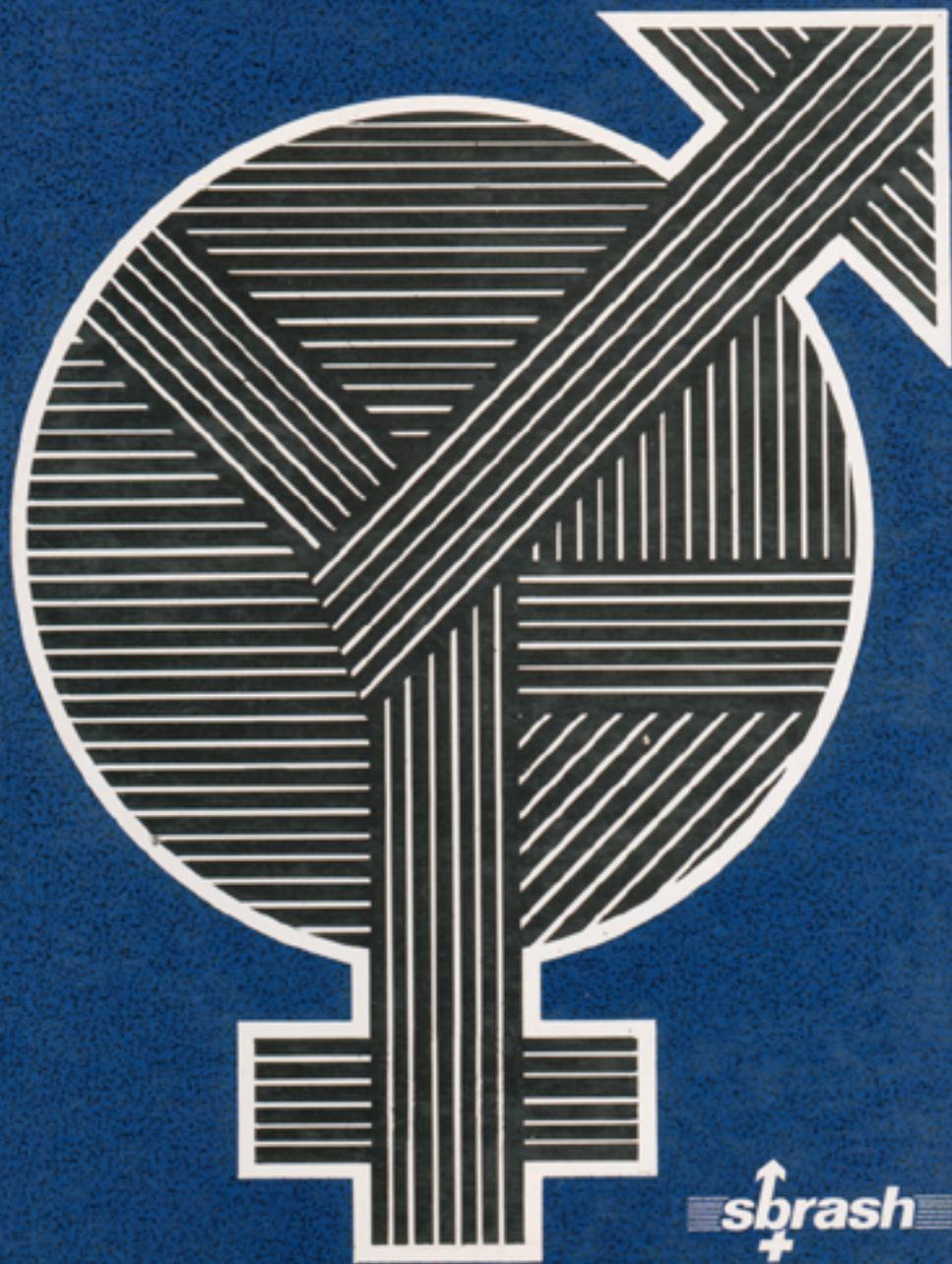


REVISTA BRASILEIRA DE

SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME 4 - Nº 1 - 1993



sbrash
↑
+

Revista
Brasileira
de
Sexualidade
Humana

Volume 4 - Número 1 - Janeiro a Junho de 1993
Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH

Sumário

Editorial	11
------------------------	----

Opinião

1. Os Meios de Comunicação de Massa e os Adolescente.....	15
Nelson Vitiello; Fabia Vitiello	
2. Da Utilidade da Avaliação Psicológica da Impotência.....	24
Oswaldo M. Rodrigues Jr.	
3. Crianças Vitimadas: repercussões psicológicas	27
Mabel Cavalcanti	
4. A (In)formação Sexual do Adolescente: uma nova proposta ...	31
Mônica Bara Maia; Rita Andréia Guimarães; Gerson Pereira Lopes	
5. A Sexualidade e as Doenças Sexualmente Transmissíveis ...	37
Ricardo C. Cavalcanti	
6. Manifestações da Sexualidade das Diferentes Fases da Vida ..	47
Nelson Vitiello; Isméri Seixas Cheque Conceição	

Trabalhos de Pesquisa

1. A Busca da “Personalidade Autoritária” na Disfunção Erétil ..	63
Oswaldo M. Rodrigues Júnior	
2. Disfunção Erétil: opinião do paciente durante o possível tratamento	75
Oswaldo M. Rodrigues Jr.; Mônica R. B. Pugliese	
3. Mulher e Sexualidade: o desejo da continuidade.....	88
Maria Alves de Toledo Bruns; Maria Virgínia F. C. Grassi	

Resumos Comentados

1. Sexual Disinterest after Childbirth.....	107
Domeena C. Renshaw, resumo e comentários de Mônica Bara Maia	
2. The Combined - Intracavernous Injection and Stimulation Test: diagnostic accuracy	109
C. F. Donatucci e T. Lue, resumo e comentários de Luiz Otávio Torres	

3. Liberal Humanism as an Ideology of Social Control: the regulation of lesbian identities	111
J. Shotter e K.J. Gergen, resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.	
4. Change in Sexual Functioning during the Aging Process.....	114
F. J. Bianco e cols., resumo e comentários de Leonardo Goodson do Nascimento	
5. Life Span Perspective in Psychogenic Impotence: diagnosis and therapy	116
Alessandra Graziottin, resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.	
6. Aspectos do Comportamento Sexual de Adolescentes Masculinos da Região Sul do Estado de Minas Gerais	119
M. A. K. Brito, resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.	
7. Influência da Ligadura Tubária Bilateral na Sexualidade da Mulher	121
S. A. C. Lopes, resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.	

Editorial

METAS

Com a transmissão dos cargos, em abril último, iniciou-se o mandato da nova Diretoria da SBRASH, para o biênio 1993/1995. Essa Diretoria, como as que a antecederam, pretende tomar providências e empreender atividades que aumentam o prestígio e a força de atuação de nossa Sociedade.

Além de dar continuidade à maioria dos projetos das Diretorias anteriores, pretendemos implementar algumas medidas visando maior expressividade e ampliação do quadro de associados. Entre essas medidas, muitas das quais recomendadas pela *Assembléia Geral da SBRASH* reunida em Belo Horizonte em agosto último, destacaremos algumas.

Um ponto básico, no que diz respeito à ampliação do número e às melhores condições de participação dos associados, é a intensificação da atividade dos Delegados Regionais, que terão suas atribuições ampliadas e valorizadas. Isso implica, necessariamente, uma cuidadosa seleção dos convites a serem efetuados, visto não nos interessar o número de Delegados, mas sim a *qualidade* de seu trabalho. Dentro do esquema que imaginamos, tentaremos implantar maior regionalização dos trabalhos da SBRASH, pois fica muito difícil para uma Diretoria centralizada reconhecer as aspirações de associados residentes nos mais distantes pontos do país, bem como tentar solucionar os problemas surgidos. Por isso, a intensificação da atividade dos Delegados Regionais é imprescindível.

Outro ponto que julgamos básico diz respeito ao incentivo às reuniões e aos conclaves regionais. Parece-nos que os Congressos e as Jornadas Nacionais, se realizados com intervalos muito curtos, acabam inevitavelmente levando à repetição de temas e de nomes de convidados, o que os torna improdutivos. Além disso, pelo alto custo pessoal do comparecimento aos eventos (passagens, estadia, lucros cessantes, etc.), julgamos preferível a realização de conclaves nacionais mais espaçados, porém de elevado conteúdo científico e cultural, nesse sentido, incentivaremos a realização de Conclaves Regionais (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Leste e Sul), Estaduais e Locais.

Pretendemos manter a publicação e estimular a participação dos associados nas atuais publicações da SBRASH, o *Boletim Informativo da Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. Além disso, com a intenção de oferecer maior facilidade aos associados que desejam empreender pesquisas, estamos providenciando a edição de um Boletim Bibliográfico, que conterà citações, resumos e análises dos mais importantes trabalhos publicados na área de sexualidade humana.

Para completar o quadro dos principais empreendimentos da atual Diretoria, o Conselho Científico da Sociedade está criando as normas para os *Certificados de Qualificação em Educação Sexual* e em *Terapia Sexual*, que serão divulgadas em breve.

Outras medidas, como a ampliação de atividades locais sob a forma de cursos e conferências, o *Projeto de Apoio à Redação de Textos Científicos*, e várias outras, estão em fase de implementação e serão oportunamente divulgadas.

Desde já desejamos realçar que deixamos aberto um canal de comunicação com os associados, através dos Delegados Regionais, dos Vice-Presidentes Regionais e da própria Diretoria. Escreva ou telefone; opine, critique ou - eventualmente - até mesmo elogie; participe. A SBRASH (que somos todos nós) ganhará com isso.

Nelson Vitiello

Opinião

Os Meios de Comunicação de Massa e os Adolescentes 1

Nelson Vitiello¹
Fabia Vitiello²

Desde que nossa espécie “descobriu” as vantagens da comunicação no relacionamento social, os meios disponíveis para fazê-la vêm se multiplicando e aprimorando. Com o desenvolvimento da capacidade da fala, o Homem adquiriu um notável meio para se comunicar, expressar suas necessidades, suas opiniões e seus desejos, além de conseguir influenciar fortemente seus semelhantes. Mesmo antes das primeiras civilizações conhecidas, quando ainda meros coletores e caçadores, nossos ancestrais empreenderam o desenvolvimento dos métodos de comunicação não só por meio da palavra, mas também por sinais pintados, desenhados e até mesmo esculpidos. Com o advento das primeiras civilizações dignas desse nome (ao que tudo indica no Egito e na Mesopotâmia), esses meios foram ganhando cada vez maior relevância. Entretanto, durante toda a Antigüidade Clássica, bem como durante a Idade Média, a tecnologia pouco auxiliou esse desenvolvimento.

Embora não se possa negar a eficiência de bons oradores, o alcance de suas mensagens era muito reduzido. Cidadãos gregos, por exemplo, poderiam obter informações e, mesmo, ter insuflada sua índole guerreira até a temperatura desejada por esses oradores; essa influência, porém, se fazia sentir apenas entre as poucas dezenas ou centenas de ouvintes nas ágoras. O Teatro, que alcançou notável importância na Grécia Clássica, sempre padeceu da mesma limitação, bem como os *graffito* dos romanos, os proclamas imperiais, as prédicas religiosas, etc.

1. Ginecologista.

2. Universitária. Comunicação Social.

Recebido em 10.01.93

Aprovado em 22.01.93

Foi apenas com o desenvolvimento da imprensa, a partir da invenção dos tipos móveis, no século XV, que a tecnologia começou a ter real importância para os meios de comunicação. Nos séculos seguintes, embora em passos muito lentos, a comunicação foi se tornando uma realidade e, a partir de um certo ponto de eficácia, pode passar a merecer o qualificativo “de massa”. A partir da descoberta de métodos de impressão mais ágeis e com o desenvolvimento da telegrafia e da telefonia, os meios impressos de comunicação começaram a apresentar elevado grau de atraentes possibilidades de alcance e de eficiência.

A radiodifusão, invento generalizado na segunda década de nosso século, foi, sem dúvida, um grande avanço nesse sentido. Ao serem cada vez mais disseminados e financeiramente acessíveis, os aparelhos de recepção radiofônica tiveram (e tem) importante papel, atuando, até, como uma preparação da sociedade para o meio de comunicação mais eficiente de nossos dias, a televisão.

O que a tecnologia nos reserva para o futuro ainda não somos capazes de prever, embora tudo pareça indicar que os microcomputadores, funcionando em regime de multimídia, sejam uma opção bastante viável. No momento, o que podemos constatar é que o conjunto dos meios mais eficientes (imprensa, rádio e televisão) constituem uma tríade, a “Santíssima Trindade da Comunicação” que, sob muitos aspectos, rege nossas vidas. É notório que a grande maioria das pessoas é absolutamente incapaz de explicar os reais motivos pelos quais utiliza, por exemplo, uma determinada pasta dentifrícia. Quando inquiridos, respondem com vagos argumentos (“Acho melhor”, “Ouvi dizer que é a que traz melhores resultados”, etc.) que demonstram terem sido manipulados pela publicidade.

Inegavelmente, um significativo número de pessoas tem suas tendências consumistas extremamente insufladas, suas opiniões freqüentemente manipuladas e seu estilo de vida altamente dirigido pela “Santíssima Trindade”. Um constante “bombardeio” atinge a todos contínua e indistintamente, sendo tanto mais eficiente quanto mais vulneráveis forem as pessoas; em grau maior ou menor, entretanto, sem dúvida atinge a todos.

Reconhecidamente, a infância e a adolescência são fases da vida em que se encontram, com mais relevância, algumas características, entre as quais uma certa instabilidade e insegurança. Assim sendo, são essas fases da vida altamente susceptíveis às mensagens recebidas. Devido a essas mesmas características, é ainda o jovem mais facilmente levado a assumir posturas e posições e assumindo determinadas causas de interesse dos “comunicadores” ou de seus patrocinadores. Assim, todos nos lembramos e temos a consciência de que se os meios de comunicação, em especial a televisão, não tivessem enfatizado as falhas e os pontos dúbios de recente governo, o *impeachment* muito provavelmente seria recusado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Do mesmo modo, sabemos que o

rumo de uma investigação criminal é claramente influenciado pela repercussão que determinado crime alcança nos noticiários; e que o sucesso de um movimento musical ou de um artista isolado depende, em grande parte, do espaço que possa ter disponível nos meios de comunicação.

Seguramente não é exagero afirmar que, de maneira geral, é muito pequeno o número de pessoas, em nosso país, que não é alcançado por algum tipo de meio de comunicação de massa. Podemos, além disso, supor ser cada vez maior o alcance e o poder desses meios, bem como sua influência em nossas vidas. Quem já tem quatro ou mais décadas de idade, seguramente poderá dar seu testemunho pessoal sobre o quanto nossa vida pessoal, social e familiar mudou nesse período.

De fato, até alguns decênios atrás, os costumes sociais e familiares implicavam atividades noturnas e de finais de semana bastante diversas das atuais. Hoje, embora existam exceções, o comum é que nos sentemos confortavelmente em nossas salas, com a luz apagada e, em absoluto silêncio, ouçamos as graves notícias nacionais e internacionais, após o que torcemos pelo sucesso de nossos galãs ou heroínas prediletos. Terminada a chamada “novela das oito”, depositamos nossa atenção em algum filme ou talvez num programa de entrevistas, buscando - depois de tantas emoções - um justo e merecido repouso. Nos finais de semana, nosso lazer se resume a programas de variedades ou à observação da prática de um esporte qualquer. Nos intervalos, somos bombardeados pela publicidade explícita, que nos convence que a pasta dental X é a melhor, que a maionese Y é mais saborosa ou que é absolutamente impossível uma pessoa normal ser feliz e sexualmente atraente se não usa o desodorante Z.

Se a publicidade explícita nos atinge dessa maneira, o que dizer do chamado *merchandising*, que age em nível quase subliminar? Por meio dele, somos induzidos a consumir uma determinada marca de cerveja, que é a que o gala ostensivamente bebe durante a novela, ou a julgar que, sem dúvida, seríamos irresistíveis se pudéssemos comprar “aquele” carro esporte...

Essa rotina se repete, com pequeníssimas variações, dia após dia, semana após semana, mês após mês. Note-se que não são apenas alguns dos membros das famílias os atingidos por esse verdadeiro bombardeio de imagens e de sons, mas todos, inclusive crianças e adolescentes. Essa faixa etária, aliás, tem sido a mais visada pelos meios de comunicação devido ao grande potencial que apresenta de consumir e induzir os adultos ao consumo.

Queremos deixar claro, desde já, que não estamos tentando formular juízos de valores, condenando ou exaltando os meios de comunicação, mas sim chamar a atenção para uma realidade vigente. Não queremos empreender uma cruzada pelo retorno aos velhos hábitos, pois sabemos-la impossível; queremos, isso sim, deixar patente que nossos hábitos, nossos

costumes e até mesmo nossas opiniões e aspirações são, em grande parte, induzidas pelos meios de comunicação. E usamos o plural “meios” por estar bem claro não ser apenas a televisão o veículo que nos atinge. Jornais, revistas, estações de rádio, etc. são também importantes e influentes meios a nos induzir.

Aliás, parece-nos oportuno abrir parênteses, chamando a atenção do leitor para a observação de um paradoxo. Os meios de comunicação têm como função assumida transmitir a todos os membros de uma sociedade certos parâmetros e certas características consideradas indispensáveis. Isso ocorre na medida em que esses meios fixam, entre os membros de um grupo social, certas similitudes essenciais, reclamadas pela vida coletiva, como, em certa medida, a educação e a socialização metódica das novas gerações. Mas se têm essa “função conservadora”, os meios de comunicação têm também uma “função inovadora”, na medida em que analisam novas situações e propõem novos caminhos. Eles se encarregam de nos apresentar, assim, o que há de novo e o que há de conservador em nossa sociedade. Espera-se, habitualmente, que os meios de comunicação nos apresentem novidades e mudanças nas mais diferentes áreas, mas que, ao mesmo tempo, mantenham a estabilidade de nossos valores sociais. Em outras palavras, pede-se que promovam mudanças em alguns setores, mas que mantenham a estabilidade em outros. Temos, claramente, bastante facilidade em aceitar e absorver inovações tecnológicas, como um novo tipo de computador, um revolucionário automóvel ou um tipo de fogão que praticamente faça sozinho o almoço: essas novidades, quando mostradas pelos meios de comunicação, nos agradam e nos atingem muito fortemente. O mesmo não se pode dizer, entretanto, quando a mudança ocorre na área do comportamento social, ou mesmo quando atinge alguma das estabelecidas formas de arte. Claro que muitas dessas mudanças sociais se impõem mais cedo ou mais tarde, sendo gradativamente aceitas; as resistências a elas oferecidas, porém, são notavelmente maiores,

Para terminar esta introdução tão genérica, falta ainda dizer algumas palavras sobre a verdadeira dependência que os meios de comunicação de massa criam na sociedade moderna. O hábito de ler, ouvir ou assistir determinadas programações impõe-se como um dos mais fortes da atualidade. Assim, quando somos adultos, a leitura da coluna de um jornalista que nos agrada torna-se uma necessidade diária. Do mesmo modo, acompanhar as peripécias de um herói de histórias em quadrinhos tem a mesma importância para crianças e adolescentes. O seguimento diário de determinada novela, mesmo quando os acontecimentos mostrados são aborrecidamente previsíveis, é uma verdadeira religião para os afeccionados do ramo. Impedir um filho adolescente de ouvir “aquele” programa de “rock pauleira”, em certa emissora de FM, pode ser causa de grandes conflitos familiares.

Estes simples exemplos, pinçados entre muitos outros, nos demonstram uma das mais curiosas facetas de nossa sociedade: a necessidade de estar integrado, de “estar por dentro”. É absolutamente intolerável ao cidadão desta “aldeia global” a simples idéia de que possam estar ocorrendo coisas, em algum lugar, sobre as quais ele não tem noção. Não saber o que aconteceu com a personagem central, no capítulo de ontem da novela da moda, é uma vergonha; não estar informado sobre o valor do contrato de um craque futebolístico; ignorar a última “fofoca” da Casa Real britânica; desconhecer o custo de um dos aviões que bombardearam o Iraque ou não ter notícia da morte de um provento e aposentado artista de cinema são fatos altamente desabonadores para o homem hodierno. É muito pernicioso para nossa auto-estima a hipótese de reconhecer que coisas tão importantes não são de nosso conhecimento,

Para ilustrar esse fato pode-se contar que, recentemente, os repórteres de uma emissora de rádio de São Paulo empreenderam, por brincadeira, um programa de entrevistas de transeuntes. Aos entrevistados, escolhidos ao acaso nas ruas, propunham questões jocosas e absurdas, como “O que você acha da nomeação de Leonardo Da Vinci para o Ministério da Cultura?”, ou “Você concorda com a devolução do Brasil para Portugal?”. Pois bem, a imensa maioria dos entrevistados respondia evasivamente (“Li alguma coisa sobre isso na *Folha*, mas ainda não tenho opinião formada”) ou, até, seguramente (“Sou a favor, acho isso uma grande idéia!”). Ficava claro que muitos dos entrevistados não tinha a menor idéia dos absurdos que estavam sendo propostos; poucos, no entanto, tiveram a “coragem” de confessar o “crime” de estarem desinformados.

SITUAÇÕES PECULIARES

Dentro dessa complexa temática, convém minudenciar determinadas situações nas quais a influência dos meios de comunicação de massa adquire características particulares. É o que acontece, para ficarmos apenas com as mais freqüentes ocorrências, com o consumismo, com os movimentos políticos e religiosos, com o direcionamento de tendências sociais e, finalmente, com a tão discutida educação sexual.

Consumismo

Há, inegavelmente, uma supervalorização do jovem, no que tange à publicidade, não apenas pelas características de insegurança mencionadas anteriormente, mas também pelo elevado contingente populacional que representam. Em países como o Brasil, que vêm apresentando um cresci-

mento demográfico acentuado, os jovens constituem cobiçável a cobiçado segmento de potenciais consumidores, já que ao menos metade de nossa população encontra-se na faixa etária de até 20 anos. Não é por outro motivo que podemos observar, nos mais diversos veículos de comunicação, programações e seções dirigidas à juventude. Assim, são para eles voltados boa parte dos programas de televisão, de rádio (aliás, praticamente toda a programação em FM) e praticamente a cada dia surgem revistas e encartes de jornais. E, como a maior fonte de renda dos meios de comunicação é inegavelmente a publicidade, fica evidente o maciço investimento publicitário empreendido sobre esse segmento social.

Assistimos, até um pouco assustados, campanhas que -mesmo para leigos -devem custar somas altíssimas para a promoção de jovens cantores, por exemplo, que, se avaliados com espírito crítico, talvez nem sejam tão bons assim. Nenhuma outra faixa etária é alvo de tantos bares, lojas e boutiques; para nenhum outro segmento são anunciados tantas “grifes” de roupas, tantos calçados, alimentos e material esportivo. Adolescentes consomem artigos, gêneros alimentícios e opções de lazer típicos de outras faixas etárias, num eclético festival de consumo. Ao mesmo tempo em que querem sucrilhos e *hamburgers*, querem também alimentos mais sofisticados; assistem à *Família Dinossauro* durante as manhãs, mas querem alugar filmes “pornôs” à noite, na videoteca da esquina; lêem *Mônica* e *Super-Heróis*, mas também querem espiar a *Veja* e a Isto É.

Principalmente a partir dos anos 60, nossa sociedade tem apresentado notória gerontofobia, considerando os idosos como cidadãos pouco prestáveis a quase nada estimáveis. Segundo essa filosofia, a juventude é o maior bem que alguém pode possuir, passando a ser vergonhoso e quase criminoso envelhecer. A experiência, que sempre foi a mais importante contribuição das gerações pretéritas, tem sido menosprezada a ponto de o epíleto “jovem” ser usado sempre que se quer exaltar as qualidades de alguma coisa. Assim, surgiram o “Teatro Jovem”, a “Música Jovem”, etc. Esse tipo de “argumento” vem sendo exaustivamente utilizado da publicidade, que usa e abusa de jargões do tipo “roupa jovem” ou ainda “uma maneira jovem de vestir”, como argumento de venda.

Em resumo: embora na maioria das vezes não tenham renda própria, os adolescentes representam importante fatia do mercado, pois são notoriamente consumistas e induzem seus familiares a também consumir.

Movimentos Políticos e Religiosos

Outro item de abrangente importância, no que toca à influência dos meios de comunicação de massa sobre a adolescência, é o que diz respeito ao uso desses meios no aliciamento e no direcionamento de correntes

políticas e religiosas e na condução de movimentos sociais. Para citar apenas um exemplo clássico, lembramos que foi pelo uso maciço dos meios de comunicação que Hitler conseguiu motivar tão bem a juventude alemã a apoiá-lo em suas pretensões expansionistas.

Episódio bem mais recente e, embora de matiz diferente, não menos ilustrativo foi a participação dos meios de comunicação de massa na deposição de nosso Presidente da República, Fernando Collor. Todos nos lembramos que, no início, apenas a imprensa (revistas semanais e jornais diários) dava ênfase aos descabros que se estavam cometendo. A indignação da população foi se amplificando lentamente, conquistando, com a idéia de *impeachment*, apenas alguns setores elitizados e mais esclarecidos. No entanto, quando a televisão encampou a tese da necessidade de pôr um termo a isso tudo, foi que a idéia começou a disseminar-se, atingindo níveis de verdadeira explosão quando a Rede Globo conseguiu engajar até mesmo os jovens no movimento. Quando se atentava para as declarações dos líderes da juventude - denominada de "cara pintada" - podia-se nitidamente perceber que muitos, se não a maioria dos jovens que saíram às ruas em passeatas, não tinham uma convicção muito firme no que estavam fazendo.

Em outra situação, ainda mais recente, uma grande cadeia de estações transmissoras de televisão dedicou-se intensamente a fazer a apologia da pena de morte. Independentemente dos méritos da questão, e de sermos ou não favoráveis à implantação dessa medida, não se pode negar que as matérias foram nitidamente orientadas no sentido de incentivar o apoio à pena de morte. As entrevistas eram feitas em clima claramente emocional, onde vítimas de crimes hediondos e seus familiares eram instados a contar detalhes macabros dos acontecimentos, para concluir que os eriminosos mereciam tal pena.

