podem ser ignorados ou reforçados; precisam, mais do que tudo, ser discutidos e analisados, privilegiando-se o essencial das relações entre as pessoas, preparando-as para aceitar perdas, superar conflitos e impulsionando-as a prosseguir...

4. Desenvolvimento de uma metodologia que contemple a discussão aberta, ações educativas com troca de informações e de idéias, em que os envolvidos possam tratar livremente do tema sexo sem castrações, inibições e repressões, e consigam estabelecer seus próprios padrões, escolher caminhos, determinar opções. Que cada um encontre seu próprio caminho, sem inverdades, mitos ou sentimentos de culpa, para viver a sexualidade em plenitude e, por que não admitir?, poder ser feliz.

Como argumentos contra a educação sexual, apresentamos apenas dois, que a nossa experiência demonstra como sendo os principais. Todos os outros, com certeza, são decorrentes deles.

1. Professores despreparados, imaturos ou até mesmo problemáticos. Temos, por um lado, o progresso da Ciência em todas as suas especialidades, consistindo em dificuldade para o professor ao tentar sanar as dúvidas levantadas por seus alunos. Por outro lado, temos as verdades implícitas e explícitas, com o agravante da repressão sexual a que professores e pais foram e são submetidos, fazendo com que eles se contraponham ao esperado pelos alunos.

2.-Inadequação de programação, de conteúdos, de abordagens. Não se pode reduzir a sexualidade à mera genitalidade; as charnadas “aulas de sexo” podem até transformar a orientação em estímulo a práticas sexuais e não alcançam assim os verdadeiros objetivos de uma educação para a sexualidade.

Nossas colocações encontram respaldo tanto em trabalhos desenvolvidos por nós aqui na Bahia (Fagundes, 1989) como em outros do Brasil (Pernambuco, 1989; Curso Vivenciando a Educação Sexual, 1989, Curso de Treinamento de Orientadores Sexuais, 1990 e Congresso, 1991) e em outros países (Sampaio, 1987, por exemplo).

Vale ressaltar que melhor se efetiva a educação sexual quando há respaldo da sociedade. No caso da educação sexual nas escolas, os professores e/ou orientadores educacionais que se proponham a desenvolver o processo têm mais liberdade de ação na área quando há estímulo e concordância de toda a administração, da respectiva Secretaria de Educação e dos pais dos alunos.

Quando em reuniões de pais são discutidos aspectos ligados a sexualidade, estes estão sempre convencidos de que seus filhos são -Inocentes- e pouco curiosos. Entretanto, ao serem mostradas as rechações e questões formuladas por eles, promove-se a compreensão de que, hoje em dia, as crianças e os adolescentes estão muito mais cedo expostos a fatos sobre sexualidade do que seus pais.

Concluindo, fazemos nossas as palavras de Egipto (s.n.t.): “Se a escola colocar o problema de como trabalhar com a questão sexual em reuniões de pais e de sua equipe docente, certamente encontrará a forma mais viável de realizá-la e surgirão as lideranças capacitadas para coordenar este trabalho. A questão é começar!”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CURSO DE TREINAMENTO DE ORIENTADORES SEXUAIS. *In*: CONGRESSO BAIANO DE SEXUALIDADE HUMANA, 2., maio 1990. Salvador. Prof. Marcos Ribeiro.
2. CURSO VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO SEXUAL. *In*: CONGRESSO BAIANO DE SEXUALIDADE HUMANA, 1., maio 1989. Salvador. Prof<sup>a</sup> Vilma de Souza. [Fala.]
3. CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 3., maio 1991, Porto Alegre. Mesa-redonda sobre programas de educação sexual. Participante: Ricardo Castro e Silva, [Fala.]
4. EGIPTO, A. C. “Orientação Sexual na Escola.” *Jornal do Professor*. São Paulo (s.n.t.).

5. FAGUNDES, T. C. P. C. "Educação Sexual nas Escolas - relato de uma experiência de intervenção através de orientação para o professor." *SEXUS - Estudo Interdisciplinar da Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro, 1(3):1619, 1989.
6. PERNAMBUCO. Secretaria de Educação. Diretoria de Serviços Educacionais. *Educação Sexual para a Comunidade Escolar*. Recife: Deptº- de Recursos Tecnológicos para a Educação, 1989. (E. S. Projeto, 2.)
7. SAMPAIO, M. M. *Escola e Educação Sexual*. Lisboa, Livros Horizonte, 1987, 107 p.
8. VITIELLO, N. "Outra vez a Educação Sexual." *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo, 4(1):mar/abr, 1992.
9. WEREBE, M. J. G. *A Educação Sexual nas Escolas*. São Paulo, Moraes Editora, 1977.

# Curitiba, Comunidade e Meninos(as) de Rua. Uma Proposta de Educação Sexual

---

---

# 5

Maria Eliane Lutfi<sup>1</sup>

## **1 - INTRODUÇÃO**

Dentro da História da humanidade, sabemos que existem dois sexos, que são anatomicamente diferentes, possuem características psicológicas opostas e tendências de personalidade divergentes.

Independentemente de raça, cor, nível social e intelectual, todos os seres humanos passam pelas etapas evolutivas da vida. Embora o meio em que vivem tenha grandes predicados de interferência a nível pessoal.

A adolescência é um momento importante na vida de qualquer pessoa, assim como a sexualidade. O que às vezes parece uma busca de atividade sexual precoce muitas vezes é uma busca de amor, de acalanto, de rebelião ou de ressentimento.

Os menores de rua iniciam a sua vida sexual muito cedo, às vezes por sobrevivência, ou por violência, estupros, carências e tantas outras razões...

Esta síntese de monografia relata a realidade brasileira no que se refere aos meninos e meninas de rua; mostra o que acontece em Curitiba bem como os programas existentes que atendem a esta clientela; aprofunda-se num trabalho de comunidade onde há a participação de meninos e meninas de rua, e apresenta uma proposta de educação sexual.

---

1. Psicóloga clínica.  
Recebido em 24.08.92

## II - O BRASIL, A CRIANÇA E O ADOLESCENTE DE RUA

A falta de informação sobre a real história dos meninos e meninas de rua tem levado a sociedade a questionar-lhes o comportamento e a exigir-lhes uma conduta diferente. Apesar de estudos referentes a essa realidade, é difícil detectar as reais causas deste momento social, o entendimento dos motivos que levam os meninos e meninas de rua a fazerem esta opção de vida: viver nas ruas, comer nos lixos, arriscar a vida, roubar, matar, prostituir-se etc.

Ao entrar em contato com meninos e meninas de rua, percebe-se que o seu grande sonho é ter uma vida digna, casa, alimentação, educação, saúde e lazer, e poder contar com um pai, uma mãe, irmãos, uma família a seu lado para compartilhar o seu dia a dia, crescendo e amadurecendo dentro de um ambiente saudável.

O que essas crianças conhecem é um barraco na periferia, uma mãe impaciente ou submissa, marcada pelo sofrimento, um pai desconhecido ou violento, uma vida destruída, uma vida sem esperança.

Todos os seres humanos refletem as suas experiências de vida. A criança vai formando a sua personalidade de acordo com a realidade em que vive: a amada e desejada se fortalece de amor e prepara-se para enfrentar a vida, luta pelo seu ideal; aquela que é rejeitada e abandonada se fortalece de dor e ódio, prepara-se para enfrentar o mundo e sobreviver cheia de carência e abandono, formando uma escala de sofrimento, o que a leva a desenvolver comportamentos inadequados.

Não se pode esquecer de que esta criança nasceu como outra qualquer e quem a modificou foi o meio. Cresceu na miséria e na dor do seu "lar"; em decorrência disso, fugiu para as ruas, para ser usada, viciada e violentada.

Muitas idéias existem para resolver o problema: projetos, discussões, polêmicas e debates. Mas pouco se tem feito, porque é preciso interesse, renúncia, honestidade e trabalho.

O problema cresce assustadoramente. Um exemplo é o caso da prostituição de meninas que buscam a sobrevivência nas ruas e bordéis.

A miséria econômica expulsa-as para as ruas, além das sevícias, estupro e incestos ocasionados pelos pais, padrastos e outros familiares, formas encontradas para levar as meninas a buscarem "trabalho".

Hoje, no Brasil, está constatado que a prostituição inicia-se na faixa etária de mais ou menos oito anos. As mães chegam a vender a virgindade das filhas para os mercadores de garimpo localizado na região do Pará. Essas meninas são simples crianças, que chegam a "trocar" a sua virgindade por uma boneca. Outro fato: uma jovem de apenas quinze anos de idade teve 5 18 relações sexuais no período de um mês. Assim como estes dois exemplos, existem muitos outros que acontecem dentro do Brasil.

São tantas as formas de expulsar as meninas para as ruas, são tantas as formas de alimentar as suas fantasias, são tantas as formas de humilhação e de abandono, que acabam saindo para ganhar o seu próprio dinheiro e “sonham” encontrar uma vida melhor. Todos esses fatores concorrem para que exista uma “deformação” no seu campo psicológico e sexual.

Em relação ao menino, parte-se do pressuposto de que, quando faz a “opção” pela rua, tem que aprender a se defender apanhando, pois irá apanhar muito dos outros na rua.

O “grupo social” ensina o novo membro como se defender, porque a triste realidade é que este menor vai mesmo apanhar muito: dos policiais, dos integrantes de outras gangues, dos lojistas que o pegarem furtando, dos adultos marginais que exploram os menores de rua etc.

Sendo assim, no prazo de muito pouco tempo, o menino de rua está envolvido com outros, formando gangues dos grupos afins. Nesse submundo começam a rolar drogas das mais variadas possíveis, envolvimento em roubos, assaltos etc.

Essas são as formas encontradas pelos meninos para se garantir quanto à fome, sustento dos familiares e muitas vezes do seu próprio vício.

Neste vaivém de dificuldades e frustrações, eles são explorados e aprendem a explorar, estão sempre em estado de alerta, lidando no seu dia a dia com a fome, com o medo e com a morte.

### III - CURITIBA E A RUA

Nas ruas de Curitiba, crianças e adolescentes empobrecidos e marginalizados mostram rostos do Brasil. Embora existam tentativas do poder público em minimizar o problema, as gangues de menores abandonados e delinquentes são engrossadas a cada dia.

Uma pesquisa feita em 1991 pelo IPPUC e pela Secretaria do Menor abordou nas ruas do centro de Curitiba 518 crianças e adolescentes: 199 crianças esmolavam e trabalhavam em atividades informais, 101 apenas esmolavam e 218 perambulavam pelas ruas.

1. Meninos que dormiam nas ruas	177
Meninas que dormiam nas ruas	<u>57</u>
	234
2. Meninos que dormiam nas ruas	70
Meninas que dormiam nas ruas	<u>29</u>
	99
3. Meninos que não dormiam nas ruas	156
Meninas que não dormiam nas ruas	<u>42</u>
	191
Total: 531 menores de rua.	

Em 1992, nova pesquisa foi feita, só que não se sabe até que ponto é fidedigna, porque nesta época a repressão da Guarda Municipal estava bem acentuada. Foram entrevistados 236 menores de rua. Destes, 189 dormem na rua, sendo que 132 dormem nas ruas todos os dias e 56 às vezes.

Esses menores são advindos de famílias residentes na periferia da cidade e na Região Metropolitana de Curitiba. Na maioria, essas moradias são favelas com mais ou menos oito pessoas em cada barraco. As suas vidas têm condições paupérrimas, e no desejo de melhorar a condição de vida ou ao menos de conseguir sobreviver, as pessoas usam de todas as artimanhas imagináveis.

Os menores de rua, na faixa etária de mais ou menos cinco a sete anos de idade, começam a sair às ruas em busca de rendimentos, de dinheiro ou em contatos que os ajudem na sobrevivência: esmolar, vender doces e pequenos artigos.

Com essas idas e vindas, começam os desvínculos familiares, lentamente vão se afastando de casa, descobrindo um outro mundo na rua, e essa autonomia leva, finalmente, ao abandono do lar.

Diante dessa problemática, a Prefeitura Municipal de Curitiba, o governo e uma comunidade desenvolvem trabalhos com o intuito de melhorar a situação.

A Prefeitura atende a crianças de zero a dezessete anos, cujas famílias são de baixa renda, através de diferentes programas. O objetivo do atendimento é preparar essas crianças e adolescentes para a vida do trabalho e para o exercício da cidadania.

O programa específico para menino(a) de rua é o "Projeto Piá", que atende à faixa etária de sete a dezessete anos. Este programa acontece nos bairros, com o intuito de evitar o deslocamento das crianças e adolescentes para o centro da cidade em busca de alternativas de sobrevivência.

Existe, também, "A Casa do Piá", que dá atendimento aos meninos(as) de rua de Curitiba, cujo objetivo é intervir entre crianças e adolescentes que vivem na rua, no sentido de resgatar seu direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoa humana, dando-lhes condições de abrigo, saúde e educação, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

A nível de Estado, existe a ASSOMA, que tem como meta contribuir para a educação dos meninos e meninas de rua de Curitiba, dentro de um programa de educação para o trabalho através de oficinas.

O único trabalho no Paraná de iniciativa comunitária observado e publicado pela UNICEF é o da Comunidade Profeta Elias, que está localizada na periferia da cidade de Curitiba.

Essa comunidade teve o seu início com favelas e lixo despejado de empresas que serviam de alimento para muitos moradores. Com a união dos moradores e alguns líderes, a comunidade foi conseguindo se fortalecer e ter uma identidade forte, enquanto movimento popular.

Hoje, a comunidade conta com uma Associação de Moradores e com educadores saídos da própria comunidade que ministram cursos de cabeleireiro, datilografia, manicure e pedicure, serigrafia, artesanato, marcenaria, atendendo aproximadamente a duzentas crianças e adolescentes na faixa etária de seis a dezoito anos.

Em função de uma proposta mais concreta, o grupo de educadores adquiriu uma chácara próxima a Curitiba objetivando proporcionar aos meninos e meninas carentes e, principalmente, aos de rua na idade de seis a dezessete anos um regime de abrigo, assistência globalizante, em local semelhante a um lar.

Tanto as crianças e adolescentes como os pais substitutos serão selecionados pela equipe de técnicos voluntários que assessoram a Fundação Educacional de Meninos(as) de Rua Profeta Elias.

O objetivo geral da Comunidade Profeta Elias é resgatar a cidadania das crianças e adolescentes, através de um processo pedagógico-educativo comunitário, dentro de um trabalho preventivo, evitando assim que estes menores saiam para as ruas. A fundamentação pedagógica é baseada em Paulo Freire e Freinet. Busca-se uma nova forma de organização da estrutura educacional, vivenciando um processo educativo comprometido com a criança e o meio em que vive, respeitando a individualidade e o senso de grupo, isto é, a autonomia, a cooperação, a solidariedade, o estímulo, a iniciativa, a busca de conhecimento individual e grupal, a autoconfiança, a criatividade, o desenvolvimento da sensibilidade, a percepção, a compreensão e a expressão.

Nos programas que atendem a meninos(as) de rua em Curitiba, nenhum possui educação sexual. O que existe é a organização de algumas palestras sobre os temas mais ligados à reprodução humana.

Foi daí que surgiu o interesse de montar uma proposta de educação sexual.

#### **IV - UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA A COMUNIDADE PROFETA ELIAS E MENINOS(AS) DE RUA**

##### **Pressupostos teóricos**

Desde o momento em que nascemos, a sexualidade está ligada a nossa identidade.

Em todo a qualquer ambiente em que se vive, a sexualidade se torna presente, seguida de questionamentos, curiosidades e interesses, porque faz parte do desenvolvimento do indivíduo.

O despreparo, muitas vezes, angustia a quem é questionado e frustra o questionador; um, porque sentiu dificuldades em responder e o outro, porque ficou sem entender e aprender.

Nos contatos feitos com os jovens e educadores da Comunidade Profeta Elias, percebe-se a carência de um programa de educação sexual, uma vez que inexistente qualquer tipo de assessoramento ou de atendimento nesse sentido.

Os problemas são grandes e os mais diversos no tocante à sexualidade; por isso, esta proposta foi encaminhada partindo dos pontos mais básicos.

Como todo e qualquer adolescente, os jovens da comunidade precisam conhecer o próprio corpo, seu funcionamento e suas funções. Saber que a vida não pode e nem deve ser totalmente isenta de ansiedade, de frustração ou de conflitos nem de alegria e amor. Essas experiências fazem parte da condição humana assim como o desenvolvimento sexual.

O trabalho desenvolvido na comunidade é de cunho preventivo. Existem famílias bastante carentes e, às vezes, os riscos de estupro e de violências sexuais estão presentes como também a própria descoberta da autonomia do adolescente, que faz parte do seu desenvolvimento e que o leva a optar por sua vida.