Nesses episódios ficou bastante patente a importância dos meios de comunicação, em especial da televisão, no aliciamento e na condução de movimentos sociais. Quanto ao primado da televisão, lembremos que apenas 3% dos habitantes do Brasil lêem regularmente meios impressos de informação e que perto de um quarto dos brasileiros é totalmente analfabeto. Ao lado desses fatos, por associar imagens e sons, a televisão atinge muito mais de perto as pessoas, constituindo, sem dúvida, o mais eficiente dos meios de comunicação de massa. Tão eficiente que relegou a um plano secundário outro meio de comunicação que teve notável papel nas primeiras décadas de nosso século: o cinema.

De fato, antes da vulgarização da televisão, o cinema teve um forte papel, em especial no que diz respeito à influência sobre os movimentos sociais. Para citar um exemplo, lembramos que grande parte do mérito da mobilização do mundo ocidental contra a Alemanha, na Segunda Guerra Mundial, deve ser creditada ao cinema. Hábitos e costumes, tendências da moda e variáveis de comportamento, por exemplo, eram difundidos por

todo o mundo através dos filmes de astros e estrelas, que influenciaram fortemente várias gerações. Com a popularização da televisão, entretanto, o cinema foi tendo sua influência cada vez mais reduzida, chegando ao ponto de ter se tornado, sob muitos aspectos, apenas em um meio auxiliar à televisão.

Os Meios de Comunicação e a Sexualidade

Além de expressiva participação nos movimentos sociais como um todo, os meios de comunicação têm tido importante papel no que diz respeito ao exercício da sexualidade das pessoas em geral e, principalmente, dos adolescentes. Evidentemente, sempre existiu essa influência; foi, no entanto, a partir das últimas três décadas que ela mais se acentuou.

No final da década de 50 começaram a surgir, na Europa e nos Estados Unidos, uma série de movimentos que visavam a valorização do jovem, e cuja tônica principal era dar a eles um lugar à mesa na tomada de decisões. Esses movimentos, o primeiro dos quais foi chamado de *Movimento Beat*, buscavam uma nova e mais justa ordem mundial; para tanto, mostrou-se necessário combater a ordem social vigente até então. Nessa verdadeira derrubada de valores das gerações anteriores, um dos itens prioritários foi a liberação dos costumes sexuais. Os meios de comunicação de massa, já bastante eficientes nessa época, amplificaram e muitas vezes dirigiram esses movimentos, passando a imagem de que a sexualidade deveria ser exercida sem qualquer tipo de barreira. Divulgou-se, em especial para mulheres jovens, que uma pessoa deveria buscar manter uma vida sexual intensa e freqüente e mulheres virgens passaram a ser olhadas como “anomalias” ou como lamentáveis portadoras de grave doença.

Os movimentos sociais, entretanto, são notavelmente pendulares e sempre, na história da humanidade, períodos de liberação acentuada foram sendo substituídos por épocas mais repressoras que, após algum tempo, por sua vez, cedem lugar a novos períodos de liberação. Assim, com o passar do tempo, aquela visão extremamente liberal foi tornando-se cada vez menos radical, processo este acentuado pelo advento da AIDS, que levou a uma fase, ainda não ultrapassada, de repressão sexual.

Aquela visão de liberdade sexual dos anos 60, entretanto, deixou como “seqüela” um culto ao corpo e à sensualidade do qual até hoje os meios de comunicação usam e abusam. De fato, embora a liberação sexual não seja mais explicitamente defendida, implicitamente é ela ainda utilizada como “argumento” de vendas. Para se vender qualquer coisa, de cigarros e eletrodomésticos, a semi-nudez (ou até a nudez total), além de poses e situações altamente sensuais, é freqüentemente usada.

Mais recentemente, talvez sentindo aí um filão de audiência pouco explorado, os meios de comunicação têm se dedicado, com tanto afinho, quanto ineficácia, à educação sexual. Embora muitas das propostas tenham valor, e muitos dos profissionais a ela ligados sejam sérios e competentes, no aspecto geral o que se vê é uma lamentável paródia, onde as matérias sobre sexo são exploradas da maneira mais sensacionalista, visando muito mais o “íbope” do que os resultados educativos dessas atividades.

CONCLUSÕES

Não desejamos reduzir os meios de comunicação a meros estimuladores do consumo ou de práticas sexuais. Pelo contrário, julgamos terem eles importantíssimo papel na sociedade moderna, papel este que, infelizmente, não vem sendo cumprido a contento.

Aqui, como em quase tudo, fica patente que as coisas não são boas ou más em si, mas dependem, sim, do uso que delas se faz. Os meios de comunicação de massa, se adequadamente manejados, poderiam tomar-se preciosos auxiliares na informação, formação e educação de jovens, como algumas poucas situações aqui mencionadas bem o demonstraram. De modo geral, entretanto, é forçoso reconhecer que os meios de comunicação não têm exercido, em plenitude, relevante função na melhoria das condições de vida e da felicidade das pessoas.

Da Utilidade da Avaliação Psicológica da Impotência* 2

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

A avaliação psicológica na abordagem multidisciplinar da impotência pode, muitas vezes, ser negligenciada, tanto pelo profissional médico quanto pelo paciente leigo. A negligência é motivada pelo desconhecimento da utilidade de tal avaliação por parte do médico e pelo medo das conclusões do exame por parte do paciente. O termo “psicológico” tem conotação pejorativa em nosso contexto sócio-cultural devido ao fato de as pessoas ainda associá-lo, atualmente, à doença mental e às loucuras (estereótipo do paciente em fase de mania). Este medo e esta negação de identificação com tal tipologia conduzem os pacientes a não aceitarem, a priori, o diagnóstico de “psicogênico” para a disfunção erétil. Porém, faz-se necessário que ao paciente sejam dadas as condições para ponderar sobre a existência da psicogenicidade de suas dificuldades sexuais. Um médico que, após avaliações orgânicas, afirma para o paciente que ele “não tem nada orgânico” não será convincente ao dizer que o problema é “de cabeça”, por duas razões óbvias:

1. O paciente não foi examinado quanto à “cabeça”; portanto, não se pode chegar a uma conclusão que não foi explorada e que se mostra ilógica e inaceitável.

2. Ao referir que o problema é “de cabeça” ou, eufemisticamente, “psicológico”, o médico será ouvido como se chamasse o paciente de “louco”, tal é o peso socialmente atribuído àquele termo.

* Instituto H. Ellis (SP).

1. Psicólogo e terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis (SP).
Recebido em 08.03.93

Aprovado em 15.03.93

Isto já nos mostra a importância do adequado encaminhamento do paciente, quer para a avaliação psicológica, quer para o tratamento psicoterápico por meio da terapia sexual.

Para o médico - urologista, cirurgião vascular ou, mesmo, clínico geral -, a avaliação psicológica pode ter função em duas situações:

- pacientes organogênicos e
- pacientes psicogênicos.

No caso de pacientes cujas causas para a disfunção sexual não sejam orgânicas, a avaliação psicológica visa facilitar a aceitação do diagnóstico psicológico por parte do paciente, que o perceberá justificado, além de permitir o encaminhamento mais apropriado para a adequada abordagem psicológica (Devemos nos lembrar que, dentro da Psicologia, há diferentes formas de tratamento, analogamente às especialidades médicas, nas quais não referiríamos um paciente com queixas pulmonares para um ortopedista.). Assim, o paciente poderá ser encaminhado à terapia sexual, a uma abordagem de suporte ou a uma abordagem reconstrutiva...

Quanto ao paciente organogênico, teremos aqueles que também apresentam comprometimentos psicológicos, ou seja, emocionais/afetivos. Nestes pacientes, o adequado diagnóstico psicológico visa reconhecer as características negativas e comprometedoras do processo de cura física, em especial no período pós-cirúrgico. Um exemplo simples é o de pacientes depressivos que tendem a apresentar pós-operatório mais delicado (Devemos lembrar que há formas de depressão que não apresentam evidentes ou que se apresentam de formas diferentes da conotação leiga da depressão). Aqui, a utilidade da avaliação psicológica é adiantar ao profissional o reconhecimento de tais características negativas e comprometedoras e, conjuntamente ao tratamento clínico/cirúrgico, referir o paciente a atendimento psicológico eficaz para transpor tais características, facilitando o tratamento médico. Lembremo-nos que nesta área as condições conjugais são de máxima importância, às quais os pacientes geralmente referem como “normais” e que, na avaliação psicológica, serão reconhecidas como facilitadoras ou dificultadoras dos tratamentos. Para estes pacientes com características psicológicas que por si já causariam a disfunção erétil, mas que também têm que ser tratados de suas deficiências orgânicas -, a necessidade de referência à psicoterapia será diagnosticada, antecipando as dificuldades de recuperação sexual do paciente (2, 7).

Naturalmente, a avaliação psicológica deverá ser efetuada por profissional que possa estabelecer adequadamente as relações entre os contextos psíquicos e os sexuais, ou seja, o psicoterapeuta deverá ter uma especialização e um treino específico em terapia sexual e seguir métodos que possam fornecer os dados úteis e em tempo hábil e também útil para o médico (1, 3, 4, 5, 6, 7).

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. GLINA, S.; MONESI, A.A.; RODRIGUES Jr., O.M.; FAVORETO, A.V.; COSTA, M.; SILVA, M.FR. Estudo da função veno-oclusiva dos corpos cavernosos em pacientes com impotência de origem psicológica. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 18(2):91-3, 1992.
3. RODRIGUES Jr., O.M. Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional- um modelo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42(2):57-62, 1990.
4. _____. Editorial: Avaliação psicológica da disfunção erétil em abordagem multidisciplinar. *Urologia Panamericana*, 3(2):VII-XI, 1990.
5. _____. Parâmetros psicológicos para a indicação de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas no tratamento da disfunção erétil. *Reprodução*, 6(4):217-20, 1991.
6. _____. Em defesa de um psicoterapeuta especializado nos diagnóstico e tratamento da impotência. *Abeihoje, Boletim Informativo da Associação Brasileira para o Estudo da Impotência-ABEI*, zero:2-3, 1993.
7. _____. Impotência sexual orgânica: o papel do terapeuta sexual. *Revista Latinoamericana de Sexologia*, no prelo.

Crianças Vitimadas: Repercussões Psicológicas

3

Mabel Cavalcanti¹

A violação infantil pode acarretar dois principais tipos de distúrbios: os que ocorrem a curto prazo e os que têm lugar a longo prazo. Na prática clínica, o maior número de seqüelas decorrentes de um traumatismo sexual na infância é observado à longo prazo, São distúrbios polimorfos cuja caracterização depende de uma série de fatores.

De modo geral, a idade da criança, sua personalidade, seu relacionamento com o agressor e, finalmente, a reação dos familiares (principalmente dos progenitores) são as variáveis que podem modificar as repercussões psicológicas, para mais ou para menos, em um caso específico.

Com relação à idade da criança sabemos que, a curto prazo, quanto maior for sua imaturidade etária maior dificuldade ela terá para enfrentar as conseqüências físicas e emocionais de uma violação. A longo prazo, sua reação vai depender de outras variáveis que aumentam ou diminuem as condições de enfrentamento. Se ela contar com o apoio e com a compreensão dos pais, seguramente terá menor incidência de seqüelas psíquicas. Mas, se na relação familiar, sobretudo parental, ela se sentir cobrada ou desacreditada, as conseqüências poderão ser danosas para sua personalidade futura. Aliás, no que concerne à personalidade, por um lado, é evidente que as crianças que já possuíam uma história anterior de depressão ou que já eram solitárias e carentes de carinho ficarão muito mais susceptíveis às seqüelas psíquicas. Por outro lado, crianças competitivas, mas que não foram apoiadas pelos progenitores, podem desenvolver uma acentuada tendência de hostilizar os pais. Nos casos em que a criança tem um bom

1. Psicóloga. Terapeuta sexual.
Recebido em 08.03.93

grau de auto-estima, menor é a probabilidade de danos psicológicos significativos.

O que a experiência clínica tem demonstrado é que, a longo prazo, uma violação aparentemente resolvida poderá recrudescer na vida adulta, emergindo sob a forma de neuroses fóbicas e, até, de tendências autodestrutivas (3). Vitiello e col. afirmam que não é raro o desenvolvimento de fantasias persecutórias, desencadeamento de surtos paranóides e de toda a sorte de fobias.

Entre todas as variáveis que modulam a gravidade das repercussões emocionais, a que nos parece ser da maior relevância é o grau de relação da vítima com o agressor. Quanto maior for o grau de confiança entre eles tanto maior será a possibilidade da gravidade e da quantidade dos danos psíquicos. Quando o agressor é uma pessoa em que a vítima deposita amor e confiança (como nos casos de violação incestuosa), pode ocorrer, na criança, uma total destruição de seu sistema de valores em formação. Torna-se muito difícil, para ela, saber em quem acreditar daí por diante, já que aqueles em que confiou não mereceram o crédito que lhes foi dado (1).

Gerson Lopes cita uma pesquisa em que demonstra haver uma incidência muito maior de incestos mãe/filho do que na relação pai/filha. Se este dado pode ser questionado, não há dúvida de que ganha, percentualmente, da relação incestuosa entre irmãos. Esta parece ser a menos danosa, principalmente quando acontece de modo gradual e progressivo, usando a sutileza, a bajulação, e a chantagem no lugar da força e da agressão física. É interessante observar que as pesquisas apontam que as uniões incestuosas entre irmãos sucedem principalmente nas classes média e alta, enquanto as violações por adultos, sobretudo o incesto pai/filha, são mais comuns nos estratos sócio-econômicos inferiores.

Qualquer que seja o tipo de violência sexual incestuosa não há dúvida de que nelas são encontrados os maiores danos psicológicos. E aqui vale mencionar que quando falamos de “violência” estamos levando em conta o ponto de vista da criança. Se ela percebe o fato como uma agressão, mesmo na ausência do emprego de força física, a repercussão psicotraumática pode ser grave e indelével.

O estudo das queixas sexuais entre adultos revelou que, nos casos em que havia uma história pregressa de relacionamento incestuoso, a terapia da disfunção sexual se tornou mais difícil de ser aplicada, necessitando-se antes da ajuda de técnicas específicas de dessensibilização sistemática. O incesto, por assim dizer, se revelava nas diferentes faces do comportamento disfuncional ou das condutas sexualmente inadequadas,

Um outro fator a ser considerado nas crianças vitimadas é a reação dos familiares face à comprovação da violência. Esta variável está relacionada com o equilíbrio psíquico do núcleo familiar. Diante do fato, as reações dos progenitores podem ser diferentes. Algumas vezes, reagem de

modo extremamente negativo, desacreditando a criança, acusando-a de mentir e, não raro, castigando-a fisicamente. Este fato ocorre com frequência quando o agressor é o sustentáculo econômico da família (pai, irmão mais velho, tio, etc.),

É válido lembrar que o abuso sexual, embora geralmente seja mais frequente entre as crianças do sexo feminino, não isenta de perigo as vítimas masculinas. Não há prerrogativas de gênero. Crianças do sexo masculino são igualmente vulneráveis à violação praticada por adultos de ambos os sexos. Em 1985, Felice Lee comprovou este fato demonstrando que 75% dos molestatadores de meninos pertencem ao sexo feminino, incluindo-se aí desde as babás, as tias solteironas, irmãs, até a própria mãe. A longo prazo, essas experiências resultaram em seqüelas de todo tipo, desde o medo, a raiva e o ressentimento até distúrbios sexuais, como disfunções, indefinições sexuais e desvios.

De modo geral e do ponto de vista prático é necessário saber:

a) como detectar numa criança os sintomas psicológicos resultantes de uma violação;

b) o que fazer para ajudá-la.

Em primeiro lugar, após uma violência sexual, devemos ficar atentos para ver se ocorre a “reação-trauma”. Ela se caracteriza pela quebra de adaptação e pela sensação de desamparo, culminando num quadro típico de regressão. Predomina, neste estágio, a ansiedade, a agitação, o *shock* que podem ser substituídos (na melhor das hipóteses, em que não faltam o apoio e a compreensão parental) por um período de “pseudo-ajuste”, onde a vítima retorna às atividades normais, embora continue sujeita a temores, pesadelos e, não raro, à depressão.

Cerca de um mês depois poderão surgir picos depressivos mais graves com quebras episódicas do sistema psicológico defensivo, podendo ocorrer, a longo prazo, distúrbios sexuais severos e até suicídios.

Quando se pensa no que se pode fazer para ajudar a criança vítima, chega-se à conclusão que se tem de mobilizar uma série enorme de procedimentos psicológicos para atenuar os efeitos nocivos da violência. Estaríamos sendo demasiadamente técnicos se nos detivéssemos nos procedimentos a nas atividades específicas da psicoterapia infantil destes casos. Vale, porém, ressaltar que a ação preventiva das violências deve ser a tônica de toda conduta. Infelizmente, muitas vezes, só atentamos para a profilaxia quando já não há mais nada a prevenir, quando só nos resta a vítima infantil psicologicamente desajustada.

A ação preventiva se efetua, além do zelo e da liberdade vigiada, por uma educação sexual precoce e adequada. Conversar e discutir sobre a sexualidade de uma maneira honesta e sem constrangimentos com a criança, fornecendo-lhe as respostas que tenha condição de assimilar. Jamais deve-se insinuar que o sexo é feio ou sujo, mas que ele é algo íntimo que

merece todo o respeito e a privacidade. Valorizar o sentido de privacidade é algo muito importante e esta valorização pode ser captada pela criança através do modelo coerente de seus pais, num clima de amor e respeito mútuo.

Finalmente, deve-se ensinar à criança que ela pode dizer “não” a qualquer adulto que se apresente com uma proposta estranha, tentando brincar com ela em lugares isolados, tentando, ao mesmo tempo, não desenvolver, com isso, um “medo de estranhos”, pois, na maioria das vezes, não são os estranhos que cometem abuso sexual. Além disso, deve-se ensinar à criança que ela pode sair correndo sem explicações diante de um adulto com comportamento suspeito e que este adulto não merece resposta nem agradecimento (no caso de lhe ter prestado algum serviço), pois na verdade ele não está tendo respeito nem por si próprio nem por ela.

Todas as medidas profiláticas são ineficientes quando se trata do incesto, sobretudo parental, e talvez seja por essa razão que, desamparada de qualquer ajuda, a criança veja todo o mundo de sua fantasia infantil desmoronar e sobre ele se erguer uma vida de desajustamentos psíquicos. Não há como prevenir o incesto porque ainda não se encontrou a forma de prevenir a miséria humana. Nestes casos, o que resta é tentar reconstruir o que sobrou do mundo psíquico da criança vitimada e procurar criar um novo horizonte, uma nova perspectiva de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BONGIOVANNI, A.M. *Ginecologia de la adolescente*. Barcelona, El Ateneo, 1983.
2. LOPES, G.P. *Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro, Medsi, 1989.
3. RENSHAW, D. *Incesto: compreensão e tratamento*. São Paulo, Roca, 1984.
4. VITIELLO, N. & MARTINEZ, S. *Vitimação Sexual de Crianças e Adolescentes*. In: Vitiello, N. e cols. *Adolescência Hoje*. São Paulo, Roca, 1988.

A (In)formação Sexual do Adolescente: Uma Nova Proposta* **4**

Mônica Bara Maia¹
Rita Andréia Guimarães²
Gerson Pereira Lopes³

RESUMO

MAIA, M.B.; GUIMARÃES, R.A.; LOPES, G.P. A (in)formação sexual do adolescente: uma nova proposta. *R.B.S.H. 4(1): 1993.*

Um dos principais resultados da revolução sexual dos anos 60 foi o aumento da atividade sexual, principalmente entre mulheres e adolescentes. No Brasil, 82% dos rapazes e 39% das moças mantêm relações pré-conjugais, sendo que a idade média do primeiro coito é 16,9 anos para as moças e 15 anos para os rapazes. Entretanto, esses mesmos adolescentes desconhecem sua anatomia e fisiologia, não usam métodos contraceptivos e não se preocupam com DSTs e AIDS. Como resultado, presenciamos o aumento de casos de AIDS entre adolescentes, assim como do número de partos e abortos entre adolescentes. Urge uma educação sexual. Para tanto, acreditamos que a melhor forma seja a união entre informação e formação (vivência). Programamos 10 encontros para adolescentes sexualmente ativos nos quais a (in)formação sexual tem por objetivo tomar a informação técnica em pessoal e individualizada, para que o adolescente possa esclarecer o seu cognitivo e as suas posturas com relação à sexualidade.

INTRODUÇÃO

Os valores e as posturas sexuais sofreram modificações nos últimos 30 anos e o principal resultado foi que, de uma forma geral, as pessoas,

* Trabalho realizado no Instituto Cavalcanti -Belo Horizonte (MG).

1. Psicóloga. Terapeuta sexual.

2. Psicóloga. Terapeuta sexual.

3. Ginecologista. Diretor do Instituto Cavalcanti.

Recebido em 26.02.93

Aprovado em 15.03.93

principalmente mulheres e adolescentes, se tornaram mais ativas sexualmente.

A atividade sexual pré-marital dos adolescentes americanos das áreas urbanas cresceu de 30% em 1971 para 43% em 1976 e 50% em 1979. Em um estudo realizado na Guatemala, em 1989, detectou-se que 63,5% dos adolescentes eram ativos sexualmente (89% dos homens a 38% das mulheres).

Além da atividade sexual tem-se percebido, principalmente nos EUA e na Europa, uma queda na taxa de fertilidade das adolescentes, uma alta taxa de mortalidade materna entre elas (7%), principalmente devido ao aborto ilegal, e um grande aumento no número de mães adolescentes.

No Brasil, as relações sexuais pré-maritais foram constatadas em 82% dos rapazes e em 39% das moças, sendo que a idade média do primeiro coito é 16>9 anos para moças a 15 anos para oscoito é 16 anos para moças a 15 anos para os rapazes.

Entretanto, o início da vida sexual ativa não é acompanhado de cuidados com a anticoncepção. Como resultado, 26% da população feminina entre 15 e 24 anos já viveu uma gravidez, sendo indesejada para 40% dessas mulheres. Além disso, entre os problemas que mais afligem os adolescentes brasileiros não estão as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS nem a gravidez na adolescência,

Paradoxalmente à “liberação sexual” do adolescente, quase metade das mulheres ativas sexualmente não planejam a primeira relação sexual, além de estarem presentes mitos, tabus e desconhecimento (28% dos homens e 34% das mulheres acreditam que masturbação faz mal para a saúde). Os mitos mais fortes entre os adolescentes são: “a mulher não deve ter relações sexuais durante a gravidez” e “a mulher não pode engravidar em sua primeira relação sexual”.

Com relação a valores sociais e morais, o adolescente reivindica posturas liberalizantes, mas tem introjetado o preconceito sexual: apresentam posturas negativas frente ao fato de a mulher trabalhar fora de casa durante o casamento; concordam que a mulher deve chegar virgem ao casamento e acreditam que o homem deve decidir quantos filhos a mulher terá.

A falta de informação e a postura ambígua do adolescente com relação à sexualidade é conseqüência da ausência de referência e de valores, visto que os valores de seus pais foram superados, mas nada foi colocado no lugar.

Diante dessas e de todas as constatações diárias da postura sexual do adolescente, impõe-se a necessidade da Educação Sexual.

Em 1981, o Congresso Americano aprovou o plano de educação para saúde do adolescente, cuja atuação baseia-se na frase **Just say no** (Apenas diga não), que encora na abstinência até o casamento como uma importante forma de prevenção da gravidez indesejada. Acreditamos que

esse tipo de abordagem busca eliminar os sintomas sem a compreensão do processo.

Com relação ao tipo de Educação Sexual para adolescentes existem duas tendências. Uma delas assume a postura sexualmente ativa do adolescente e o instrumentaliza para prevenir-se de gravidez indesejada e de DST/AIDS. A outra tende para uma visualização holística da situação e facilita, para o adolescente, o entendimento das razões de seu comportamento e a introjeção de noções de auto-estima, afeto e responsabilidade. É necessário propiciar aos nossos adolescentes mais do que controle de natalidade e prevenção de DST ou a simples negação de sua sexualidade, afetividade e responsabilidade.

Dentro dessa perspectiva, acreditamos que a melhor forma metodológica para a Educação Sexual seja através da combinação da informação com a formação (vivência).

Já foi comprovado que a informação por si só não muda a postura. Esta possui um componente cognitivo que depende daquela, mas que a transcende, é maior do que ela. Quando trabalhamos a formação (vivência) e a informação, objetivamos a mudança tanto no cognitivo quanto na postura.

A informação tende a ser genérica e impessoal e por isso não encontra ressonância dentro das pessoas. Quando usamos uma vivência individual para passar a informação, nós a tornamos pessoal e individualizada e aumentamos a possibilidade de que ela seja ouvida e integrada.

Para tanto, associamos dois profissionais: um da área de educação para suprir a demanda de informação e outro da área de psicologia para suprir a demanda do cognitivo.

METODOLOGIA

O grupo alvo encontra-se em processo de terapia e é composto por sete pessoas na fase final da adolescência, sendo três homens e quatro mulheres na faixa etária entre 19 e 21 anos. Uma das participantes está com 28 anos, seu perfil psicossocial, porém, é de adolescente.

Na fase de sensibilização, a educadora sexual esteve com o grupo para conversar com os seus componentes que explicitaram uma demanda de interesse sobre os diversos aspectos da sexualidade. O encontro de sensibilização não possuía um plano prévio, pois sua intenção era permitir que o grupo expressasse suas dúvidas e questões.

Passamos para a primeira etapa da fase ativa que consistiu na elaboração do plano de trabalho e do material que seria utilizado. Como todos os componentes encontravam-se em fase final de adolescência e a maioria

deles já era sexualmente ativo, optamos por temas que abordassem também a relação sexual.

Finalmente implementamos o projeto que consiste em 10 encontros, como se segue:

1º ENCONTRO - Apresentação do projeto e interação do grupo

Finalidades: Apresentar o plano do projeto; coletar dados psicossociais; coletar dados sobre sentimentos e valores com relação à sexualidade; apresentar os participantes e criar a pertinência necessária para o desenvolvimento do trabalho.

2º ENCONTRO - Percepção corporal e anatomia e fisiologia sexual

Finalidades: Confrontar os participantes com seu corpo; medir conhecimentos sobre estrutura e funcionamento do aparelho reprodutor; completar e corrigir esses conhecimentos.

3º ENCONTRO - Papéis sexuais

Finalidades: Identificar os valores e os tabus com relação aos papéis sexuais; confrontar os participantes com seus preconceitos e preveni-los quanto ao sexismo.