A realidade social e sexual das meninas está ligada à forma que estas chegam às ruas. Começam a se relacionar com a rua em busca de "trabalho", há o interesse por uma vida mais digna, sem muitas vezes estar cientes dos perigos que estão correndo.

Um dos pontos a serem desenvolvidos neste programa de educação sexual são as questões referentes à autovalorização, à auto-estima e à autoconfiança, é preciso antes de mais nada trabalhar a visão de mundo, a inversão de valores e não apenas a reprodução humana.

Os problemas existentes são tabus e mitos quanto à sexualidade, despreparo para enfrentar a sua própria sexualidade, vida sexual precoce, uma gravidez inoportuna, alguns casos de ingestão de "chá" e "garrafadas" para provocar abortos, casos esporádicos de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis e gonorréia). Não existe procura do médico para problemas de ordem sexual e somente um caso de homossexualismo assumido.

Todas essas questões precisam ser trabalhadas, principalmente porque o grupo entrevistado é o que está mais envolvido com a proposta. Os demais não quiseram ser entrevistados e os(as) meninos(as) de rua que freqüentam a comunidade não comparecem com assiduidade ao local. Só vão à comunidade quando existem programas do seu interesse ou por problemas e dificuldades pessoais. Esse é o momento em que a comunidade atua para resgatar a cidadania destes menores.

Conforme afirmou o Coordenador da Fundação Educacional de Meninos e Meninas de Rua da Profeta Elias, os tópicos citados

acima são reais e também difíceis de trabalhar devido à falta de preparo dos que atuam diretamente com essa clientela.

### **Encaminhamento metodológico**

Eixos: busca de identidade, modificações ocorridas na puberdade e adolescência e reprodução humana (conteúdos essenciais).

Os eixos norteadores propostos devem criar oportunidade para a apropriação do conteúdo numa perspectiva de totalidade, ou seja, desenvolver o trabalho com os conceitos fundamentais a suas inter-relações.

Os eixos propostos são os seguintes:

1. Busca de identidade.
2. Modificações ocorridas na puberdade e adolescência.
3. Reprodução humana.

Os conteúdos devem possibilitar os descobrimentos das relações dentro de um mesmo eixo e com os demais eixos, permitindo formar-se um encadeamento do conteúdo, na perspectiva mais abrangente da realidade, não só relacionada à reprodução humana, mas estabelecer relações com as modificações ocorridas, os fatores que ocasionam estas modificações e os comportamentos que estão associados a toda essa etapa evolutiva do ser humano, que é a adolescência.

O entendimento e a sistematização desse conhecimento constituem o propósito da educação sexual, que deve ser um meio para que os educadores e jovens da comunidade compreendam de forma crítica as inter-relações entre a busca de identidade, as modificações ocorridas na puberdade e adolescência e os fatores que se relacionam com a reprodução humana.

Para explicar o critério a ser adotado para a seleção de conteúdos da educação sexual, devemos ter pressupostos dos quais, a princípio, alguns indicativos podem ser levantados:

- Explicitação do dinamismo das transformações ocorridas na adolescência, com o objetivo de levar o jovem a ter uma melhor percepção de si mesmo e possa entender melhor as relações estabelecidas com a família, com os companheiros e com a sua própria sexualidade.

- Mostrar que a busca de identidade ocorre com todas as pessoas. Na adolescência, ela aparece seguida de diferentes reações, como auto-afirmação, auto-imagem, auto-estima etc.

- A inversão de valores, muito comum no mundo jovem, acaba angustiando e levando o adolescente a praticar atos para os quais ainda não está maduro, como, por exemplo: “Se eu não *ficar* na festa com algum menino, eu vou *queimar* a cara”. “Já estou com dezesseis anos e ainda sou *virgem*, *sou* taxada pelo meu grupo de ‘carenta’ “.

- Possibilitar aos jovens um melhor conhecimento do seu próprio corpo, fazendo-os compreender de forma clara e objetiva como é o funcionamento da reprodução humana.
- Organizar essa prática através dos eixos norteadores que sustentam a direção, a articulação e a avaliação dos mesmos.

### **Conteúdos**

#### I - BUSCA DE IDENTIDADE:

1. Percepção de si mesmo:
  - Quem eu sou?
  - O que eu quero pra mim?
2. Reações comportamentais:
  - Auto-afirmação.
  - Auto-imagem.
  - Auto-estima.

#### II - MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA:

- Relação com os pais.
- Relação com os companheiros.
- Relação com a sua própria sexualidade.
- Relação com o sexo oposto: namoro, "ficar", beijo, intimidades sexuais.

#### III - REPRODUÇÃO HUMANA:

- Aparelho reprodutor feminino.
- Aparelho reprodutor masculino.
- Fecundação, gestação.
- Parto normal e cesariana.
- Gravidez inoportuna.
- Mitos, tabus e crendices.
- Doenças sexualmente transmissíveis.
- AIDS.
- Anticonceptivos.

#### Recursos

- Dinâmicas de grupo
- Aula expositiva, slides, projetor de slides, transparências, retroprojetor
- Vídeo-cassete e filmes
- Gravador
- Música
- Quadro-de-giz
- Dramatizações
- Barro

## **Avaliação**

A caracterização da avaliação está associada ao conteúdo, numa perspectiva interacionista. Deve ser trabalhado e desenvolvido, levando-se em conta a sua realidade dinâmica. É um processo em que se objetiva explicitar o grau de compreensão da realidade. Isso se dará através das dinâmicas de grupo, exercícios escritos, dramatizações, modelagem com barro etc.

As avaliações deverão ser feitas de forma contínua e também com o coordenador do movimento Fernando Francisco Góis, que é o líder do grupo e a pessoa que centralize as problemáticas existentes.

## **Dificuldades prováveis**

Depois de ministrado o encontro, podem ocorrer as dificuldades de encaminhamento, devido ao fato de a comunidade não contar com psicólogo nem com médico.

Existe apenas um posto médico destinado a atender os moradores da região com "problemas de saúde". Há necessidade de se fazer contatos e verificar os possíveis locais para onde os jovens com dúvidas ou problemas de ordem sexual serão encaminhados.

## **CONCLUSÃO**

A realidade brasileira em relação ao menor de rua é alarmante. Existem políticas básicas para atender às populações mais pobres, que são rotuladas de políticas sociais e que, na verdade, não chegam a ocupar um papel de destaque e veracidade nos planos do governo, nas dotações orçamentárias, nem trabalham no sentido de diminuir as desigualdades sociais existentes.

Se formos consultar os anais da História, iremos nos deparar com situações referentes a crianças desassistidas. Um exemplo, em 1693, o rei de Portugal e Brasil, D. Pedro II, lembrou ao governo da Capitania do Rio de Janeiro que se a caridade não socorra as crianças, devia-se criar um imposto com essa finalidade. Entretanto, nada de mais consistente ocorreu. Hoje a situação continua. Sabe-se que as crianças oriundas das famílias de classes populares são sempre mal alimentadas e não contam com a família para ajudá-las em suas necessidades psicoafetivas e intelectuais; têm que lutar para sobreviver.

A infância, a adolescência, a busca de identidade são pontos comuns no ser humano, independentemente de nível social. É óbvio

que existem diferenças na formação de jovem de rua e naquele que possui uma família. Na busca de um local para desenvolver o tema escolhido para minha monografia, procurei conhecer um pouco a realidade brasileira e a realidade de Curitiba sobre meninos(as) de rua como também fazer um estudo sobre a psicologia da personalidade e sobre o desenvolvimento sexual baseado em Freud, Kolodny, Masters e Johnson, Kaplan e outros.

De todos os locais pesquisados que desenvolvem trabalhos com meninos e meninas de rua, resolvi optar pela Comunidade Profeta Elias, por ter um líder que luta, interagindo integralmente com as crianças e adolescentes. Conta com dez educadores que deixam as suas famílias para atender às mais diferentes opções profissionalizantes; acolhem os menores de rua a fim de auxiliar no resgate da sua cidadania.

A comunidade necessita de um programa de educação sexual, uma vez que os seus educadores não se sentem preparados para desenvolver essa proposta e existe o interesse dos jovens em aprender e entender mais a sua sexualidade e adolescência.

Veio, então, o questionamento:

- Será que teria sentido desenvolver uma proposta de educação sexual para esta clientela?

Minha resposta foi: "Claro que sim, será compensador e um grande desafio a ser enfrentado".

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERASTURY, A. & coil. *Adolescência*. Buenos Aires, Kargiemam, 1979.
2. BRASIL, Ministério da Ação Social. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, Lei Federal nº 8.069/90.
3. BARROS, G. S. C. *Pontos de Psicologia Geral*. São Paulo, Ática, 1992.
4. FAUSTO, A.; CERVINI, R. UNICEF. *O Trabalho e a Rua. Crianças e Adolescentes no Brasil Urbano dos Anos 80*. São Paulo, Cortez, 1992.
5. COSTA, A. C. G. Ministério da Ação Social. CBIA [s.d.].
6. \_\_\_\_\_. Por uma Pedagogia da Presença. Ministério da Ação Social. CBIA, 1991.
7. \_\_\_\_\_. *Aventura Pedagógica*. Caminhos e descaminhos de uma ação educativa. Columbia Editorial, 1990.
8. \_\_\_\_\_. *De Menor a Cidadão*. Ministério da Ação Social. CBIA. Brasília.
9. CURTIBA. Prefeitura Municipal. *IPPUC. Programas para o Atendimento às Crianças e Adolescentes*. Março, 1992.

10. CENTRO Brasileiro para a Infância e Adolescência. Ministério da Ação Social. *Meninas*. Brasília, 1990.
11. CURITIBA. IPPUC. *A Escola na Problemática dos Meninos de Rua*. 1987.
12. DREXEL, J. & LANNONE, L. R. *Criança e Miséria. Vida ou Morte? São Paulo*, Moderna, 1991.
13. DIMENSTEIN, G. *A Guerra dos Meninos*. 6ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1991.
14. \_\_\_\_\_. *Meninas da Noite*. São Paulo, Ática, 1992.
15. ESTATUTO da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069/13.07. 1990. Constituição e Legislação relacionada.
16. FALEIROS, V. *A Fabricação do Menor*. Centro de formação a apoio de educadores. Campinas, São Paulo, 1991.
17. FREIRE, P. & educadores de rua: Uma abordagem crítica. *Projetos Alternativos de Atendimento a Meninos de Rua*. UNICEF SAS/FUN-ABEM.
18. GUERRA, A. Ministro. *O Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes do Brasil Hoje*. 1991.
19. KAPLAN, H. *Enciclopédia Básica de Educação Sexual*. Rio de Janeiro, Record, 1983.
20. KOLODNYC, R.; MASTER & JOHNSON. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo, Manole, 1982.
21. MONEY, J.; TUCHÓ, P. *Os Papéis Sexuais*. São Paulo, Brasiliense, 1982.
22. MULHER de rua/mulher. *O Que Fazer?* Brasília, 1991.
23. MENINOS e meninas do futuro: *Como Curitiba Cuida das Crianças e Adolescentes*. 1991.
24. MATARAZZO, M. H. & MANZIN, R. *Educação Sexual nas Escolas*. São Paulo, Edições Paulinas, 1988.
25. MURALHA, S. *As Crianças sem Ano Internacional*. Curitiba, 1979.
26. O DESENVOLVIMENTO HUMANO NA PERSPECTIVA DE MASLOW E O PROCESSO CRIATIVO DE ADULTOS. Dissertação para obtenção do título de mestre em Educação na UFPR. Tânia Scholtz SCHELDER, 1992.
27. REVISTA PANORAMA. Meninos de rua. *Quem tem medo da verdade nua e crua?* Fanele BARCELOS, Sumam GAERTNER, Lira HERBERT, 1991.
28. REVISTA TEMPO E PRESENÇA-publicação do CEDI-Número 258, ano 13, págs. 6-12.
29. REVISTA MOVIMENTO JOVEM. Novembro, 1991. Fevereiro, 1992.
30. TEXTO BASE: Campanha da Fraternidade de 1987. CNBB. *Quem acolhe o menor a mim acolhe*.
31. VASCONCELOS, A. *SOS Meninas*. Recife, CEPPE, 1990.

Revisão

---

---



**ABSTRACT**

RODRIGUES Jr., O. M. R. "Sexual Asphyxia: A Deathly Autoeroticism". R.B.S.11. 2(2):1992.

Hypoxyphily has been an autoerotic practice for centuries and can lead to accidental death. Practicers do so in order to achieve and augment sexual pleasure sensations through asphyxia by hanging, mechanical or chemical methods.

It is a repetitive practice among the ones who enjoy it. Among men is usual transvestism, pornography and other fetichisms and auto-inflicted pain.

Masturbation is frequent along asphyxia that would help to have a longer and stronger orgasm.

Accidental death is due to failure in self-salvation apparatus, and must be differentiated from suicidal attempt. The differentiation can be easily made by merely considering erotica around the dead.

Upon the recognition of practicers of hypoxyphily, these should be sent to sex therapists in order help them develop and increase the state of conscience and not die from the pleasure they are seeking.

**UNITERMS:** Sexual Asphyxia, Hypoxyphily, Kotzwarrism, Auto-Eroticism.

Como auto-erotismo devemos entender quaisquer ações que sejam conduzidas pela pessoa visando o próprio prazer sexual. Nesta definição incluem-se a masturbação, certas formas de clismafilia, masoquismo, coprolagnia, urofilia... Temos, no entanto, aquelas que podem conduzir à morte do sujeito: a asfixia sexual.

A asfixia sexual, também chamada de hipoxifilia e kotzwarrismo, é considerada pela DMS-III-R (2) uma forma de masoquismo sexual. Abrange a excitação sexual obtida por privação de oxigênio produzida por laço, fio, saco plástico, máscara ou produtos químicos (que produzem diminuição temporária da oxigenação cerebral por vasodilatação periférica), ou compressão do tórax, porém escapando à asfixia antes da perda da consciência.

No romance *Justine*, de 1791, o Marquês de Sade (25) descreve um homem que se enforca para tentar experienciar o êxtase sexual. Naquele mesmo ano a morte do músico Kotzwarra causou grande sensação. Uma mulher de nome Susannah Hill estava com ele na ocasião da morte e foi julgada por homicídio. Kotzwarra, a quem ela jamais vira antes, foi até a casa dela, e após beberem e comerem, foram para um quarto nos fundos, onde ele pediu-lhe que cortasse o pênis ao meio, o que ela se negou a fazer. Então, o músico lhe disse que gostaria de ser pendurado pelo pescoço por um breve período de tempo. Ela cortou as cordas após alguns minutos, mas já se fazia tarde, seu corpo caiu ao solo sem vida (3).

Walter (31) refere que a exaustão foi usada como modo de intensificar a consciência com a eliminação das sensações corpóreas

e o maior segredo dos ensinamentos secretos. A prática da asfixia sexual seria uma forma de aproximação da morte, sendo praticada em prostibulos selecionados na Europa do século passado. Visaria a indução da "satiíase", como Walker (31) denomina a manutenção da ereção peniana prolongada durante a relação sexual. Porém, após um caso notório de morte, os riscos foram considerados muito altos para o preço pago às "madames" pelo serviço.

Não é o enforcamento o ponto principal, mas sim a asfixia: resultante pela compressão dos vasos sanguíneos, o que também pode ser conseguido por um saco plástico ao redor da cabeça. O resultado é a obnubilação da consciência pelo decréscimo de oxigênio no cérebro. Se se dispara o reflexo sino-carótido, a inconsciência é induzida, o que pode causar a morte. Janus, Bess e Saltus (17) referem que homens enforcados judicialmente tiveram orgasmos logo antes de morrer. Se for verdade, o orgasmo, nesses casos, é produzido por reflexo espinal e não por asfixia (22).

As mortes são acidentais devido à falha do aparato para a produção de prazer sexual e à falha do outro aparato para salvarem-se, caso necessitem.

### **Prevalência e Quadros Gerais da Asfixia Sexual**

Devido à presunção de suicídio e dificuldades nos relatos, as estimativas de fatalidades derivadas da asfixia sexual variam muito. Há relatos de duas a vinte ou trinta mortes a cada ano estimadas para a cidade de Los Angeles, nas décadas de 60, 70 e 80. As estimativas nos Estados Unidos variam de quinhentas a mil pessoas por ano ou de uma a duas por milhão de habitantes (3, 5, 7).

Oitenta e nove por cento das fatalidades auto-eróticas são por enforcamento, outros são por estrangulamento, sacos plásticos na cabeça ou por inalação de agentes anestésicos,

De um grupo de 132 pessoas mortas por asfixia com características de procura de aumento de prazer sexual, apenas cinco eram mulheres, embora ultimamente possa ser mais visível que mulheres também têm procurado tais atividades (5).