4º ENCONTRO - Homossexualismo

Finalidades: Detectar valores e preconceitos com relação ao homossexualismo; identificar homofobia; destacar a importância do homoerotismo como parte integrante do desenvolvimento da sexualidade.

5º ENCONTRO - A dinâmica da sedução

Finalidades: Confrontar os participantes com seus critérios de eleição, sedução e realização dos desejos sexuais; sensibilizar para a necessidade de cuidados com DST/AIDS e com a gravidez indesejada.

6º ENCONTRO - Motivação sexual

Finalidades: Discutir a motivação individual para a relação sexual; discutir qual é o significado de cada um para a relação sexual; transcender a genitalidade como forma de expressão da sexualidade.

7º ENCONTRO - Relação em parceria

Finalidades: Obter, de forma não-racional, as posturas pessoais nas relações de parceria, tanto na escolha quanto na interação; transpor essa percepção para a similaridade com a relação sexual; discutir a dimensão da unicidade como ser humano, de um todo não-fragmentado.

8º ENCONTRO - Cuidados com DST/AIDS e riscos de contágio

Finalidades: Detectar o nível de infonuação com relação às DSTs; complementar e corrigir as informações; sensibilizar para a necessidade da autoproteção.

9º ENCONTRO - Anticoncepção, gravidez e aborto

Finalidades: Detectar o nível de conhecimento com relação aos métodos contraceptivos; discutir ciclo menstrual; discutir a gravidez como uma situação de escolha consciente e os riscos de um aborto; informar sobre métodos contraceptivos e discutir a contracepção como uma escolha do casal.

10º ENCONTRO -*Feed-back* de todo o processo

Finalidades: Obter, de uma forma não-racional, o significado do processo para o grupo; obter uma visão global da sexualidade, começando consigo mesmo e terminando no relacionamento com o outro; redimensionar sexualidade como parte integrante da pessoa e sua expressão no mundo; reforçar positivamente os valores individuais, a auto-estima e a autoproteção.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

Apesar de serem adolescentes quase adultos, ainda sentem medo, vergonha, insegurança e confusão com relação à sexualidade, ansiando por informações precisas e claras.

Durante as dinâmicas, foram emergindo questões como: a ausência de auto-vnagem corporal; o desconhecimento da fisiologia sexual, de DSTs e da prevenção à gravidez; a presença de machismo tanto nos homens quanto nas mulheres; a homofobia e a definição do comportamento de acordo com a necessidade de aprovação do outro e da sociedade.

Os encontros culminaram com a percepção de que a sexualidade não é uma postura particular que se diferencia da postura existencial de cada um. Os participantes perceberam a unicidade de seus comportamentos, ou seja, que suas posturas sexuais são iguais às suas posturas em outros aspectos da vida.

A forma como nos portamos ou como realizamos os nossos desejos, os nossos sonhos e as nossas fantasias transcende os aspectos sexual, profissional e social, sendo a determinante de todos eles.

A Sexualidade e as Doenças Sexualmente Transmissíveis* 5

Ricardo C. Cavalcanti¹

Início por agradecer à Comissão Organizadora deste evento o convite para pronunciar esta conferência, mas não posso silenciar minha surpresa por ter sido escolhido. Não faltavam, na medicina latino-americana e particularmente na medicina brasileira, especialistas de grande porte em Doenças Sexualmente Transmissíveis capazes de realizar, melhor do que eu, a tarefa que me confiaram. Foi uma extraordinária opção de coragem da Comissão Organizadora convidar, para pronunciar esta conferência que, por assim dizer, abre as cortinas das atividades científicas deste Congresso, uma pessoa que é apenas um simples estudioso da sexologia humana.

Convite feito, convite aceito. Agora não há como voltar atrás. Tenho a impressão que caíram no conto do conferencista. E eu bem posso imaginar como a Comissão Organizadora deste conclave deve estar preocupada. Será que este sujeito irá fazer uma boa conferência? Será que fizemos a escolha correta?

A responsabilidade de uma conferência de abertura não é pequena. Ela não pode deixar de ser erudita, mas deve ter o tempero da leveza e o sabor do agradável. Além disso, tem um certo compromisso com o tempo. A densidade científica nem tanto: esta deve ficar por conta dos inúmeros trabalhos que serão realizados e discutidos no decorrer do evento. Conferência de abertura, contudo, é sempre ponto essencial. Científica, leve, agradável, seguramente ela também não pode ser longa. Tem de ser como deve ser a saia das mulheres: suficientemente curta para

* Conferência de abertura do III Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

1. Ginecologista. Terapeuta sexual.

Recebido em 23.02.93

Aprovado em 15.03.93

despertar o interesse, mas não tão curta que revele logo todo o encantamento do conteúdo.

Aceitei o desafio do inesperado não por me faltar a sensatez da autocrítica, mas porque tenho o orgulho de quem vive de incertezas e me fascina o toque mágico do fantástico. Falar para especialistas em *Enfermidades Sexualmente Transmissíveis* tem o gosto da aventura do penetrar em um mundo estranhamente novo e, embora nossas especialidades tenham evidentes pontos de contacto, e até de superposições, vamos convir que pertencemos, sem dúvida, a campos científicos bastante diferenciados.

Eu não me sinto, porém, constringido de falar para os senhores. Afinal de contas, como diz Montaigne, a responsabilidade da palavra é metade de quem diz e metade de quem ouve. Sair do meu mundo para entrar no seu, não me parece doloroso, mas, mesmo assim, permitam-lhe fazer uma pequena digressão para lhes contar uma bela história que foi relatada pelo antropólogo americano Loren Eiseley. Ela exprime muito bem como eu me sinto agora. Diz ele:

Descobrir outro mundo não é apenas um fato imaginário. Pode acontecer aos homens a até aos animais. Por vezes, as fronteiras resvalam e os mundos se interpenetram. Vi o fato acontecer a um corvo. Este corvo é meu vizinho: nunca lhe fiz mal, mas ele tem o cuidado de se conservar no cimo das árvores, de voar alto e de evitar a humanidade. O seu mundo principia onde a minha vista acaba.

Certa manhã, os nossos campos estavam mergulhados num nevoeiro extraordinariamente denso, e eu me dirigia às apalpadelas pela rua deserta. Bruscamente, à altura dos meus olhos, surgiram duas asas negras, imensas, precedidas por um hico gigantesco, e tudo isto passou como um raio, soltando um grito do temor que faço votos jamais ouça coisa semelhante. Este grito perseguiu-me durante toda a tarde. Cheguei a consultar o espelho perguntando a um mesmo o que é que eu teria de tão revoltante... Acabei por perceber a fronteira entre os nossos dois mundos resvalara devido ao nevoeiro. Aquele corvo que supunha voará altura habitual vira do súbito um espetáculo espantoso, contrário para ele às leis da natureza. Em sua ótica, ele vira um homem caminhar no espaço, bem no centro do mundo dos corvos. Deparara com a manifestação de estranheza mais completa que um corvo pode conceber: um homem voador. Agora, quando ele me vê lá do alto, solta pequenos gritos, e reconheço nestes gritos a incerteza de um espírito cujo universo foi abalado. Já não é e nunca mais será como os outros corvos...

Contei esta história para lhes dizer que me sinto, de uma certa forma, como um corvo que, do súbito, invadiu um mundo estranho: o mundo dos especialistas das *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Prudentemente, não irei falar sobre elas, mas trago do mundo de minha especialidade alguns aspectos que talvez possam interessar ao mundo dos

senhores. Eu não falarei da doença, mas falarei do homem que leva a doença. Isto significa que, do alto de uma visão panorâmica, como sabem fazer os passáros, eu não me deterei no campo da biologia sexual, da fisiologia, da palologia ou da nosologia sexual. Permanecerei pairando, sobrevoando, nos domínios da antropossociologia e da psicologia da sexualidade, seja ela coletiva ou individual.

Pediram-me que discorresse sobre a sexualidade dos indivíduos portadores das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Tentarei fazê-lo, mas permitam-me que comece logo por firmar dois conceitos básicos: o de *sexo* e o de *sexualidade*. E a fixação destes conceitos começa por deixar claro que sexo, como tudo que é humano, só pode ser perfeitamente entendido dentro do um contexto biopsicossociocultural.

A expressão *sexo* pertence ao mundo da biologia e implica um conjunto de características estruturais e funcionais pelas quais um ser é classificado como macho ou como fêmea. Mas, mesmo na dimensão biológica, o sexo não é apenas um atributo específico dos órgãos genitais. Sem deixar de ser genital, ele tem também uma face extragenitália. Está presente e difuso em todo o corpo, erotizando qualquer segmento da pele, sem se restringir aos limites topográficos das estruturas anatomofuncionais que diferenciam homens e mulheres. Confundir sexo com pênis e vagina é um reducionismo cientificamente inaceitável.

Mas toda vez que tenho de conceituar sexo, sinto o irresistível impulso de contar um dos mais belos mitos idealizados pela sensibilidade estética do pensamento grego. Há quem diga que a palavra sexo vem do verbo *seçare* que significa cortar, dividir. E, embora esta **não** seja uma fonte etimológica muito provável, esta baseada no encantador mito da raça andrógina que Platão no seu livro *O Banquete*, conta ter ouvido do poeta cômico Aristófanes. Segundo ele, no começo dos tempos havia uma raça robusta e audaciosa, constituída do seres completos. Eram profundamente inteligentes, cada indivíduo possuía os dois sexos, tinham quatro braços, quatro pernas e duas faces, uma olhando para um lado, outra olhando para o outro. Eles eram tão arrogantes e tão orgulhosos que resolveram ameaçar os deuses e tentaram escalar o Olimpo. Diante do perigo iminente, Zeus lançou os seus raios e cortou cada um dos andróginos em duas partes. Depois encarregou Apolo de curar as feridas e de virar o rosto de cada um deles para o lado em que a separação tinha sido feita, para que o ser, então chamado de homem, contemplando a marca do umbigo, tivesse sempre presente o castigo divino, e assim se tornasse humilde e, conseqüentemente, menos perigoso.

Assim precedendo, Zeus não só enfraqueceu o homem, fazendo-o caminhar sobre duas pernas, mas também o tornou incompleto e carente porque cada uma das metades pôs-se a procurar a outra contrária, numa ânsia e num desejo incontido de “re-unirem-se” para sempre. Segundo Platão, esta é a verdadeira origem do amor, do desejo que as pessoas sen-

tem pelas outras, porque o autor tenta recompor a harmonia da natureza primitiva, fazendo de dois um só, fazendo de dois seres incompletos, um ser andrógino, um ser completo.

Desde logo fique claro que, até mitologicamente, é totalmente imprópria a expressão “terceiro sexo”. Não existe “terceiro sexo” porque na humanidade só existem machos e fêmeas. A dualidade persiste mesmo quando na patologia da embriogênese aparecem os intersexos, porque, mesmo assim, a ambigüidade genital não corresponde a uma categoria gênica específica.

É necessário elucidar de vez a confusão existente entre sexo e *orientação sexual*. Biologicamente, só há dois sexos, embora possam existir três orientações sexuais diferentes: a homossexual, a heterossexual e a bissexual. O sexo está marcado no corpo; a preferência está marcada na conduta.

Parece que, agora, estou na contingência de ter de definir *sexualidade*. O conceito de sexualidade não é fácil. Embora ela se evidencie através do organismo, porque é necessário que constitui a infraestrutrnra necessaria para que o indivíduo se comporte, a sexualidade é muito mais do que o simples funcionamento biológico das estruturas sexuais do ser humano. Ela é um conjunto de comportamentos voltados à finalidade reprodutiva, à busca do prazer ou ao serviço do amor.

Antigamente pensava-se que a sexualidade era um “instinto”, um comportamento pré-formado, característico da espécie, um esquema filogenético hereditário e imutável. Esta concepção pode ser válida para definir a sexualidade dos animais, mas não a do homem. A sexualidade humana é extremamente variável de um grupo para outro e, dentro de cada sociedade, de indivíduo para indivíduo. Não me canso de repetir que herdamos um sexo biológico, mas é a cultura e a sociedade que nos dirão o que devemos fazer com ele. Os hábitos e os costumes sexuais de cada grupo humano modelam a biologia e definem, em cada cultura, o que é um comportamento sexualmente normal e o que é um comportamento sexualmente anormal.

Os parâmetros da normalidade biológica são os limites da integridade fisiológica, de modo que se pode afirmar que a normalidade biológica e a normalidade fisiológica se superpõem. O mesmo não se pode dizer do comportamento sexual.

A conduta sexual humana busca sempre atender a três objetivos principais: reprodutivo, prazeroso e amoroso. Se os senhores consideram a sexualidade apenas sob o ponto de vista biológico, a finalidade do sexo é, sem dúvida alguma, a reprodução e, conseqüentemente, o “normal” é a orientação heterossexual. Mas se os senhores observarem que o homem não é só um ser biológico, mas que ele é também o produto da expressão dos costumes sociais, então poderão notar que o comportamento sexual muitas vezes se põe a serviço do prazer ou em busca do amor. E quando estão em

jogo estes objetivos, a orientação sexual pode ser variada. Tudo dependerá da eleição do objeto em que o indivíduo focaliza e investe a força de seu erotismo. Pode ser uma escolha narcísica, homossexual, heterossexual e até mesmo parafilica.

Nem sempre a sexualidade humana se põe a serviço da função procriativa. Eu diria que raramente uma pessoa tem relações sexuais pensando exclusivamente em reproduzir. Na maior parte das vezes, ela é guiada pela necessidade do prazer, visto que, se a finalidade procriativa é uma imposição da espécie, o prazer é sobretudo uma necessidade do indivíduo. Daí a razão porque é tão difícil a profilaxia das Enfermidades Sexualmente Transmissíveis. Elas estão sobrevivendo na cumplicidade com o prazer. É buscando o prazer que o indivíduo encontra a gravidez indesejada; é buscando o prazer que ele se depara com uma Doença Sexualmente Transmissível. Elas são, na verdade, seqüelas do ato sexual. Conscientemente, ninguém procura uma gravidez que não deseja nem anseia por uma doença de transmissão sexual.

Seria injusto se eu também não chamasse a atenção dos senhores para o fato de que a sexualidade humana, sem desprezar o prazer e a reprodução, também se põe muitas vezes a serviço do amor. Nós médicos não gostamos de falar de amor porque achamos que isto é literatura ou que talvez é um sentimento de pouca respeitabilidade científica. Nós nos achamos demasiadamente técnicos e procuramos esconder nossa fragilidade debaixo de uma capa de aparente frieza. "Isto não é científico", dizemos para manter nossa objetiva superioridade. Mas o amor não é uma abstração poética, nem uma espécie de sonho sonhado á toa. Ele é a maior forma de comunicação humana. A afeição também se encontra em nível animal, mas a emoção amorosa não. Ela é o produto de uma evolução histórica milenar que começou a existir no momento em que a sexualidade deixou de ser a procura do prazer impessoal para se transformar na procura de um objeto personalizado. Esta escolha implica uma elaboração psíquica que extrapola e transcende, em muito, as motivações dos níveis da escolha biológica.

A biologia pode explicar o que é o sexo-reprodução, pode até tentar explicar o que é o sexo-prazer, mas só a psicologia e a antropologia são capazes de entender os caminhos tortuosos do sexo-amor. Ele é o modo tático de alguém dizer o quanto o outro ser é essencial. Para quem vê apenas a superfície das coisas, o amor é somente uma união de corpos. Estes não enxergam que, nesta união, as pessoas estão criando e permutando fantasias. A sexualidade como expressão do amor é, sem dúvida, a forma mais densa de manifestação psicológica, de necessidade emocional do objeto amado.

Pois bem, na sexualidade-amor e na sexualidade-prazer, na psicologia e na antropologia, é a cultura e não a biologia que define o que é normal e o que é ser anormal. E pode-se chegar até ao paradoxo de em certa

cultura um determinado comportamento ser normal, enquanto o mesmo comportamento, em outra cultura, pode ser considerado anormal. Não há como explicar isto sob a ótica da biologia porque o comportamento sexual humano é a manifestação de necessidades biológicas, vestidas com a roupagem cultural.

Poderíamos citar muitos exemplos para demonstrar esta verdade. Tomemos, porém, a homossexualidade como demonstrativo. Para qualquer pessoa que considere apenas a finalidade biológica do sexo, a homossexualidade é sem dúvida uma verdadeira anormalidade. Mas, para quem considera o prazer ou até mesmo o amor como objetivo da sexualidade, pouco importa a orientação sexual e, neste caso, a homossexualidade pode não ser uma anormalidade. Cada cultura define quais são os objetivos nomiais do comportamento erótico. No mundo grego, a homossexualidade era considerada um comportamento aceitável, porque os gregos estavam muito mais preocupados com o prazer a com o sonho do que com a reprodução da espécie. Aristóteles, Platão, Sócrates tiveram condutas homossexuais, mas nunca ninguém questionou a normalidade deles: eram homens normais numa sociedade em que a homossexualidade era considerada uma conduta normal.

Olhando para Roma vemos o grande Júlio César com sua conhecida bissexualidade. Dele dizia-se que era o “marido de todas as mulheres e a mulher de todos os maridos”. Sem dúvida, César não era um anormal no seu tempo, pois viveu em mundo onde era normal ter condutas bissexuais.

Mas, se voltamos os olhos para os hebreus, veremos que neste grupo humano há uma profunda necessidade de aumentar a população. A vida sexual era uma necessidade demográfica, uma necessidade de sobrevivência como povo e como nação. Cada criança que nascia era um braço para guerra e para a lavoura, de modo que a maior finalidade do sexo, para eles, era a reprodução da espécie. Toda a cultura girava em torno deste fator nuclear e a religião hebraica (e mais tarde a religião cristã), como forma de manifestação cultural, reforçava essa necessidade proliferaram com o peso do sobrenatural. Neste ponto Jeová era implacável: Onan foi punido com a morte não pelo fato, em si, de ter se masturbado, mas por ter lançado sobre a terra o esperma criador que poderia ter gerado milhões de judeus.

Na civilização judaico-cristã, a homossexualidade sempre terá a marca da anormalidade porque ela não propicia o nascimento de ninguém. Ao longo da história de nossa civilização, a homofilia foi detestada, às vezes até suportada, mas jamais foi considerada um comportamento desejável, a não ser que sejam mudados radicalmente alguns pilares de sustentação de nossa cultura.

Todo este quadro mostra que a moral social é variável e que o conceito cultural de normalidade é elástico. Cada sociedade tem suas expectativas do comportamento e determina o que é ser homem ou o que é ser mulher, o que é ser masculino e o que é ser feminino.

O ideal seria que houvesse uma relação de congruência entre as finalidades biológica, sociológica e psicológica. Em outras palavras, que as pessoas unissem sempre harmonicamente a finalidade procriativa, ao prazer e ao amor. Mas há uma distância às vezes muito grande entre o ideal e o real. Mesmo porque o próprio conceito de ideal pressupõe toda uma roupagem antropológica e toda uma elaboração individual. O que é ideal para minha sociedade pode não ser ideal para a sua, o que é ideal para mim talvez não o seja para você.

Os caminhos do sexo não são tão simples de serem encarados. Quando se fala em atividade, conduta, preferências, hábitos ou costumes sexuais, é de assustar com que segurança alguns se referem a estes assuntos com aquela convicção simplista do quem não sabe nada.

Todos os senhores são especialistas em Doenças sexualmente Transmissíveis e todos merecem o mais profundo respeito científico. Mas estou convencido de que, para compreender as Doenças Sexualmente Transmissíveis, em todos os níveis na problemática humana, temos de sair um pouco da biologia da doença e caminhar pelas trilhas da antropossociologia e da psicologia da enfermidade. É necessário sair da prisão de nossas visões tubulares, sair dos cubículos de nossas verdades provisórias e parciais e tentar voar um pouco além do campo bitolado da rotina diagnóstica e terapêutica. Estou plenamente convencido de que a seara do especialista não se esgota apenas com o tratamento da doença. É preciso, antes, compreender o homem dentro do fantástico mundo de sua cultura, porque só poderemos promover a saúde, em seu sentido integral, quanto fomos suficientemente humildes para entender que nossa verdade nem sempre é a verdade dos outros e talvez nem seja a verdade real.

Somos todos tratadores do doenças e não médicos do homens. Somos profundos conhecedores das enfermidades, mas desconhecemos o enfermo. Estamos cada vez mais entrando em um processo de desumanização na medida em que estamos nos distanciando do portador da doença. Procuramos a história da enfermidade e nos esquecemos de que ela se insere em uma história de vida, de um ser que tem um passado e toda uma perspectiva, pelo menos sonhada, de futuro. Creio que chegamos no tempo de repensar a medicina, uma medicina que valoriza excessivamente a técnica que está esquecendo demasiadamente a dimensão do humano.

Jamais me esqueci e jamais me cansarei de repetir a história que um velho professor me contou: “Nos povoados do interior da antiga China, era costume que o médico recebesse da comunidade uma certa quantidade

mensal do dinheiro ou alimentos, para que ele mantivesse a rigidez da população. O médico era assalariado da saúde, promotor da saúde. Quando alguém adoecia, deixava de receber dinheiro, porque a doença era considerada um fracasso do médico. Ele vivia da saúde de seus clientes. O costume ocidental é exatamente o oposto. O médico vive da doença de seus pacientes”.

Com isto quero dizer que, se a profilaxia é a melhor das terapêuticas, no campo específico dos senhores, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis é uma prática particularmente difícil. Os senhores lidam com doenças que estão vinculadas ao prazer sexual, e o prazer é o mais potente reforçador do comportamento humano. É ingênuo propugnar que se evitem as relações sexuais. O que se pode desejar é que a sexualidade seja exercida sem risco, e isto implica um processo educativo que leva à modificação de atitudes. Mas, com apreensão a desencanto, podemos constatar que isso não está ocorrendo ou, pelo menos, não está ocorrendo no nível desejado. Quando muito, modifica-se apenas a superfície dos fatos, mas não a verticalidade do processo.

Pergunta-se com freqüência se, neste tempo da AIDS, os costumes e os hábitos sexuais foram modificados. Em termos genéricos, eu lhes asseguro que sim. Em um primeiro momento, sim. Mas os hábitos e os costumes voltaram ou estão voltando à trilha antiga e somos forçados a admitir que a doença não está sendo controlada.

Uma avaliação crítica permite diagnosticar que há dois fatos a serem assinalados. O primeiro é que todos nós concordamos que é necessário a educação como forma maior de profilaxia. O segundo é que, forçosamente, temos que reconhecer o indiscutível: nossa atuação não está sendo educativa. Isto equivale a dizer: estamos certos na identificação do objetivo estratégico, mas completamente errados no caminho tático para alcançá-lo. Sabemos o que fazer, mas não como fazer. O erro da tática está, sobretudo, na visão deformada do que se drama educar. É incrível como as pessoas confundem educação com informação; é de admirar como pessoas que dizem crer nas mesmas coisas e que pronunciam as mesmíssimas palavras agem de modo diferente. A informação é apenas o primeiro estágio do processo educativo e, isoladamente, ela não induz à modificação de atitudes e, sem mudar atitudes, não poderemos promover mudanças significativas de comportamentos e de hábitos.

A informação correta é essencial, mas ela só é válida quando é capaz de mobilizar o componente afetivo da personalidade e levar a pessoa a refletir e a reformular conceitos, propósitos e condutas. Informação apenas informa, mas não forma. A maioria das pessoas sabe que a melhor maneira de evitar as doenças que se transmitem por via sexual é evitar as condutas de risco e utilizar profilaticamente a camisa de Vênus. Sabem, mas não fazem.

Uma das mais eruditas e ao mesmo tempo contraditórias conferências que assisti foi sobre os malefícios do fumo. O conferencista era magnífico, mas ele falava sobre o fumo, fumando. De que vale, na prática, este conhecimento? Todo conhecimento que não se transforma em vivência é um conhecimento inútil, quando não perigoso.

Uma enquete realizada recentemente entre 500 universitários comprovou que 98% deles conhecia a grande maioria das medidas para evitar uma gravidez indesejada, mas só 17,8% destes universitários faziam deste conhecimento uma diretriz comportamental. O mesmo se aplica à profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis: o mesmo erro na tática do combate.

Mas há um outro desacerto tático que é necessário esclarecer. Nossa profilaxia, sobretudo no caso da AIDS, está baseada em um componente afetivo muito perigoso. A mensagem da mídia é o apelo para o medo. Como o medo é um impulso, era de se esperar que a força motivacional fosse tanto maior, quanto maior fosse a intensidade do medo transmitida. Isto, porém, não é verdade. Dando-se muita ênfase ao medo, a mensagem perde a força profilática que se pretende transmitir, gerando uma reação de defesa.

É provável que, apelando-se para uma comunicação persuasiva através do medo, se produza uma maior crença na importância da ação profilática. Mas não se processa necessariamente uma mudança sensível no comportamento preventivo. Além do mais, a reação ao medo pode desencadear certos pensamentos mágicos, por exemplo, “evitar pensar no perigo” ou, o que ainda é mais sutil, racionalizar o processo arranjando um contra-argumento.

Eu não sou um especialista em técnicas de comunicação social, mas como professor de antropologia posso constatar que o apelo excessivo aos fatores emocionais origina a contrapropaganda, detonando o chamado “efeito bumerangue”. Em Psicologia Social, a comunicação mista é a preferida, pois envolve tanto a razão quanto a emoção. Apelo para a emoção faremos com que as pessoas prestem mais atenção à mensagem, tornando-as mais receptivas aos argumentos racionais. O medo pode ser um bom componente, mas não é o ingrediente fundamental da mensagem profilática. Na história da especialidade dos senhores, há uma prova contundente disto. Estamos repetindo, com roupagens novas, uma história de, pelo menos, 500 anos. Lembram-se das mudanças do comportamento sexual após a grande epidemia da sífilis em 1495? Tanto naquela época como agora, alardearam-se medidas profiláticas e vinculou-se o medo da doença como sendo o estímulo básico para que se modificassem práticas de risco. Durante certo tempo o estímulo foi suficientemente forte para diminuir os comportamentos perigosos e ficou evidente uma alteração nos hábitos sexuais. Depois, o que ocorreu? Passado o impacto emocional, a humanidade retornou a seus hábitos sexuais anteriores e a sífilis continuou ativa e indo-

mada durante vários séculos, até que se descobrisse, 400 anos depois, a terapêutica efetiva da doença.