A prática é mais comum em anglo-saxônicos e alemães do que entre negros e latinos nos EUA. São de classe média, inteligentes, ávidos de conhecimentos e bastante ajustados socialmente (6,21,24). Porém, a prática da hipoxifilia está em crescimento reconhecido, atingindo regiões como Portugal e Escandinávia (5).

As descrições dessas pessoas contradizem-se e incluem desde alegres a depressivas, felizes no casamento, sensíveis, fracas de vontade, femininas (18, 28). Não há evidências de distúrbios psicóticos, embora Litman e Sweringen (21) refiram depressão não-psicótica.

As pessoas que praticam a hipoxifilia relatam fantasias sexuais de asfixia ou de maltratos de outrem, ou que outras pessoas as asfixiam ou maltratam, ou de que escapam da morte por pouco.

Nos casos fatais, geralmente o quadro reduz-se à pessoa, mais comumente homem, que é encontrada enforcada, na maioria das vezes com cordas ou amarrações auto-aplicadas. Estará parcial ou inteiramente vestido em roupas femininas. As indicações comuns de suicídio inexistem, e, ao contrário, há elementos sexuais presentes: fotografias e livros eróticos e pornográficos e palavras sexuais escritas no espelho do banheiro e nas paredes. Algumas vezes o pescoço é protegido por cachecol ou toalha, e um espelho é colocado de forma que ele possa se observar. Equipamento para auto-salvação é geralmente encontrado no local. Pode haver sinais de dor auto-impingida com presilhas e alfinetes de roupas aplicados nos bicos dos seios e a genitália machucada. O orgasmo (ejaculação) pode ter sido induzido por asfixia ou pela masturbação.

A morte acidental parece decorrer da falha do equipamento instalado para a auto-salvação (15, 23, 30).

Objetos introduzidos na vagina e no reto são comuns nesses casos (desde vegetais, pernas de mesas e absorventes femininos internos, até cones de sinalização de trânsito), com os genitais expostos e com a presença de cremes, lubrificantes, cordas e fios amarrados aos genitais.

As mulheres envolvidas em hipoxifilia não usam tantos apetrechos para a obtenção de prazer sexual. Aparentemente o uso de laços amarrados ao pescoço, às mãos, pernas e pés, com o controle voluntário mantido, afasta o risco letal, o que produziria menos mortes entre as mulheres (4, 10).

É importante notar que os casos fatais são encontrados em locais próprios, como se já houvessem sido preparados para a prática erótica repetida (15, 24).

No homem é comum o uso de pornografia, roupas incomuns e objetos para produzir dor, raros entre as mulheres. O fetichismo está presente nos homens, assim como apoios e locais bizarros, o que não ocorre com as mulheres (6).

### **Como se Inicia a Procura da Asfixia pelo Prazer Orgástico**

Há várias formas pelas quais pode uma pessoa começar a usar a asfixia com cunhos sexuais, desde uma tentativa frustrada ou não muito convincente de suicídio à introjeção de papéis sexuais e tendências homicidas.

A descoberta da experiência de excitação por asfixia pode ocorrer numa tentativa não muito convincente de suicídio, como no caso do jovem de dezessete anos que começou a se pendurar pelo pescoço

com dez anos: "Eu não estava realmente tentando me matar, mas estava pensando em como me sentiria se me enforcasse, então eu experimentei!" (26). Outro homem ao tentar se estrangular sentiu prazer, uma sensação que comparou a estar em alturas muito grandes, o que o conduziu a repetir a experiência. Seu maior momento de prazer ocorria justamente antes do fim do enforcamento, quando experienciava "excitação orgástica". Exemplos como estes já eram descritos por Stekel (28).

Outras formas de se descobrir o prazer da asfixia sexual é observando a excitação sexual durante um ato que afete a respiração, a exemplo de prender o ar ou a hiperventilação, mesmo que relatado por outras pessoas ou pela literatura (14).

Um corpo amarrado de um jovem auxiliar de padeiro, de 25 anos, foi encontrado trancado em seu quarto. Ele se vestia com roupas de mulher e estava amarrado à cama. Uma meia de seda estrangulava seu pescoço. A polícia descartou a hipótese de assassinato ou qualquer tipo de brincadeira de mau gosto (1). Acredita-se que algumas pessoas, a exemplo do padeiro, devem ter a identidade de gênero não completamente estabelecida, similarmente aos travestis. O homem encontra sua mulher amante dentro de si mesmo com o auxílio de roupas femininas e o rebaixamento do estado de consciência induzido por asfixia. Então ele se transforma em homem e mulher, ama e é amado. A imobilização e a obnubilação da consciência produziriam fantasias de reintegração à mãe original (23). Aparentemente essa obnubilação da consciência se relaciona com a distorção da imagem corporal comparada ao começar a dormir, quando algumas partes do corpo são percebidas corretamente, enquanto outras partes são distorcidas (13).

Há auto-enforcamentos que podem se relacionar à introjeção dos papéis do assassino e da vítima concomitantemente, a exemplo do homem, de 33 anos, que foi encontrado pendurado pelo pescoço usando calção, sutiã, meias masculinas e seus óculos; à sua frente a ilustração de uma mulher estrangulada vestindo apenas sutiã (26). Nesses casos sempre se encontra uma vida muito ativa em termos de fantasias.

Outra situação é exemplificada pelo rapaz de catorze anos cuja mãe o encontrou com o rosto azulado, masturbando-se na cama e com uma corda à volta do pescoço. O caso foi interpretado como um esforço do garoto para não ter consciência da própria masturbação. Nessa situação o enforcamento serviria para punir-se da masturbação, mais do que uma tentativa para aumentar o prazer sexual (12).

O início encontra-se no começo da adolescência e mesmo antes (26). A idade média da morte é de 26 anos e meio, variando de cerca dos nove anos até os oitenta, sendo mais comum entre as idades de doze a dezessete anos (3, 5); e, entre as mulheres, é de dezenove a 68 anos. Geralmente solteiros (68%), o que talvez seja simplesmente explicado pela baixa idade dos casos fatais (6).

## Relação a Outras Parafilias

Junto às mulheres não há evidências de outras parafilias. A maioria dos homens fazia uso de “bondage” (51 %), ou seja, costumavam restringir seus movimentos, amarrando-se com cordas, correntes, algemas etc. (restrição física) ou com vendas aplicadas aos olhos (restrição sensorial). Também associava-se o masoquismo (12%) (flagelação, sovas, surras, chicotadas, espancamentos, cortes, choques elétricos, alfinetes e humilhações por urolagnia ou coprolagnia), sendo que as fantasias masoquistas eram comuns aos sobreviventes (21). Ao serem descobertos, 22%o encontravam-se travestidos. O sadismo estava presente em 5 %, o fetichismo entre 9% e 16%, e 6% eram homossexuais (11). O travestismo é muito comum pelo sentimento de humilhação em contexto sadomasoquista, assim como o infantilismo, com uso de fraldas a simbolismo de indefensável.

Um exemplo cinematográfico, baseado em fatos reais ocorridos no Japão na década de 30, é o filme *O Império dos Sentidos*, dirigido por Nagisa Oshima, em que o personagem principal é estrangulado pela amante, a seu pedido, tendo as mãos amarradas para não reagir e assim aumentar as sensações sexuais de prazer. Fatalmente falece, o que conduz a amante, num surto psicótico, a cortar-lhe o pênis. Ela é encontrada dias depois pela polícia, ainda vagando pelas ruas de Tóquio, segurando os restos do amante.

## Outras Formas Correlatas de Asfixia Sexual

Algumas fatalidades auto-eróticas não se devem à asfixia por enforcamento. Por exemplo, um homem foi encontrado morto com esperma nas virilhas; à sua frente, a gravura de um cavalo penetrando o ânus de um homem que estava amarrado à barriga do animal; havia evidência de que ouvia a gravação de cavalos relinchando. Esse homem morreu ao inalar exageradamente propelente de aerossol (9).

Outra prática auto-erótica perigosa é o uso de eletricidade de corrente alternada. Um caso fatal foi do homem encontrado com os tornozelos e pulsos amarrados, com calcinhas enfiadas na boca, e um fio elétrico no bico do peito e o outro pólo no ânus; usava uma camisinha no pênis! Em outro exemplo, um homem foi encontrado nu com roupas femininas perto de si e com fios ligados ao peito e ao ânus (8).

A eletricidade gerada por transformadores elétricos de trens de brinquedo, televisores, abajures e aspiradores de pó também já foi utilizada, causando a morte do praticante (16, 19, 27, 29).

Nos EUA, há inclusive um aparelho chamado “Shocker”, que funciona a bateria, com quatro eletrodos: um para inserção anal, um para o pênis ou vagina e um para cada bico dos seios (3).

## À Guisa de Conclusões

Nessas perspectivas, deve-se atentar para não confundir o suicida com a pessoa que procura obter prazer sexual aumentado por meio do uso de técnicas de estrangulamento, enforcamento, asfixia. O elemento sexual erótico presente é o que diferenciará o suicida da asfixia com objetivos sexuais.

Por se tratar de variação sexual que pode produzir a morte, ao se descobrirem pacientes com tais preferências sexuais, cabe ao profissional de saúde explicitar e esclarecer o risco de vida. Nos casos em que se conclua, após minucioso exame psicológico, que se trata de condição psicopatológica (o que não parece ser a norma) ou confusões de identidade de gênero, os tratamentos psicológicos adequados devem ser prescritos. No caso de pessoas que se utilizam de equipamentos movidos a corrente contínua (a exemplo do citado "Shocker"), sem aparente risco de vida, não cabe ao profissional de saúde implicar com a preferência sexual do paciente, ação que feriria a atuação ética profissional. Naturalmente, nesses casos ainda há a possibilidade de condições psicopatológicas de personalidade que mereciam atenção. Também atuará com a abordagem psicoterapêutica quando o sujeito estiver em dissonância com suas práticas, desejando deixá-las.

O tratamento psicológico de pessoas com tais predisposições sexuais deve ser cuidadoso, provavelmente com acompanhamento psiquiátrico e com possível use de medicação nos casos que o mereçam, para que o risco racional de morte não seja ultrapassado. Também se trata de abordagem psicológica em que é mais adequada a atuação de psicoterapeuta familiarizado com as técnicas específicas em sexualidade (20). O encaminhamento se faz necessário tão logo se descubram tais fatos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEN, E. *The SexualPerversions andAbnorntalities*. London, Oxford University Press, 1940.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais- DMS-III-R*. São Paulo, Editora Manole, 1990.
3. ARNDT Jr., W.B. *A Gender Disorders and The Paraphilias*. Madison (Conn.), International University Press, 1991.
4. BYARD, R. W.; BRAMWELL, N. H. Autoerotic Death in Females - An Underdiagnosed Syndrome? *Am. J. Forensic Med Pathol*, 9:252-4, 1988.
5. BYARD, R. W.; HUCKER, S. J.; HAZELWOOD, R. R. A comparision of typical death scene features in cases of fatal male and female autoerotic asphyxia with a review of the literature. *Forensic Science International*, 48:113-21, 1990.

6. BURGESS, A. W.; DIETZ, P. E.; HAZELWOOD, R. R. Study design and sample characteristics. *In: Autoerotic Fatalities*, (ed.) R. R. Hazelwood, P. E. Dietz e A. W. Burgess. Lexington (MA), Lexington Books, 1983.
7. BURGESS, A. W.; HAZELWOOD, R. R. Autoerotic Asphyxial Death and Social Network Response. *Am. J. Orthopsychiatry*, 53:166-70, 1983.
8. CAIRNS, F. J.; RAINER, S. P. Death from Electrocutation During Auto-Erotic Procedures. *N. Z. Med. J.*, 94:259-60, -1981.
9. CORDNER, S. M. An Usual Case of Sudden Death Associated with Masturbation. *Med. Sci. & Law*, 23:54-6, 1983.
10. DANTO, B. L. A Case of Female Autoerotic Death. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 1:117-21, 1980.
11. DIETZ, P. E.; BURGESS, A. W.; HAZELWOOD, R. R. Autoerotic Asphyxia, The Paraphilias and Mental Disorder. *In: Autoerotic Fatalities*, (ed.) R. R. Hazelwood, P. E. Dietz & A. W. Burgess, Lexington (MA), Lexington Books, 1983.
12. EDMONDSON, S. A Case of Sexual Asphyxia without Fatal Termination. *Brit. J. Psychiat.*, 12:437-8, 1972.
13. FEDERN, P. *Ego Psychology and Psychoses*. New York, Basic Books, 1952.
14. HAZELWOOD, R. R.; DIETZ, P. E.; BURGESS, A. W. *Autoerotic Fatalities*. Lexington (MA), Lexington Books, 1983.
15. HUCKER, S. J. *Self-Harmful Sexual Behavior*. Psychiatr. Clin. Nth. Am., 8:32337, 1985.
16. IMAMI, R. H.; KEMAL, M. Vacuum Cleaner Use in Autoerotic Death. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 9:246-8, 1988.
17. JANUS, S.; BESS, B. & SALTUS, C. A Sexual Profile of Men in Power. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1977.
18. JOHNSTONE, J. M.; HUNT, A. C.; WARD, E. M. Plastic-Bag Asphyxia in Adults. *Brit. Med. J.*, 2:1714-5, 1960.
19. KNIGHT, B. Injury from Physical Agents-Electricity and Lightning. *In: Knight, B. (ed.) The Coroners's Autopsy*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1983.
20. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. Sao Paulo, Editora Manole, 1982.
21. LITMAN, R. E.; SWERINGEN, C. Bondage and Suicide. *Arch. Psychiat.*, 27:80-5, 1972.
22. MANT, A. K. The Significance of Spermatozoa in The Penile Urethra at PostMortem. *J. Forensic Sci. Soc.*, 2:125-30, 1962.
23. RESNICK, H. L. P. Erotized Repetitive Hangings: A Form of Self-Destructive Behavior. *Am. J. Psychother.*, 26:4-21, 1972.
24. ROSENBLUM, S.; FABER, M. M. The Adolescent Sexual Asphyxia Syndrome. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 188:546-58, 1979.
25. SADE, MARQUÊS DE. *Justine*. Rio de Janeiro, Entrelivros Cultural, s/d.
26. SHANKEL, L. W.; CARR, A. C. Transvestism and Hanging Episodes in A Male Adolescent. *Psychiat Quart.*, 30:478-93, 1956.
27. SIVALOGATHAN, S. Curiosum Eroticum - A Case of Fatal Electrocutation During Auto-Erotic Practice. *Med. Sci. Law*, 21:47-50, 1981.
28. STEKEL, W. *Sadism and Masochism*. New York, Liveright, 1929, vols. 1 e 2.
29. TAN, C. T. T.; CHAO, T. C. A Case of Fatal Electrocutation During An Unusual Autoerotic Practice. *Med. Sci. Law*, 23:92-5 1983.

30. VAN HECKE, W.; TIMPERMAN, J. Hangings as the cause of accidental death in an unusual form of sex perversion -report of two cases. *Ann. Leg. Med. (Paris)*, 43:218-22, 1963.
31. WALKER, B. *Sex and The Supernatural*. England, Castle Books, 1973.

# A Abordagem Psicodinâmica no Tratamento da Sexualidade **2**

---

Sidnei Roberto Di Sessa<sup>1</sup>  
Oswaldo Martins Rodrigues Jr.<sup>2</sup>

A psicanálise, desde sua criação, vinha se tornando cada vez mais de difícil acesso às pessoas que necessitavam de psicoterapia para a liberação de possíveis traumas e preenchimento de lacunas que pudessem ter ficado em suas vidas. Essas dificuldades provinham, primeiramente, de ordem financeira, uma vez que a técnica psicanalítica que trabalha através das chamadas “resistências” (mobilizações internas que têm como objetivo deixar “inconscientes” os fatos que possam ser negativamente marcantes) necessita de três a quatro atendimentos semanais, o que naturalmente conduz a alto custo, além de grande disponibilidade de tempo durante a semana (uma hora diária para as sessões). Sem contar as dificuldades trabalhistas para se ausentar do emprego em horas impróprias para o tratamento. Como também acontece às vezes, são necessários muitos anos para que o paciente atinja o equilíbrio de personalidade almejado.

Percebendo essas dificuldades, um grupo de psicanalistas desenvolveu uma nova proposta de abordagem psicoterapêutica: a psicodinâmica ou psicoterapia psicodinâmica. Essa abordagem se utiliza do referencial teórico da psicanálise, porém não emprega suas técnicas, tendo como objetivo encurtar o processo terapêutico e o número de sessões por semana, o qual é reduzido a uma ou no máximo duas sessões. Para trazer o cliente/paciente à elaboração, podem-se utilizar técnicas que variam de acordo com a dinâmica de

---

1. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis (SP). 2. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis; mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP.

Recebido em 13.01.92

Aprovado em 21.01.92

personalidade do indivíduo assim como do corpo teórico do terapeuta, sempre objetivando um resultado específico a preestabelecido (um exemplo é o oferecido por Milrod e Shear, 1991).

Segundo Luborsky e cols. (1988), a psicodinâmica objetiva três aspectos de mudanças:

1. Obtenção de relação de ajuda.
2. Obtenção de compreensão (insight).
3. Incorporação dos ganhos.

Portanto, um profissional que deseje trabalhar com a abordagem da psicodinâmica necessita, além de dominar todo o corpo teórico psicanalítico, conhecer também algumas outras abordagens teóricas em psicologia e suas técnicas, para que possa, então, ter desenvolvida uma forma própria para a abordagem do cliente/paciente, e não se perder em falsos ecletismos teóricos. O que existirá é o ecletismo técnico, já defendido por importantes psicoterapeutas, a exemplo de Lazarus.

Ao terapeuta cabe a habilidade terapêutica em:

1. Facilitar ao paciente experienciar a aliança de ajuda, produzindo apoio.
2. Envolver o paciente pela auto-expressão e levá-lo a adquirir a autocompreensão.
3. Assistir o paciente na interiorização dos ganhos (Luborsky a cols., 1988; Luborsky, 1990).

É importante ressaltar que a psicodinâmica não constitui necessariamente uma terapia breve. Trata-se de poder ser breve como em qualquer outra abordagem, uma vez que se focalizem um ou mais focos para a atuação - desde que parta da solicitação do cliente -, a especialidade do terapeuta, e que este acredite que o trabalho possa ser feito dessa forma.

Segundo Malan (1981), o sentimento encoberto que produz os possíveis sintomas-queixas do paciente é atingido através da utilização do modelo da interligação de dois triângulos (vide figura 1). Ao primeiro triângulo denominamos de conflito, no qual encontramos a defesa, a ansiedade e o sentimento encoberto. Esse triângulo é dirigido a uma ou mais contingências da tríade da pessoa: o outro (O), a transferência (T) e os pais (P). A atuação do terapeuta acontece ao fazer emergir o fator precipitante e a interpretação das ligações entre "O" e "P"; ao ocorrer a transferência, o terapeuta reage, provocando a interpretação entre "T" e "O", propiciando a melhoria das relações do paciente com o mundo exterior. O sentimento encoberto trata-se com frequência de um impulso. A transferência aqui referida é aquela do "aqui e agora". Os pais referem-se com frequência ao passado distante. O outro (O) é o passado, geralmente atual.

No caso da sexualidade, pode-se trabalhar psicoterapeuticamente de forma focalizada, devido à opção do cliente e ao *feeling* terapêutico do

profissional, pois é muito comum que os pacientes, envolvidos pela ansiedade em resolver o problema o mais rápido possível, queiram, ou até mesmo peçam, uma focalização de determinado problema ou conflito a ser solucionado. Porém, pode ficar claro ao profissional, e comprovado durante a avaliação psicológica, que devido à dinâmica de personalidade do paciente, seja necessário vê-lo como um todo para depois conseguir trabalhar os aspectos sexuais de forma mais direta e objetiva, focalizada, ou mesmo focalizar imediatamente outras áreas da personalidade que, perturbadas, causam diretamente o problema sexual.

Nesses casos poderíamos iniciar o processo psicoterapêutico com uma abordagem de apoio, na qual trabalharíamos enfocando o refortalecimento do ego do indivíduo, pois é muito comum que este esteja fragilizado devido à problemática sexual que vem enfrentando.

Nesses casos, o objetivo da terapia de apoio é proporcionar ao paciente a companhia especializada que lhe mostre compreensão a questione seu posicionamento, o que irá aclarar coisas, como, por exemplo, que para ser homem não é necessário ter um pênis ereto em todas as oportunidades; que é muito comum durante o transcorrer da vida de todo homem a ocorrência de eventuais falhas ou períodos de falhas sexuais; e que há muitos aspectos cotidianos relacionados às vivências de falhas sexuais por homens com queixas de disfunção erétil. Utilizam-se para essas abordagens técnicas que não pertencem obrigatoriamente ao corpo psicanalítico, mas que precisam ser dominadas pelo psicoterapeuta, para que sejam empregadas de forma objetiva e adequada.

Após a abordagem inicial de suporte de ego, poderíamos entrar na fase de terapia reconstrutiva. Essa forma de abordagem proporcionaria ao paciente o *insight* (compreensão interna do problema), fase em que, para que o paciente possa suportar os sentimentos negativos que experimentará, será necessário um ego mais reforçado. Só aí, então, ele terá condição de perceber as causas de seu estado atual (caso a disfunção sexual seja de etiologia psicológica), ou então terá como superar o problema sexual da melhor maneira, sem desenvolver sintomatologia paralela (caso a etiologia da disfunção sexual seja orgânica), em especial no caso de intervenções cirúrgicas.

Temos ainda a terapia de forma reeducativa (na qual se encaixam os terapeutas sexuais, ou seja, os terapeutas que focalizam a sexualidade de seus pacientes para o trabalho psicoterápico) através da qual se procede a orientações específicas para o paciente, que também está desinformado, e em consequência dessa desinformação vive um conflito, ou a este chega por desenvolvimento de condições comportamentais e ambientais que não compreende. A reestruturação comportamental e cognitiva conduzirá o paciente nessas condições a solucionar o problema sexual. Nem sempre se faz necessário que o paciente compreenda o desenvolvimento do distúrbio sexual e suas origens (*insight*); a reestruturação comportamental

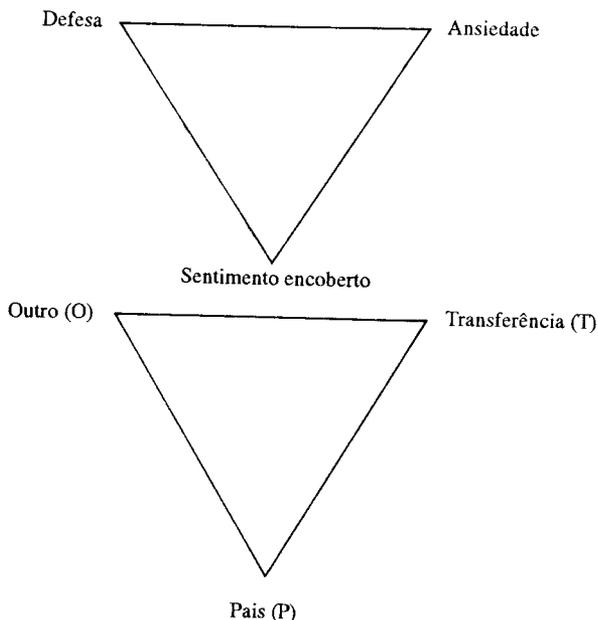
modificará a ação das causas, impedindo-as de retornar à ação. Essa reestruturação comportamental é conseguida por técnicas desenvolvidas desde a década de 50 (Wolpe, 1981; Masters e Johnson, 1985; Kaplan, 1977, 1982, 1983, 1989; Munjack e Oziel, 1984).

A terapia sexual, utilizada dentro da abordagem psicodinâmica, é vista como uma forma de abordagem focalizada, aplicada a pacientes cujas avaliações psicológicas não apresentem alterações psicopatológicas de personalidade que poderiam interferir no processo de reestruturação comportamental e cognitiva. Note-se que é uma forma de psicoterapia reeducativa.

Por exemplo, um homem que perde a ereção peniana durante o coito, e como conseqüência deixa de se sentir identificado com o papel sócio sexual masculino que lhe fora atribuído socialmente e por ele introjetado desde a primeira infância (triângulo de conflito). Ele passa a se inferiorizar e se comparar, invejar os amigos e parentes, fugindo de festas e reuniões e de qualquer ocasião em que possa haver comentários sobre o assunto sexo. Essa retração social trará outras dificuldades emocionais para o nosso paciente, além de possível desestruturação conjugal e de personalidade, distúrbios afetivos e outros desequilíbrios, atrapalhando o trabalho e impedindo o lazer e outras formas de satisfação pessoal. A focalização do distúrbio sexual através do reforço das defesas do ego (terapia de apoio) fará com que ele retome os contatos sócio-afetivos (aqui entra o outro triângulo, no qual o terapeuta, ao produzir a emergência do conflito, propicia a transferência para a relação terapêutica e a ligação entre o terapeuta e o passado conflitante do paciente). Ao contrário, a utilização de técnicas de melhoria de relacionamento social seria destituída de senso (equivaleria à terapia reeducativa), posto que a dificuldade de relacionamento interpessoal, que em outras situações seria adequadamente tratada com técnicas assertivas ou de expressividade emocional, não é o problema primeiro, mas sim secundário ao conflito gerado pela disfunção erétil.

Na abordagem psicodinâmica da sexualidade podemos nos utilizar de técnicas psicoterapêuticas de quaisquer corpos teóricos dos quais tivermos conhecimentos, sempre acompanhando, para isto, a dinâmica de funcionamento de pacientes e objetivando um resultado específico.

No caso de distúrbios de comportamento sexual, ou seja, disfunções sexuais, como a exemplificada disfunção erétil, técnicas comportamentais são as mais adequadas. Kaplan (1977, 1982, 1983, 1989) conduz sua abordagem psicodinâmica de consultório, prescrevendo concomitantemente medicações antidepressivas, ansiolíticas, técnicas de modificação de comportamento e de terapia sexual, além de se utilizar de correções cirúrgicas para os casos em que se façam necessárias. Abordagens multidisciplinares análogas são atualmente utilizadas no Brasil (Rodrigues Jr., 1991a, b; Di Sessa e cols., 1991; Costa e cols., 1991; Reis e Rodrigues Jr., 1991).



**Figura 1** - Esquema dos dois triângulos que se interagem fornecendo a explicação para a formulação psicodinâmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, 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):301-7, 1991.
2. DI SESSA, S. R.; GOZI, N.; RODRIGUES Jr., O. M.; REIS, J. M. S. M. Implantação de serviço multidisciplinar de sexualidade masculina em cidade do interior de São Paulo. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABED). São Paulo, 15 a 17 de agosto de 1991.
3. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
4. \_\_\_\_\_. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Manole, 1978.
5. \_\_\_\_\_. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1978.
6. \_\_\_\_\_. *Disfunciones Sexuales - Diagnóstico y Tratamiento de Las Aversiones, Fobias y Angustia*. Buenos Aires, Grijalbo S.A., 1989.
7. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Manole, 1982.

8. LUBORSKY, L. Theory and technique in dynamic psychotherapy - curative factors and training therapists to maximize them. *Psychother. Psychosom.*, 53(1):50-7, 1990.
9. LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, O.; MINTZ, J.; AUERBACH, A. *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes.* New York, Basic Books, 1988.
10. MALAN, D. *Psicoterapia Individual e A Ciência da Psicodinâmica.* Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1988.
11. \_\_\_\_\_. *As Fronteiras da Psicoterapia Breve: Um Exemplo de Convergência entre Pesquisa e Prática Médica.* Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1981.
12. MILROD, B.; SHEAR, M. K. Psychodynamic treatment of panic - three case histories. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3):311-4, 1991.
13. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana.* Sao Paulo, Livraria Roca Ltda., 1985.
14. MUNJACK, D. J.; OZIEL, D. J. *Sexologia -Diagnóstico e Tratamento.* Rio de Janeiro, Livraria Ateneu, 1984.
15. REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M. O uso de auto-injeção em pacientes com disfunção erétil. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(1112):469-73, 1991.
16. RODRÍGUES Jr., O. M. Atuação do psicoterapeuta no tratamento da disfunção erétil de etiologia orgânica - parâmetros. Anais do 1 Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência). São Paulo, 5 a 17 de agosto de 1991.
17. \_\_\_\_\_. Parâmetros psicológicos para indicação de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas no tratamento da disfunção erétil. *Reprodução*, 6(4):217-20, 1991b.
18. WOLPE, J.A *Prática da Terapia Comportamental.* São Paulo, Editora Brasiliense, 4ª ed., 1981.

Pesquisa

---

---

# Una Experiencia de Educación Sexual en la Escuela Permanente de Adultos **1**

---

C. Pastor<sup>1</sup>  
M. Pérez Conchilo<sup>2</sup>  
J.J. Borrás<sup>3</sup>  
M. Moro<sup>4</sup>

## **INTRODUCCIÓN**

La educación sexual en nuestro país (España) no goza de una atención normalizada. Se mantiene la creencia popular de que la sexualidad es un hecho natural y espontáneo, y por lo tanto no requiere de aprendizaje.

Es más, son muchas las personas que lo consideran un asunto de ámbito privado. La escuela en todo caso debería enseñar sobre biología o reproducción, lo cual de todos modos sería válido para niños y adolescentes, pero nunca para adultos.

El reto fué, por parte de un grupo de profesionales de la sexología, dar cabida a un curso de educación sexual dentro de la escuela de adultos.

La experiencia se llevó a cabo en una escuela de adultos en Valencia (España). Personalmente partimos de un planteamiento de la sexualidad que, como cualquier otra conducta no sólo biológica sino también social, resulta mayoritariamente del aprendizaje, es decir, de un proceso de interacción individuo-medio. Y como, en lo que respecta a las personas, ningún proceso se puede hoy por hoy dar por terminado, consideramos que el adulto es susceptible de un aprendizaje continuado de la sexualidad. Este sería, pues, nuestro objetivo más general.

---

1. Sexólogo.

2. Sexólogo.

3. Sexólogo.

4. Sexólogo.

Dos razones más nos impulsaron a emprender dicha tarea. Por una parte, no podemos olvidar nuestro pasado histórico más reciente, donde los adultos hemos sido educados, y donde la sexualidad era considerada materia tabú. Se trata ahora de llenar ese supuesto vacío, a fin de reinterpretar la realidad en función de las circunstancias actuales.

Por otra parte, la mayoría de la población adulta tiene, o está próxima a tener, preocupaciones educativas respecto de sus hijos. No será necesario remarcar la importancia de este hecho de cara a un aprendizaje normalizado de la sexualidad.

Adulto, pues, no es sinónimo de madurado en términos absolutos, pero sí que las personas adultas cuentan con opiniones y experiencias que será necesario valorar, ya que ambas conforman nuestra conducta cotidiana.

Primero detectamos la demanda concreta en materia de sexualidad. Pero también nos interesaba sobre todo conocer sus actitudes hacia el hecho sexual, puesto que consideramos que ningún trabajo educativo lo es realmente sin que promueva un cambio en las actitudes.

Tratándose de sexualidad, pensamos que dicho cambio debe orientarse hacia el igualitarismo, libertad, aconfesionalidad, humanismo, permisividad, placer... y todo aquello que contribuya a la satisfacción y disfrute de la misma.

Para terminar, esperábamos que con esta experiencia los adultos pudieran ser más conscientes de sus necesidades sexuales, disfrutar de su sexualidad y contribuir al desarrollo de su felicidad.

## **METODOLOGÍA**

La muestra inicial era de 97 personas (82 mujeres y 15 hombres) con una edad media de 34,5 años (S.D. = 10,8, Rango = 16-57). El nivel económico era medio-bajo.

Nuestro propósito era, como hemos comentado en la introducción, organizar un curso de educación sexual destinado a adultos.

Necesitábamos conocer, en primer lugar, cuáles eran las actitudes de dicha población hacia la sexualidad. Para ello revisamos los cuestionarios nacionales e internacionales disponibles sobre el tema. Nos decidimos por dos escalas construidas en Valencia y publicadas en un trabajo titulado "L' Alliberament sexual dels joves, mite o realitat" (La Liberación sexual de los jóvenes, mito o realidad) (Xambó, 1986). Se diseñaron a fin de evaluar el índice de igualitarismo "Escala de Actitudes ante la Igualdad de los Sexos" (E.A.I.S.), y la tolerancia sexual "Escala de Actitudes de Tolerancia Sexual" (E.A.T.S.) de los jóvenes adolescentes. Las consideramos adecuadas para nuestro propósito dado que no presentaban sesgos culturales, y trataban dos aspectos que nos interesaban especialmente: la diferencia de roles masculino y femenino,

y la tolerancia sexual. Además, siempre cabía la posibilidad en el futuro de comparar los resultados de ambos trabajos, por supuesto, tomando en consideración sus diferencias paramétricas.

En segundo lugar, dado el rango de edad, la mayoría de la muestra podía mantener relaciones más o menos estables de pareja. Obtuvimos datos al respecto a partir de la escala de ajuste marital de Oxford.