A humanidade esquece o passado e isto talvez seja uma das causas da grande tragédia humana.

Eu não tenho as soluções, nem estou aqui com a pretensão de dar conselhos. Mas permitam-lhe o direito do desabafo. Temos, de vez em quando, de sair do espaço limitado de nossas especialidades e, com humildade, ouvir, e sobretudo tentar valorizar a opinião dos cientistas do comportamento humano que nada entendem do tratar das doenças, mas se dedicam a estudar o homem.

Como o corvo da história de Eisely, esta conferência funcionou como um denso nevoeiro e os nossos mundos por um instante se encontraram. Fica a mensagem. Ela é apenas uma semente para a reflexão e talvez para a descoberta. Ela é um pensamento e há certos pensamentos, como diz Victor Hugo, que são como orações. Há momentos em que, pensando neles, qualquer que seja a posição do corpo, a alma está de joelhos...

Manifestações da Sexualidade nas Diferentes Fases da Vida **6**

Nelson Vitiello¹
Isméri Seixas Cheque Conceição²

A sexualidade, entendida a partir de um enfoque amplo e abrangente, manifesta-se em todas as fases da vida de um ser humano e, ao contrário da conceituação vulgar, tem na genitalidade apenas um do seus aspectos, talvez nem mesmo o mais importante. Dentro de um contexto mais amplo, pode-se considerar que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte.

No entanto, durante a maior parte da história da humanidade, essa influência foi negada, em especial entre os povos ligados às tradições judaicas e cristãs, na assim denominada “civilização ocidental”.

O curioso desse evento é que na tradição bíblica mais antiga que conhecemos, a tradição, **javista** (aproximadamente 950 a.C.), não existe nenhum desprezo pela natureza sexual do homem. De fato, a leitura do *Gênesis* permite a interpretação de que a sexualidade está ali exposta apenas como mais um aspecto da vida, nem inferiorizado nem enaltecido em relação a qualquer outro. Assim, uma exegese mais isenta apresenta, como motivação divina para a criação da mulher, apenas a atenuação da angústia da solidão vital do homem. No entanto, a interpretação patristica da Bíblia, que durante séculos tanto influenciou nossa cultura, considera o sexo como um mal necessário, admissível apenas por ser indispensável à reprodução da espécie. Inaugurou-se, a partir dessa interpretação, a confusão entre sexualidade e genitalidade que perdura até nossos dias.

1. Ginecologista. SBRASH.

2. Ginecologista. SBRASH.

Recebido em 15.03.93

Aprovado em 28.03.93

Dentro da necessariamente superficial análise que ora vamos empreender, tentaremos manter centrada a abordagem mais ampla da sexualidade. Na medida do possível, evitaremos resvalar para o enfoque mais restrito da mera genitalidade.

MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE NA INFÂNCIA

Até o século XVII a infância não era sequer reconhecida como um período bem individualizado da vida humana. Sob esse enfoque, a criança era vista apenas como um pequeno adulto, não recebendo uma educação específica e tendo que, muito precocemente, conviver com o trabalho e com as preocupações próprias dos adultos. Esses eventos, ligados à sociogênese da infância, aparecem com muita clareza quando estudamos o vestuário típico dessas épocas, bem como na análise do treinamento que as crianças - de qualquer classe social - recebiam.

A partir desse século, com o empobrecimento da nobreza e com a ascensão da burguesia, ocorreram movimentos de valorização da cultura, passando a ser exaltada a pureza infantil, dentro de todo um contexto social de revalorização de alguns movimentos religiosos. Compreendia-se, então, a prática do sexo como uma atividade pecaminosa e não merecedora de aceitação divina e social. As crianças, por não terem os genitais externos ainda desenvolvidos e por não praticarem atividades sexuais, estavam em estado de pureza, isentas assim de qualquer “culpa”. Ainda sob esse ponto de vista, acreditava-se ser essa “inocência” proveniente da ignorância sobre sexo, sendo então defendida a postura da conservação dessa inocência para a manutenção da ignorância. A partir desses conceitos, foi valorizado um tipo de “educação” que ao mesmo tempo mantinha as crianças (e os adolescentes) desinformados e impunha-lhes um padrão repressor de comportamento, visando-se mantê-las afastadas da curiosidade e dos conhecimentos sobre a sexualidade. Os resquícios sociais de tais padrões educacionais são bem evidenciados na angústia que a maioria dos adultos atuais sofre frente às manifestações da sexualidade infantil, por exemplo, a masturbação.

Nosso século tem assistido a importantes mudanças no que se refere aos padrões de enfoque da sexualidade e dos comportamentos sexuais. Embora exista ainda muita repressão, de maneira geral, a sexualidade vem gradativamente passando a ser melhor compreendida, deixando de ser quase sempre exercida sem permissão social e usualmente condenada à clandestinidade.

Grande parte dessa mudança de enfoque é devido à divulgação das idéias de Freud que foi o primeiro a afirmar a existência da sexualidade na infância, correlacionando-a com as fases de desenvolvimento da criança. Suas declarações foram muito contestadas pela sociedade, que relacionava, ainda, a ausência de sexualidade à pureza e à inocência. Nessa concepção, era virtuoso todo aquele que se negasse a satisfação de seus próprios desejos quando a razão não os autorizava. O exercício da sexualidade, trazendo os prazeres advindos do próprio corpo, se enquadrava dentro das atividades que a razão não devia autorizar. Freud ousou declarar que todos praticávamos o sexo e que ele estava inserido na natureza humana desde o nascimento, tratando a questão não como um “pecado”, mas como causa de sentimento de culpa e, portanto, de danos emocionais.

As declarações de Freud foram ainda mais valorizadas a partir dos anos 60, com o advento da chamada “Revolução de Costumes”. Nesta época, os questionamentos sobre o valor da repressão sexual e o reconhecimento do sexo como matéria de estudo conduziram à noção de a vida sexuada ser um direito e não um pecado, levando a sociedade à busca do entendimento de sua própria sexualidade. Durante essa busca, foi encontrada uma infância que, embora sexualizada, estava exposta à acentuada repressão.

Freud entendia que a sexualidade na infância desenvolvia-se através das seguintes fases:

- **fase oral:** até o desmame;
- **fase ano-uretral:** iniciada com o **controle dos esfíncteres;**
- fase genital;
- **fase de latência:** dos 6 aos 10 anos.

Na atualidade, admitimos que a sexualidade se manifesta desde o início da vida e que se desenvolve, acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo.

A primeira fonte de prazer corporal está na região oral e a amamentação, sem dúvida, deve ser uma fonte de expressivo prazer para o recém-nascido. Com o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central, e com a gradual aquisição da coordenação motora, a criança se lança à descoberta do seu corpo e dos prazeres que este lhe proporciona.

É importante frisar que estas atividades, por não serem reconhecidas como manifestações precoces da sexualidade, não são reprimidas pelos adultos, pois a sociedade desconhece o exercício da sexualidade não genitalizada.

O momento do desenvolvimento da sexualidade que compreende o conhecimento dos órgãos sexuais, coincidindo com a retirada das fraldas, sofre importante interferência da educação repressora. A família se encar-

rega de comunicar à criança todo o pecado que há nesta parte do corpo e que o prazer desta região não é aceito pelos adultos. O reforço é dado pela vergonha que o adulto demonstra em relação aos seus próprios órgãos genitais.

O desenvolvimento da sexualidade tem como fase seguinte o descobrimento do controle dos esfíncteres. Nessa fase, é novamente exercida a repressão através da demonstração de nojo e desagrado às fezes e à urina. As regras sociais vigentes para as funções fisiológicas de evacuar e urinar são rigorosas, sendo intolerável qualquer transgressão. Aliás, importa lembrar que a comunicação de desamor por parte da mãe é o mais eficiente dos recursos de repressão aos sentimentos de prazer e liberdade em relação ao controle dos esfíncteres. Esta repressão foi, em tempos passados, realizada através da comunicação oral. Hoje, com as constatações científicas de que este comportamento repressivo não é benéfico para a criança, a comunicação oral vem sendo substituída pela comunicação corporal.

Terminado o processo de controle dos esfíncteres, a criança tem concluída a fase de conhecimento do seu corpo e da descoberta dos prazeres por ele proporcionados. Esta etapa do desenvolvimento da sexualidade vai até os 3 ou 4 anos.

Nesta idade, a criança já é capaz de caminhar e de falar. Com a conquista destas capacidades, seu objetivo passa, agora, a ser o de conhecer o ambiente; no campo da sexualidade, fixa-se em conhecer o corpo do outro e os prazeres que este outro corpo pode lhe oferecer.

Neste estágio do desenvolvimento psicosssexual, a criança inicia o relacionamento interpessoal com outras crianças. A fase de descoberta do corpo do outro inclui a curiosidade pelo corpo da mãe e do pai. Tem início a socialização sexual da criança e esta etapa ocorre até o início da puberdade.

No período da exibição e das perguntas sobre o sexo, as atenções da família estão voltadas para o aprendizado do autocontrole. Assim, a criança aprende que os assuntos relacionados aos prazeres do exercício da sexualidade não podem ser tratados com os adultos.

Em termos de educação sexual, importa lembrar dois pontos importantes que, se não considerados, podem levar adultos e crianças a frustrações. Em primeiro lugar, recordemos que a capacidade de abstração apenas vai surgir após os 7 anos, sendo de difícil compreensão imagens como a da já clássica “sementinha”. Em segundo lugar, a capacidade de concentração das crianças menores é bastante limitada, sendo inúteis prédicas com mais de 5 minutos de duração. O importante, aqui como em qualquer outro ponto do processo educativo, é deixar clara a existência de um canal aberto para comunicação, canal este que poderá ser acionado sempre que a criança assim o desejar. Embora, sem dúvida, a família seja a estrutura social ideal para a prática da educação em geral, e da educação sexual em espe-

cial, parece-nos que ainda estamos muito distantes da situação em que esse processo educativo aconteça em boas condições, pela falta de preparo da maioria das famílias.

Na idade escolar, a criança desenvolve os jogos sexuais infantis, que correspondem a brincadeiras com exploração do corpo e das sensações proporcionadas ao indivíduo e ao outro. Os jogos sexuais envolvem o corpo como um todo, mas a preocupação das instituições responsáveis pela educação da criança (família e escola) está centrada nas manifestações genitais da sexualidade; por isso, apenas as atividades diretamente relacionadas aos órgãos genitais são alvo de repressão. A criança tem, assim, reforçada a idéia de que estes órgãos não merecem mesmo valorização nem respeito. Além disso, nessa idade, as normas que delimitam os papéis sexuais deixam de ser apresentadas explicitamente às crianças, embora seu cumprimento passe a ser exigido como forma de comportamento educado.

A repressão aos jogos sexuais é de tamanha monta que implica forte sensação de culpa, apesar da criança ainda não ter capacidade de compreender bem o seu real significado. Algumas crianças, principalmente do sexo feminino, por serem mais retraídas e medrosas, não ousam experimentar os jogos sexuais, apresentando, por isso, uma falha no desenvolvimento de sua sexualidade. A criança do sexo feminino habitualmente vivencia o desenvolvimento de sua sexualidade com maiores conflitos, pois a repressão é maior sobre elas. Além disso, a educação para um papel sexual “adequado” exige uma postura de aceitação e de obediência, o que inviabiliza as práticas clandestinas de jogos sexuais. Mesmo que prazerosas, as experiências de exploração do prazer desencadeiam culpa e sensação de imoralidade tão conflituosas que a criança faz um bloqueio destas lembranças para amenizar seu sofrimento.

Os jogos sexuais são de grande importância no processo de desenvolvimento da criança, como facilitadores da exploração do ambiente e da união entre as crianças. São, ainda, de grande valia por favorecerem o desenvolvimento cognitivo, permitirem a prática dos papéis sexuais e possibilitarem o manejo dos conflitos e das ansiedades.

A omissão e a negação da existência de sexualidade na infância permitem que este aspecto do comportamento humano desenvolva-se sem condições de vigilância de suas condições, podendo ocorrer desvios e intercorrências que permanecem na vida adulta.

A partir dos 5 anos de idade, a criança passa a vivenciar a experiência sexual erótica, ou seja, a experiência sexual da qual a pessoa participa com consciência e envolvimento. Antes desta idade, as experiências sexuais são quase sempre meramente reflexas, isto é, a sensação prazerosa ocorre por acaso, não havendo uma consciente busca do prazer.

MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de transição, durante a qual se perde a criança e se pode adquirir um adulto. É neste período que a maturidade biológica e sexual é atingida, se define a identidade sexual e, potencialmente, é onde se define o espaço social de homem ou mulher.

No período da puberdade, que corresponde ao componente orgânico da adolescência, o indivíduo volta suas atenções para as mudanças do corpo e concentra suas energias nos processos psíquicos de perda do corpo infantil e de aceitação das novas formas. A ansiedade gerada pela puberdade é decorrente, além de outros aspectos, do medo de, fisicamente, não conseguir atingir o padrão socialmente aceito e então ser desprezível.

Na busca do corpo socialmente aceitável e funcionante (“normal”), os jovens vivenciam grande ansiedade. Os rapazes desenvolvem precocemente o chamado “temor de desempenho”, pois a capacidade de ter relações sexuais constitui-se um requisito indispensável para os representantes do sexo masculino. As moças, por sua vez, apresentam grande ansiedade sobre sua atratividade sexual, o que frequentemente as leva aos jogos de sedução.

Quando o rapaz adolescente percebe que seu corpo se modifica e ganha as características do corpo adulto, passa a preocupar-se com as suas formas, em especial o desenvolvimento muscular e o tamanho do pênis, que é o atributo mais valorizado desde seu nascimento. Vencida esta fase, vem a necessidade de saber se há função para a relação sexual e então, ansiosamente, busca a ejaculação através da masturbação. Esta masturbação nem sempre tem a finalidade única da busca do prazer, mas também a da simples verificação da capacidade de ejacular.

A primeira ejaculação acontece em média aos 14 anos, com uma polução noturna. A seguir, o adolescente passa a se preocupar com a verificação da normalidade da sua ejaculação. Como não recebeu qualquer informação sobre as características da ejaculação “normal”, ele se põe a pesquisar; surgem então, como uma nova atividade entre os adolescentes, as brincadeiras onde as ejaculações são comparadas. Neste mesmo período, os meninos estão treinando a relação sexual com a mulher. A mulher que participa desta busca do homem, pela capacidade de ter relação sexual, não tem para ele qualquer significado além de objeto que proporciona a realização do sexo.

Para as moças, embora possam-se observar os mesmos mecanismos gerais, as coisas se passam de maneira diferente, tendo em vista os diferentes papéis sexuais por elas vividos. De início, apresentam as mesmas preocupações que os rapazes, quanto à “normalidade” de suas formas. Logo, entretanto, passam a se preocupar mais com os sutis aspectos dos jogos de

sedução, tendo-se em vista que as mulheres, embora possam ser tão ou mais dominadoras do que os homens, necessitam disfarçar-se de “caça”, mesmo sendo “caçadoras”.

Podemos, de maneira geral, tecer algumas considerações válidas para ambos os sexos. Devemos lembrar que, para os jovens, é de extrema importância pertencer a um grupo, onde todos, em tese, têm as mesmas aspirações, gostam das mesmas coisas e comportam-se de maneira similar. Por isso, a evolução psicosssexual dos membros do grupo acontece seguindo os mesmos passos. É ainda relevante lembrar que, durante a adolescência, é mecanismo comum a desavença com os genitores, até como uma forma de auto-afirmação, sendo o grupo de extrema valia no apoio emocional entre os adolescentes.

Até a algum tempo, a iniciação sexual dos rapazes era feita, tradicionalmente, com prostitutas. Essa situação gerava um acentuado temor de desempenho e, sem dúvida, foi fator causal de várias disfunções sexuais, em especial a ejaculação prematura. As moças ditas “direitas”, nessa época, só iriam iniciar-se sexualmente após o casamento ou, no máximo, no período de noivado. Claro que existiam as honrosas exceções de praxe; essa, no entanto, era a norma geral. Havia, evidentemente, mecanismos compensadores para ambos os sexos, o mais importante dos quais era, na época, o chamado “sarro”, em que o par de namorados praticava uma série de carícias excitantes, sempre por iniciativa do rapaz. Cabia à moça “graduar” até onde o par poderia ir, pois sempre o rapaz estava decidido a ir até as mais extremadas carícias. Assim, a jovem deveria ao mesmo tempo desfrutar o prazer das carícias e manter a “cabeça fria”, tanto para evitar que o rapaz chegasse às vias de fato quanto para preservar sua imagem de “moça direita”. Evidentemente, com o evoluir do namoro, as coisas podiam ficar bastante complicadas.

Hoje em dia, embora ainda permaneçam sob muitos aspectos as mesmas dificuldades na aquisição da identidade, desenvolveram-se outros mecanismos para facilitar a maturação psicosssexual. A iniciação sexual, por exemplo, é quase sempre feita entre adolescentes do mesmo grupo, sendo raras as incursões à prostituição. E, em tempos de maturação sexual, os jovens criaram o “ficar”, curiosa instituição que merece uma análise um pouco mais cuidadosa.

Lembremos que a capacidade de formação de vínculos afetivos surge por volta dos 12 ou 13 anos, em média, época a partir da qual habitualmente pode ocorrer o “ficar”, embora ele seja mais comum a partir dos 14 ou 15 anos. O “ficar”, para a maioria dos jovens, é um contrato informal em que fica implícita a não-existência de um compromisso maior, e que pode ir desde o simples fazer companhia, com ou sem troca de carícias, até chegar ao ato sexual, embora esta última modalidade não seja a mais comum. No “ficar”, os jovens fazem, sem compromissos e sem

maiores complicações, um aprendizado afetivo e sexual que é de extrema importância para sua maturação psicosssexual. Dizem eles, com certa graça, que “ficar” com a mesma pessoa mais de três vezes já é um “rolo”, e um “rolo” repetido já é um namoro. Diferentemente do antigo sarro, o “ficar” é um contrato bilateral, que a nada obriga, podendo os membros do casal nem mais se cumprimentarem a partir do dia seguinte. Também não existe aqui apenas a intenção do aprendizado e do prazer masculino, e as jovens que “ficam” não são menosprezadas como suas antigas similares, que permitiam o “sarro”.

O “ficar”, como mecanismo característico auxiliar da maturação, habitualmente deixa de acontecer por volta dos 17 anos, quando a maturidade emocional e afetiva já é suficientemente desenvolvida para a formação de vínculos mais sólidos.

Finalmente, para terminar estas resumidas considerações sobre tão amplo assunto, devemos desmitificar alguns dos conceitos (ou pré-conceitos) dos adultos, com relação à sexualidade dos adolescentes. Em primeiro lugar, ao menos como norma geral, importa afirmar que os jovens não são promíscuos, ao menos no sentido que os adultos dão a esse termo. As mudanças ocorridas quanto à iniciação sexual nas últimas duas ou três décadas, às quais já nos referimos, são acompanhadas de notável fidelidade, talvez até mais acentuada do que entre os próprios adultos. Mesmo que existam as naturais e inevitáveis exceções, de maneira geral, os jovens de ambos os sexos são fiéis aos seus parceiros, ocorrendo o que se convencionou chamar de “monogamia seriada”, isto é, as pessoas podem trocar de par com alguma freqüência, mas, enquanto juntos, são mutuamente fiéis. Outro mito caro aos adultos diz respeito ao local onde ocorre a iniciação sexual dos jovens. Embora, em nossa fantasia, ela seja mais freqüente em motéis ou similares, uma pesquisa realizada em nosso meio demonstrou que, na maioria das vezes, a iniciação sexual das jovens ocorre na residência dos namorados, em momentos de descuido ou por ocasião de viagens dos pais deste.

MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE NA IDADE ADULTA

A fase adulta é - ou ao menos deveria ser - o período do apogeu da sexualidade do indivíduo, que já se encontra suficientemente maduro e seguro para estabelecer sólidos vínculos afetivos e usufruir, adequada e prazerosamente, de sua sexualidade. Essa maturação, que chega em diferentes épocas para diferentes pessoas, é atingida mais freqüentemente durante a fase de “adulto jovem” (até os 30 anos) ou no final dela.

Infelizmente, à custa de uma distorcida educação sexual e de preconceitos sociais os mais diversos (entre os quais o machismo tem evidente relevo), nem sempre é assim. Não é incomum que as pessoas tenham uma noção distorcida da sexualidade, deixando de vê-la como algo positivo, como algo de bom e belo, como um dom. Nas últimas décadas, tem-se divulgado um conceito bastante distorcido da sexualidade o qual apresenta, como meta suprema e obrigatória, o orgasmo, considerado como o mais precioso bem a que se pode almejar. Nesta acepção, é “obrigação” do homem *dar* orgasmos à mulher, como se orgasmos fossem presentes que a onipotência masculina possa distribuir a seu bel-prazer. A mulher, por sua vez, para considerar-se “verdadeiramente mulher”, deve *ter* orgasmos (de preferência, múltiplos), sem o que considera-se fracassada.

Soma-se, a esta obrigatoriedade orgásmica, a de ter intensa e precoce vida sexual, sendo aqui o “intensa” medido pela frequência de coitos e não por sua qualidade. Em suma, para se considerarem “normais”, as pessoas devem ter intensa vida sexual, atingindo sempre, em todas as relações, o famoso orgasmo.

No entanto, se fomos educados no “conhecimento” de ser o sexo uma coisa suja e feia, como fazer sexo com alguém que se admira, preza e ama? Como levar para um casamento estável nossas fantasias e desejos sexuais mais íntimos?

Os homens, de maneira geral, apresentam evidente temor de desempenho que, associado a um aprendizado inadequado, freqüentemente leva à ejaculação prematura, quando não à impotência. As mulheres, vítimas dessa mesma “educação”, buscam desesperadamente um orgasmo... que não vem. As estatísticas, mesmo as mais otimistas, mostram que cerca da metade das mulheres desenvolve uma disfunção sexual, acompanhadas de perto por 35% dos homens adultos.

Essas dificuldades no exercício da sexualidade ficam bastante patentes dentro do casamento. No usual contrato fechado que o casamento representa, existem na realidade três contratos diferentes. Num primeiro contrato, explícito, ficam bem delimitados os papéis que cada um espera que o outro assuma no relacionamento, por exemplo, a fidelidade. Este contrato, claramente formulado, não é habitualmente motivo para decepções, visto que, quando essas atribuições não são cumpridas, existem mecanismos conscientes para contorná-las e, de alguma forma, solucionar os conflitos advindos. Além desse contrato explícito, no entanto, subjazem outros dois, um consciente e outro não.

O contrato não-verbal consciente é constituído de comportamentos e opiniões que, mesmo não explicitadas, são conhecidas de seu portador. É deste tipo o comportamento de racionalizar uma série de argumentos contra o trabalho da mulher, por exemplo, embora o motivo real, evidentemente, seja o ciúme do inseguro machão.

O último contrato, não verbalizado (até mesmo por ser inconsciente), é talvez o que mais transtornos desencadeia na esfera sexual. Fazem parte dele as expectativas, tanto de homens quanto de mulheres, não confessadas nem mesmo ao próprio portador. Estão intimamente ligadas aos motivos pessoais, que cada um tem, não apenas para fazer uma união estável, mas também para escolher seu par. São expectativas comuns, por exemplo, que mulheres se casem para livrar-se do que consideram tirania paterna, ou que homens se casem apenas para afirmar uma masculinidade de que até mesmo eles não estão seguros.

Dentro da complexidade existente em relacionamentos deste tipo, não é incomum que as pessoas, após certo tempo de convivência, se decepcionem. Essa decepção é mais freqüentemente desencadeada pelo melhor conhecimento das fraquezas do outro, que nos parecem sempre, e cada vez mais, intoleráveis. A maioria das separações conjugais é desencadeada pela rotina da vida, pela decepção com as pequeninas coisas do dia-a-dia, que vão nos levando ao reconhecimento de que a pessoa com quem casamos não é tão maravilhosa quanto julgávamos, e vai, assim, matando dentro de nós o amor, em porções homeopáticas. O exercício da sexualidade também sofre percalços pelo que se convencionou chamar de “habituação sexual”, que consiste na prática rotineira e sem o uso da imaginação e da criatividade.

Complicando esse quadro, independentemente de estarem ou não casadas, as pessoas vão apresentando diferenças de comportamento sexual, na medida em que vão adquirindo segurança e confiança em suas qualidades. Não foi à toa que Honoré de Balzac tanto louvou a mulher de 30 anos, pois é nessa idade que as mulheres, habitualmente, desenvolvem e desejam realizar todo o seu potencial sexual. Os homens, por outro lado, perdido o ímpeto da juventude, tendem a se comportar menos *fogosamente*, criando assim uma certa desafinação para a maioria dos casais. Claro que estamos aqui nos referindo à maioria, não sendo esses eventos obrigatoriamente incidentes.

MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Nas últimas décadas vem aumentando, em todos os países, a expectativa de duração da vida, graças a melhores condições de higiene e saúde pública, avanços no combate às enfermidades e divulgação de preceitos racionais para mais saudável alimentação e melhores hábitos. Evidentemente, esse prolongamento da média de vida humana é mais acentuado nos países de primeiro mundo, mas fez-se sentir mesmo entre os subdesen-

volvidos. Em nosso meio, por exemplo, a expectativa média de duração da vida é de mais de 65 anos para mulheres, e entre 60 e 65 para os homens. Especificamente no caso das mulheres, como a cessação das menstruações ocorre em torno dos 45 anos, pode-se concluir que perto de um terço da vida feminina transcorre após a menopausa.

Nossa sociedade tem, ultimamente, se apresentado notoriamente gerontofóbica. Os velhos, dantes considerados uma reserva social pela experiência de vida, viram-se menosprezados nos tempos modernos, privados que foram de seu papel social. Se tradicionalmente nossa sociedade sempre considerou a sexualidade como um apanágio da juventude, com o advento da desconsideração do papel social dos velhos, esses conceitos se acentuaram. Impõe-se assim aos velhos a obrigatoriedade de apresentar uma disfunção orgásmica, de excitabilidade e, principalmente, de desejo.