Finalmente, necesitábamos un cuestionario que nos proporcionara datos sociológicos, el cual construimos al efecto. En el mismo incluimos además preguntas sobre la opinión que les merecía la educación sexual, su deseo o no de participar en un curso, fuentes de información sexual, influencia de la religión, si tenían o no hijos, uso de anticonceptivos; y dos ítems donde se les pedía que mencionaran al menos tres temas sobre los que les gustaría tener información, y tres preguntas concretas a las que siempre les habría gustado encontrar respuesta.

A partir de tales datos evaluamos su demanda de educación sexual, y en relación con los diferentes grupos de edad y sexo. Tales necesidades y el análisis de las actitudes sirvieron de base para confeccionar el programa educativo, con objetivos, contenidos y actividades, temporalizado a to largo de 8 horas, 2 diarias, hasta un total de 4 sesiones.

A nivel pedagógico, la metodología venía definida por el procedimiento inductivo de partida, trabajándose los contenidos desde las siguientes fases:

1. Información al grupo de la demanda subjetiva.
2. Una fase de objetivación y síntesis a partir del descubrimiento de las relaciones entre el total de las preguntas.
3. Un momento de información científica sobre los contenidos.
4. Discusión y establecimiento de conclusiones así como pautas concretas de actuación.

El último paso fue la evaluación de la experiencia. Les pedimos su valoración personal de cada uno de los momentos del proceso. Para conocer su nivel de asimilación de los contenidos se les pasó una prueba de Verdadero-Falso. Finalmente, para conocer si el proceso educativo había incidido de alguna manera en sus actitudes, les administramos nuevamente las mencionadas escalas, pasando al análisis y conclusiones finales sobre los resultados.

## COMENTARIO

A partir de los resultados en relación con su demanda de información (tres temas y tres preguntas concretas que posteriormente agrupamos dentro de cada uno de los temas), pudimos determinar cuales eran sus necesidades manifiestas de educación sexual. Los diferentes temas respecto del total de peticiones se exponen en la tabla I.

**Tabla 1— Aspectos más preguntados.**

Métodos contraceptivos . . . . .	15,3%
Educación de niños y adolescentes . . . . .	14,2%
Concepto de sexualidad (criterio sociológico) . . . . .	9,0%
Enfermedades de transmisión sexual . . . . .	7,7%
Respuesta sexual y disfunciones sexuales . . . . .	7,3%
Sexualidad en la vejez . . . . .	6,5%
Roles de género . . . . .	5,8%
Bases biológicas de la conducta sexual . . . . .	5,4%
Relaciones heterosexuales . . . . .	4,8%
Relaciones prematrimoniales. Experiencias sexuales . . . . .	4,8%
Prácticas heterosexuales . . . . .	4,0%
Homosexualidad y otras orientaciones sexuales . . . . .	3,4%
Masturbación . . . . .	2,4%

**Contenidos del programa****1. INTRODUCCIÓN A LA SEXUALIDAD HUMANA**

- 1.1. Niveles sexuales
- 1.2. Orientaciones sexuales. Homosexualidad
- 1.3. Respuesta sexual
- 1.4. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

**2. CONCEPTO DE SEXUALIDAD**

- 2.1. Filogenesis del sexo
- 2.2. Cuestiones relacionadas con criterios sociales.  
Breve revisión histórica. El modelo sexual actual
- 2.3. Placer y reproducción: métodos anticonceptivos

**3. DESARROLLO PSICOSEXUAL**

- 3.1. Educación sexual de niños y adolescentes
- 3.2. Sexualidad en el vejez

**4. ROLES MASCULINOS Y FEMENINOS.****RELACIONES ENTRE LOS SEXOS**

- 4.1. Problemas en la diferenciación de los roles de género.  
La sociedad patriarcal
- 4.2. Experiencias heterosexuales y el modelo institucional
- 4.3. Algunos modelos conductuales de vida en pareja

Un primer aspecto que llama nuestra atención, es la gran demanda de información, así como la amplia variedad de temas y preguntas concretas en contraste con la creencia del adulto como sexualmente maduro.

El programa de contenidos del curso se diseñó fundamentalmente desde la mencionada demanda. Las dificultades de su puesta en práctica se relacionaron con la amplitud del programa, en contraste con la poca disponibilidad horaria, 8 horas, de las cuales la mitad estaban fuera del horario lectivo. Esta circunstancia dificultó aún más la asistencia, debido a las numerosas responsabilidades sociales a las que la población de educación de adultos generalmente debe hacer frente. Más que una descripción exhaustiva de contenidos se trataba de sensibilizar respecto de las necesidades educativas de los adultos sobre sexualidad, de ahí que se prescindiera de medios audiovisuales y se enfatizara en el debate en grupo y explicaciones particulares.

El otro aspecto de interés, a fin de profundizar en el trabajo educativo, eran las actitudes. En la figura 1 podemos observar las distintas correlaciones de las mismas, con algunas variables sociológicas manejadas.



**Figura 1** - Correlaciones entre Actitudes y Variables Sociológicas.

De nuestros resultados podemos concluir:

- Que las mujeres presentan una tendencia más decidida al igualitarismo.
- Que los que consideran necesaria la educación sexual muestran actitudes más igualitarias respecto de los roles de sexo; y son sexualmente más permisivos.
- Así mismo, presentan actitudes más igualitarias y permisivas los que desean participar en un curso de educación sexual.
- Las personas religiosas puntúan más bajo en igualitarismo y permisividad que los que no se consideran religiosos.
- A más edad las actitudes son menos permisivas.

- Una peor relación de pareja correlaciona con actitudes menos permisivas.
- Y peor relación de pareja se traduce también en menor deseo de participar en un curso de educación sexual.

De los análisis descriptivos test-retest podemos concluir:

*En cuanto a la igualdad de los roles de sexo:*

-En los aspectos relacionados con la igualdad en el ámbito familiar (fig. 6) observamos una decidida tendencia hacia el igualitarismo que aumenta en el retest, bajando también la indiferencia y el no igualitarismo.

- Respecto de la igualdad en el ámbito sexual (fig. 7) llama nuestra atención los porcentajes de indiferencia más altos comparado con los otros ámbitos, lo que nos hace pensar en una mayor dificultad para definirse, o menor claridad respecto de la igualdad de los sexos en el terreno sexual. Gratamente, aquí es donde se producen los mejores resultados educativos en términos de cambio de actitudes test-retest.

- En la figura 5 podemos observar el comportamiento de la muestra test-retest respecto de la igualdad en el ámbito social. También aquí concurre un cambio de actitudes, tanto desde la indiferencia como de las posturas menos igualitarias.

*En cuanto a la permisividad sexual:*

- Los aspectos de permisividad sexual se revelan todos de mayor dificultad que los anteriores de roles (al igual que ocurría entre éstos mismos respecto del ámbito de igualdad sexual), lo cual puede ser observado por los menores índices de permisividad comparado con los de igualitarismo, y los mayores índices de indiferencia.

Tanto para *homosexualidad* (fig. 2), *relaciones heterosexuales* (fig. 4) e *masturbación* (fig. 3), podemos concluir que:

- El curso ha producido cambios test-retest hacia actitudes más permisivas.

- Que las dificultades se relacionan de mayor a menor para los ámbitos de homosexualidad, masturbación y relaciones heterosexuales.

- Que los cambios han sido más importantes respecto de los ámbitos que entrañaban mayor dificultad.

- Que los cambios hacia actitudes más abiertas ocurren fundamentalmente con el concurso de la indiferencia, y muy poco respecto del apartado de los no permisivos.

- Finalmente, estos datos nos llevan a la conclusión de focalizar en estas áreas posteriores trabajos educativos, así como, a nivel de método, secuenciar las sesiones de forma distancia da para que posibilite revisiones de estos temas, y una mejor asimilación de los cambios.

En la figura 8 se muestran los gráficos comparativos test-retest para ambas pruebas de actitudes por el procedimiento de Mann-Whinney U, resultando significativas las diferencias sobre igualdad de roles de sexo (p. 0.15).

La evaluación de los contenidos resultó satisfactoria en general. Respecto de la valoración del curso por parte de los alumnos extraemos los puntos más coincidentes:

- La experiencia fue valorada como positiva por todos los asistentes.

- Referían haberse dado cuenta de:

- Las pocas ocasiones que han tenido de tratar el tema con claridad y naturalidad.

- Que tenían poca información y demasiados prejuicios, y ahora pueden entender otros puntos de vista.

- Que los adultos tienen necesidad, no sólo de ampliar sus conocimientos, sino también de revisar sus actitudes con respecto a la sexualidad.

- Que entienden mejor a los jóvenes, y sienten que tienen más cosas claras, etc.

- Sugieren además que el curso se realice con más tiempo, durante las horas lectivas y a lo largo del curso escolar.

Para terminar, pensamos que nuestros objetivos se han cumplido, y hoy estos adultos, no sólo cuentan con más recursos educativos para con sus hijos, sino que además son más conscientes de sus propias necesidades de educación sexual.

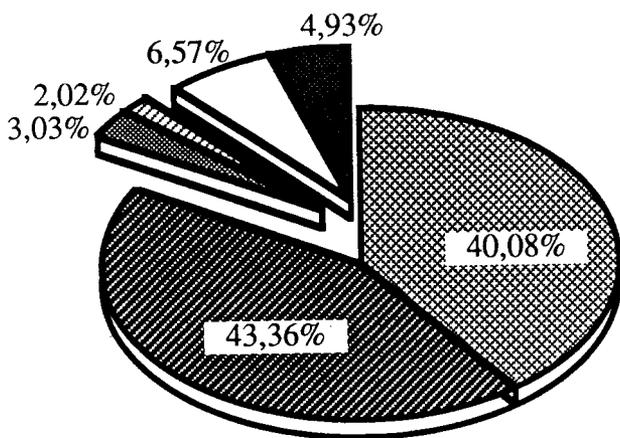


Figura 2 – Familia.

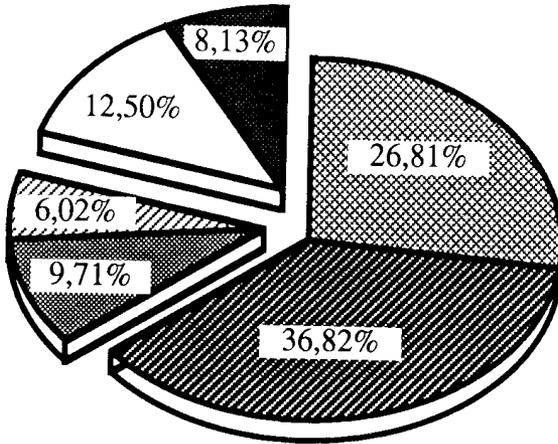


Figura 3 – Subescala sexual.

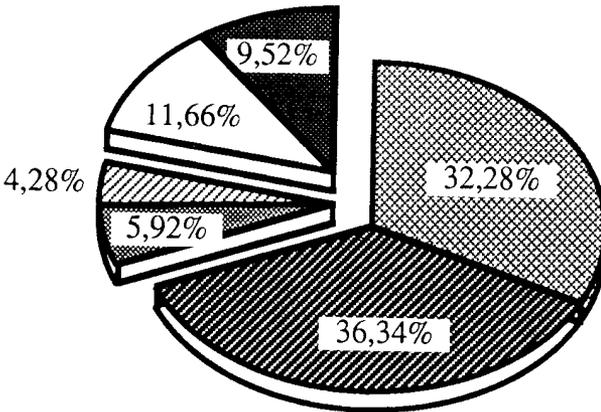
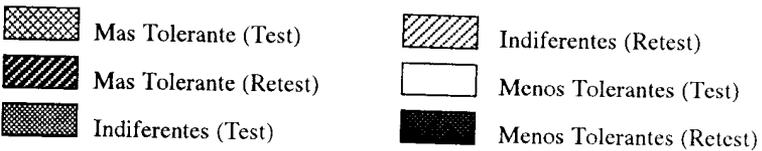


Figura 4 – Subescala social.

Figuras 2, 3 y 4 – Puntuaciones pre-test y post-test en actitudes en la Escala de roles de género.



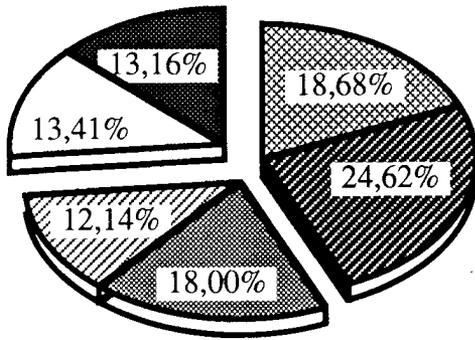


Figura 5 – Subescala de Homosexualidad.

Figura 6 – Subescala de Relaciones Heterosexuales.

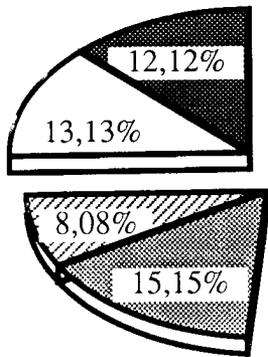
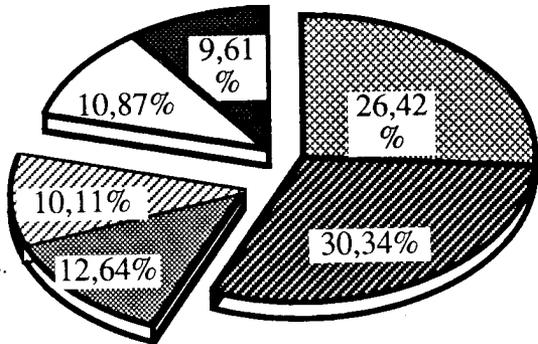
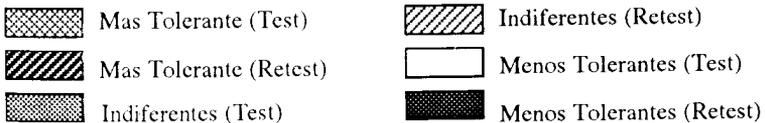


Figura 7 – Subescala de Masturbación.

Figuras 5, 6 y 7– Puntuaciones pre-test y post-test en actitudes en la Escala de Permisividad.



U de MANN-WHINNEY  $p < 0.015$

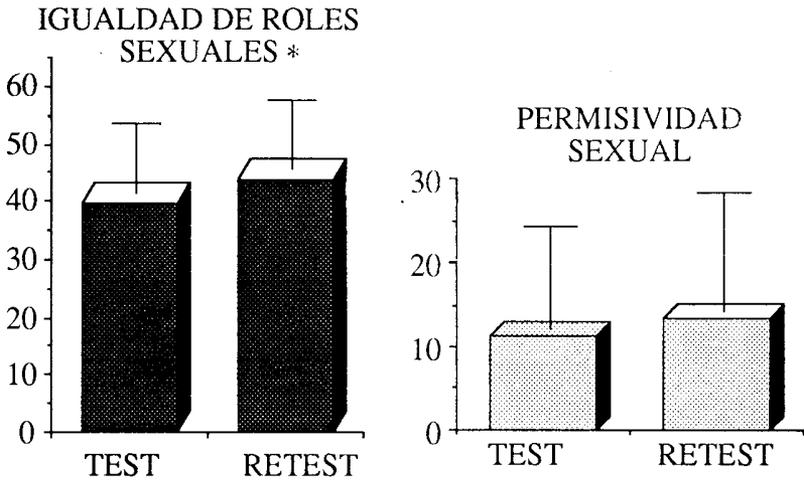


Figura 8- Cuestionarios de actitudes. Comparaciones entre Test y Retest.

## BIBLIOGRAFIA

1. BORRÁS-VALLS, J.; PÉREZ-CONCHILLO, M.; MICO-NAVARRO, M. A reflection on sexual education and teaching programs IX Congress for Sexology. Caracas, 1989.
2. LOPES SANCHEZ, F. Educación sexual. UNED, 1990.
3. MARTIN, O.; MADRID, E. M. *Didáctica de la Educación Sexual*. Ateneo, 1985.
4. XAMBÓ, R. *L'Alliberament Sexual dels Joves: Mite o Realitat*. Institució Alfons el Magnànim, 1986.

# Un Estudio Sobre Conocimientos y Actitudes Hacia la Sexualidad en la Vejez **2**

---

M. Moro<sup>1</sup>  
J. J. Borrás-Valls<sup>2</sup>  
M. Pérez-Conchillo<sup>3</sup>

## **1. INTRODUCCIÓN**

En España, como en otros países occidentales, existe un creciente interés por la salud y calidad de vida. Esta es una consecuencia lógica de aumento de la esperanza de vida y de la edad media de la población en estos países.