Em termos de exercício da sexualidade, como em muitos outros aspectos, as pessoas da chamada “terceira idade” são marginalizadas, chegando até a ser o seu relacionamento sexual objeto de um humor de um duvidoso gosto, como se fosse algo de ridículo,

De fato, consideramos qualquer manifestação de eroticidade entre gerontos como uma “indecência”, não sendo aberta a eles sequer a possibilidade de manifestar amor. Embora reconheçamos racionalmente não haver qualquer motivo para que a sexualidade se extinga em determinada idade, cultural e emocionalmente não somos capazes de bem aceitar essas manifestações, em especial quando dizem respeito a pessoas que nos são próximas. Ninguém é capaz, por exemplo, de imaginar - sem repulsa - sua própria avó se masturbando, ou mesmo tendo sonhos eróticos, tão arraigados em nós estão tais preconceitos.

A sociedade atual supervaloriza a juventude, que é exibida em anúncios, exaltada em filmes e mostrada nos meios de comunicação como símbolo supremo do desejável. O adjetivo “jovem”, aplicado à moda, à música, ao teatro, etc., dá a estas atividades uma conotação de vibrante, como sinônimo de *alegre* e de *interessante*, como se a alegria e o interesse fossem um apanágio da juventude, como se a adolescência não fosse um período carregado de insegurança e de problemas emocionais.

A julgar pela exploração que se faz em torno do “jovem”, parece até mesmo que envelhecer é um crime premeditado. O termo “velho” atinge a conotação de uma ofensa, e já é quase um palavrão.

Apesar de ser nessa faixa etária que as pessoas atingem maior maturidade, não existindo sequer preocupações com o uso de metodologia anticoncepcional, existe uma série de fatores sociais, familiares e pessoais que perturbam o exercício da sexualidade.

Socialmente falando, considera-se a pessoa idosa como assexuada. Chega-se a dizer, jocosamente, que existem três sexos: o sexo feminino, o sexo masculino, e o *sexagenário*. Para se ter uma idéia das dimensões des-

ses preconceitos, talvez seja pertinente recordar experiência relatada há alguns anos, em um Congresso de Sexologia, realizado nos Estados Unidos. Aconteceu que os diretores de um asilo, impressionados com a quantidade de queixas claramente psicossomáticas de seus pensionistas, resolveram tentar liberar o relacionamento entre eles. Permitiram que casais se formassem e que cada um se acomodasse conforme suas conveniências. Após algumas semanas, a maioria dos idosos tinha se mudado de quarto, formando casais; alguns não conseguiram achar par, e uma minoria deles se recusou a participar. Após essas mudanças, observou-se uma nítida mudança no comportamento dos pensionistas, que passaram a mostrar mais animação, tornando-se comum ouvir risos onde antes a tristeza e o silêncio predominavam. As queixas de relacionamento e mesmo as crônicas reclamações sobre dores reumáticas desapareceram.

Tão entusiasmados ficaram os membros da diretoria do asilo que cometeram um erro fatal: relataram a experiência aos familiares dos pensionistas. Pois bem: os filhos e netos, indignados com o que rotularam de “indignidade” e “sem-vergonhice”, retiraram seus familiares daquele asilo, que faliu.

No entanto, não são só a família e a sociedade que exercem pressão sobre a sexualidade dos idosos. A própria expectativa dos indivíduos é importante, pois as pessoas se convencem que após uma certa idade não mais estarão adequadas e capacitadas para a prática da sexualidade, ocorrendo uma verdadeira “auto-castração”.

É forçoso porém reconhecer que, mesmo sem manifestar-se de maneira exuberante, o potencial para o exercício da sexualidade existe enquanto durar a vida humana, por mais longa que ela seja. Mesmo em se considerando as naturais diferenças, os idosos sadios apresentam (ou ao menos deveriam apresentar) conservado seu potencial de resposta sexual. As limitações ocorrem por desconhecimento de que a sexualidade, embora com certas diferenças, pode ser prazerosamente exercida em qualquer idade, e que embora as características da resposta sexual se alterem, permanecem presentes durante toda a vida.

Os homens, por exemplo, apresentam episódios mais espaçados de desejo, com ereções mais demoradas e menos firmes, que permitem no entanto uma cópula perfeitamente satisfatória. A região dos genitais, e a pele em torno deles, afirma-se como principal zona erógena, ocorrendo ainda uma mais rápida perda de ereção após a ejaculação.

As mulheres, após a menopausa, apresentam lubrificação vaginal menos intensa e de mais demorado aparecimento, evento este simplesmente corrigido com o uso de lubrificantes locais. Os orgasmos, embora mais curtos, têm a mesma intensidade daqueles experimentados pelas mulheres mais jovens.

Enfim, podemos concluir não haver qualquer motivo fisiológico para que se apague a sexualidade com o avançar da idade a que, respeitando-se as alterações referidas, a prática da atividade sexual pode ser tão gratificante na velhice quanto na juventude ou na idade adulta. Se não exercida, a sexualidade tende a se apagar, pois a regularidade sexual é um excelente “afrodisíaco”.

O grande problema enfrentado pelos idosos, em especial pelas mulheres que perderam seus companheiros, é o encontro de parceiro interessante e interessado, com quem a sexualidade possa ser partilhada,

CONCLUSÕES

Para terminar, gostaríamos de deixar clara a mensagem de ser a sexualidade algo de fundamental para o ser humano, acompanhando suas manifestações em todas as fases de sua vida.

Temos a esperança de que algum dia a sexualidade possa ser encarada pelo homem como um valor positivo, como um dom, e que a lembrança de incluir temas como este em eventos seja descartada por absurda.

Enquanto tal não ocorre, entretanto, parece-nos ser dever de todos nós, profissionais que de alguma maneira enfocam a sexualidade e seus distúrbios, levar a bandeira da necessidade de que se cultive uma visão mais adequada do tema e, principalmente, lutar pela implantação de uma educação sexual coerente, para que as próximas gerações não sofram das mesmas frustrações e dos problemas que atualmente enfrentamos.

Trabalhos
de
Pesquisa

A Busca da "Personalidade Autoritária" na Disfunção Erétil 1

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M. A busca da "personalidade autoritária" na disfunção erétil. *R. B. S. H.* 4(1): 1993.

Personalidade autoritária é um conceito resultante de extensa pesquisa elaborada por Adorno e colaboradores, cuja publicação se deu em 1950. Sob este conceito são descritas sete síndromes de personalidade que implicam tendências a atitudes pré-fascistas e outros componentes que mantêm a ideologia antidemocrática, produzem uma forma de filosofia de vida, com crenças, valores, opiniões e atitudes. Embora não sempre explícito, o comportamento fascista surge sob circunstâncias especiais. Estas síndromes incluem a falta de individualismo e de real relacionamento afetivo com outros indivíduos, a desconexão entre impulso sexual e afeto e vários outros comportamentos que implicam preconceitos relacionados aos papéis sexuais.

O autor propõe compreender um caso de disfunção erétil sob o conceito de personalidade autoritária de Adorno. Embora haja certa certeza sobre a associação entre as síndromes de personalidade autoritária e homens com queixas de disfunção erétil, o autor não pretende que seja característica de todos os homens com tais queixas, pois a generalização deverá somente ser tentada com futuras pesquisas.

Palavras-chave: disfunção erétil, personalidade autoritária, etiologia psicológica.

1. Psicólogo e terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis (SP).
Recebido em 04.03.93

Aprovado em 15.03.93

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M. Searching the "authoritarian personality" in an erectile dysfunctioning man. R. B. S. H. 4(1): 1993.

Authoritarian personality is a concept resulted from a wide research by Adorno and colleagues first published in 1950. Under this concept seven personality syndromes are described which implies tendencies to politic fascist attitudes and other components that maintain anti-democratic ideology, produces a certain way of thinking and values, opinions and attitudes. Although not always explicit the fascist behavior would come out under proper circumstances. Those syndromes include a lack of individualism and actual relationship with other people, isolation of sexual impulse from affection and several other behavior that implies prejudice related to sexual roles.

The author proposes to comprehend a case of erectile dysfunction under the concept of Adorno's authoritarian personality. Although there are certainty of the authoritarian personality in men complaining of erectile dysfunction, the author does not mean that it happens in every case of erectile dysfunction, or think that it shall be generalized without any further research.

Key-words: erectile dysfunction, authoritarian personality, psychological etiology.

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente texto é buscar a associação dos conceitos da personalidade autoritária descrita por Adorno e colaboradores (2) às características de homens que buscam auxílio profissional para o diagnóstico e o tratamento de dificuldades sexuais, focalizando a disfunção erétil. Embora possamos depreender que um adequado estudo relacionado as duas instâncias seria árduo trabalho, refazendo todos os caminhos enfrentados por Adorno e seus colaboradores, pretendemos apenas proceder a uma reflexão sobre a personalidade autoritária e um exemplo de disfunção erétil. Buscaremos sintetizar os conceitos e as tipologias descritas de personalidades autoritárias e procuraremos aplicá-los ao histórico de um caso específico.

O interesse nos estudos de pessoas com dificuldades na área da sexualidade conduz ao estudo de suas personalidades. Entre os distúrbios da sexualidade masculina, interessa-nos, em particular, a disfunção crêtil definida enquanto dificuldade parcial ou total de obter e/ou manter a ereção peniana rígida para a relação sexual satisfatória com penetração vaginal. Trata-se de queixa comum em consultório especializado em sexualidade e motiva muitos homens a buscarem tratamentos. Embora não se trate da dis-

função sexual masculina de maior prevalência, se a compararmos às disfunções ejaculatórias, é a que mais perturba o homem moderno².

Além de Adorno, outros pesquisadores buscaram compreender a personalidade autoritária por ele proposta (6,7,8,9,10,12,13,16,17,18,19). Faz-se necessário acrescentar que, embora seja metodologicamente uma pesquisa aparentemente positivista, Adorno baseia-se em uma psicologia de base marxista, com a denúncia da reificação da subjetividade humana sob o impacto das relações sociais capitalistas (3,4).

Adorno (1) descreve na pesquisa sobre personalidade várias síndromes de personalidades às quais denomina genericamente de *personalidade autoritária*. O objetivo do estudo fora a busca de características no sujeito que o conduzissem a atitudes políticas fascistas, de componentes da personalidade que o permitissem manter ideologia antidemocrática, e de uma forma de pensar sobre o homem e a sociedade que fosse organizada contendo valores, opiniões e atitudes. Estas formas de personalidade não seriam sempre explícitas, não apresentando, portanto, manifestadamente suas possibilidades fascistas, as quais surgem politicamente em situações propícias às externalizações daquelas síndromes psicológicas. Tais síndromes seriam o suporte psicológico para atitudes sociais políticas.

A pesquisa foi efetivada através da aplicação de questionários sobre fatos da vida do pesquisado, escalas de opiniões/atitudes sobre tendências políticas (antisemitismo, etnocentrismo, conservadorismo político-econômico e tendências antidemocráticas) e questões projetivas abertas. Técnicas clínicas através de entrevista e aplicação do Teste de Apercepção Temática de Murray também foram usadas para separar dois grandes grupos extremos: aqueles com altos escores e os de baixos escores nas escalas de opinião/atitude.

CARACTERÍSTICAS DAS SÍNDROMES AUTORITÁRIAS

Frenkel-Brunswik (5) elabora, através de entrevistas e da aplicação do Teste de Apercepção Temática de Murray, as características de personalidade dos indivíduos que obtiveram altos escores nas escalas que con-

2. Em pesquisa ainda não publicada, o autor obteve 82,5% de jovens universitários com incapacidade de controle voluntário sobre a ejaculação e 14% com alguma dificuldade em obter e/ou manter a ereção peniana, mesmo que situacionalmente.

stam da pesquisa sobre a personalidade autoritária. A seguir, listamos as características encontradas associáveis à vida sexual:

- falta de individuação;
- falta de relacionamento real com o objeto, tal qual existiu com os pais;
- isolamento do impulso sexual com relação ao restante da personalidade;
- insuficiência do afeto;
- a abordagem da parceria sexual é exploradora e manipuladora; enfatizam a pureza, o convencionalismo e a mulher submissa que procura bens materiais, desejando receber sem dar;
- existe ambivalência com admiração superficial e ressentimento para com o sexo oposto; trata-se de estabelecimento de duas imagens separadas e antagônicas, sendo uma positiva e a outra negativa, com a inabilidade de amar qualquer uma delas;
- preocupação com o *status* e com valores convencionalizados; a ênfase recai no *status* sócio-econômico e na participação em agremiações religiosas; a procura de uma mulher para casamento não inclui companheirismo ou amor; há pouco valor no interesse comum ou camaradagem;
- busca do qualidades estereotipadas e rígidas na parceria sexo-afetiva;
- o sexo extra-marital acontece como uma atitude despersonalizada, racionalizado como descarga necessária, e por razões utilitaristas e (pseudo)reais; existe a coisificação da parceria sexual;
- rejeição da instância instintiva da personalidade e da identificação com o desejo sexual e com a afetividade, mas manifesta sinais de impulsos sexuais crus e não-socializados, com a inabilidade de aceitação da sexualidade genuína, o que resulta em freqüente mudança do objeto sexual sem envolvimento pessoal e envolvimento sem sexo;
- Tendência a se ligarem a mulheres “frias”;
- pensam em sexo em termos do sucesso e falha, rejeitando o puramente erótico ou sensual;
- o sexo se torna uma forma de obter *status*;
- tendência a racionalizar falhas e inadequações sexuais;
- tendência a falar de si de modo mais positivo do que é realmente;
- tendência a se conceberem como ideais de masculinidade, conduzindo a vergonha de iniciação sexual tardia e papéis sexuais masculinamente menos gloriosos.

AS SÍNDROMES AUTORITÁRIAS

Adorno (1) divide os sujeitos com altos escores nas escalas de opiniões e atitudes políticas de sua pesquisa em tipos de personalidades, às quais denominou genericamente de “autoritárias”. As síndromes são as seguintes:

- **Sentimentos superficiais.** O indivíduo tende a justificar-se, pelas ansiedades sociais, com relativa falta de motivação racional e a utilizar-se de mecanismo primário de defesa de ego, a racionalização, para se relacionar com o mundo objetivo. Existe uma generalidade de aparência preconceituosa pela aceitação de estereótipos de preconceito vindos de fora como fórmulas prontas e estes indivíduos utilizam-nas para lidarem com dificuldades em nível psicológico, defendendo-se destas dificuldades. São acessíveis à argumentação racional, concordando facilmente devido à atitude acrítica geral. Caracterizam-se por relativa falta de conflitos familiares sérios.
- **Síndrome convencional.** Nesta existe a aceitação total de valores convencionais. O superego nunca foi firmemente estabelecido e, desta forma, o sujeito necessita de representações externas para guiá-lo socialmente. Os estereótipos externos são integrados à personalidade como parte dela. Há ênfase no homem “normal” e em suas qualidades, com a principal motivação de “não se tornar diferente”. O preconceito não é função decisiva na personalidade, mas serve como identificação com o grupo ao qual pertence o sujeito ou ao qual deseja pertencer. Os preconceitos não são percebidos pelo sujeito, encontrando-se na esfera pré-consciente, que repete os discursos preconceituosos, embora não os transformem necessariamente em ação, posto não serem sentidos como racionais e não estarem relacionados às preocupações cotidianas. São pessoas em que se percebem contentamento social e falta de conflitos e ausência de impulsos violentos pela aceitação dos valores da civilização e da decência.
- **Síndrome autoritária.** Trata-se do padrão psicanalítico clássico da resolução sadomasoquista do complexo de Edipo, correspondendo ao caráter sadomasoquista de E. Fromm e ao que M. Horkheimer denomina de repressão social extrema concomitante à repressão interna de impulsos. Para conseguir a internalização do controle social, a atitude para com a autoridade e o superego assume aspecto irracional. Desta forma, o indivíduo obtém prazer pela obediência e pela subordinação, o que conduz ao ajustamento social e ao impulso sadomasoquista como condição e como resultado deste ajustamento social. O prazer

nas relações de trabalho advém da submissão e pelo “dar prazer” ao patrão. Nestes sujeitos, o ódio pelo pai foi transformado em amor através de mecanismos de defesa primários, a formação reativa, o que conduz o ódio a se dividir em duas partes, uma sádica e outra masoquista. As relações entre a personalidade autoritária e esta resolução sadomasoquista do complexo de Édipo podem ser obtidas pelo conhecimento da infância do sujeito. A negação de gratificação material é indicativa de superego restritivo. Existe a identificação com os níveis hierárquicos mais altos, o que faz com que o indivíduo busque ascender socialmente. Esta identificação implica rejeitar tudo o que se relacionar com os níveis “mais baixos”, conduzindo o sujeito a explicar as dificuldades sócio-econômicas das camadas mais baixas da população como punições merecidas. A identificação com a família e o grupo imediato toma-se mecanismo para imposição de disciplina autoritária, evitando o abandono do grupo, mantendo o sentimento de ambivalência e dicotomia clara entre o endogrupo e o exogrupo. Estes indivíduos apresentam ênfase na distância e no medo de contatos físicos próximos.

- **Rebelde.** A insurreição contra os pais também é uma forma de resolução do complexo de Édipo e pode liquidar as tendências sadomasoquistas, podendo não necessariamente afetar o caráter autoritário. Neste caso, o ódio pelo pai continuaria a ser repostado por processo facilitador da extermalização do superego, característica freqüente nos sujeitos de altos escores na pesquisa de Adorno e colaboradores. A resistência pode existir no nível manifesto, mas a transferência masoquista pode se manter no nível inconsciente, com conseqüente ódio irracional contra toda a autoridade com conotação destrutiva, ódio este acompanhado de prontidão para capitular e se unir ao objeto tão odiado. Adorno refere que é difícil distinguir esta síndrome da síndrome autoritária, pois o que conta é o comportamento sócio-político que permitirá identificar o indivíduo verdadeiramente independente, diferenciando o da mera reposição da dependência para a transferência negativa. Uma característica é a tolerância aos excessos, desde o de beber pesadamente e a homossexualidade encoberta até os atos de maior violência, ao que estes sujeitos reputam como excessos da juventude. O rebelde não é tão rígido quanto o autoritário.
- **Psicopata.** O psicopata é o extremo do rebelde, sendo o tipo “durão”. Este tem superego deficiente enquanto resolução do complexo de Édipo, por regressão para o estado de fantasia de onipotência característico da infância. O indivíduo não se desenvolve, não se encontra moldado pela civilização, são a-sociais.

Eles tendem a perseguir sadicamente as vítimas indefesas, colorindo o ato com preconceitos. Nos movimentos fascistas, tornam-se os torturadores e os que executam as tarefas escusas. Têm comportamento compulsivo, não tolerando a postergação dos prazeres de gratificação, e vivem o momento. O ego sofreu deformação, o que os incapacita para a mediação entre os impulsos e a realidade objetiva, e há falta de identidade de ego; estas características facilitam a adaptação destes indivíduos em qualquer circunstância. Este tipo foi encontrado mormente entre os presidiários pesquisados.

- **Excêntricos.** Pessoas nas quais a realidade objetiva foi reposta em grande parte pela imaginação e pela subjetividade. A principal característica é a projeção e o medo de contaminar o mundo interior com os horrores externos, implicando em muitos tabus incapacitantes. Na falha de se ajustar ao mundo, este tipo, para evitar a frustração, nega a realidade externa. Isolamento é uma característica que ele também desenvolve, conduzindo-o a condições paranóides. O preconceito é uma forma de esses indivíduos escaparem da psicose e torna-se muito importante em suas personalidades. A estereotípia toma-se uma corroboração social de suas projeções, institucionalizada a se aproximar de fé religiosa, tornando-os compulsivos e fanáticos. A semi-erudição é valorizada e a ciência atinge status de magia. Geralmente, aparece em pessoas que se encontram fora do processo de produção, o que implica que donas de casa e aposentados tendem a apresentar esta síndrome.
- **Manipulador.** Potencialmente, é a síndrome mais perigosa. Este tipo evita a psicose através da redução da realidade externa à condição de objeto, impedindo a catéxis e tornando-se mais compulsivo que o tipo autoritário, com alienação do ego. A defesa maior é a rejeição completa de qualquer necessidade de amor. As estereotípias atingem o valor extremo tornando-se finalidades antes de meios, transformando o mundo em categorias vazias de sentido, esquemáticas e administrativas. Conduz à quase completa falta de catéxis objetivos e laços emocionais. Aproxima-se da esquizofrenia. A ênfase encontra-se no fazer coisas, sem se importar com as finalidades a com o conteúdo. Trata-se de característica encontrável em executivos e funcionários administrativos de pessoal. O narcisismo e o interesse forte em sexo são visíveis, embora esses indivíduos evitem experiências onde ocorram relacionamentos interpessoais.

DA ESCOLHA DE UM EXEMPLO

Devido às possibilidades do comprometimentos metodológicos que poderiam ocorrer ao selecionarmos um homem com queixa de disfunção erétil para o estudarmos à luz da personalidade autoritária, apenas tomamos um paciente que estivesse em início do tratamento psicológico para esta disfunção sexual, não existindo dúvidas quanto à pura psicogenicidade da dificuldade sexual. Também, devemos crer, sua história pessoal deveria chamar a atenção para que pudéssemos tentar aplicar os conceitos propostos por Adorno e colaboradores.

UM JOVEM E SUA QUEXA

C.Q, 19 anos, procura auxílio profissional para resolver uma queixa que lhe perturba muito: a dificuldade em obter e manter ereções penianas rígidas. cursando o segundo ano de Direito, mantém-se sem amigos e vai para a universidade acompanhado de um *walkman* e do jornal diário, sem cadernos ou livros relativos, às matérias do curso, referindo que é para não ter que ouvir coisas que não ajudariam e para não ser incomodado por ninguém. Gosta de estudar algumas coisas de modo mais profundo, por exemplo, gaba-se de conhecer geografia política, podendo fornecer os nomes de capitais dos quaisquer países atuais ou que deixaram de existir. Fora da atividade escolar, a qual não frequenta com regularidade, não tem outras atividades, mantendo-se em casa, ouvindo música ou assistindo televisão. É o segundo filho de um médico, com mais duas irmãs com quem não “se dá”. Refere ódio por todos os familiares, o que o motiva a fazer as refeições sozinho e a dar preferência às noites quando, em solidão, assiste televisão. Sua dificuldade sexual foi percebida com desenvolvimento gradual, embora desde dez meses antes da primeira entrevista, tenha se convencido de que estava totalmente impotente ao tentar sua primeira relação sexual com uma prostituta sem conseguir qualquer nível de ereção (sic). Não tem namorada, nem nunca teve. Atualmente considera impossível pensar em ter namorada pois não haveria nada a fazer com ela, ou seja, ter relações sexuais genitalizadas. Sua atividade sexual reduz-se à masturbação, praticada diariamente, refere ser “em média” de 4 a 6, vezes a cada período de 24 h (sic), o que faz com muita culpa, de modo compulsivo, sem controle voluntário. A masturbação ocorre em estado de “semi-ereção” e de modo muito idiossincrático: de bruços, enrola um travesseiro à volta do pênis e outro sob o corpo para fomar volume, ejacula na mão e se limpa em lenço de papel usados já jogados em lata do lixo no quarto, às vezes se lambuzava com o próprio esperma. Também pode se masturbar embora esporadicamente, de pé com uma toalha de rosto amorte-

cendo o contato do pênis com a pia de banheiros, geralmente de locais que visita, olhando-se ao espelho. Esta última forma de masturbação restringe-se aos períodos em que não se considera “horrível” de se olhar, feio, criticando os traços do rosto, ombros e resto do corpo. Já procurara um urologista seis meses antes da primeira entrevista para o diagnóstico de sua queixa, submetendo-se a exames com ereção fármaco-induzida percloridrato de papaverina e radiografias genitais (11,14). Ao contrário do que acreditava, os resultados de tais exames orgânicos foram normais (sic), o que demonstrava capacidade funcional peniana quanto à possibilidade em obter e manter ereções rígidas que permitissem coitos satisfatórios. Já procurara psicoterapia dez meses antes desta primeira entrevista, realizando cinco sessões, devido às alternâncias de alegria e tristeza, abandonando sem saber explicar as raízes. Apresenta-se muito ansioso, não se mantendo sentado durante a entrevista preliminar. Depressivo, descrê de seu futuro e de suas chances na vida e de satisfação sexual. O desejo sexual encontra-se inibido, inclusive apresentando comportamentos de afastamento, impedindo-se de procurar relacionamentos que o conduzissem a possíveis contatos sexuais. Seu desejo de contatos sexuais satisfar-se através de fantasias que mantém sobre mulheres, de preferência usando saias ou vestidos: à altura do joelho, sentadas em cadeira do dentista, do que tem uma pequena coleção de recortes de revistas com gravuras de mulheres nesta situação. Este desejo idiossincrático o impossibilita de consultar dentistas desde os dez anos de idade, pois imagina que poderá encontrar algum homem saindo da sala do dentista, o que implicaria a imagem impossível de suportar de um homem deitado na cadeira odontológica (sic). Evita ativamente comentar os medos relacionados à homossexualidade. Afasta-se de contatos físicos com quaisquer pessoas, inclusive cumprimentando de modo a ficar o menor tempo em contato e o mínimo de área da mão em contato com o outro. Demora nesta fase depressiva apresenta-se com inúmeros defeitos e avalia-se inadequado, refere que quando se sente melhor acha-se bonito e que deveria receber mais atenção do que efetivamente recebe, inclusive dos familiares. O relacionamento com o mundo se dá por mecanismos de projeção que lhe garantem um afastamento das coisas que julga não serem adequadas ao humano, a exemplo do pavor que sente com a possibilidade da religião.

PARA TENTAR CONCLUSÕES

Creemos que podemos incluir C.Q., aprioristicamente, sem que se lhe houvessem sido aplicadas as escalas de opinião/atitude para confirmar os elementos anti-democráticos, em uma das síndromes propostas por Adorno. C.Q. responde ao mundo de maneira peculiar com a finalidade de

evitar a frustração, afasta-se do convívio com outras pessoas que sente que não podem lhe dar atenção. Tenta buscar explicações para o que lhe acontece sexualmente, lendo o que lhe cai nas mãos sobre o assunto, e tem a Psicologia como algo que o poderá salvar de sua angustiada sobrevivência (sic). Suas dificuldades de relacionamento com possíveis candidatas a relações sexuais repetem as que tem com os familiares; no entanto, aponta sua *incapacidade sexual* como razão de não se aproximar de uma garota. A própria dificuldade sexual escassamente vivenciada em uma única oportunidade é extremada e estereotipada, ao que chamou a si de “impotente total” pelo único episódio. Importante notar que se sente economicamente dependente do pai, a quem odeia, mas não se sente qualificado para sair desta condição, mantendo-se à margem dos processos sociais de produção. As características psicológicas nomeadas por Frenkel-Brunswik podem ser encontradas em sua maioria neste relato, aproximando o exemplo daqueles homens que, estudados por Adorno e colaboradores, apresentaram altos escores nas escalas de opinião e atitude.

A síndrome autoritária que mais se aproxima, considerando a descrição efetuada por Adorno e colaboradores, é o tipo excêntrico. Assim podemos deduzir pela valorização da erudição e da ciência de maneira não-racional, pelo isolamento social, pelo afastamento dos meios de produção social, pelas autoconsiderações negativas, pelo estado pré-psicótico. A excentricidade também se mostra através de preferência sexual idiossincrática, a qual pode ser classificada como desviante (15).

Uma maneira de podermos afirmar mais categoricamente as características autoritárias deste exemplo seria o de buscar reconhecer as tendências políticas às quais o paciente estudado se ateria ou com as quais concordaria e em situações similares às existentes nas escalas de opinião e atitude.

Creemos que o reconhecimento de tais tendências de personalidade pode, inclusive, auxiliar no trabalho psicoterapêutico deste paciente, pois serve de guia sobre tais tendências, além de apontar a gênese de sua constituição atual de personalidade. Assim sendo, podemos acreditar que este tipo de paciente permitirá mais facilmente a agregação ao processo psicoterapêutico, tanto por suas características ideológicas pré-fascistas (a tendência em creditar ao mundo exterior e às autoridades maior força ou responsabilidade que a si e sobre si mesmo) quanto pela simples tendência de ver a ciência de maneira irracional, com status de fé religiosa. Em realidade, após este ensaio ter sido escrito, o processo psicoterapêutico foi mantido com forte agregação até serem atingidos os primeiros objetivos, com diminuição das ansiedades sexuais e gerais, permitindo a busca de relacionamentos afetivos, a diminuição da frequência masturbatória a níveis considerados satisfatórios pelo paciente (que servissem para satis-

fação sexual e não para diminuição de ansiedade), o melhor aproveitamento nas atividades acadêmicas e o desenvolvimento de controle sobre crises depressivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADORNO, T. W. Types and syndromes. In: Adorno, T. W. e cols. *The authoritarian personality*. New York, Harper & Brothers, 1950.
2. ADORNO, T. W.; FRENKEL-BRUNSWIK, E.; LEVINSON, D. J.; SANFORD, R. N. *The authoritarian personality*. New York, Harper & Brothers, 1950.
3. CARONE, I. De Frankfurt a Budapeste: os paradoxos de uma psicologia de base marxista. *Psicologia-USP*, 2(1/2):111-20, 1991.
4. _____. *Teoria crítica e psicologia social: o impacto do Instituto de Pesquisa Social na investigação psicossocial*. Manuscrito não publicado, 1992.
5. FRENKEL-BRUNSWIK, E. Sex, people, and self as seen through the interviews. In: Adorno, T. W. e cols. *The authoritarian personality*. New York, Harper & Brothers, 1950.
6. HYMAN, H.; SHEATLEY, P. The authoritarian personality: a critique. In: *Studies in the scope and method of the authoritarian personality*. Connecticut, Greenwood Press, 1981, pp. 50-122.
7. JENSEN, A. R. Authoritarianism attitudes and personality maladjustment. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54:301-11, 1957.
8. KATES, S.; DIAB, L. Authoritarian ideology and attitudes on parent-child relationships. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51:13-6, 1955.
9. LOW-POTGIETER. The authoritarian personality: an inadequate explanation for intergroup conflict in South Africa. *The Journal of Social Psychology*, 128(1):75-87, 1988.
10. MASLING, J. M. How neurotic is the authoritarian? *Journal of Social Psychology*, 32:79-94, 1954.
11. PUECH-LEÃO, L. E.; PUECH-LEÃO, P.; UCHOA, A. V. M.; GLINA, S. O diagnóstico radiológico da impotência sexual vasculogênica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, XI(1):8-13, 1984.
12. RAY, J. J. Racisms and other authoritarianism among white South Africans. *The Journal of Social Psychology*, 110:29-37, 1980.
13. _____. Authoritarianism in California 30 years later - with some cross-cultural comparisons. *The Journal of Social Psychology*, 111:9-17, 1981.
14. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 13(1):11-4, 1987.
15. RODRIGUES Jr., O. M. O sexo diferente: dos desvios e perversões às parafilias. In: Lopes, G. P.; Cavalcanti, R.; Andrade, R. P. *Sexologia integral*. Curitiba, Relisul, 1992.

16. ROKEACH, M. *The open and closed mind*. New York, Basic Books, 1960.
17. SHILS, E. Authoritarianism: right and left. In: Christie, R.; Jahoda, M. (eds.). *Studies in the scope and method of the authoritarian personality*. Connecticut, Greenwood Press, 1981, pp. 24-49.
18. STOTSKY, B. A. The authoritarian personality as a stereotype. *Journal of Psychology*, 39:325-8, 1955.
19. WEBSTER, M.; SANFORD, N.; FREEMAN, M. A new instrument for studying authoritarianism in personality. *Journal of Psychology*, 40:73-84, 1955.

Disfunção Erétil: opinião do paciente quanto a possível tratamento* 2

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹
Mônica R. B. Puglise²

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. Disfunção erétil: opinião do paciente quanto a possível tratamento. *R. B. S. H.* 4(1): 1993.

Com o objetivo de reconhecer as expectativas quanto a possível, tratamentos, durante a fase diagnóstica, de homens impotentes sexualmente, procedeu-se a estudo retrospectivo de 1681 pacientes, em clínica privada de caráter multidisciplinar. As expectativas quanto aos possíveis tratamentos encontram-se apresentados nas respostas ao Inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III, referindo aceitação, rejeição/desconhecimento sobre as seguintes condutas: cirurgias, psicoterapias, medicamentos, orientação sexual, prótese peniana, hormônios, outros tratamentos.

A referência anterior à conduta terapêutica no que se refere à aceitação foi maior para medicamento (60,31%); orientação sexual (55,15%) e psicoterapia (52,38%). Em contrapartida, prótese peniana (20,23%), cirurgia (15,87%) e hormônio (8%) foram os mais rejeitados. Já os tratamentos mais desconhecidos para estes pacientes foram: outros tratamentos que não os citados (8,73%); hormônios (7,14%); prótese peniana (6,7%) e psicoterapia (6,34%).

De 194 (88,18%) indicações do psicoterapia, foram efetuadas 68 (35,57%). Das 34 cirurgias propostas (15,46%), foram realizadas 50%, sendo que dessas 17 cirurgias, 8 eram de implante para prótese peniana (47,06%). O mesmo aconteceu no que se refere aos medicamentos: 40 propostas, (18,18%), sendo realizadas apenas 50% delas.

* Instituto H. Ellis (SP).

1. Psicólogo clínico terapeuta associado ao Instituto H. Ellis, vice-presidente. Sudeste da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.
2. Psicóloga clínica, especializada em sexualidade pelo Instituto H. Ellis.

Recebido em 04.03.93

Aprovado em 15.03.93

Notou-se que as expectativas anteriores à proposta de tratamento pouco influenciam em seu curso real. A opinião abalizada do médico é a que mais conta; percebe-se, porém, que a motivação interna do paciente interfere na realização do tratamento que se realizará à contento, se tal motivação estiver presente de forma positiva. Caso contrário, é de fundamental importância a relação médico-paciente e o quanto ela pode influenciar na aceitação de tratamentos, re-estruturando cognitivamente o paciente. Entretanto, observa-se que essas motivações intrínsecas, quando inadequadas, podem ser alteradas com a intervenção a mais de um profissional de saúde mental. Essas motivações intrínsecas ainda devem conduzir o paciente à aceitação de tratamentos para a disfunção erétil.

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. Erectile dysfunction: patient's attitude concerning possible treatments. *R. B. S. H. 4(1): 1993.*

In order to recognize expectancy towards the possibility of treatment for erectile dysfunction, prior to treatment reference a retrospective study of 1681 male patients was made the expectancy found at the I.II.E. Male Sexuality Inventory, form III, which referred acceptance/rejection/unknowledge about surgeries, psychotherapy, medication, sexual education, penile protheses, hormones, and "other treatments".

The prior acceptance was higher for medication (60.31 %), sexual education (55.15%) and psychotherapy (52.38%) but lower for penile protheses (20.23%), surgeries (15.87%) and hormones (8%), the mostly rejected. The most unknown treatments were the non-cited (8.73%), hormones (7.14%), penile protheses (6.7%) and psychotherapy (6.34%).

Out of 194 (88.18%) references of psychotherapy, 68 patients (35.57%) were treated. Out of 34 (15.46%) referred for surgeries, 50% were done, from which 8 were penile protheses implantations (47.06%). Medications were penile prescribed for 40 patients (18.18%) and accepted by 50%.

Prior expectancy do not really counts for the acceptance of the treatments. The professional opinion by the physician takes the patient to accept the treatments, although subjective motivation do interferes with that acceptance. This seems to be the explanation besides the importance of the empathy between patient and physician is able to re-structure within the patient taking him to accept treatments, unless his emotional/nonrational motivations do not let him treat adequately his erectile dysfunction.

INTRODUÇÃO

Quando o homem sexualmente impotente procura um médico, traz consigo todas as esperanças, motivações e expectativas para seu tratamento e sua conseqüente cura.

É importante o médico poder reconhecê-las, pois assim, com certeza, ficará mais fácil estabelecer uma conduta, ou melhor, uma estratégia terapêutica. Este trabalho tem por objetivo reconhecer as expectativas dos pacientes frente aos possíveis tratamentos propostos para a disfunção erétil (D.E.), tentando estabelecer sua influência no tratamento a ser efetuado. Para tanto, foi proposto, então, este estudo retrospectivo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, 1681 pacientes homens, com queixas sexuais, que buscaram uma clínica privada de caráter multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento, no período de fevereiro de 1987 a julho de 1989. Os pacientes com queixas de disfunção erétil foram submetidos à avaliação multidisciplinar: entrevista inicial para anamnese da queixa (11,14); estudo hemodinâmico do corpo cavernoso com cloridrato de papaverina (10), com cavernosometria de fluxo (18) ou cavernosometria por pressão constante (4); a avaliação arterial (5,6,7); taxas sanguíneas de glicose, FHS, LH, prolactina e testosterona; estudo da turgescência peniana noturna com fitas de rompimento progressivo tipo H-R; exame de potencial evocado peniano e reflexo bulbo-cavernoso; avaliação psicológica com entrevista estruturada na sexualidade: desenvolvimento e disfunção; e aplicação de testes psicológicos e o Inventário de Sexualidade Masculina, forma III(12,13, 14, 16). Neste inventário, o paciente apresentava sua opinião sobre os tratamentos possíveis para a disfunção erétil, apresentados pela questão:

- 35: Há várias possibilidades de tratamento para dificuldades sexuais; após metucioso estudo, um ou vários conjuntamente serão indicados a você. No verso de sua folha de resposta escreva: o que você acha de cada tratamento, se você gosta ou não da idéia, se tem algo contra cada um destes tratamentos:
- a) cirurgia;
 - b) psicoterapia;
 - c) medicamentos;
 - d) orientação sexual;
 - e) prótese peniana;
 - f) hormônios;
 - g) outros tratamentos.

Procurou-se estabelecer a prevalência das respostas e a elaboração de conclusões.

Ressalte-se que os pacientes participantes deste estudo obrigatoriamente passaram por uma fase de psicodiagnóstico; responderam, portanto, ao menos parcialmente, ao Inventário I.M.E. de Sexualidade Masculina, forma III.

RESULTADOS

Os pacientes estavam na faixa etária de 19 a 71 anos (média, 44 anos). Quanto ao seu estado civil: 164 (65,08%) viviam em convivência marital; 72 (28,57%) eram solteiros; 12 (4,76%), desquitados e 4 (1,59%), viúvos, ou seja, não conviviam maritalmente.

A queixa sexual que motivou estes pacientes a procurarem tratamento era a disfunção erétil. Observando-se os dados reunidos na Tabela 1, percebemos que 46 apresentavam queixas primárias de distúrbios eréteis (19,05%); as dificuldades eréteis situacionais foram referidas por 70 pacientes (28,97%), incluindo, nestes últimos, os pacientes primários e os secundários e 201 pacientes apresentavam disfunção erétil secundária (83,73%), ou seja, no que se refere à ereção peniana, eles já haviam apresentado período normal de vida sexual.

Tabela 1 – Distribuição da queixa sexual principal em formas desta disfunção.

Tipo da Disfunção Erétil	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária*	46	19,05
Secundária	201	83,73
Situacional**	70	28,97
TOTAL	252	100

Outras queixas concomitantes foram referidas (e/ou indentificadas) em 181 pacientes (71,83%). Destes, 100 pacientes (39,68%) apresentavam ejaculação prematura ou precoce (Tabela 2), sendo que 37 referiam ejaculação precoce primária (37%); 44 pacientes referiam ejaculação prematura secundária anterior ao distúrbio erétil (44%); 12 pacientes, ejaculação precoce secundária à D.E. (12%); e 7 pacientes, ejaculação precoce situacional (7%).

* 18 pacientes apresentam a forma primária situacional.

** Estes pacientes também acham-se incluídos entre os primários e secundários.

Tabela 2 – Tipos de ejaculação prematura na disfunção erétil.

Tipo de Ejaculação Precoce	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	37	37
Secundária	44	44
Secundária à D.E.	12	12
Situacional	7	7
TOTAL	100	100

Na Tabela 3, observa-se que 13 pacientes (5,16%) apresentavam inibição ejaculatória, concomitantemente à disfunção erétil. Estes se distribuíram da seguinte maneira: 4 pacientes (30,77%)-inibição ejaculatória secundária à disfunção erétil; c 3 pacientes (23,08%)- inibição ejaculatória situacional.

Tabela 3 – Tipos de inibição ejaculatória concomitantes à disfunção erétil.

Tipo de Inibição Ejaculatória	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	–	–
Secundária	6	46,15
Secundária à D.E.	4	30,77
Situacional	3	23,08
TOTAL	13	5,16

Na Tabela 4, nota-se que 68 pacientes (29,37%) também referiam inibição do desejo sexual, que se apresentam: 8 pacientes (11,77%) - inibição primária; 34 pacientes (50%) - inibição do desejo sexual secundário anterior à queixa erétil; 23 pacientes (33,82%) - inibição do desejo sexual secundário à D.E.; 3 pacientes (4,41%) - inibição do desejo sexual situacional.

Tabela 4 – Tipos de inibição do desejo sexual associados à disfunção erétil.

Tipo de Inibição do Desejo Sexual	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	8	11,77
Secundária	34	50
Secundária à D.E.	23	33,82
Situacional	3	4,41
TOTAL	68	29,37

A Tabela 5 apresenta as atitudes do homem com disfunção erétil, demonstradas durante a fase diagnóstica, quanto aos possíveis tratamentos. Vinte e cinco pacientes não responderam à questão em estudo (9,9%). A referência anterior à conduta terapêutica no que se refere à aceitação foi maior para os itens: medicamentos (60,31 %); orientação sexual (55,15%) e psicoterapia (52,38%). Em contrapartida, os itens prótese peniana (20,23%), cirurgia (15,87%) e hormônios (8%) foram os mais rejeitados. Já os tratamentos mais desconhecidos para estes pacientes foram: outros tratamentos que não os citados (8,73%); hormônios (7,14%); prótese peniana (6,7%) e psicoterapia (6,34%).

Tabela 5 – Atitude do homem com queixa de disfunção erétil quanto às formas de tratamento, anterior à indicação terapêutica.

Tipos de Tratamento	Atitude do Paciente Impotente			
	Acceptação	Rejeição	Desconhecimento	Não respondeu
Cirurgia	117 (46,42%)	40 (15,87%)	10 (3,9%)	85 (33,7%)
Psicoterapia	132 (52,38%)	14 (5,5%)	16 (6,34%)	90 (35,71%)
Medicamentos	152 (60,31%)	11 (4,3%)	11 (4,3%)	78 (30,95%)
Orientação Sexual	139 (55,15%)	11 (4,3%)	14 (5,5%)	88 (34,90%)
Prótese Peniana	91 (36%)	51 (20,23%)	17 (6,7%)	93 (38,80%)
Hormônios	116 (46%)	20 (8%)	18 (7,14%)	98 (38,8%)
Outros Tratamentos	103 (41%)	6 (2,3%)	22 (8,73%)	121 (48%)

Os tratamentos propostos e os aceitos foram agrupados em três grandes itens (Tabela 6). Em psicoterapia houve 194 (88,18%) propostas, efetuando-se 68 tratamentos (35,57%). Das 34 cirurgias propostas (15,46%), foram realizadas 17 (50%), sendo que, destas, 8 eram para o implante de prótese peniana (47,06%) (9,15). O mesmo aconteceu quanto a medicamentos: houve 40 propostas (18,18%), sendo realizadas apenas 50%.

Tabela 6 – Indicação terapêutica para a disfunção erétil (32 pacientes realizaram apenas os exames diagnósticos por solicitação de outros médicos, não recebendo indicação de tratamento).

Tratamentos	Nº de Pacientes	
	Propostos	Efetuados
Psicoterapias	194 (88,18%)	68 (35,57%)
Cirurgias	34 (15,46%)	17 (50,00%)
Medicamentos	40 (18,18%)	20 (50,00%)
TOTAL	220 (100,00%)	87

A Tabela 7 mostra-nos quais foram os medicamentos indicados para o tratamento da disfunção erétil, sua aceitação e resultados.

Tabela 7 – Medicamentos indicados e sua aceitação, e resultados para o tratamento da disfunção erétil.

Medicamentos	Nº de Pacientes	Resultados Positivos	Resultados Negativos
Ioimbina	22	13	9
Ioimbina + Hydergine	1	–	1
Ioimbina + Citoncurim	1	–	1
Ioimbina + Prazozin	1	–	1
Profasi	1	–	1
Potaba	1	–	1
Prostaglandina	2	–	2
Papaverina	2	1	1
Corticóides	1	1	–
TOTAIS	32	15 (46,88%)	17 (53,13%)

Obs.: 8 pacientes foram desconsiderados nesta tabela.

Ao analisarmos a atitude prévia acerca dos tratamentos para a disfunção erétil em pacientes considerados predominantemente psicogênicos e que aceitaram psicoterapia (Tabela 8), observa-se que os itens de maior aceitação foram orientação sexual (60,29%), medicamentos (58,82%) e psicoterapia (57,35%). Já os tratamentos mais rejeitados foram cirurgia (14,71 %) e prótese peniana (16,18%). No tocante a tratamentos desconhecidos, percebe-se outros tratamentos que não os citados (14,71 %); prótese peniana (13,24%) e hormônio (10,29%). Ressalte-se que 4 pacientes desconheciam todos os possíveis tratamentos descritos.

Tabela 8 – Atitude prévia sobre tratamentos para a impotência em pacientes que aceitaram tratamento em psicoterapia (n = 68).

Tipos de Tratamento	Atitude do Paciente Impotente			
	Aceitação	Rejeição	Desconhecimento	Não Respondeu
Cirurgia	34 (50,00%)	10 (14,71%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Psicoterapia	39 (57,35%)	3 (4,41%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Medicamentos	40 (58,82%)	4 (5,88%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Orientação Sexual	41 (60,29%)	1 (1,47%)	5 (7,35%)	21 (30,88%)
Prótese Peniana	24 (35,29%)	11 (16,18%)	9 (13,24%)	24 (25,29%)
Hormônios	36 (52,94%)	3 (4,41%)	7 (10,29%)	22 (32,35%)
Outros Tratamentos	31 (45,59%)	–	10* (14,71%)	27 (39,71%)

* 4 pacientes desconheciam todos os tratamentos possíveis e descritos.

A indicação de psicoterapia (Tabela 9) mostra-nos que, de 146 propostas para a terapia sexual (97,33%), 48 casos (32,88%) tiveram o tratamento efetuado, até a alta. As indicações de terapia de grupo (1,33%) e de casal (1,33%) não foram aceitas. O mesmo não aconteceu com a terapia que se utiliza da abordagem corporal, apesar desta ter algumas particularidades: das 10 indicações recebidas (6,67%), foram realizados 9 tratamentos até a sua alta (90%). Ressalta-se que, de 6 pacientes que receberam indicação conjunta de terapia sexual com abordagem corporal, apenas um aceitou esta abordagem; 3 pacientes receberam medicação concomitante à abordagem corporal e 1 paciente obteve indicação de terapia de casal mais abordagem corporal. Destaque-se que as indicações para terapia sexual não apresentavam outras técnicas e indicações terapêuticas co-adjuvantes.

Tabela 9 – Tipos de psicoterapia indicados para o tratamento de disfunção erétil.

Tipos de Psicoterapia	Nº de Pacientes	
	Propostos	Efetuados
Sexual(*)	146 (97,33%)	48 (32,88%)
Grupo	2 (1,33%)	-
Casal	2 (1,33%)	-
Corporal(*)(**)	10 (6,67%)	9 (90,00%)
TOTAL	150 (100,00%)	-

CONCLUSÕES

Ao observarmos a Tabela 5, podemos perceber que as formas mais aceitáveis de tratamento para a disfunção erétil são, de início, os medica-

* 6 pacientes receberam indicação de abordagem conjunta de terapia sexual a abordagens corporais, sendo que apenas um aceitou a abordagem corporal.

** 3 pacientes receberam medicação concomitante a uma indicação de terapia de casal.

Obs:Indicação de psicoterapia sem outras técnicas e indicações terapêuticas co-adjuvantes.

mentos, a orientação sexual e a psicoterapia. Estas formas são aparentemente menos invasivas e, a priori, implicam em controle voluntário pelo paciente, o que pode conduzi-los a melhor aceitação. O contexto de invasão corporal pelo tratamento pode, ao menos parcialmente, explicar a rejeição maior pela prótese peniana (20%) e pelas cirurgias (16%). O maior desconhecimento dos tratamentos apresentados refere-se à prótese peniana e ao tratamento por hormônio, o que aparentemente não deveria ocorrer visto que são métodos de divulgação pela imprensa leiga e, aquele último, de fácil aquisição nas farmácias. Provavelmente, o que impede um consumo maior de hormônios, sem orientação médica, para o tratamento da disfunção erétil são as fantasias de uma possível interferência nos caracteres sexuais secundários do homem, com um déficit ou um aumento exagerado de hormônio; o que em última instância, poderia modificar ainda mais a masculinidade.

Nota-se que as expectativas anteriores à proposta de tratamento pouco influenciam seu curso real. Se pegarmos o item medicamentos, observaremos que obteve “ótima” aceitação como possível tratamento a ser realizado, porém, das 40 propostas, apenas 50% delas se realizaram. A respeito das cirurgias, um dos tratamentos mais rejeitados, observa-se fenômeno semelhante ao do medicamento: dos tratamentos propostos, foram realizados 50% deles. Ressalte-se que as próteses penianas também foram as mais rejeitadas, enquanto forma de tratamento, a estas totalizaram 47,06% das cirurgias realizadas.

Entre os medicamentos, o cloridrato de ioimbina, embora não haja muitos estudos que demonstrem como o efeito se dá, alcança bom nível de resultados com boa aceitação de tratamento, a qual pode se dar pelo efeito mágico que a droga sugere: um “afrodisíaco”. Porém, deve-se lembrar que a ação vasodilatadora periférica deve auxiliar nas disfunções veno-oclusivas e a ação sobre o sistema nervoso central, no desejo do paciente (1,2,3,17).

Concluímos, então, que a atitude prévia do paciente disfuncional não interfere no resultado final do tratamento. A opinião abalizada do médico é o que mais conta e - mesmo garantido um espaço para se discutir com o paciente o porque de determinado tratamento ser o mais adequado para aquele momento específico - a variável de maior interferência será a verdadeira motivação interna do paciente para a cura. A motivação, quando presente, passa por mediadores cognitivos (que podem ser corrigidos) da inadequação, quanto a forma de se tratar uma disfunção erétil, para a adequação proposta pelo médico, autoridade que buscou.

A aceitação da prótese peniana aparentemente é fruto da autoridade que o médico representa sobre as mudanças cognitivas e a atitude de receptividade pelo método terapêutico. No entanto, considere-se que a atitude prévia de rejeição não é passível de tais interferências por parte da figura

de autoridade do médico, posto que, dentre aqueles que tiveram o implante peniano, nenhum a rejeitava na fase diagnóstica. Naturalmente, o processo psicoterapêutico pode dessensibilizar o paciente quanto a medos neuróticos infundados a respeito desta terapêutica, mas lembremo-nos que a psicoterapia é um processo que, por si, já permite a modificação de atitudes, o que conduzirá à aceitação do implante peniano ou quaisquer outros métodos orgânicos no tratamento da disfunção erétil.

A aceitação de tratamento psicológico ainda se depara com resistências intrapsíquicas e concepções errôneas que grassam nossa cultura. Aceitar a psicoterapia significa, muitas vezes, que o paciente se reconhece como insano e psicologicamente inadequado, doente mental e incapaz. Considere-se, ainda, o conceito culturalmente divulgado do tratamento psicológico de longa duração, o que, a princípio, torna-se inverossímil para o paciente que se considera velho ou não-jovem, isto é, que não tenha mais a vida toda para se tratar e viver sexualmente feliz. Estes mediadores cognitivos recebem suporte social e muito deverá ser elaborado, por meio da mídia, para a modificação de atitude tão estável em cultura ocidental, mormente brasileira.

Neste ponto aponta-se a importância da relação médico-paciente e o quanto esta relação influencia na aceitação de tratamentos, re-estruturando cognitivamente o paciente. No entanto, por melhor que seja a relação médico-paciente, as motivações internas e subjetivas do paciente podem continuar a dirigir os mediadores cognitivos, o que o impedirá de mudar suas opiniões quanto aos tratamentos propostos ou menos aceitos, ao diagnóstico e à opção do tratamento apresentada pelo profissional. Tais motivações, muitas vezes não-cognoscíveis pelo paciente, podem ser acessíveis ao profissional de saúde mental, mas, também, nem sempre são mutáveis em poucas horas (!) de contato-diagnóstico com o paciente. As motivações intrínsecas ainda devem conduzir o paciente à aceitação de tratamentos para a disfunção erétil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORGES Jr., E.; ORTIZ, V. O uso de cloridrato de Yoimbina na disfunção sexual masculina. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEI), 1991.
2. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Loimbina e inibição do desejo sexual - estudo duplo cego com 25 pacientes. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEI), 1991.

3. MORALES, A.; CONDRÁ, M.; OWEN, J. A.; SURRIDGE, D. H.; FENEMORE, J.; HARRIS, C. Is Yohimbine effective in the treatment of organic impotence? Results of a controlled trial. *J. Urology*, 137:1 168-72, 1987.
4. PUECH-LEÃO, P. Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão constante. Dissertação de Docência-Livre, Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
5. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEÃO, L. E. Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence. *Vascular Surgery* 17(4):216-9, 1983.
6. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; REICHEL T, A. C. Leakage trough the crural edge of corpus cavernosum - diagnosis and treatment. *European Urology*, 13:163-5, 1987.
7. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES Jr., O. M. Especificidade do índice pênis-braço no diagnóstico de impotência vasculogênica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 15(1):55-6, 1988.
8. PUGLIESE, M. R. B.; CECARELLO, C. V.; RODRIGUES Jr., O. M.; MONESI, A. A.; OLIVEIRA, E.; REIS, I. M. S. M. Terapia sexual de disfunção erétil: experiências profissionais em hospital previdenciário. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEL), 1991.
9. REIS, J. M. S. M.; CHAO, S.; PUECH-LEÃO, P.; BASTOS, J. T. V. Penile implant preserving the crectile mechanism. *Proceeding of the Third Biental World Meeting on Impotence*, ISIR, 1938.
10. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL T, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 13(1):11-4, 1987.
11. RODRIGUES Jr., O. M. A avaliação de disfunção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 63(6):481-2, 1989.
12. RODRIGUES Jr., O. M. Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - Um modelo. *Arquivo Brasileiro de Psicologia* 42(2):57-62, 1990.
13. RODRIGUES Jr., O. M. A pesquisa na disfunção erétil. *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana*, 2(1):4, 1990.
14. RODRIGUES Jr., O. M. A sexualidade do paciente: a vergonha do médico e de outros profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina* 46(10):511-2, 514, 516, 1989.
15. RODRIGUES Jr., O. M.; BUENO, M. R.; ARCHINÁ, R. Expectation of treatment in impotence with penile protheses referral. *Urologia Panamericana*, 3(1):25-7, 1991.
16. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M. O inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III. *Sexus*, 3(3):19-23, 1991.
17. SONDA, I. D.; MAZO, R.; CHANCELLER, M. B. The role of yohimbine for the treatment of erectile impotence. *J. Sex & Marital ther.* 16(1):15-21, 1990.
18. WESPWES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SCHULMANN, C. C. C. Cavernometry - cavernosography: its role in organic impotence. *European Urology*, 10:229-32,1984.

Mulher e Sexualidade: o desejo da continuidade **3**

Maria Alves de Toledo Bruns¹
Maria Virgínia F. C. Grassi²

RESUMO

BRUNS, M. A. T.; GRASSI, M. V. F. C. Mulher e sexualidade: o desejo da continuidade. *R. B. S. H.* 4(1): 1993.

O objetivo desta pesquisa foi desvelar o que está oculto na sexualidade de algumas jovens mulheres que almejavam a sua realização pessoal e profissional. Buscando compreender o fenômeno da sexualidade em sua essência, analisamos os discursos ingênuos dessas mulheres sob uma perspectiva fenomenológica. As convergências evidenciaram aspectos como a busca da amizade, da continuidade do envolvimento e da intimidade. A relação sexual e o prazer têm sentido se permeados pela emoção erótica contínua que suscita uma memória e a promessa de um renascer de uma intimidade idílica.

Unitermos: sexualidade feminina, erotismo, continuidade do prazer, existencial ontológico.

RESUMEN

BRUNS, M. A. T.; GRASSI, M. V. f. C. Mujer y sexualidad: el deseo de la continuidad. *R. B. S. H.* 4(1): 1993.

Los objetivos de esta pesquisa fueron desvelar te que esta oculto en la sexualidad de algunas mujeres jóvenes, que anhelaban su realuación personal y profe-

1. Doutora em Psicologia Educacional - Departamento de Micologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto - USP.

2. Psicóloga com bolsa de aperfeiçoamento - CNPq.

Recebido em 18.03.93

Aprovado em 10.04.93

sional. Buscando comprender el fenómeno de la sexualidad en su esencia, analizamos los discursos ingenuos de esas jóvenes bajo una perspectiva fenomenológica. Las convergencias demostraron aspectos como la búsqueda de la amistad, de la continuidad del involucimiento y de la intimidad. La relación sexual y el placer tienen sentido si envueltos por la emoción erótica continuada que suscita una memoria y la promesa del renacer de una intimidad.

Unitermos: Sexualidad femenina, erotismo, continuación del placer, existencial-ontológico.

SUMMARY

BRUNS, M. A. T.; GRASSI, M. V. P. C. Woman and sexuality - the desire for continuity. R. B. S. H. 4(I) : 1993.

The objective of this research was to unveil that which is occult in the sexuality of young women ardently desiring personal and professional realization. Attempting to understand the sexuality phenomenon in its essence, the ingenuous discourses of these women were analyzed under a phenomenological perspective. The convergences evidenced aspects such as the search for friendship and the continuity of involvement and intimacy. The sexual relation and its pleasure has meaning if permeated by continuous erotic emotion that touches the memory and promises a rebirth of intimacy in ecstasy.

Key words: Feminine sexuality, erotism, continuity of pleasure, existential-ontological.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa vem ao encontro de uma indagação que há muito nos inquieta e esta inquietação nos levou a querer compreender o que é isto, a sexualidade?

No conviver cotidiano com outras mulheres, onde vivências e experiências são trocadas, começamos a voltar nossa atento para o que elas buscavam em seus relacionamentos afetivo-sexuais. Aí pareciam se situar as mais profundas emoções que vivenciamos em nosso mundo-vida: insatisfações, alegrias, prazeres, medos, sonhos... pareciam permear uma busca irrequieta e fascinante dessas mulheres.

Tentar compreender esta sexualidade em sua essência, no modo como ela se mostra por intermédio do discurso ingênuo de algumas mulheres, tornou-se nosso propósito, ou seja, caminhar ao encontro da estrutura deste fenômeno, tomando por base as descrições dos sujeitos, do seu mundo real vivido. Comprometemo-nos, assim, a desvelar o mais signi-

ficativo de alguns aspectos do fenômeno sexualidade feminina, sendo o discurso o seu fundamento ontológico-existencial.

Segundo Heidegger (1964:199), “o discurso tem o mesmo nível existencial de origem que o sentimento da situação e a compreensão” daí ser através dele nosso acesso à realidade vivenciada dos sujeitos. Realidade esta factual, que surge para a consciência, intencionalmente, no momento em que o sujeito a vivencia, situando-a enquanto um fenômeno existencial.

Ao nos referirmos à sexualidade, não estaremos descrevendo um estado, ou fato, mas um processo que nos levará a interrogar sempre, pois a compreensão do fenômeno não se esgota nunca.

Esta descrição caminhará com rigor para que, por meio dela, cheguemos à essência do interrogado. Nossa trajetória metodológica será a fenomenologia, enquanto instrumento que nos possibilita a “investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente” (Bicudo, 1992:4).

A partir disso, permitimos que aquela inquietação nos guiasse, nesta pesquisa, em busca de uma compreensão do fenômeno sexualidade feminina.

PRÉ-REFLEXIVO

Nosso pré-reflexivo, nesta pesquisa, iniciou-se com a necessidade de desvelar o que está oculto na sexualidade de algumas jovens mulheres que buscavam sua realização pessoal e profissional. Para isto, despojamo-nos dos paradigmas teóricos de análise, não nos subtraindo enquanto pesquisadoras, mas voltando-nos para um compreender pré-reflexivo do estudado, isto é, partimos “de um nível pré-redexivo que se torna reflexivo à medida que toma consciência e vai chegando a uma inteligibilidade do fenômeno” (Machado, 1992:23).

Em nosso estudo pré-redexivo, alguns autores nos mostraram diferentes visões deste vasto horizonte, a sexualidade.

Foucault (1984:11) nos diz que, para compreender de que forma o homem moderno podia fazer a experiência de si mesmo “enquanto sujeito de uma sexualidade, seria indispensável distinguir previamente a maneira pela qual, durante séculos, o homem ocidental fora levado a se reconhecer como sujeito de desejo”. Em seu livro é focalizado de que maneira, na Antiguidade, o sexo foi sendo problematizado, criando assim uma “estética de existência”, e essa problematização da atividade sexual foi constituída como campo moral, como uma insistência em seu cuidado ético.

Sob um prisma psicológico, os instintos são problematizados e desviados de seus objetivos e anseios pela cultura que não pode consentir com a gratificação imediata. A civilização se inicia quando o objetivo primário - satisfação integral de necessidades - é abandonado. É desta forma que Marcuse (1969) se refere à civilização repressiva em seu ensaio. Lane (1981) refere-se à determinação de papéis e da nossa identidade social através das condições sociais provenientes da produção da vida material. A repressão se coloca a serviço do trabalho “produtivo” e nos passa a imagem de que apenas os indivíduos com labor produtivo são socialmente valorizáveis. Chauí (1984) também transcorre sobre a repressão trazendonos à luz de que maneira os valores morais permeiam nossos relacionamentos e nosso modo de expressão no mundo, e esses valores são muito mais rígidos e estratificados para as mulheres desde a muito tempo.

Na Antigüidade, as mulheres só aparecem a título de objetos ou, no máximo, como parceiras que os homens tinham sob seu poder (Foucault, 1984). Há milênios que as relações sociais de poder e as divisões de tarefas se somam à dominação do feminino pelo masculino. A sexualidade feminina há muito é prisioneira dos limites sociais em que se desenrola a vida da mulher (esfera privada). Desta forma, segundo Alberoni (1988), a mulher, fechada na unidade doméstica, necessitaria do apoio emocional do homem. O erotismo feminino se apresentaria mais tátil, auditivo, muscular, tendo necessidade contínua de ternura, carícias e, por isso, busca os atos que significam continuidade e compreensão amorosa, íntima.

Neste prisma, há uma estrutura temporal diversa nos dois sexos: “Há uma preferência profunda do masculino pelo descontínuo e uma preferência profunda do feminino pelo contínuo” (Alberoni, 1988:24). Para Beauvoir (1980), a necessidade de continuidade da mulher é devido à condição de passividade ao qual é socialmente sujeita ao longo da história.

Muitas modificações ocorreram, nestas últimas décadas, para as mulheres no sentido de reelaborarem antigos valores morais e sexuais, tentando modificar ou sobrepujar as repressões de muitos anos de história. Principalmente nos anos 60, com o advento da pílula anticoncepcional, as mulheres começaram a tomar também, como seu, um prazer que há muito tempo fora domínio dos homens: o sexual. Junto com as mudanças de atitude, vieram as mudanças no modo de pensar, sentir, ser. E hoje, como está a mulher sexualmente? O que elas esperam? O que tem sido mais significativo em seus relacionamentos?

Nesta pesquisa, propusemo-nos ir ao encontro deste erotismo feminino como ele se apresenta e, colocando-nos frente aos depoimentos e a essa temporalidade, nos indagamos: o que é isto, a sexualidade feminina?

Nossa busca nos lançou num indagar muito profundo, primitivo, e muito rico no fascinante templo da sexualidade feminina.

UMA BUSCA...

A expressão livre e solta da sexualidade parece ter sempre sido condenável como atividade humana saudável e benéfica. Há muito tempo o homem tem receio desta força incrivelmente poderosa que o toma à razão e o transporta a um mundo de fantasias e desejos. A energia sexual mostra-se capaz de levar o homem às maiores “atrocidades” para o que é considerado “normal” e a maior das dádivas, gerando a própria vida pela procriação.

Na história da Humanidade, segundo Foucault (1977), a origem da Idade da Repressão, no século XVII, coincide com o desenvolvimemo do capitalismo. A sexualidade em sua expressão prazerosa passa a sex reprimida com todo o vigor, por ser incompatível com uma colocação no trabalho. Na época de exploração da força de trabalho, não se poderia tolerar que ela se dissipasse nos prazeres, que não os minimizados para a reprodução.

A sexualidade aparece enquanto verdade do sexo e dos seus prazeres a partir do século XVIII em que, pouco a pouco, a confissão erótica obrigatória e exaustiva foi sendo desvinculada do sacramento da penitência e emigrou para pedagogia, a medicina e a psiquiatria. O discurso científico, a partir do século XIX, tentou ajustar regras para produzir verdades sobre o sexo e passou a defini-lo como sendo de um *domínio* penetrável por processos patológicos, solicitando intervenções terapêuticas ou de normalização. O Ocidente conseguiu, assim, anexar o sexo a um campo de racionalidade e colocar-nos, inteiros, sob o signo de uma lógica do desejo. A história da sexualidade, que data desde esta época, deve ser feita, antes de mais nada, como uma história dos discursos, pois a sexualidade passa do nível existencial a um nível racional em que é expressada discursivamente a fim de esclarecê-la, decifrá-la enquanto produção da verdade sexual.

E isto parece se configurar até nossos dias em que a “razão científica” e seu discurso produzem muito sobre sexo em termos de técnicas e métodos que garantem o desempenho sexual. Conteúdo, o que nos parece é que, em prol de um prazer genitalizado, o corpo *todo* continua sendo dicotomizado como numa psicofísica “descartiniana” mais elaborada. A ciência, neste momento da história, auxilia a deserrotização do corpo, preconizada pela produção capitalista, ao conceituar sexualidade adulta como sendo busca do prazer genital. Toda a energia da vida, enquanto libido, é

assim subjugada pelo princípio da realidade que submete os instintos parciais do sexo à primazia da genitalidade e à função procriadora (Marcuse, 1969). Assim, continuamos falando muito mais do sexo e do sua energia do que sentindo ou vivenciando-a em nossos dias. Falar de sentimentos e emoções tornou-se tarefa difícil, pois muitas vezes nem nos permitimos vivenciá-las de forma integral, completa. Não aprendemos nem mesmo a nos enxergarmos completos, com um corpo que expressa toda nossa existência, e, assim, a nos realizarmos enquanto ser no mundo.

Optamos por interrogar sentimentos e buscas, e não desempenhos, por considerarmos que é aí, no discurso livre e ingênuo dos sentidos, que reside o que há de mais profundo: o santuário amoral da sexualidade de cada um de nós.

TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA

A fenomenologia é entendida como um pensar filosófico, voltado para a compreensão e a interpretação do mundo, e é entendida, enquanto metodologia de pesquisa, como modo de abordar o fenômeno. Fenômeno é tudo que se mostra, se manifesta, surge para uma consciência que o interroga.

Nessa perspectiva, os acontecimentos, o mundo não existem “em si mesmos”, como se fossem realidades objetivas e neutras, mas sim para uma consciência, para um ser que lhe atribui significados, os quais envolvem a percepção que a pessoa possui de si mesma, de sua relação com os outros humanos e com o mundo, num determinado momento de seu tempo vivido.

Assim, a consciência humana em sua existência concreta é finita, temporal e histórica, e dirige-se intencionalmente sobre o mundo numa relação dialética. Desse modo, a fenomenologia possibilita ao pesquisador o acesso a essa consciência, isto é, a “volta às coisas, mesmas”, às essências, o que significa chegar à realidade desprovida do estereótipos, estigmas, ou seja, abandonar os preconceitos e pressupostos em relação ao fenômeno interrogado.

É nesse sentido que Husserl (1945) define a fenomenologia como a “ciência dos fenômenos”, isto é, daquilo que é imediatamente dado em si mesmo, à experiência da consciência, procurando desvendá-lo, explicitá-lo para poder compreendê-lo. Isto se opõe à orientação formal utilizada pelo método experimental que, por se dirigir para os atos do medir, classificar, mensurar, vem se afastando da possibilidade de compreender, de desvendar a própria essência do ser.

Sendo assim, este estudo não busca uma normatividade tão comum à pesquisa quantitativa. Buscamos a essência do fenômeno sexualidade, vivenciado por jovens que tem, em comum, menos de 25 anos de tempo vivido; voluntárias universitárias da USP, campus de Ribeirão Preto, as quais se dispuseram a falar sobre a questão: “Descreva o que foi e o que vem sendo mais significativo em seus relacionamentos afetivos-sexuais”. Esses relatos foram gravados e submetidos aos próximos momentos da análise, intencionando explicitar o que está oculto nos discursos ingênuos.

MOMENTOS DA TRAJETÓRIA

- Leitura das entrevistas do princípio ao fim com o intuito de apreendermos o sentido e o significado do discurso numa perspectiva global.
- Releitura dos discursos visando discriminar as “unidades de significado” numa perspectiva psicológica, focalizando o fenômeno estudado. Tais unidades ocorrem sempre que o pesquisador percebe uma mudança psicológica e sensível de significado da situação para o sujeito. Isto quer dizer que, na pesquisa qualitativa, a realidade psicológica não está pronta, ela é construída pelo pesquisador no decorrer da análise.
- Após a obtenção das unidades de significado, buscamos as convergências entre as unidades identificadas e expressamos o significado contido nelas (análise ideográfica).
- Síntese de todas as unidades e integração dos *insights* contidos nelas transformadas em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno, ou seja, nesse momento, obtêm-se a essência do fenômeno interrogado (análise nomotética).

ANÁLISE IDEOGRÁFICA: AS UNIDADES DE SIGNIFICADO

Sujeito 1

Unidade de Significado 1

“Bom, eu acho que o que foi mais significativo em meus relacionamentos foi a amizade. Essa coisa de conversar, de saber o que está se passando, ter com quem contar”.

“(...) pro relacionamento sexual ser bom, é a gente conseguir transmitir as coisas que a gente sente, que a gente tem pra outra pessoa, porque eu acho que é tudo, o sexo é uma entrega”.

Compreensão da unidade de significado 1

O significado dos relacionamentos afetivos foi marcadamente filtrado pela amizade. Alberoni (1989) nos diz que “intuitivamente essa palavra nos traz à mente um sentimento sereno, límpido, feito de confiança, de familiaridade”, sendo amigo aquela pessoa capaz de acolher nossos sentimentos mais profundos e assim nos tornarmos especiais e queridos. Esse laço afetivo parece nos revelar algo que nos transcende e que nos dá a sensação de sermos melhores para o mundo. A transcendência da amizade, aqui, é vista na intimidade do contato sexual enquanto vislumbramento do todo no momento de entrega.

Unidade de Significado 2

“Pra mim, é superimportante o relacionamento sexual ser supercarinhoso, acho que eu sou meio romântica mesmo”.

“Eu acho que tem que ter o afetivo, sem o afetivo, fica super... eu acho que não tem sentido real, sabe, fica uma coisa muito sexo por sexo, eu acho que não vale a pena, tem que ter o envolvimento afetivo primeiro”.

Compreensão da unidade de significado 2

O aspecto carinhoso mostra-se como crucial para o momento de entrega sexual. A ternura e a doçura inserem-se no erotismo. Ao apreciar os carinhos, o afeto, é desnudada a necessidade de intimidade, de repartir a atenção amorosa contínua que assegura laços e que dá um sentido real a essa entrega. O “sexo por sexo” é desvalorizado, pois parece carregar em si o fim último do prazer (obsceno), sem a promessa de uma intenção continuada, de um afeto. O momento mágico de realização fica subjugado a breves instantes de prazer e isso não basta...

Unidade de Significado 3

“(...) eu acho que o que eu queria mesmo no momento, é ter, como diz todo mundo, um namorado, é estar namorando alguém, ter alguém pra sair, essa coisa assim: ‘Ah, hoje vamo no cinema, vamo não sei aonde’, ter alguém”.

Compreensão da unidade de significado 3

Quando queremos estudar comportamentos, é muito importante nos voltarmos às fontes primeiras de suas representações, como os ambos, enquanto “ricas fontes de *insights* psicológicos” (Johnson, 1987:6). C. G. Jung, ao estudar as bases da personalidade humana, deu atenção particular a eles e indentificou neles padrões psicológicos básicos. Psiquê reside em toda mulher enquanto sentimento de ser muito sozinha. Este dolorido estado de alma pode transformar a intocada experiência solitária em desejo de repartir, ter alguém, amar. A busca por alguém aparece aqui vinculada a padrões sociais de ter um namorado, enquanto representação ideal de completude. Namorar significa inserir num tempo continuo o desejo de ter alguém. É a imagem de Afrodite que “tende à fusão, à participação mistica com o homem” (Alberoni, 1988:26).

Sujeito 2

Unidade de Significado 1

“(...) foi aí a primeira vez que tive orgasmo, com ele, mas demorou um tempo que a gente transava, foi se conhecendo, eu fui percebendo mais meu corpo, a gente foi aprendendo, daí eu consegui sentir orgasmo”.

“Esse foi o marco principal da minha sexualidade”.

“Quanto mais eu sou assim, envolvida com a pessoa é muito melhor”.

Compreensão da unidade de significado 1

A sexualidade é o mais significativo discurso do corpo, pois é a expressão da totalidade do ser. O corpo, simbolizando a existência, é o que nos dá o referencial do que somos no mundo e de como o experienciamos. A experiência do prazer sexual (segundo observa Freud, o maior dos prazeres), dá um sentido íntimo ao ser, uma identidade própria, a realização do corpo enquanto existência.

O erotismo feminino se apresenta aqui enquanto necessidade da intimidade, de compreensão amorosa, de continuidade. A entrega é um abrir sucessivo de portas numa casa de muitos cômodos a isso dependerá dos encontros luminosos do erotismo contínuo onde o prazer e a ternura se abraçam divinamente. O envolvimento com o próprio corpo e com o corpo de outro abre portas para o esplendor do encontro com o prazer, o “marco principal da sexualidade”.

Unidade de Significado 2

“Mas assim, não foi uma coisa com a qual eu me sentisse bem, porque foram caras que eu conhecia numa noite, daí saía e transava, sem nenhum envolvimento emocional. Foi a partir daí que eu passei a ver que eu precisava pelo menos de um envolvimento mais profundo.”

Compreensão da unidade de significado 2

Envolvidas com atividades profissionais, ou mesmo emergidas no mundo do Logos (masculino), as mulheres tem tido muitas oportunidades e, economicamente, até mesmo obrigações de vivenciarem seu lado masculino, muitas vezes até assumindo essa postura racional. Em busca do si mesmas e do experiências, lançam-se no vivenciar da sexualidade descontínua e parecem poder aí ter a sensação do reagirem eroticamente diferente dos homens. Sexualidade e amor neste discurso inserem-se harmoniosamente no erotismo, sendo este último condição para a realização sexual plena: “eu precisava pelo menos de um envolvimento mais profundo”.

Unidade de Significado 3

“(…) a gente tá assim uns 2 meses juntos, mas não tem um envolvimento emocional muito profundo e eu acho que, não acho isso muito bom, às vezes eu queria uma coisa mais profunda, isso falta.”

Compreensão da unidade de significado 3

O envolvimento emocional, o estar enamorado, a intimidade fazem parte da necessidade de realização ideal dentro de um relacionamento,

“onde as emoções são luzes fulgurantes e o erotismo um canto altíssimo, um contato duradouro com o ideal e a essência última das coisas” (Alberoni, 1988:46).

Sujeito 3

Unidade de Significado 1

“O que concilia o afetivo com o sexual, você se unir a uma pessoa com todas as partes do ser, você... em todos os sentidos, de carinho, de amor, de tesão, de amizade, tudo em um relacionamento só, acho que aí seria perfeito. voce unir todas as características de uma coisa”.

“(...) eu acho que tem que estar tudo junto, tanto afetivo quanto sexual, a amizade e todo o resto”.

Compreensão da unidade de significado 1

O erotismo se realiza no registro da continuidade, no envolvimento afetivo. À inquietação, ao desejo ardente, ao choro, à emoção e à ansiedade insere-se a amizade, trazendo, ternamente, a confiança recíproca e limpando, do relacionamento, o mesquinho e o egoísmo da paixão. O ideal apresenta-se enquanto um todo indiferenciado, no qual os vários estados emotivos se fundem em devoção e uma única pessoa para realizar a mais sublime das uniões: o entregar-se sexualmente.

ANÁLISE NOMOTÉTICA: AS CONVERGÊNCIAS DOS DISCURSOS

Segundo Foucault (1984), a história da sexualidade no mecanismo da repressão supõe duas rupturas. Uma delas acontece no decorrer do século XVII com o nascimento das grandes proibições, a valorização exclusiva da sexualidade adulta e matrimonial, os imperativos da decência, a esquivas obrigatória do corpo, a contenção e os pudores imperativos da linguagem. A outra ocorre no século XX, no momento em que os mecanismos da repressão teriam começado a afrouxar; passou-se das interdições sexuais imperiosas a uma relativa tolerância a propósito das relações pré-nupciais ou extra-matrimoniais e eliminou-se, em grande parte, os tabus que pesavam sobre a sexualidade das crianças.

É a mulher do final do século XX - que, historicamente, passou pelas rupturas, revoluções e movimentos sociais que lhe asseguraram certa liberdade sexual-que questionamos o que é significativo em seus relacionamentos.

Algumas convergências se nos apresentaram de forma tão marcante que até as mesmas palavras são relatadas pelas nossas três entrevistadas.

Kundera (1984) nos diz que entre as pessoas deve haver muito mais semelhanças do que diferenças, e que é só na sexualidade que o milionésimo de diferença aparece como uma coisa preciosa, visto que não se oferece em público e que é preciso conquistar. Ainda que o trabalho da conquista hoje em dia tenha diminuído bastante, a sexualidade ainda é para nós o cofre onde se esconde o mistério do “eu” feminino.

Deste modo, a sexualidade feminina é relatada como misteriosa e preciosa. Algo a ser desvendado, descoberto, que habita o mais profundo da existência e que nos faz únicos diante da multiplicidade de originalidades insignificantes do mundo.

O mistério feminino reside mitologicamente em sua natureza anímica, voltada para a reflexão e para a introspecção. Johnson (1987) fala dos mitos enquanto ricas fontes do *insights* psicológicos que não são usualmente criados ou escritos por um ser individual, pois, na realidade, são produtos de uma imaginação coletiva, são experiências de toda uma era, de toda uma cultura. Eles descrevem níveis de realidade que incluem o mundo racional exterior, assim como o incompreensível mundo interior da psique de cada indivíduo.

Cavalcanti (1990) nos diz que, para compreender o espírito feminino, observamos a Lua e percebemos os seus mistérios. Penetramos num mundo mais obscuro, caprichoso, inconstante, inesperado. Ela se vela e não se revela totalmente. A Lua sugere potencialidades, estados da alma, humores e emoções, inspira os amantes, sugere a relação, o encontro, o amor e a busca pelo outro. A disponibilidade para o encontro, para a união última com o outro, é um dos aspectos do feminino.

É este aspecto da natureza feminina que se revela nas convergências dos discursos dos sujeitos. O aspecto carinhoso é desvelado como busca na realização amorosa. O desejo de continuidade é imperioso nos relacionamentos com o homem e se manifesta do vários modos: na busca da amizade, nos atos que significam interesse contínuo por sua pessoa (“sair juntos” - relato do sujeito 1), na busca da fusão de todos os aspectos do ser.

Esta busca da fusão é associada à imagem de Afrodite a qual se revela no desejo da participação mística com o homem que é um dos aspectos da natureza mitológica feminina. Este aspecto pode ser vislumbrado na mulher regida arquetipicamente pela Lua Cheia: “Ela se torna próxima daqueles com os quais estabelece um vínculo mais íntimo, um relaciona-

mento no qual ela possa mostrar as suas características de doação ao outro (Cavalcanti, 1990:62).

Quanto ao aspecto da busca da amizade, presente nos relatos como desejo de compreensão e de cumplicidade, podemos vislumbrar como os vários estados motivos são menos diferenciados nas mulheres do que no homem, ao trazerem elas para o relacionamento sexual todas as características dos relacionamentos humanos em geral a inserirem nele, harmoniosamente todas as emoções diversas que vivenciamos com o namorado, o amigo, o amante, o irmão, o pai, o filho. O outro, no momento de entrega sexual, guarda todas as características dos seres em potencial para acolher o que é extraordinário e grandioso da relação íntima que nos faz únicos. E para ser significativo, para o feminino, o encontro tem que ser mesmo assim: total, grandioso, único.

Kundera (1984:122), falando de seu personagem feminino Tereza, nos diz como ela não consegue entender a leveza e a futilidade alegre do amor físico: “Como gostaria de apreender a leveza! “. O amor físico para o feminino para o íntimo do feminino, parece perder seu Maior e comparado ao envolvimento afetivo mais intenso. Não que, para o homem, este último não tenha um valor, mas parece que, para a mulher, a importância do emocional anula o sentido do prazer físico com fim em si mesmo e, para o homem, são experiências diversas que não se anulam. As convergências apontam para este ponto, principalmente no depoimento do Sujeito 2. A busca pela relação sexual perde seu sentido em detrimento da busca pela emoção erótica contínua que traz uma memória e a promessa de um recomeçar de uma intimidade idílica.

É pela busca da emoção erótica que o interesse da mulher se afasta da pornografia que pernicia tanto as fantasias masculinas. A pornografia, segundo Alheroni (1988), ostenta um universo fabuloso no qual não se precisa seduzir para obter; o relacionamento sexual não é o término de uma espera de uma maturação, e os heróis estão isentos de dever de conquistar e de perder-se em prelúdios amorosos. É tudo pronto e instantâneo para a satisfação, para o prazer. Neste universo imaginário, não há lugar para nenhum sentimento, para nenhuma outra relação, não há troca, o desejo é sempre ardente e sempre satisfeito. A pornografia é a satisfação alucinatória dos desejos, das necessidades e aspirações, dos medos próprios deste século. É por corresponder a uma história interna que a pornografia sempre se mostrou como fruto promissor do mercado e da mídia.

A fala velada da sexualidade - permeada de repressão e de culpas, dignificada pelo discurso racional científico sem emoções - abriu uma brecha muito fértil, para ambos os sexos, para a eclosão oculta de outras formas de expressão desse desejo tão poderoso. O mercado capitalista percebeu o rico campo que aí se abria para a divulgação e a promoção do proibido. O que era abominado também era desejado ardentemente. Hoje

oferecem-se produtos para as mais diversas fantasias eróticas e pornográficas, apresentam-se produtos variados para as diferentes fantasias e dão-se conta dos compradores (telespectadores) masculinos e femininos, valendo-se de nossa escravidão da energia da libido reprimida.

A produção da verdade, Intimada pelo modelo científico, parece ter criado seus prazeres intrínsecos: o prazer da verdade do prazer, prazer de sabê-la, exibi-la, descobri-la, de fascinar-se ao vê-la, de confiá-la secretamente; o prazer específico do discurso verdadeiro do prazer, fomentado pela ciência do sexo. Muito mais do que um mecanismo negativo de exclusão ou rejeição, trata-se da colocação em funcionamento de uma rede sutil de saberes, prazeres e poderes (Foucault, 1977).

Escravos da monarquia do sexo, do que nos faz falar do sexo e de dedicamos a ele nossa atenção e preocupação, esquecemos de nos enxergarmos humanos nisso, e somos atingidos pelos mecanismos de poder da sexualidade burguesa e mercantilista. É por medo de nós mesmos e do que abrigamos no âmago que valorizamos, durante tantos anos, uma ciência positiva que não dá conta de nos explicar através de paradigmas teóricos. É pela busca, não sem receios, do que realmente somos que tentamos novos caminhos os quais nos possibilitem olhar, mais qualitativamente, o ontológico de cada um de nós e nos enxergar inteiros: corpo, emoção, razão e tudo que nos transcende.

Sob este prisma vemos a mulher hoje: mais ativamente participativa e também confusa com sua identidade e com seu verdadeiro papel no grande palco da vida. Palco que nos oferece possibilidades de realizarmos, enquanto humanos, as mais diversas divindades (arquétipos) e no qual os valores antigos entram em conflito com os novos. A estereotipia masculina exacerbada pode protegê-la mascaradamente do desconforto de ainda sentir-se dividida, insegura diante do que busca realmente. Contudo, sua natureza anímica sabe que não é este seu modelo e a lança em confronto com seus fantasmas internos. Desta forma, a mulher sexualmente independente, livre, pode se ver desejando ardentemente sua realização contínua dentro de um relacionamento que lhe assegure ser amada, valorizada, amparada e desejada.

Aí, há uma grande contradição nos estereótipos, vendidos externamente, de cada um de nós. A imagem externa de mulher competitiva, livre para optar por sua sexualidade, participando ativamente do Logos masculino na sociedade capitalista, guarda uma natureza mais subjetiva, mais relacionada com sentimentos do que com que as leis e os princípios do mundo externo. Harding diz que daí o conflito ser usualmente mais devastador para as mulheres do que para os homens: “Não é um problema de adaptação da mulher aos mundos do trabalho e do amor, esforçando-se para dar o mesmo peso a ambos os lados de sua natureza, mas uma questão

de adaptação aos princípios femininos e masculinos que interiormente governam o seu ser” (1985:35).

A mulher em busca de sua identidade real, de suas naturezas primitivas e potencialidade, tenta encontrar-se no mundo. O que acreditamos é que só dentro de si mesma, aliando-se aos seus princípios internos de direção e à sua globalidade, a mulher poderá descobrir o que canto busca no exterior. E, recolhendo para si a energia de tantas projeções, de tantos amores, de medos e potencialidades, poderá descobrir realmente o outro após ter se encontrado inteira. Poderá parecer meio antagônico, como mostra o discurso do Sujeito 3, mas, como ela mesma nos diz: “relacionamento é uma coisa que nós estamos aprendendo ainda”.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERONI, F. *O Erotismo*. Rio do Janeiro, Rocco, 1988.
2. _____. *A Amizade*. Rio do Janeiro, Rocco, 1989.
3. BEAUVOIR, S. *O Segundo Sexo*. Vol. 1, Rio do Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
4. BICUDO, M. A. V. *Sobre a Fenomenologia*. In: *Pesquisa Qualitativa em Educação: Um Enfoque Fenomenológico (apostila)*. II Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores, 1992.
5. CAVALCANTI, R. *O Casamento do Sol com a Lua*. São Paulo, Cultrix, 1990.
6. CHAUI, M. *Repressão Sexual - essa nossa (des)conhecida*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
7. DARTIGUES, A. *O que é Fenomenologia*. Rio de Janeiro, Eldorado, 1973.
8. FORGHIERI, Y. C. (org.) *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo, Editores Associados e Cortez, 1984.
9. FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I - A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.
10. _____. *História da Sexualidade II - O Uso dos prazeres*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
11. GIORGI, A. *A Psicologia como Ciência Humana - Uma Abordagem de Base Fenomenológica*. São Paulo, Interlivros, 1978.
12. HARDING, M. E. *Os Mistérios da Mulher*. 2ª ed. São Paulo, Paulinas, 1985.
13. HEIDEGGER, M. *L' Etre et le Temps*. Paris, Gallimard, 1964.
14. _____. *Todos nós... Ninguém - Um Enfoque Fenomenológico do Social*. São Paulo, Moraes, 1981.
15. HUSSERL, E. *A Filosofia como Ciência do Rigor*. 2ª ed. Coimbra, Atlântica, 1945.
16. JOINSON, R. A. *SHE*. 2ª ed. São Paulo, Mercuryo, 1987.
17. KUNDERA, M. *A Insustentável Levesa do Ser*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1984.

18. LANE, T. M. *O que é Psicologia Social?* São Paulo, Brasiliense, 1981.
19. LEPARGNEUR, H. *Antropologia do Prazer*. Campinas, Papirus, 1985.
20. MACHADO, O. V. M. O Fenômeno Situado. In: *Pesquisa Qualitativa em Educação: Um Enfoque Fenomenológico* (apostila). II Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores, 1992.
21. MARCUSE, H. *Eros e Civilização*. 4ª ed. Rio do Janeiro, Graal, 1969.
22. MARTINS, J. e BICUDO, M. A. V. *Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação*. São Paulo, Moraes, 1983.
23. SALEM, T. *O Velho e o Novo - Um Estudo de Papéis e Conflitos Familiares*. Petrópolis, Vozes, 1980.

Resumos Comentados

pervertidas. A culpa por esse prazer pode conduzir a mulher a uma supressão de todo o seu desejo sexual, inclusive pelo marido. É preciso educar as mulheres no sentido de esclarece-las que esse prazer é normal, diminuindo sua ansiedade e sua culpa e possibilitando-a a viver essa importante faceta da sexualidade que é a maternidade.

O autor também considera o ressentimento feminino pelo abandono provisório ou permanente da sua carreira profissional e uma auto-imagem corporal negativa como causas do desinteresse sexual.

The Combined Intracavernous Injection and Stimulation Test: diagnostic accuracy **2**

Resumo e comentários de Luis Otávio Torres¹

DONATUCCI, C.F.; LUE, T. The combined intracavernous injection and stimulation test: diagnostic accuracy. *J. Urol.* 148:61, 1992.

A introdução dos agentes farmacológicos intracavernosos revolucionou o diagnóstico e o tratamento da disfunção erétil. Para melhorar a eficácia dessas drogas, várias técnicas foram propostas, incluindo estímulos audiovisuais, vibratórios e manuais.

Os autores fazem uma análise retrospectiva dos resultados da combinação da injeção intracavernosa e auto-estimulação.

Foram avaliados 102 pacientes (idade média de 50,5 anos). A qualidade da ereção foi verificada 15 minutos depois da injeção da droga vasoativa. Doze pacientes obtiveram uma ereção plena, não necessitando de auto-estimulação. Os 90 pacientes restantes, que não obtiveram rigidez total, foram então instruídos a se auto-estimularem por 5 minutos, antes de uma nova avaliação. Destes 90 pacientes, 67 (74%) melhoraram a rigidez com o auto-estímulo e 23 (26%) não se alteraram. Cinco minutos após cessarem o estímulo, verificou-se uma diminuição na qualidade da ereção em 25 pacientes - fato sugestivo de impotência venogênica. Estes foram, então, submetidos a cavernosometria e cavernosografia e 21 (84%) mostraram fuga venosa de moderada a grave, demonstrando uma forte corre-

1. Diretor clínico do Instituto Cavalcanti, Belo Horizonte (MG).

Recebido em 10.01.93

Aprovado em 22.01.93.

lação entre esses testes. Em apenas 4 pacientes (16%) não se observou fuga venosa.

Concordamos que métodos coadjuvantes devem ser utilizados na tentativa de melhorar a sensibilidade e especificidade do diagnóstico por drogas intracavernosas, uma vez que vários relatos já foram feitos sobre os resultados falso-negativos desses testes.

Os autores concluem que a auto-estimulação após a injeção de agentes farmacológicos pode aumentar a resposta dos pacientes, prevendo o sucesso potencial da auto-injeção de drogas e predizendo o diagnóstico presuntivo de impotência venogênica.

Liberal Humanism as an Ideology of Social Control: the regulation of lesbian identities **3**

Resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

KITZINGER, C. Liberal humanism as an ideology of social control: the regulation of lesbian identities. *In*: Shotter, J.; Gergen, K. J.: *Texts of identity*. London, Sage Publications, 1992.

A autora discute a identidade da lésbica, iniciando a análise com a definição de uma feminista lésbica radical, Jill Johnston (1973): “Identidade é o que você pode dizer o que concorda que digam que você possa ser”. A Identidade não é um produto livremente criado pela introspecção ou por reflexões desproblemalizadas sobre a área sagrada e privada do “self interior”, mas é concebida dentro de certos enquadramentos ideológicos construídos pela ordem social dominante (patriarcal) para manter seus próprios interesses.

Historicamente, a identidade de lésbica surge no final do século XIX e início do século XX com o contexto sócio-político da primeira onda do feminismo. Antes da virada do século, tem-se a criação sexológica da lésbica como um tipo “especial” de pessoa definida por uma “essência”, sem a qual a lésbica, enquanto identidade específica, não poderia existir. A sexologia do início do século, em resposta ao ataque político efetivado pelo avanço das sufragetas, age em duas frentes, tentando empurrar as mulheres de volta à heterossexualidade: por meio da orquestração do prazer sexual

1. Psicólogo, terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis, mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP.
Recebido em 11.03.93

Aprovado em 20.03.93.

feminino pela melhoria das técnicas sexuais masculinas, e por meio da patologização do lesbianismo. Estes contextos mantiveram-se inalterados como verdades científicas presentes em textos até a metade da década de 70. A qualidade moral coercitiva serviu para estruturar a experiência da lésbica sobre si mesma de modo a tirar o lesbianismo da arena política, realocando-o no domínio da patologia pessoal.

A década de 70 e a perspectiva liberal humanista permitiu o desenvolvimento de propostas alternativas de visão sobre o lesbianismo. Assim, neste contexto ideológico, a identidade lésbica contemporânea foi construída e temos, então, uma identidade que não equivale mais às “pecadoras miseráveis” ou às formulações psicanalíticas que implicavam desenvolvimento perturbado, ansiedade de castração não resolvida ou conflitos edípicos, perseguindo outra mulher na fútil tentativa de substituir um clitóris por um bico de peito como fruto de seus problemas.

No entanto, salienta a autora, a identidade lésbica liberal humanística é ativamente promovida, pois reflete a ideologia socialmente sedimentada que funciona como um instrumento de controle social, despolitizando o lesbianismo, aniquilando o desafio sobre as instituições reificadas da moral dominante e da ordem social. A identidade lésbica contemporânea é promovida pela ordem dominante para reforçar a retórica moral e validá-la.

Neste conlexio liberal humanístico, o comportamento lésbico desvia-se socialmente adequado quando se relaciona o lesbianismo ao amor romântico, onde existe alegria real, e a lésbica pode ajustar-se socialmente...

Conclui Kitzinger que a identidade não é uma propriedade do indivíduo, como é comum discutir-se na Psicologia, mas são construções sociais, promovidas de acordo com interesses políticos da ordem social dominante. Afirma, também, que os oprimidos são ativamente encorajados a construir sua identidade a qual reafirma a validade básica desta ordem moral dominante, e que o discurso liberal humanístico serve a este propósito, suprimindo e desacreditando posturas políticas lésbicas e feministas radicais.

Estes conceitos estão de acordo com os fundamentos filosóficos do materialismo histórico e devem ser considerados na análise clínica dentro da sexologia, implicando uma co-existência com a realidade social e não ingressando nas fileiras ideológicas, tratando ineficazmente pacientes ao mantê-los enclausurados em identidades reificadas e cristalizadas em uma metamorfose (Ciampa, 1990). Esta se re-põe indefinidamente ensimesmando-se e desgastando as possibilidades de mudança de acordo com a própria política de identidade e objetivos de vida. A leitura ideológica da identidade lésbica permite a desmistificação das patologias pelo contexto

lésbico e, conseqüentemente, a responsabilidade política das pessoas envolvidas é restaurada na construção da realidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CIAMPA, A. C. *A estória do Severino e a história de severina. São Paulo, Brasiliense, 1990.*

de 12 a 24h. Durante o orgasmo, não se observa a sensação de inevitabilidade ejaculatória e o esperma é espelido em menor quantidade e força. Não se observa o rubor sexual característico de homens mais jovens e nem o aumento do testículo na fase de excitação. Após a ejaculação, a ereção é perdida mais rapidamente, quase imediatamente.

Nas mulheres, tal como nos homens, as respostas são mais vagarosas e menos intensas após a menopausa. O interesse e a capacidade sexual para obter uma resposta completa não são dependentes do estrogênio. A dispareunia é a disfunção mais comum, devido à diminuição da transudação que demora de 1 a 3 minutos para acontecer em comparação a 10 a 30 segundos em mulheres mais jovens. Ocorre uma diminuição da vagina e da sua expansão durante a resposta sexual. Na fase do orgasmo, ocorrem menos e menores contrações da plataforma orgásmica e útero e não ocorre elevação desse órgão como antes.

A maior parte do desinteresse sexual e da inatividade, em pessoas de idade, está relacionada às condições de vida e às atitudes (monotonia conjugal, dedicação aos filhos, trabalho, etc.) e não às doenças.

O excessivo consumo de alimentos e álcool é um outro fator importante para a diminuição da libido em homens mais velhos.

Com o autor, concluímos que a melhor segurança para a continuidade da habilidade sexual nas idades mais avançadas é a frequência das relações sexuais durante a vida, uma boa condição geral de saúde, um paciente interado e interessado do assunto e nas mulheres, a reposição hormonal.

Life Span Perspective in Psychogenic Impotence: diagnosis and therapy **5**

Resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

GRAZIOTTIN, A. Life span perspective in psychogenic impotence: diagnosis and therapy. *International Journal of Impotence Research* 4(2):165-73, 1992.

A autora produz uma revisão das causas psicológicas para a disfunção erétil do ponto de vista da abordagem psicodinâmica. Através de sua “experiência clínica” afirma que “uma alta proporção- de homens com queixas eréteis, quando adequadamente questionados, lembram-se de episódios anteriores de impotência aos quais responsabilizou o *stress*, a ansiedade, a culpa ou mesmo o álcool em pequenas doses, que não são julgados como fatores de importância.

A autora analisa o significado atual do termo “psicogênico” diferenciando-o do esvaziamento de sentido muitas vezes empregado por pesquisadores que o preenchem pela falta de diagnóstico orgânico ou justificando terapêuticas.

Não se esquece a autora de comentar as interferências de emoções, tais como ansiedade, *stress* crônico ou depressão, tanto na função sexual quanto nos exames orgânicos que visam diagnosticar homens com impotência. Afirma, baseando-se em outros pesquisadores, o quanto podem se enganar profissionais da área médica ao interpretarem erroneamente deter-

1. Psicólogo e terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis (SP); vice-presidente Sudeste da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, biênio 1993-95.

Recebido em 28.03.93

Aprovado em 10.04.93

minados resultados de exames em pacientes com situações psicológicas definidas não investigadas e o quanto isto piora o quadro e dificulta futuros tratamentos corretos. Cita alguns casos interessantes, como o de casais complementares sem consumação de casamento, onde homens impotentes tinham, em 31,2% das vezes, parceiras vagínicas. Assim mesmo, já haviam sido “tratados” com injeções intracavernosas de drogas vaso-ativas. Descreve vários fatores tratáveis através de terapia sexual: distúrbios de motivação de agressividade, emergência de fantasias sádicas, medos de destruição e auto-destruição, evitação coital para manutenção de conjugabilidade, hostilidade de casal, atitudes fóbicas, ansiedade de desempenho (incluindo extremos), dependência da televisão e de atividades profissionais. Conclui sobre a multifatoriedade causal para os distúrbios de ereção através do modelo “psicobiológico”, como mais operacional, contra a dicotomia “psicogênico” e “orgânico”.

A autora descreve o homem com alto risco de desenvolver impotência como aquele que tem: mãe dominante; pai ausente (física ou psicologicamente); identidade sexual frágil (cirurgia genital prévia, ginecomastia na puberdade); hipoagressividade; falta de auto-confiança; baixa libido; baixo ritmo ejaculatório; percepção fetichista do pênis; dependência de drogas; dependência de álcool ou nicotina; ansiedade severa; depressão; conflitos conjugais severos; conflito de identidade sexual; motivações homossexuais negadas,

Aponta a história clínica do paciente sobre fatores de vulnerabilidade como muito crítica para o prognóstico.

As estratégias terapêuticas são divididas em três formas: terapia sexual, tratamento médico e tratamento cirúrgico (incluindo efeito placebo nos dois últimos).

Aponta como fatores prognósticos positivos para terapia sexual: a não-dependência de álcool ou drogas, leve a moderada depressão, ansiedade, *stress* crônico, déficit erétil com duração inferior a um ano, relação conjugal estável, falta de adequada estimulação sexual pela parceira, prazer sexual da parceira não dependente apenas do orgasmo coital, ignorância de modificações sexuais com a idade, ignorância erótica.

A terapia sexual é apontada como atuando sobre o modelo de vulnerabilidade multifatorial:

- melhorando a habilidade do paciente para enfrentar eventos negativos da vida e fatores psicológicos adversos; escutar, informar, reassegurar e aconselhar (embora a autora utilize esta forma, para evitar confusões semânticas em português devemos preferir o verbo orientar, evitando também complicações éticas e mal entendidos), seriam importantes guias para esta abordagem;

- preparando pacientes de alto risco para cirurgia ou tratamentos farmacológicos (a exemplo de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas);
- reabilitando os pacientes após a cirurgia.

Estes pontos deveriam ser discutidos com o urologista para melhor prognóstico, apontando o melhor momento para indicação de determinadas abordagens terapêuticas.

A terapia sexual deveria atuar preenchendo as falhas entre o corpo e a mente, entre as faces estrutural e funcional do problema erétil.

Conclui a autora que o terapeuta sexual/sexologia deve atuar lado a lado com o uroandrogologista, agindo diretamente sobre alguns dos fatores funcionais (incluindo o psicogênico).

A autora esquece-se de descrever a necessidade de adequada formação do sexólogo para compreensão de tantos fatores intrínsecos da personalidade do paciente, além das técnicas comportamentais. Embora não deixe claro que defenda essa formação, estes pressupostos permeiam seu texto. Também devemos acrescentar fatores sociais não considerados pela autora, pois determinados pacientes não evoluirão caso não se cuidem contra as condições externas ao casal e ao indivíduo, os quais interagem com filhos, vizinhos, parentes, trabalho, e por extensão com qualquer nível de imigração social.

foram principalmente uma amiga (35,41%) ou a namorada (27,81%), o qual ocorreu na casa do pesquisado ou na da parceira. Comportamentos bissexuais foram detectados em 5% dos estudados, sendo que 0,3% se identificou como homossexual. A homossexualidade não foi considerada natural, sendo que para 25% dos soldados é considerada desvio e pecado. A autora considerou 40% da mostra como promíscua. Dos pesquisados, 83,75% referiram necessita de mais informações sobre sexualidade, e 55% afirmaram que a educação deverá ser igual para homens e mulheres. Metade dos jovens casar-se-ia com mulheres não virgens, acreditando (55%) que o coito deveria ser praticado entre namorados e noivos. A gravidez da parceira e o risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis são as principais preocupações na vida sexual destes jovens soldados, 8,75% já havia contraído DST, especialmente gonorréia, sendo que apenas um terço utiliza métodos preventivos em todas as relações sexuais. Acreditam que homens e mulheres devem ser fiéis, e a infidelidade masculina seria sinal do fracasso do casamento.

A autora conclui que pais e professores deveriam assumir mais a educação sexual das crianças. Conclui, também, que pesquisas do mesmo tipo deveriam ser conduzidas com relação às mulheres jovens.

Os resultados são interessantes e refletem uma condição que, talvez não podendo ser generalizada, deve ser repetida em outros centros do país. São estudos deste tipo que possibilitarão o desenvolvimento técnico de profissionais brasileiros qualificados e adequadamente instrumentalizados para atuar em orientação sexual de adolescentes e de médicos sanitaristas e dermatologistas, em trabalho de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

A autora demonstrou ser uma possibilidade a pesquisa regionalizada e que esta traz dados e fatos com os quais ela própria terá que lidar em seu cotidiano profissional. Desta forma a autora dá um exemplo a ser seguido por profissionais que trabalham com sexualidade humana em um país tão vasto como o Brasil, posto que o que se considera verdadeiro em uma região não o é em outra e necessita ser conhecido em suas diferenças e similitudes. Ao serem conhecidas as variações comportamentais e atitudinais sobre a sexualidade, o profissional pode desenvolver um trabalho adequado àquela população. A pesquisa de Brito é uma conclamação a nós, outros profissionais em sexualidade, para desenvolvermos as nossas próprias pesquisas em nossa realidade próxima.

aumentou (22%), mas 58% referiu que não ocorreram modificações quanto ao prazer sexual. O orgasmo foi notado inexistente (4%), diminuída a ocorrência (12%), aumentada a freqüência (12%), mas 64% não notou modificações com relação ao momento anterior à cirurgia, embora 8% não houvesse respondido a este item. A freqüência das relações sexuais aumentou para 22% das pesquisadas e diminuiu para 16%.

A pesquisa efetuada pela autora traz dados interessantes, mas sem perspectiva e sem elaboração a partir de uma teoria psicológica ou sociológica, recebendo também pouca elaboração do ponto de vista médico-ginecológico. A introdução traz referências a postulados psicológicos psicanalíticos, sem que sejam revisitados ou participem das conclusões ou da discussão dos resultados. Cremos que estudos sobre os resultados dos procedimentos cirúrgicos sobre a sexualidade devem ser efetuados para melhor orientação das pacientes e dos profissionais envolvidos no diagnóstico e no tratamento destas mulheres.