Hablar de salud sexual en la vejez supone un cambio respecto al punto de vista tradicional que considera únicamente la dimensión reproductiva del sexo. Consideramos que es esencial un cambio de actitudes en la sociedad acerca del sexo, en general y en particular acerca de la sexualidad en los ancianos. Este cambio nos permitirá hablar acerca de salud en términos de sus aspectos físico, psíquico y sexual, según la definición de la O.M.S.

En el Instituto Espill de Valencia (España) estamos interesados en el desarrollo de programas de intervención relacionados con la salud sexual en la vejez. Como un primer paso en esta dirección se realizó el presente estudio.

Los objetivos que nos propusimos fueron los siguientes:

1°) Conocer cuál es el conocimiento sobre sexualidad en los ancianos que poseen los estudiantes universitarios españoles (pre y postgraduados), teniendo en cuenta las disciplinas a las que se dedican (distinguiendo ciencias de la salud y ciencias sociales).

---

1. Sexólogo.

2. Sexólogo.

3. Sexólogo.

2º) Conoceñas actitudes hacia la sexualidad que tienen los estudiantes.

3º) Explorar las relaciones potenciales entre conocimiento y actitudes en las muestras estudiadas.

## 2. MÉTODO

Como instrumento de medida se escogió la versión española de la Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged (ASKAS) (White, 1982). La traducción fué publicada por Hammond (1990). Denominamos al cuestionario "Escala de Actitudes y Conocimientos sobre Envejecimiento y Sexualidad" (FACES).

La muestra estaba constituida por 71 hombres y 134 mujeres (media de edad = 21, desviación típica = 6.58). Se componía de dos submuestras. La primera (N = 122) estaba formada por estudiantes de la Escuela de Estudios Empresariales de la Universidad Jaume I de Castellón (España) (media de edad = 18.32, DT = 1.76). A este grupo lo consideramos no relacionado con la salud y lo denominamos Estudiantes de Ciencias Sociales. La segunda submuestra (N = 83) tenía una edad media = 26.57 y DT = 7.89 y se denominó como grupo de Estudiantes de Ciencias Sociales. Estaba formada a su vez por los siguientes grupos:

- Estudiantes de segundo curso de la Licenciatura em Psicología (Universidade Jaume I de Castellón) (N = 31, Edad: media = 21.45, DT = 4.27).

- Estudiantes postgraduados del primer año del curso denominado "Envejecimiento y Salud" de la Universidad de Valencia (N = 20, Edad: media = 33.2, DT = 9.35).

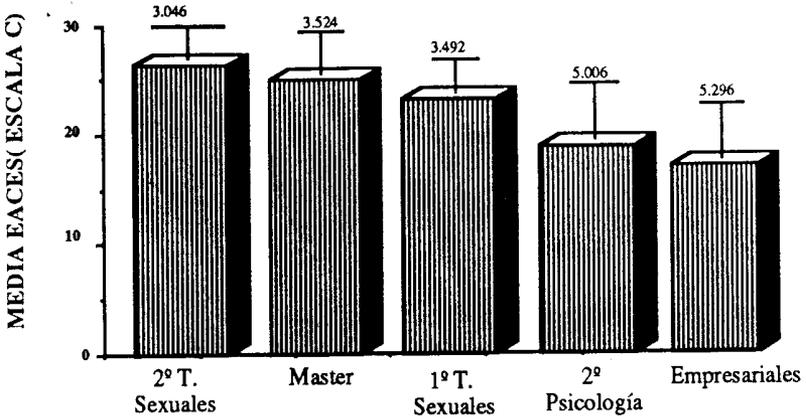
- Estudiantes postgraduados del primer año del Curso de Formación de Terapeutas Sexuales del Instituto Espill de Valencia (N= 21, Edad: media = 33.2, DT = 9.35).

- Estudiantes postgraduados del segundo año del Curso de Formación de Terapeutas Sexuales del Instituto Espill de Valencia (N=11, Edad: media = 30.8, DT = 7.37).

## 3. RESULTADOS E DISCUSIÓN

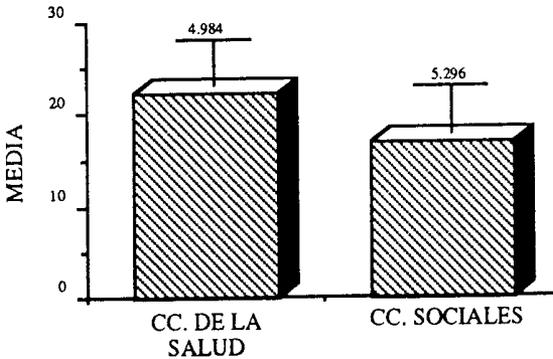
### Conocimiento

Como se puede observar en la figura 1, el grupo con la puntuación más alta fué el de Estudiantes de Terapia Sexual (2º), seguido por los estudiantes del curso "Envejecimiento y Salud".



**Figura 1** - Puntuaciones en la Escala de Conocimientos de los cinco grupos de estudiantes.

En la figura se muestra la estadística descriptiva de los resultados en la Escala de Conocimiento en los cinco grupos originales. Se han ordenado las barras en función de las puntuaciones. Estos resultados no son sorprendentes teniendo en cuenta que los cursos de Terapeutas Sexuales incluyen temas relacionados con envejecimiento y sexualidad. Por otra parte, los estudiantes del curso de postgrado “Envejecimiento y Salud” eran profesionales que trabajaban en el campo de la asistencia geriátrica (personal de residencias geriátricas, especialistas médicos, psicólogos).



**Figura 2** - Puntuaciones en la Escala de Conocimientos de los dos grupos de estudiantes por especialidades.

Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante un análisis de varianza ANOVA que fué significativo con una probabilidad  $p < 0.000$ .

En la figura 2 se muestra la estadística descriptiva de los resultados en la Escala de Conocimiento en los dos grupos globales (1) Esdudiantes de Ciencias de la Salud y (2) Estudiantes de Ciencias Sociales.

Empleamos la prueba U de Mann-Whitney para comparar los dos grupos ya que el test de Bartlett para la homogeneidad de las varianzas resultó no ser significativo, La comparación entre las puntuaciones de los dos grandes grupos fué significativa ( $p < 0.000$ ).

**Tabla 1**— Estadísticos de las puntuaciones de la escala C.

	Total	Total/35	Pares	Impares
Media	19.247	0.550	8.675	10.572
Desv. típica	5.772	0.165	3.168	3.006
Error típico	0.416	0.012	0.228	0.216
Máximo	31.000	0.886	17.000	17.000
Mínimo	4.000	0.114	1.000	2.000
Nº de casos	194.000	194.000	194.000	194.000

**Tabla 2**— Datos de consistencia interna (conocimientos).

Correlation Mitades	.748
Coficiente Separman-Brown	.856
Coficiente Guttman (Rulon)	.855
Coficiente Alpha — Total ítems	.811
Coficiente Alpha — Ítems pares	.668
Coficiente Alpha — Ítems impares	.669

**Tabla 3**— Estadísticos de las puntuaciones de la escala A.

	Total	Total/35	Pares	Impares
Media	46.682	1.179	22.235	24.448
Desv. típica	22.452	0.864	11.817	11.426
Error típico	1.625	0.062	0.855	0.827
Máximo	78.000	3.000	39.000	39.000
Mínimo	-21.000	-0.808	-12.000	-12.000
Nº de casos	192.000	192.000	192.000	192.000

**Tabla 4**– Datos de consistencia interna (actitudes).

Correlation Mitades	.866
Coefficiente Separman-Brown	.928
Coefficiente Guttman (Rulon)	.928
Coefficiente Alpha – Total ítems	.902
Coefficiente Alpha – Ítems pares	.807
Coefficiente Alpha – Ítems impares	.825

En las tablas 1 e 2 se resumen los análisis psicométricos de la Escala de Conocimiento del EACES. El análisis de dificultad de los ítems indicó como preguntas más difíciles las siguientes:

- Item nº 26: consumir muchos cigarrillos disminuye el deseo sexual.

- Item nº 21: lo que determina la frecuencia de las relaciones sexuales en las parejas mayores es el interés del marido en tener relaciones con su mujer.

-Item nº 19: los hombres mayores tienen menos necesidad de eyacular y mantienen la erección del pene durante más tiempo que los hombres más jóvenes.

-Item nº 25: la actividad sexual masculina declina más que la actividad sexual femenina, con la edad.

Y los más fáciles:

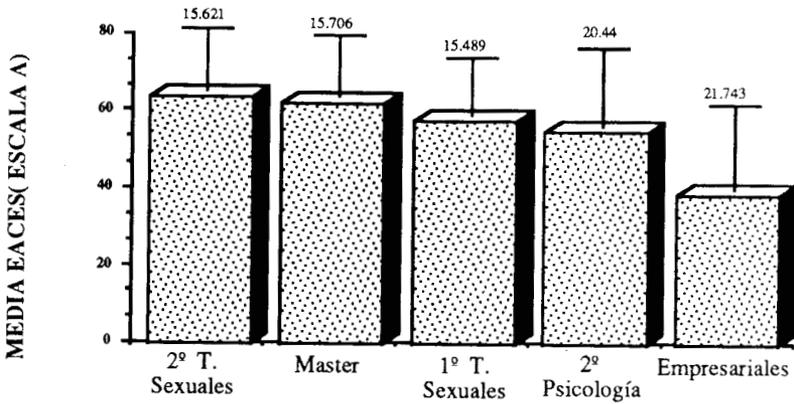
- Item nº 20: los varones y mujeres mayores no pueden ser compañeros sexuales porque necesitan estimularse sexualmente con compañeros más jóvenes,

- Item nº 28: el miedo a no poder realizar el acto sexual inhibe la capacidad de realizarlo, en los varones mayores.

- Item nº 29: es muy probable que el cese de la actividad sexual se produzca en la vejez debido, fundamentalmente, a factores sociales y psicológicos más que biológicos.

- Item nº 24: la frecuencia de la actividad sexual disminuye en las personas mayores.

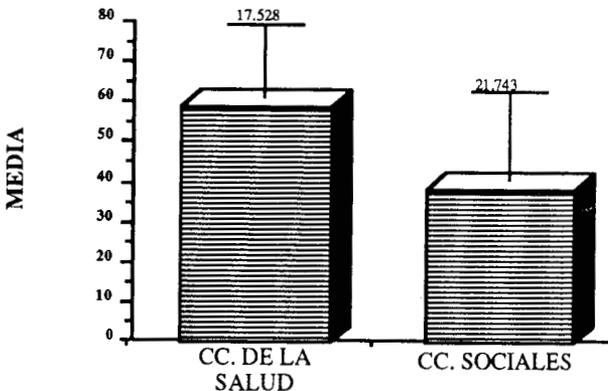
En la figura 3 se presenta la estadística descriptiva de los resultados de la Escala de Actitudes en los cinco grupos orginales. Destacamos el interesante cambio aparecido con respecto al orden de los grupos con respecto a la Escala de Conocimientos (ver figura 1). Sin embargo, hay que advertir de la existencia de desviaciones típicas muy altas.



**Figura 3** - Puntuaciones en la Escala de Actitudes de los cinco grupos de estudiantes.

Debido a la alta variabilidad intragrupos mencionada (el test de Bartlett fué no significativo) las comparaciones entre los grupos originales se realizaron mediante la prueba de análisis de varianza no paramétrico Kruskal-Wallis. Las diferencias fueron significativas con una  $p < 0.000$ .

En la figurá 4 se representa la estadística descriptiva de las puntuaciones en la Escala de Actitudes en los dos grandes grupos de estudiantes.



**Figura 4** - Puntuaciones en la Escala de Actitudes de los dos grupos de estudiantes por especialidades.

El análisis del nivel de permisividad de los ítems reveló que los que obtuvieron puntuaciones menos permisivas fueron los siguientes:

-Item nº 36: las personas mayores (más de 65 años) tienen poco interés por la sexualidad.

-Item nº 52: la masturbación es una práctica aceptable en los varones mayores.

-Item nº 53: la masturbación es una práctica aceptable en las mujeres mayores.

-Item nº 40: los geriátricos no tienen obligación de brindar privacidad a los residentes que desean estar solos en sus cuartos o en pareja.

- Item nº 61: las relaciones sexuales fuera del contexto matrimonial son siempre desacertadas.

Por otra parte, los ítems con puntuaciones más permisivas fueron:

-Item nº 39: los residentes de los geriátricos deberían vivir en distintos pisos o alas de edificio, según el sexo.

- Item nº 43: si un familiar de edad avanzada viviera en un geriátrico y tuviese relaciones sexuales con otro residente, le cambiaría de institución.

-Item nº 49: si me enterase de que algunos residentes tienen relaciones sexuales, me quejaría a la administración.

- Item nº 37: una persona mayor que muestre interés por el sexo provocará su propia desgracia.

La comparación entre estos dos grupos se realizó mediante la prueba T, que fué significativa ( $p < 0.000$ ).

En el marco de programas educativos y con una aplicación de testretest, Hammond (1979) encontró un incremento en el conocimiento y actitudes más permisivas en el personal de residencias geriátricas. White (1982) encontró resultados similares en una muestra de ancianos residentes en instituciones.

En nuestro trabajo hemos intentado comprobar si el nivel de conocimientos acerca de la sexualidad en los ancianos y las actitudes acerca de este tema están relacionadas, en una muestra de estudiantes universitarios. Si esto es así, sería suficiente con aumentar el nivel de conocimientos para potenciar las actitudes más tolerantes hacia la sexualidad en la vejez.

Las correlaciones entre las puntuaciones en la Escala de Conocimientos y la Escala de Actitudes fueron significativas en casi todos los grupos, con la excepción de los estudiantes de primer año del curso de Terapeutas Sexuales y de los estudiantes del curso de

postgrado "Envejecimiento y Salud". Estos resultados confirman sólo en parte los supuestos que acabamos de presentar. En el caso de los estudiantes de primer año de Terapeutas Sexuales, sus actitudes fueron más permisivas de lo que se esperaba según sus conocimientos. El caso contrario es el que nos encontramos en el grupo de estudiantes del curso "Envejecimiento y Salud". Sin embargo, hemos de señalar que en ambos casos las varianzas fueron muy altas (ver figuras 3 y 4).

## BIBLIOGRAFIA

1. DAMROSCH, S. P. Medical students' attitudes toward sexually active older patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 33/12, 852-855, 1985.
2. HAMMOND, D. I. An explanatory study of a workshop on sex and aging. Doctoral disertation. University of Georgia, 1979.
3. HAMOND, D. B. *Nunca Imaginé que Mis Padres Supieran Lo Que Es Sexo*. Barcelona, Ed. Gedisa, 1990.
4. WHITE, C. B. . A Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11/6, 491-502, 1982.
5. \_\_\_\_\_. *Sexual* interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in institutionalized aged. *Arch. Sex. Behav.*, 11/ 1, 1982.
6. \_\_\_\_\_. Agind Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *In: C. Davis and W. Yarber (eds.): Sexuality Related Measure. A Compendium. 1984.*
7. WHITE, C. B. & CATANIA, J. A. Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int. J. Aging. Hum. Dev.*, 15/2, 121-138, 1983.

# Disfunção erétil Secundária: Aceitação de Tratamento e a Determinação de Etiologia pelo Paciente

# 3

Oswaldo Martins Rodrigues Jr.<sup>1</sup>  
Madalena Sartori<sup>2</sup>  
Moacir Costa<sup>3</sup>

## RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. & COSTA M. Disfunção Erétil Secundária: Aceitação de Tratamento e a Determinação de Etiologia pelo Paciente. R.B.S.H. 2(2). 1992.

O paciente homem que procura diagnóstico e tratamento para disfunções sexuais pode ter em mente possíveis razões causais para tais disfunções. Essa crença prévia da etiologia da disfunção erétil secundária pode relacionar-se com a aceitação dos possíveis tratamentos, para o que estudou-se retrospectivamente 201 pacientes através das informações obtidas nas entrevistas de anamnese e psicológica, parte de diagnóstico multidisciplinar daquela queixa.

A etiologia mais referida pelo paciente foi a orgânica (57%), seguida da psicológica (40,46%). A psicoterapia, ou terapia sexual, foi indicada a 61% dos pacientes, sendo aceita por 56%; a aceitação maior deu-se entre os pacientes que se outorgavam causas sócio-educacionais (100%), psicológicas (61%), que não tinham hipóteses a priori (60%) ou mistas, orgânicas e psicológicas (55%). A prótese peniana foi proposta a 20% dos pacientes, sendo aceita por 45%, mormente entre os pacientes que se outorgaram causas sócio-educacionais (100%), mistas (60%) ou orgânicas (56%).

---

1. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis (SP); mestrando em Psicologia Social pela PUCSP. Terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis. 2. Psicóloga pela Universidade Paulista; estagiária do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP). 3. Psiquiatra do Instituto H. Ellis (SP); diretor do Curso de Especialização Livre em Sexualidade Humana do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP).

Os tratamentos mais aceitos entre os homens com disfunção erétil secundária são os menos agressivos e que envolvem menor tempo para a solução do problema. Assim, a revascularização, a prótese e a psicoterapia receberam menor aceitação. Medicamentos e hormônios são os tratamentos mais aceitos. Sob tais condições, os profissionais da área têm que lidar com situações extremamente sedutoras, em que o paciente aceita nem sempre o que lhe seria adequadamente indicável.

## **ABSTRACT**

RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. & COSTA, M. Secondary Erectile Dysfunction: Treatment Acceptation and Patient's Presumed Etiology. R.B.S.H. 2(2). 1992.

The male patient when searching for diagnosis and treatment for sexually dysfunctions may have in mind possible reasons and causes for the dysfunctions. This previous belief of the etiology for secondary erectile dysfunction may be related to the acceptance of the possible treatments, for what 201 patients were retrospectively studied through the data obtained in the diagnostic interviews. Sex therapy was referred to 61% of the patients and accepted by 56%; the acceptance of treatment was higher among the patients that had hypothesized socio-educational causes (100%), psychological (61%), had no prior hypothesis (60%) or thought of mixed (organic and psychological) causes (55%). The penile prosthesis was proposed to 20% of the patients and accepted by 45% of them specially among the patients that had given socio-educational causes to the erectile dysfunction (100%), mixed causes (60%) or organic (56%). The most accepted treatments among men with secondary erectile dysfunction are the less aggressive and the ones that involves a supposed smaller time to return sexual potency; then surgery for revascularization and penile prosthesis and psychoterapy were less accepted comparing to other treatments. Medication and hormones are the most accepted. Under such seductive conditions the professional has to deal with the patient to prescrib him the right treatment not the one he may wants or accept.

## **INTRODUÇÃO**

Quaisquer dificuldades, problemas ou doenças no ser humano conduzem-no a buscar alguma solução e hipotetizar razões que expliquem tais situações em termos de causa e efeito. A "hipotetização" causal de tais situações preenche cognitivamente um estado de homeostase de personalidade, condição básica de bem-estar e adequação do ser humano. O homem portador de uma disfunção sexual deve desenvolver cognições visando auto explicar-se quanto às razões de condições tão embaraçosas em nossa cultura.

Ao ' buscar um tratamento para a disfunção erétil, o homem deve estar considerando tais cognições na aceitação de tratamentos a serem propostos para aquela disfunção sexual.

Visando reconhecer as associações entre os tratamentos propostos para a disfunção erétil e as etiologias hipotetizadas pelo paciente, este estudo foi desenvolvido.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

De um grupo de 961 pacientes homens com queixas sexuais que acorreram à clínica privada de caráter multiprofissional, no período de junho de 1986 a dezembro de 1987, 268 se outorgaram causas para suas disfunções (27,89%); destes, 201 (75%) apresentavam queixas de disfunção erétil secundária e foram estudados retrospectivamente. Para disfunção erétil secundária utilizou-se a seguinte definição: dificuldade parcial ou total para obter e/ou manter uma ereção peniana rígida que permita uma relação sexual adequada a satisfatória do ponto de vista do paciente, sendo que esta disfunção se desenvolveu após um período de normalidade e adequação anteriormente vivido (6, 13).

As causas outorgadas pelos pacientes foram pesquisadas nas entrevistas de anamnese e psicológica às quais o paciente foi submetido (29, 30, 31, 32, 34).

Os tratamentos foram propostos após a avaliação diagnóstica que abrangia exames orgânicos e psicológicos (3): avaliação arterial (21, 23, 25); estudo hemodinâmico do corpo cavernoso com clóridrato de papaverina (20), com cavernosometria de fluxo (48) ou cavernosometria de pressão constante (22, 24); taxas sanguíneas de testosterona, prolactina, FSH, LH e glicose; potenciais evocados penianos e reflexo bulbo-cavernoso no eletrodiagnóstico (4, 16, 17, 18, 19, 20); entrevista psicológica estruturada focalizada na sexualidade (29, 30, 31, 32, 33, 34, 35); Teste de Apercepção Temática de Murray (14, 15); Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (5); Escala de Auto-Eficácia Sexual, forma E (11, 43, 44) e Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina, forma III (37, 38).

A proposta de tratamento partiu da indicação mais adequada de determinado tratamento em função dos resultados dos exames orgânicos e psicológicos, discutidos entre os profissionais que os executaram.

Procurou-se estabelecer a associação entre a auto-outorga de etiologia para a disfunção erétil pelo paciente e a aceitação do tratamento proposto.

Os tratamentos propostos incluem a psicoterapia na forma de terapia sexual nos moldes enunciados por Kaplan (6, 7, 8, 9); a prótese peniana flexível, semi-rígida, de silicone com núcleo cordoado de prata 925, tipo Jonas; cavernosoplastia com plicatura dos

cornos posteriores dos corpos cavernosos do pênis (24) e ligadura da veia dorsal do pênis; cirurgia a Nesbit para Doença de Peyronie (10); auto-injeção de cloridrato de papaverina (27, 46, 47); cloridrato de ioimbina (2), inclusive como proposta placebo como alternativa de não aceitação apriorística de psicoterapia; tratamento do diabetes mellitus; testosterona; suspensão de medicação anti-hipertensiva ou bloqueadora de H2.

Também poderia haver indicação conjunta ou seriada de mais de um tratamento (1, 27, 41, 47).

As etiologias referidas pelo paciente foram agrupadas da seguinte forma:

- causas orgânicas: veias, vascular, traumatismos físicos e acidentados, idade, cirurgias, infecções, injeções, medicamentos;
- causas psicológicas: nervosismo, medos, excesso de trabalho, ansiedade, timidez, insegurança, bloqueios mentais e comportamentais;
- causas mistas: psicológicas e orgânicas concomitantes;
- causas místicas: divinas e superstições;
- causas sócio-educacionais: forma de educação e criação familiar;
- não sabe dizer: o paciente afirma não saber as possíveis causas para sua disfunção sexual.

## RESULTADOS

O homem com queixas de disfunção erétil secundária que procura tratamento em clínica privada, cuja idade média é de 48 anos (variando de dezesseis a 74 anos), casado ou vivendo maritalmente (85,6%0), tende a hipotetizar etiologia orgânica para essa disfunção (43,26%). As causas psicológicas são elaboradas por 26,51%; as mistas (orgânicas e psicológicas concomitantes) por 13,95%; 13,49% dos pacientes referiram não saber o que poderia estar lhes causando a disfunção erétil; causas místicas e sócio-educacionais foram aventadas por 1,39% dos pacientes cada.

A aceitação dos tratamentos de acordo com tais etiologias varia de 33% a 100%, mas não há diferença significativa entre a aceitação de tratamento e as hipóteses orgânicas e psicológicas (56,99% contra 61,40%).

A tabela 1 mostra a associação entre proposição e aceitação dos tratamentos para a disfunção erétil secundária. Dos 219 tratamentos propostos, 126 foram aceitos.

A tabela 2 apresenta as propostas de tratamentos e as causas autooutorgadas para a disfunção erétil secundária.

As tabelas 3 e 4 apresentam a associação das propostas e aceitações de procedimentos cirúrgicos como tratamentos para a disfunção erétil secundária: revascularização das artérias pudendas, cavernosoplastia com plicatura dos cornos posteriores dos corpos ca-

**Tabela 1** – Proposição e aceitação de tratamentos para disfunção erétil secundária (trinta pacientes não finalizaram a fase diagnóstica para receber as indicações acima).

Tratamentos	propostos (%)	aceitos (%)
Psicoterapia	134 (61,19%)	71 (56,35%)
Cirurgias:		
– Prótese peniana	44 (20,09%)	21 (16,67%)
– Cavernosoplastia	14 (6,39%)	10 (7,94%)
– Ligadura veia dorsal	2 (0,90%)	2 (1,59%)
– Nesbit	1 (0,46%)	1 (0,80%)
– Revascularização	3 (1,37%)	1 (0,80%)
Auto-injeção intracavernosa	2 (0,90%)	2 (1,59%)
Medicamentos	13 (5,94%)	12 (9,52%)
Hormônios	3 (1,37%)	3 (2,38%)
Tratamento de diabetes	1 (0,46%)	1 (0,80%)
Suspensão de medicamentos	1 (0,46%)	1 (0,80%)
Placebo	1 (0,46%)	1 (0,80%)
<b>Totais</b>	<b>219 (100%)</b>	<b>126 (57,53%)</b>

**Tabela 2** – Aceitação de tratamentos para disfunção erétil secundária.

Tratamentos	propostos (%)	aceitos (%)
Psicoterapia	134	71 (52,99%)
Cirurgias:		
– Prótese peniana	44	21 (44,73%)
– Cavernosoplastia	14	10 (71,43%)
– Ligadura veia dorsal	2	2 (100%)
– Nesbit	1	1 (100%)
– Revascularização	3	1 (33,33%)
Auto-injeção intracavernosa	2	2 (100%)
Medicamentos	13	12 (93,31%)
Hormônios	3	3 (100%)
Tratamento de diabetes	1	1 (100%)
Suspensão de medicamentos	1	1 (100%)
Placebo	1	1 (100%)
<b>Totais</b>	<b>219 (100%)</b>	<b>126 (57,53%)</b>

**Tabela 3**— Proposta e aceitação de cirurgias de revascularização e cavernosoplastia como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Revascularização propostos	aceitos	Cavernosoplastia propostos	aceitos
Orgânica	2	2	8	6
Psicológica	—	—	3	3
Mista	—	—	2	1
Não sabe	—	—	1	—
Mística	—	—	—	—
Sócio-educacionais	—	—	—	—
<b>Totais</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>10</b>

**Tabela 4**— Proposta e aceitação de cirurgias de ligadura venosa e implante de prótese peniana de silicone como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Ligadura venosa propostos	aceitos	Prótese peniana propostos	aceitos
Orgânica	1	2	18	10
Psicológica	—	—	10	4
Mista	—	—	5	3
Não sabe	1	1	10	3
Mística	—	—	—	—
Sócio-educacionais	—	—	1	1
<b>Totais</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>10</b>

**Tabela 5** – Proposta e aceitação de psicoterapias e auto-injeção de drogas vaso-ativas intracavernosas como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Psicoterapia		Auto-injeção	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	53	24	–	–
Psicológica	41	25	–	–
Mista	20	11	–	–
Não sabe	15	9	2	2
Mística	3	1	–	–
Sócio-educacionais	2	2	–	–
<b>Totais</b>	<b>134</b>	<b>71</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

**Tabela 6** – Proposta e aceitação de prescrição de hormônios e medicamentos como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Hormônios		Medicamentos	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	3	3	8	8
Psicológica	1	1	2	2
Mista	–	–	3	2
Não sabe	–	–	–	–
Mística	–	–	–	–
Sócio-educacionais	–	–	–	–
<b>Totais</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>12</b>

vernosos do pênis, ligadura da vela dorsal peniana e implante de prótese peniana semi-rígida de silicone, tipo Jonas.

A proposta e a aceitação de psicoterapia (modelo terapia sexual) encontram-se descritas na tabela 5, de acordo com as etiologias auto-outorgadas pelos pacientes sobre a disfunção erétil secundária.

A auto-injeção de drogas vaso-ativas intracavernosas (no caso, cloridrato de papaverina), como tratamento da disfunção erétil secundária, tem na tabela 5 sua proposição e aceitação pelos pacientes estudados, de acordo com as causas que estes se atribuíram para a disfunção.

A tabela 6 apresenta a proposta e aceitação de hormônios (testosterona) e medicamentos no tratamento da disfunção erétil secundária, de acordo com as causas auto-atribuídas pelos pacientes para a disfunção.

## CONCLUSÕES

Os tratamentos mais aceitos entre homens com disfunções sexuais são os menos agressivos e que envolvem menor tempo para a solução das dificuldades; em conseqüência, a revascularização peniana, a prótese peniana e a psicoterapia são os tratamentos que tiveram menor aceitação proporcionalmente às indicações.

A psicoterapia foi menos aceita entre os pacientes que se atribuíam causas orgânicas e místicas, sendo mais aceita entre os que achavam que as causas da disfunção erétil eram sócio-educacionais, psicológicas ou não haviam formulado uma hipótese específica. Embora a psicoterapia, aqui especificamente a terapia sexual, seja de difícil aceitação se o paciente já não se considerar com causas não orgânicas, ela é ainda o tipo de tratamento mais adequado e de mais alta taxa de sucesso no tratamento da disfunção erétil (1, 12, 28, 45).

Os pacientes com indicação de implante de prótese peniana aceitaram na mais facilmente quando se atribuíam causas sócio-educacionais, mistas ou orgânicas em oposição às auto-atribuições de causas psicológicas ou sem formulações hipotéticas de etiologia para a disfunção sexual queixada.

A cavernosoplastia e ligadura venosa foram mais aceitas entre os pacientes que não haviam formulado hipóteses causais para a disfunção ou acreditavam-nas psicológicas.

Ao paciente que se percebe com dificuldades de origem psicológica, a indicação de psicoterapia é eticamente adequada e profissionalmente um dever. No caso de pacientes que crêem em origens orgânicas para sua disfunção, embora assim não sejam diagnosticados, a prescrição de procedimentos orgânicos não é somente não adequada, mas um perigo para os profissionais da área. Na busca de home-

ostase de personalidade, o paciente aceitará um tratamento orgânico, se lhe for indicado. A psicoterapia é um tratamento desenvolvido para pessoas cuja homeostase psicológica necessita ser alcançada. Ao contrário de tratamentos orgânicos, que servem especificamente para restaurar a saúde física. Concluimos que o profissional de saúde que trabalha com disfunções sexuais deve lutar contra a sedução do satisfazer ao paciente em contradição à ciência que o tenha formado.

Medicamentos e hormônios são aceitos com mais facilidade pelo homem impotente que faz do médico o representante de sua potência através da remediação de sua condição de doente. A promessa implícita de cura rápida, sem sofrimento físico ou psicológico e sem que o paciente tenha que se responsabilizar pelo próprio tratamento, deve ser a razão da maior aceitação pelos pacientes com esse tipo de disfunção sexual.

Empiricamente o profissional de saúde que atende a homens com disfunção erétil pode perceber a tendência destes a crer que a etiologia de sua dificuldade sexual é a que no presente estudo foi a mais encontrada: a orgânica (57%). Outro estudo com população análoga (42) refere pacientes com maior predisposição para aceitar a prótese peniana do que relacionar a disfunção erétil com causas orgânicas, embora a aceitação de tratamento, aparentemente, estivesse na dependência de como fosse prescrito pelo médico.

A aceitação da psicoterapia por pacientes que consideram sua disfunção de origem psicológica encontra naquele tratamento a manutenção de sua homeostase. O mesmo ocorre com os pacientes que se outorgam causas orgânicas para a disfunção. Isso talvez explique a menor aceitação de tratamento entre os pacientes que hipotetizam causas místicas (33,33%), pois tal hipótese não se encaixa com um tratamento psicoterápico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTHOF, S. E.; TURNER, L. A.; LEVINE, S. B.; RISEN, C.; KURSH, E.; BODNER, D.; RESNICK, M. Why so many people drop out from auto-injection therapy for impotence? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5(2):121-9, 1989.
2. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Ioimbina e inibição do desejo sexual - estudo duplo cego com 25 pacientes. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABEL). São Paulo, agosto de 1991.
3. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M.; PORTNER, M. Sexualidade - A integração do atendimento multidisciplinar. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, XX(8):301-7, 1991.

4. GLINA, S.; MEDEIROS, M. O.; CHAO, S.; PUECH-LEAO, P.; REIS, J. M. S. M. Neurologic evaluation in patients with sexual dysfunction and premature ejaculation with preexisting neuropathy. *International Journal of Impotence Research*, 2(suppl2):93-4, 1990.
5. HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C. *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - Manual*. Rio de Janeiro, CEPA Ltda., s/d.
6. KLAPAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo-Tratamento Dinâmico das Disfunções Sexuais*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
7. \_\_\_\_\_. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. São Paulo, Livraria Roca, 1982.
8. \_\_\_\_\_. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
9. \_\_\_\_\_. *Disfunciones Sexuales - Diagnóstico y Tratamiento de Las Aversiones, Fobias y Angustia Sexual*. Buenos Aires, Grijalbo S.A., 1989.
10. LEMBERGER, R. J.; BISHOP, M. C.; BATES, C. P. Nesbit's operation for Peyronie's disease. *Br. J. Urol.*, 56:721-3, 1984.
11. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, I.; FICHTEN, C. S.; AMSE, R. The SSES-EA measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *J. Sex. Mar. Ther.*, 11(4):233-47, 1985.
12. MONESI, A. A.; RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; FAVORETO, A. V. Os resultados da psicoterapia na impotência sexual. Apresentado no Simpósio de Impotência Sexual e no Curso Multidisciplinar de Diagnóstico em Impotência Sexual, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABED) Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Mineira da Urologia. Belo Horizonte, 1991.
13. MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. *Sexologia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
14. MURAY, H. A. Uses of The Thematic Aperception Test. *In: Handbook of Projective Techniques*. New York, Basis Books Inc., 1965.
15. \_\_\_\_\_. *Test de Apercepção Temática (TAT), Manual para la Aplicación*. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1970.
16. PORTNER, M. R. Neurophysiological abnormalities in impotent patients with peripheral neuropathy. Em preparo, 1992a.
17. \_\_\_\_\_. Reflex latency versus distribution of motor units within the bulbocavernosus response in impotent patients. Em preparo, 1992b.
18. PORTNER, M.; TELOKEN, C. Bulbocavernosus reflex morphology I: indicator of altered excitability of the spino perineal connection in impotent men. *International Journal of Impotence Research*, 2 (suppl2):153-4, 1990a.
19. \_\_\_\_\_. Bulbocavernosus reflex morphology II: indicator of altered excitability of the spino perineal connection in impotent men. *International Journal of Impotence Research*, 2 (suppl2):155-6.
20. PORTNER, M. R.; PUECH-LEAO, P.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M. Monitoring smooth muscle activity to intracavernosal injection test in impotent patients. Em preparo, 1992.
21. PUECH-LEAO, L. E.; PUECH-LEAO, P.; ALBERS, M. T. V. *Impotência Sexual Vasculogênica - Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Sarvier S/A Editora de Livros Médicos, 1981.

22. PUECH-LEÃO, P. Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante. Dissertação de Docência Livre, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
23. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEÃO, L. E. Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence. *Vasc. Surg.*, 17(4):216-9, 1983.
24. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; REICHEL, A. C. Leakage through the crural edge of corpus cavernosum -diagnosis and treatment. *Eur. Urol.*, 13:163-5, 1987.
25. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES Jr., O. M. Especificidade do índice-pênis braço no diagnóstico da impotência vasculogênica. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 15(1):55-6, 1988.
26. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *J. Bras. Urol.*, 13(1):11-4, 1987.
27. REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M. O uso de auto-injeção em pacientes com disfunção erétil. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, XX(11-12): 469-73, 1991.
28. REYNOLDS, B. S. Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review. *Psychol. Bull.*, 84:1218-38, 1977.
29. RODRIGUES Jr., O. M. Avaliação da disfunção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Arq. Bras. Med.*, 63(6):481-2, 1989a.
30. \_\_\_\_\_. A sexualidade do paciente: a vergonha do médico e de outros profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med.*, 46(10):511-2, 514, 516, 1989b.
31. \_\_\_\_\_. Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - um modelo. *Arq. Bras. Psic.*, 42(2):57-62, 1990a.
32. \_\_\_\_\_. A pesquisa psicológica na disfunção erétil. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, 2(2):4, 1990b.
33. \_\_\_\_\_. Impotência psicogênica: terapia intracavernosa adjuvante. Conferência apresentada em Atualização em Impotência-aspectos orgânicos e psicológicos (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência /Instituto de Urologia e Nefrologia), São José do Rio Preto, SP, 1990c.
34. \_\_\_\_\_. Editorial: A avaliação psicológica de disfunções sexuais masculinas em abordagem multidisciplinar. *Urologia Panamericana*, 3(2): VII-X, 1990d.
35. \_\_\_\_\_. Parâmetros psicológicos para a indicação de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas no tratamento da disfunção erétil. *Reprodução*, 6(4):217-20, 1991.
36. RODRIGUES, Jr., O. M.; COSTA, M. O inventário Beck de depressão e a utilização na disfunção erétil. *J. Bras. Psic.*, 36(5):283-92, 1987.
37. \_\_\_\_\_. O inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III. *Sexus*, no prelo, 1992.
38. \_\_\_\_\_. Disfunção sexual erétil: diferenças psicosssexuais em causas orgânicas e psicológicas. *Reprodução*, 6(2):69-79, 1991.
39. RODRIGUES Jr., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. Prevalência de dificuldades sexuais em parceiros de homens sexualmente disfuncionais. *Rev. Bras. Sex. Hum.*, 1(1):75-83, 1990.

40. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; REICHELT, A. C.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P. Psicoterapia na disfunção erétil com cavernosometria alterada. *Arq. Bras. Med.*, 62(4):253-4, 1988.
41. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; MONESI, A. A.; FAVORETO, A. V.; DI SESSA, S. R. Atuação do psicoterapeuta no tratamento da disfunção erétil de etiologia orgânica. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABEL). São Paulo, agosto, 1991.
42. RODRIGUES Jr., O. M.; BUENO, M. R. B.; ARCHINÁ, R. Expectation of treatment in impotence with penile prosthesis referral. *Urologia Panamericana*, 3(1):25-8, 1991.
43. RODRIGUES Jr., O. M.; HADDAD, S. C.; DI SESSA, S. R.; COSTA, M. Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para a disfunção erétil. *Rev. Bras. Med.*, 48(6):352-8, 1991.
44. RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARELLO, C. V. Autoconfiança sexual em universitários. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, no prelo, 1992.
45. TURNER, L. A.; ALTHOF, S. E.; LEVINE, S. B.; RISEN, C. B.; BODNER, D. R.; KURSH, E. D.; RESNICK, M. I. Self-injection of papaverine and phentolamine in the treatment of psychogenic impotence. *J. Sex. & Marital Ther.*, 15(3):163-76, 1989.
46. VIRAG, R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet*, 2:938, 1982.
47. VIRAG, R.; FRYDMAN, D.; LEGMAN, M.; VIRAG, H. Intracavernous injection of papaverine as a diagnostic and therapeutic method in erectile failure. *Angiology*, 35:76-86, 1984.
48. WESPES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SHULMANN, C. C. C. Cavernosometry-cavernosography: its role in organic impotence. *European Urology*, 10:229-32, 1984.

# Resumo Comentado

---

# Drugs Causing Sexual Dysfunction and Their Alternatives: A Reference Tool **1**

---

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

## **COMENTÁRIO**

DEBBIE STEELE, R. N. Drugs Causing Sexual Dysfunction and Their Alternatives: A Reference Tool. Urologic Nursing, October-December, 1989.

A autora enfatiza que muitas pessoas em tratamento clínico acabam por desenvolver uma disfunção sexual Droga-Dependente. Relata que hoje em dia a afirmativa de que devemos aprender a conviver com a disfunção sexual não tem mais espaço. Na prescrição de um medicamento, o clínico tem que se preocupar com a qualidade de vida de seu cliente e alternativas terapêuticas devem ser postas em questão.

Essas drogas alternativas não podem levar à disfunção sexual. O objetivo de seu trabalho é desenvolver uma lista de referência prática dessas drogas e suas possíveis alternativas. Algumas delas, de fato, têm sido descritas na literatura como causadoras de sintomas sexuais leves ou insignificantes, quando comparadas à droga que substituem.

Por ser a lista extensa, propomos a seguir apenas as que consideramos principais na prática clínica diária.

---

1. Ginecologista e psicólogo.  
Recebido em 15.06.92

Droga	Efeitos adversos	Possível alternativa
<i>Antiarrítmicos</i> Amiodarona Disopiramida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da libido</li> <li>- Impotência</li> </ul>	Procainamida Quinidina
<i>Anticonvulsivantes</i> Carbamazepina Fentoína  Primidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impotência</li> <li>- Diminuição da libido, impotência</li> <li>- Diminuição da libido, impotência</li> </ul>	Ácido Valpróico
<i>Antidepressivos</i> Amitriptilina  Clomipramina   Imipramina  Maprotilina  Nortriptilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda da libido, impotência, não ejaculação</li> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência, retardo ou não ejaculação (homem) ou orgasmo (mulher), orgasmo espontâneo associado com relaxamento</li> <li>- Diminuição da libido, dor, atraso ejaculatório, atraso no orgasmo (mulher)</li> <li>- Impotência, diminuição da libido</li> <li>- Impotência, diminuição da libido</li> </ul>	Não existe
<i>Anti-hipertensivos</i> Atenolol Clonidina  Guanetidina  Hidralazina Labetalol  Metildopa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impotência</li> <li>- Impotência, atraso ou retroação ejaculatória, inibição do orgasmo (mulher)</li> <li>- Diminuição da libido, impotência, retardo, retro ou não ejaculação</li> <li>- Impotência, priapismo</li> <li>- Priapismo, impotência, retardo ou não ejaculação, diminuição da libido</li> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência, retardo ou não ejaculação (homem) ou orgasmo (mulher)</li> </ul>	Captopril  Diltiazem  Enalapril Nifedipina

<b>Droga</b>	<b>Efeitos adversos</b>	<b>Possível alternativa</b>
Metoprolol Pindolol Prazosim Propranolol Reserpina Timolol Verapamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da libido, impotência</li> <li>- Impotência</li> <li>- Impotência e priapismo</li> <li>- Perda da libido (homem e mulher), impotência</li> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência, diminuição ou não ejaculação</li> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência</li> <li>- Impotência</li> </ul>	
<i>Diuréticos</i> Acetazolamida Amilorida Clortalidona Indapamida Espironolactona Diuréticos Tiazídicos (ex.: hidrotiazida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda da libido, diminuição da potência</li> <li>- Impotência, diminuição da libido</li> <li>- Diminuição da libido, impotência</li> <li>- Diminuição da libido, impotência</li> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência</li> <li>- Impotência</li> </ul>	Furosemida  Trianterene
<i>Bloqueadores H2</i> Cimetidina Ranitidina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da libido (homem e mulher), impotência</li> <li>- Perda da libido, impotência</li> </ul>	Famotidina
<i>Não-Esteróides antiinflamatórios</i> Naproxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impotência, não ejaculação</li> </ul>	Diclofenac Ibuprofen
<i>Sedativos/Ansiolíticos</i> Alprazolam Clordiazepóxido Diazepan Outros Benzodiazepínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibição do orgasmo, retardo ou não ejaculação</li> <li>- Impotência ou inibição da ejaculação (homem)</li> <li>- Diminuição da libido, retardo ejaculatório, retardo ou não do orgasmo da mulher</li> <li>- Perda ou diminuição da libido</li> </ul>	Não existe  Não existe

## Pesquisa sobre Fantasias Sexuais

Entendendo que o campo das fantasias sexuais está entre os aspectos menos conhecidos e estudados da sexualidade humana, concordamos em participar dessa pesquisa, originalmente idealizada pelas argentinas Maria Luisa Lerer (psicóloga) e Sonia Blasco Garma (médica). E nossa intenção, com o apoio da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH) e do Centro de Ensino e Investigação em Comportamento (CEIC), além de estudar elementos ligados às fantasias e ao desempenho sexuais de homens e mulheres brasileiras, integrar o estudo comparativo para toda a América Latina, levado a cabo pelas citadas profissionais.

As respostas são, evidentemente, voluntárias, e sob absoluto anonimato. Solicitamos sua colaboração. As respostas devem ser enviadas para a SBRASH, no endereço:

Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana  
Caixa Postal 14548  
CEP 03698-970 - São Paulo-SP

Se for possível, copie e distribua este questionário a pacientes, amigos, alunos e colegas.

Desde já, em nome da SBRASH e do CEIC, agradeço sua valiosa participação.

Dr. Nelson Vitiello

Observação: alguns itens admitem mais de uma resposta. Quando julgar cabível, numere os vários itens assinalados em ordem de importância.

A – Idade:

B – Sexo: Masculino:                      Feminino:

C – Já teve relações sexuais? Sim:                      Não:

D – Cidade:

E – Profissão:

Em minhas FS intervêm emoções como:

Alegria:	Amor:	Nostalgia:	Dor:
Medo:	Ódio:	Repressão:	Abusos:
Raiva:	Culpa:	Outros:	

É importante que em minhas FS apareça:

Um ambiente especial:	Cores:	Perfumes:
Sons:	Estações do ano:	Outros:

## 5. As FS servem-me para:

Chegar ao orgasmo:

Pensar em alguém mais atraente que o(a) parceiro(a)

Sentir-me mais atraente:

Sair da rotina:

Outro motivo. Qual?

## 6. Durante a relação sexual, tenho FS com:

Meu (minha) parceiro(a) habitual:

Meu (minha) parceiro(a) ocasional:

Com ambos(as):

Com outros(as):

## 7. Como surgem as FS?

Carícias físicas:      Jogos sexuais:      Imagens:

Perfumes:      Sabores:      Sons:

## 8. Quando surgem as FS?

Antes de um encontro sexual:

Durante um encontro sexual:

Numa hora determinada do dia:

Numa hora determinada da noite:

Em circunstâncias especiais. Quais?

## 9. Provoco FS usando algum estímulo determinado?

Imaginando cenas prazerosas:      agressivas:      violentas:

Leituras:      Vídeos:      Outros estímulos:

## 10. Desde quando tenho FS?

Desde sempre:      Ultimamente:      Ocasionalmente:

Nunca:

## 11. Minhas FS são:

Sempre as mesmas:      Predominantemente as mesmas:

Repetidamente as mesmas:      Nunca as mesmas:

## 12. Considero que FS são importantes para minha excitação?

Sim:      Não:      Por quê?

## 13. Tenho sonhos sensuais e/ou sexuais?

Sim:      Não:      Tive em outra época: Qual época?

14. **Minhas FS são com:**  
 Uma só pessoa, de sexo oposto ao meu:  
 Uma só pessoa, do mesmo sexo que o meu:  
 Várias pessoas do sexo oposto ao meu:  
 Várias pessoas do mesmo sexo que o meu:  
 Várias pessoas de ambos os sexos:  
 Uma criança ou adolescente:  
 Várias crianças ou adolescentes:  
 Animais:  
 Objetos:  
 Situações. Quais?
- 
15. **Tenho FS relacionadas com:**  
 Meu (minha) próprio(a) companheiro(a)?  
 Conhecidos?  
 Desconhecidos?
16. **Durante a masturbação ou a relação sexual tenho fantasias perturbadoras relacionadas com:**  
 Preocupações concretas:  
 Preocupações inexistentes ou pouco prováveis:  
 Conflitos com meu (minha) companheiro(a):  
 Problemas com os filhos:  
 Tarefas pendentes de trabalho:  
 Compras para a casa:  
 Arranjos para a casa:  
 Outras. Quais?
- 
17. **Temo minhas FS? Sim:**                      **Não:**
18. **Se as temo, por quê?**  
 Podem um dia converter-se em realidade:  
 Vejo-as como um indício de anormalidade:  
 Fazem-me sentir infiel:  
 Trazem-me sentimentos de culpa:  
 Outros motivos. Quais?
- 
19. **O conteúdo de minhas FS se refere a alguma característica de outras pessoas? Quais:**  
 Características físicas:  
 Características de personalidade:  
 Sua capacidade erótica:  
 Sua capacidade afetiva:  
 Sua posição social:  
 Seu poder econômico:

Sua capacidade protetora:

Sua beleza:

Sua feiúra:

Outros:

Não sei:

20. Em minhas FS intervêm emoções como:

Alegria:

Amor:

Nostalgia:

Dor:

Medo:

Ódio:

Repressão:

Abusos:

Raiva:

Culpa:

Outros:

21. É importante que em minhas FS apareça:

Um ambiente especial:

Cores:

Perfumes:

Sons:

Estações do ano:

Outros:

22. Conto minhas FS a meu (minha) companheiro(a)?

Com freqüência:

Raramente:

Não me atrevo:

Não quero:

23. Gosto de ter FS? Sim:

Não:

Por quê?

24. Se não tenho FS, por que não as tenho?

25. (*Para mulheres*) Tenho mais FS durante:

Menstruação:

Ovulação:

Pré-mênstruo:

Pós-mênstruo:

Desde que parei de menstruar:

Desde uma cirurgia:

Desde uma doença:

Não as relaciono com nada:

26. (*Para homens*) Tenho mais FS:

Quando tenho dificuldades na ereção:

Desde que não tenho mais ereções:

Quando tenho ereções:

Desde uma doença:

Desde o uso de um medicamento:

27. Tenho mais FS quando:

Não tenho com quem ter relações:

Sinto entusiasmo por uma relação sexual:

Estou apaixonado(a):

Estou com parceiro(a) de muitos anos: