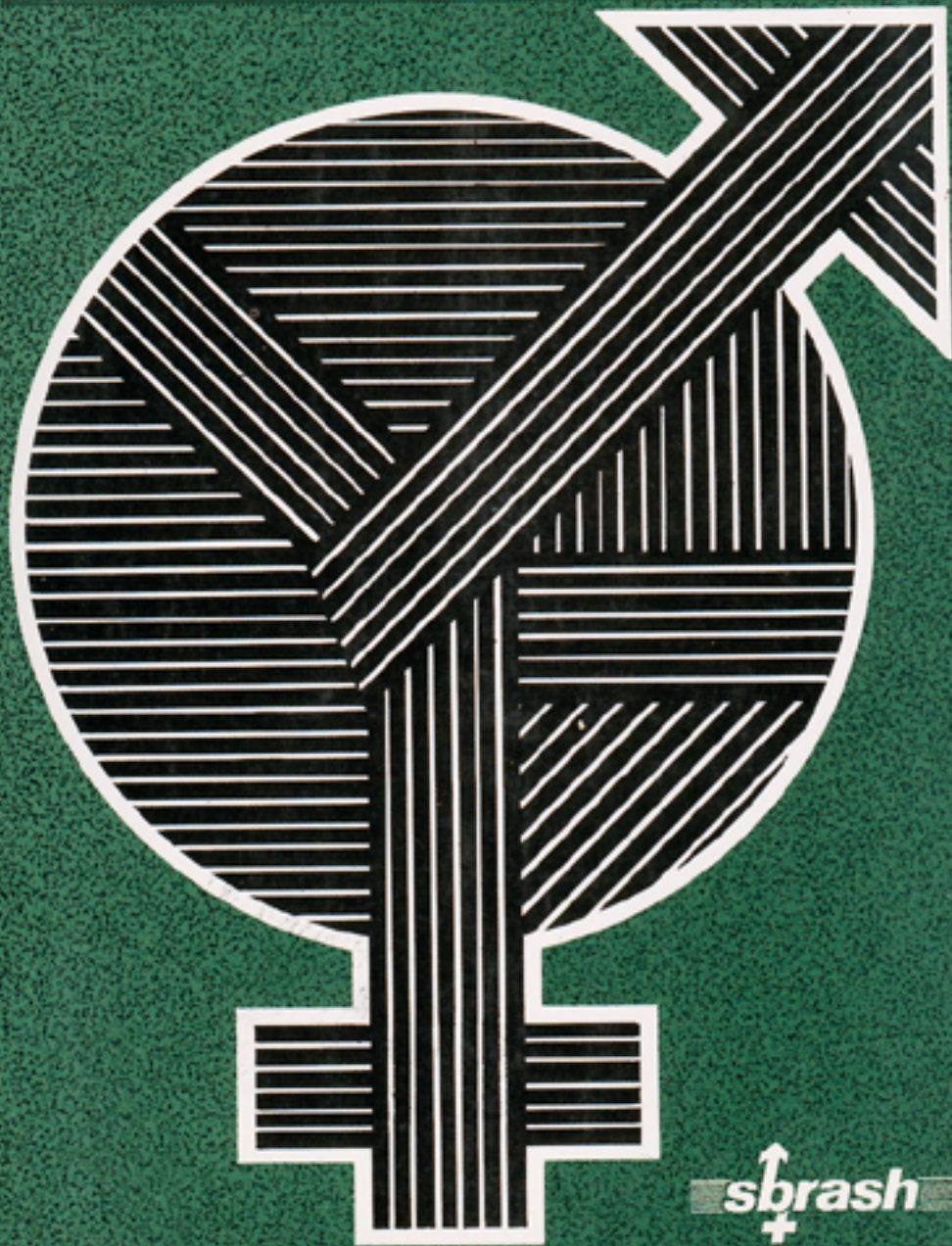


REVISTA BRASILEIRA DE

SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME 4 - Nº 2 - 1993

CODEN RBSHE5



sbrash

Revista
Brasileira
de
Sexualidade
Humana

Volume 4 - Número 2 - Julho a dezembro de 1993
Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH

Sumário

Editorial	133
------------------------	-----

Opinião

1. O Ginecologista e a Sexualidade	137
Nelson Vitiello	
2. Educação Sexual e Formação do Professor-Necessidade e Viabilidade.....	154
Tereza Cristina Pereira Carvalho Fagundes	
3. Educação Sexual no Brasil e na América Latina	164
Ricardo da Cunha Cavalcanti	
4. O Adolescente e a Família.....	174
Roberto Curi Hallal	

Trabalhos de Pesquisa

1. Disfunção Erétil: avaliação através do inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma D.E. III.....	181
Oswaldo M. Rodrigues Jr.; Moacir Costa	
2. Hiperprolactinemia na Mulher e Possíveis Repercussões na Resposta Sexual.....	200
Gilda Bacal Fucs; Celia Athayde; Angela Campos	
3. Teste de Ereção Fármaco Induzido: “falsos negativos”.....	206
Luíz Otávio Torres; Gerson Pereira Lopes; Marco Antonio Martins de Carvalho; Cláudia Moreira Marques; Leonardo Goodson do Nascimento	

Resumos Comentados

1. Infrequent Orgasms in Women	215
Jan Raboch e Jiri Raboch, resumo e comentários de Laura Meyer	

Editorial

Chegamos, com este número da *Revista*, ao final de 4 anos de publicação ininterrupta e pontual. No decorrer destes anos, inegavelmente, muita coisa mudou. A seleção qualitativa que o Conselho Editorial tem empreendido, sem dúvida em muito contribuiu para a melhoria do padrão dos textos editados em nossa revista. Notamos, com satisfação, que os trabalhos nela estampados já se constituem em importante referencial para os leitores, sendo citados na maioria das listagens bibliográficas nacionais. A *RBSH* vai assim; aos poucos conquistando lugar de relevância na biblioteca dos estudiosos das diversas facetas da sexualidade humana, tornando-se mesmo leitura obrigatória para os profissionais interessados na área. Evidentemente, sem a prestimosa e fértil colaboração do nossos associados nada teríamos conseguido, visto serem eles ao mesmo tempo o motor e o alvo desta publicação.

Julgando que os 8 números já editados reúnem expressivo material para consulta, resolvemos publicar, a partir deste exemplar, um índice remissivo por ordem alfabética de autor, que pretendemos passe a ser anual. Nesse índice nossos leitores encontrarão, em ordem cronológica de publicação, os textos elaborados por cada autor. Pretendemos, no futuro, editar também um índice remissivo por assunto, sempre no último número de cada ano.

Para finalizar, informamos com muita satisfação que nossa revista já se encontra registrada no *Internacional CODEN* service sob a sigla de *RBSHE5*. Esse registro, mantido e gerenciado pelo *Chemical Abstract Service*, constitui-se num referencial universalmente aceito com uma das mais importantes indexações de textos científicos. Além disso, temos já requerido o registro de nossa revista junco ao *Serviço de Base de Dados do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia*, centro nacional responsável pelo registro e atribuição do ISSN, que é o Número Internacional Nacionalizado para Publicações Seriadas. Com esses, dois registros, nossa revista passará a ser internacionalmente registrada, o que garantirá aos autores que seus trabalhos estarão disponíveis para pesquisadores de todo o mundo.

Esperamos poder continuar com sua atenção, pois é ela o alvo de nossa atividade.

Opinião

O Ginecologista e a Sexualidade 1

Nelson Vitiello¹

É sem dúvida ao ginecologista que a maioria das mulheres - e talvez até a maioria dos casais - faz chegar suas dúvidas e queixas a respeito da sexualidade como um todo a do seu desempenho sexual em particular. Sendo o ginecologista o especialista que mais de perto lida com aspectos da reprodução, parece normal que a ele também se reportem os fatos e as fantasias ligadas à sexualidade. O fato de desnudar-se fisicamente para o exame ginecológico, a necessidade de contar fatos ligados a processos emocionais tão íntimos que não são comumente relatados sequer a grandes amigos, faz com que a paciente veja no ginecologista o natural e fiel depositário de dúvidas e confidências. Mais ainda, com a praticamente total extinção da antiga figura do “médico de família”, os ginecólogos vem sendo amiúde chamados para exercitar aquelas funções de amigo confiável, conselheiro ponderado a profissional capaz, que aquele clínico outrora exercia. Nada mais natural, por isso - segundo a ótica de nossas pacientes - que as dúvidas e queixas de âmbito sexual, até mesmo no que tange à aspectos da educação dos filhos, acabem chegando ao ginecologista. Acresce a esses fatos a alta frequência com que, por preconceitos machistas ou por desinformação, são trazidas também a nós as queixas sobre o desempenho sexual dos maridos, visto que estes raramente procuram espontaneamente psicoterapeutas, urologistas ou andrologistas.

Ocorre que a imensa maioria dos cursos de medicina existentes no país não prepara seus educandos para exercer essas funções. Somos, habi-

1. Ginecologista.

Recebido em 15.05.93

Aprovado em 15.06.93

tualmente, adestrados a fundo para conhecer sutis aspectos da reprodução, aprendemos fantásticos detalhes sobre metabolismo íntimo dos gametas, nos são ensinados pormenorizadamente os complexos movimentos tubários, mas nada aprendemos sobre como aquele espermatozóide em especial foi parar naquela trompa em particular. Em outras palavras, não consta do currículo da maioria - senão da totalidade - das escolas de medicina, qualquer instrução a respeito de desejo, padrões de conduta sexual ou mesmo informações sobre a fisiologia da resposta sexual humana. Essa falha, que não é sanada sequer na Residência Médica, faz com que nós médicos, saibamos sobre sexo o que qualquer adulto medianamente instruído em outro ramo profissional sabe; a diferença é que seremos chamados, profissionalmente, a atuar nessa área (5).

Nossa falta de preparo é tanta - considerando-se apenas o que o comum das Faculdades de Medicina ensina - que nem mesmo nossa própria sexualidade é melhor resolvida do que a de nossos pacientes. Somos portadores das mesmas limitações, dos mesmos preconceitos machistas e das mesmas sensações de culpa para lidar com o tema que o comum dos leigos. Pela peculiar situação profissional em que nos encontramos, de depositários de confidências íntimas e frente a expectativa de que nossa atuação resolva os problemas emergentes, é comum que sejamos presa fácil de sentimentos conflitantes. No caso de ginecologistas de sexo masculino, a situação pode ficar ainda mais complicada. Nossa fantasia por vezes não consegue bem discernir que a admiração que nossas pacientes nos devotam é fruto de uma idealização, e que elas vêem em nossa figura (imaculadamente vestida, bem barbeada, cheirosa, atenta e até carinhosa) um paradigma do homem que elas gostariam de ter como marido; importante frisar que elas não sabem de nossas mazelas e maus hábitos, apenas supõem que não os temos. Dentro desse contexto, se o ginecologista não é emocionalmente maduro, é comum que, como maneira de exaltar seu ego, entre num jogo de diminuição desejo-medo, num misto de querer-temer o seduzir e o ser seduzido. Note-se, de passagem, que dentro do esquerna social machista em que nossa sociedade está inteiramente imersa há seis mil anos, somos todos - homens e mulheres - portadores de inúmeros preconceitos. É observação não muito rara, por isso, que ouçamos de nossas pacientes que nos elegeram (sendo homens) porque “não confiam em médicas mulheres”.

É claro que para as colegas ginecologistas a situação não é muito diferente, pois o despreparo é comum a todos. Para elas acresça-se ainda a dificuldade de procurarem as pacientes maior compreensão para seus anseios, muitas vezes julgando que as médicas sejam criaturas que resolveram em absoluto todos os seus problemas - o que, sabemos, nem sempre é verdadeiro.

Lembremos ainda, a título de complementação a esta introdução, que os profissionais da área de saúde sempre foram usados, pelos detentores do poder, como agentes repressores da sexualidade (1). É de todos conhecido o fato de terem sido publicados, no final do século passado e início do atual, inúmeros trabalhos e até teste de doutorado, “provando” por exemplo sem a menor sombra de dúvida que a masturbação conduz à loucura, além de causar tuberculose e idiotia. A sífilis, provava-se, é um castigo divino pela dissolução dos costumes (6). Mesmo nos tempos correntes, as doenças Transmítidas sexualmente, como a Síndrome da Imuno-deficiência adquirida, são utilizadas para a repressão da sexualidade. É importante por isso que o ginecologista procure atualizar-se e que tente se livrar de preconceitos que possam causar mais danos do que o próprio problema apresentado pela paciente, numa iatrogenização infelizmente comum.

Deve-se estar preparado para fato - negado, escondido e menosprezado durante todo o curso médico-de que a sexualidade existe, de que é uma força biológica e social intensa, a que se manifesta nas mais adversas condições. O ginecologista deve estar alerta, por isso, para bem orientar suas pacientes e os casais aos quais presta serviços, sobre temas ligados a essas manifestações; não nos esqueçamos de que *não* é por ter sido operada, por estar hospitalizada, por ter o colo de seu útero cauterizado ou por ser portadora de uma vulvovaginite, que nossas pacientes (e seus maridos!) deixam de ser criaturas sexualizadas.

Para bem preparar-se, com o intuito de exercer adequadamente as funções que dele se espera, é fundamental ao ginecologista, qualquer que seja seu sexo, que resolva antes, da melhor maneira possível, suas próprias limitações sexuais. O preparo técnico, escamoteado nos cursos médicos, tem que ser adquirido, com muito esforço e sacrifícios pessoais, através de leituras, cursos de extensão universitária e participação em sociedades dedicadas ao tema. O ginecologista consciente deve preocupar-se constantemente com a função sexual de suas pacientes mesmo quando não existem queixas explícitas a respeito, tanto quanto se preocupa com o que e quanto as gestantes comem ou como está a função intestinal das mulheres que recebem antibióticos por infecções diversas.

FREQÜÊNCIA DO APORTE DE QUEIXAS SOBRE A SEXUALIDADE

Vivemos um período muito peculiar na história da humanidade. Nunca, em todos os milênios sobre os quais temos notícias, foram rediscutidos os conceitos vigentes como na atualidade. A acentuada urbanização, a incrível penetração dos meios de comunicação de massa e a insegura-

rança social e pessoal são marcas salientes de nossa vida neste findar de século, num nível de penetração nunca dantes experimentado (4).

A migração em massa da população rural para as áreas urbanas tem sido um considerável fator de mudanças sociais. Há apenas 20 anos, dados da Organização das Nações Unidas mostravam que, na América Latina, de cada 10 Habitantes 7 residiam em zonas rurais ou em pequenos núcleos urbanos. Hoje a situação se inverteu e apenas 3 de cada 10 Habitantes são ruralícolas, levando a um exacerbado crescimento urbano a tornando comuns as cidades com mais do 1 milhão de Habitantes. Esse fenômeno de migração campo-cidade trouxe em seu bojo intensas modificações sociais, como a perda de raízes culturais, alterações de hábitos e costumes, e mudanças na própria constituição do núcleo familiar. De fato, até os festejos de nossa tradição cultural tendem a desaparecer, substituídos por outros “importados” de outras plagas e difundidos pelos meios de comunicação. Nas cidades maiores, como São Paulo por exemplo, é mais fácil observar-se crianças brincando de “dia das bruxas”, na americaníssima festa do “*Halloween*”, do que uma festa junina, por exemplo. Com a migração para as cidades, até a família mudou. Daquela família expandida de outrora, na qual múltiplas gerações com vários membros em cada uma habitavam o mesmo espaço, praticamente nada sobrou. A família atual, a família tipicamente urbana, é a chamada “família nuclear” que consiste num casal e um ou no máximo dois filhos. No ritmo acelerado da vida nas cidades, os membros das famílias quase não se veem, perdidos que estão no trânsito ou no trabalho o pai é quase sempre também a mãe, e nas escolas, nos cursos de judô, *ballet* ou natação dos filhos. Os lares, longe de serem os pontos de reunião familiar de outras épocas, transformaram-se em verdadeiros acampamentos onde se vai comer (cada membro em um horário diferente), trocar de roupa ou dormir. A experiência dos membros mais idosos do “clã” familiar deixa assim de ser transmitida, substituída que é pelos conceitos e conhecimentos homogeneizados que os meios de comunicação transmitem. A introdução de uma escolarização cada vez mais precoce, com o uso quase obrigatório de Escolas Maternais, Jardins da Infância e Pré-escola, contribui para que cada vez mais as crianças recebam os conceitos sociais fora do lar. Essa perda de contato humano infra-familiar vem trazendo uma chamanda modificação até mesmo no modo de viver das pessoas, em especial dos adultos. Temos cada vez mais conhecidos e cada vez menos amigos; torna-se comum que não saibamos sequer o nome do vizinho do apartamento ao lado, com o qual compartilhamos apenas ocasionalmente, durante anos, um vago “bom dia” no elevador.

Deixemos claro que não temos a pretensão de fazer juízos de valor ou mesmo julgamentos, sobre se essas mudanças representam um avanço ou um retrocesso na conturbada história da humanidade; desejamos apenas registrar que elas existem e que são importantes do ponto de vista de costumes sexuais, que ora é nosso tema.

O elevado grau de eficácia alcançado pelos meios de comunicação de massa, notadamente a televisão, tem sido um fator importantíssimo na formação dos novos conceitos e hábitos de nossa sociedade. Claro que desde as pinturas rupestres das cavernas neolíticas sempre existiram meios de influenciar as pessoas. Foi com a vulgarização da televisão, entretanto, que esses meios se tornaram mais eficientes, a ponto de não sabermos mais hoje nem mesmo se escolhemos um creme dental usando nosso livre-arbítrio ou porque a publicidade desta ou daquela pasta nos agradou e impressionou mais. Em termos de educação e orientação sexual os meios de comunicação têm se mostrado bastante atuantes. Desde programas de entrevistas na televisão até as revistas chamadas “femininas”, a sexualidade é discutida e apresentada em diferentes graus de coerência e sensatez. Nas últimas décadas em especial tem-se apresentado uma imagem muito distorcida da sexualidade, levando-se a crer ser o orgasmo a meta suprema da vida; todos os outros aspectos do relacionamento humano e, em especial, do sexual, ficam prejudicados frente a “desgraça” que é para a mulher não conseguir ser multiorgásmica (3).

Finalmente, contribui para a sensação de vazio social que freqüentemente observamos entre nossas pacientes, a insegurança pessoal e social em que estamos imersos. Medo de ser assaltada, medo dos mirabolantes planos econômicos dos nossos atuantes governantes, medo de contrair AIDS, medo de ser ou ter seu filho ou marido raptado, medo de acidentes de trânsito, medo da degradação ambiental, medo de acidentes ou combates com armas atômicas, enfim, necessitaríamos de muitas páginas para simplesmente listar os eventos que, com maior ou menor motivação, podem causar temor às pessoas, nos dias atuais. E sem dúvida, esses temores motivados ou não, direta ou indiretamente acabam influenciando

Nas últimas décadas, em especial na última, as mulheres tem alcançado, ao menos em teoria, maior possibilidade de expressar sua sexualidade. Já não é tão incomum quanto outrora que pacientes explicitem queixas referentes ao desempenho sexual, embora ainda muito freqüentemente essas queixas venham disfarçadas no meio de outras, e raramente constituam o motivo declarado da consulta. Mesmo assim, entretanto, tem elas se tornado mais conspícuas. Em trabalho de nossa co-autoria, publicado em 1972 (15), encontramos que mais de sessenta por cento das pacientes de um ambulatório de ginecologia apresentavam alterações de desempenho sexual, embora em apenas 2% das vezes a consulta tivesse essa disfunção como motivação primeira. Sem dúvida, se hoje repetisse-

mos essa mesma pesquisa o número de consultas explicitamente motivadas por problemas ligados à sexualidade seria maior; duvidamos, entretanto, que representasse a totalidade dos casos, sendo ainda muitas das queixas disfarçadas entre as de um corrimento ou de uma dispareunia. É comum, por exemplo, que a mulher adie durante todo o decorrer da consulta sua queixa sexual, deixando para fazê-la quase que no momento de despedir-se; tem-se a impressão que a paciente vai postergando a apresentação do real problema que a levou a procurar o médico, enquanto toma coragem para fazê-lo. Outras vezes, uma excessiva preocupação sobre a possível origem de um corrimento pode disfarçar o temor de ser ele de transmissão sexual a ocultar a culpa por uma relação extra-conjugal, ou o receio de ter que admitir uma infidelidade praticada pelo marido (4).

O que se pode concluir é que sem dúvida a atual fase de “liberação” dos costumes sexuais - embora a maioria das pessoas ainda seja liberal apenas no discurso - tornou, senão mais fácil, ao menos penoso às pacientes que exponham suas dificuldades diante de manifestações da sexualidade.

De qualquer maneira, porém, é importante que o ginecologista se prepare para atendimento de problemas afetos ao desempenho sexual de suas pacientes ou do casal, pois explicitadas ou não essas disfunções existem, são frequentes e relevantes.

Discute-se se o ginecologista deve provocar o surgimento de queixas sexuais ou se é melhor aguardar que elas surjam espontaneamente. É claro que num terreno movediço como é o da sexualidade, devemos individualizar cada caso, e mais ainda respeitar as limitações pessoais de cada médico. Como norma geral, entretanto, somos contrários a extensos e pormenorizados questionários sobre hábitos e desempenhos sexual, especialmente na primeira consulta, a não ser que a paciente declare uma queixa sexual. Nossa posição é alicerçada no fato de serem esses interrogatórios geradores de inibição e propiciarem, quase certamente, o surgimento de respostas inverídicas que tornarão mais difícil a paciente voltar atrás mais tarde a contar-nos seu real problema. Pessoalmente somos defensores da posição de que se deve deixar claro à paciente o fato de serem normalmente aceitas tais queixas, se existirem, e tentar mostrar-se o mais receptivo possível a qualquer fato ou emoção que ela queira nos relatar. É muito importante fugir à emissão de juízos de valor; devemos constantemente lembrar que não é nossa função julgar os atos ou os pensamentos de nossas pacientes, mas sim orientá-las e auxiliá-las no que nos for possível (10). Deixemos claro que as perguntas de caráter eminentemente técnico, que fazem parte integrante de uma boa anamnese ginecológica, devem ser feitas com a mesma naturalidade e constância com que fazemos aquelas

referentes à outras funções; é imprescindível que se pergunte, dentro dessa linha, sobre fatos tais como a idade de início da vida sexual, o uso de métodos contraceptivos, a presença ou não de dispareunia, etc.

A respeito da satisfação ou não quanto ao desempenho sexual, entretanto, costumamos em uma primeira consulta dirigir apenas perguntas genéricas tais como: “Está tudo bem com sua sexualidade?”. Habitualmente, num primeiro momento, as pacientes respondem que está tudo bem; sentindo porém que não estão sendo julgadas, trazem suas queixas, quando essas existem, ou no final da consulta ou em consultas subseqüentes, quando se sentem mais seguras e confiantes. Achamos que com perguntas genéricas como a que exemplificamos acima deixa-se aberto um importante canal de comunicação, por onde possam drenar as dúvidas e as angústias, sem o temor de reprovação explícita ou implícita. O importante é que o médico esteja atento e seja receptivo a esse tipo de queixa, para que possa perceber-la e valorizá-la adequadamente.

É comum que os ginecologistas, por absoluta falta de preparo, tentem fingir que suas pacientes são seres assexuados, negando-se a perguntar ou até a ouvir dados referentes à atividade sexual. Essa conduta, absolutamente inadequada, demonstra em geral não apenas desconhecimento sobre a importância do tema mas até mesmo dificuldades em lidar com a sua própria sexualidade.

Uma vez obtida uma queixa sobre a sexualidade, quer espontaneamente formulada quer não, fica para o ginecologista o problema sobre o que fazer com essa queixa. No próximo item descreveremos o que julgamos ser a conduta adequada; devemos reconhecer, entretanto, que a maioria dos ginecologistas, por estar mal preparada para lidar com essa problemática, não consegue tratar o tema de maneira adequada, mais frequentemente encontrando tortuosos caminhos para dele fugir.

Observa-se então uma grande variedade de comportamentos classes profissionais, todos eles ineficazes, inadequados e indesejáveis. O mais comum é subestimar a queixa sexual, ora fingindo não ouvi-la, ora adian-do seu parecer para depois daquele exame laboratorial urgente e imprescindível, ora afirmando paternalmente que a situação se corrigirá com o tempo. Outros, de conduta ainda mais danosa, opinam sobre o que não conhecem e dão “doutos” pareceres, como o absolutamente descabido “troque de parceiro”, que já ouvimos referido por várias pacientes.

Outra técnica comumente observada é a do encaminhamento apres-sado; mal a paciente começa a se referir timidamente a qualquer fato que possa ter a aparência de uma queixa sexual, na ânsia do se livrar da (para ele) embaraçosa situação, o prestativo médico saca de um bloco e anota o nome e o endereço de um psiquiatra amigo, “muito capaz na resolução desses casos...”. Devemos entretanto avaliar o imenso custo emocional que significou para a paciente armar-se de coragem e apresentar sua queixa.

Quantas vezes as frases devem ter sido ensaiadas, quanto de confiança está sendo depositada nesse ginecologista, que sequer vai ouvi-la e tenta transferir, numa penada, essa elaborada confiança a um outro profissional absolutamente desconhecido.

Desejamos deixar bem claro que, em nossa opinião, qualquer ginecologista pode e deve se capacitar para ajudar suas clientes na resolução de grande parte das disfunções sexuais, bastando para isso que saiba ouvir, que adquira os conhecimentos básicos indispensáveis e que se disponha a usar parte de seu tempo nesse mister.

Julgamos que tratar ou não as disfunções sexuais deve ser uma escolha pessoal de cada ginecologista, como o é a opção do exercer qualquer outra sub-especialidade dentro da tão vasta ginecologia. Afinal, nem todos temos formação, pendores e gosto para tratar esterilidade, fazer mastectomias ou microcirurgias tubárias. É no entanto, obrigação de todo ginecologista, conhecer o bastante sobre cada um desses itens para bem orientar sua clientela. Também no tocante à sexualidade, julgamos obrigatório que todos os ginecologistas eslejam preparados para saber ouvir, identificar e bem orientar suas pacientes, dentro do um esquema de conduta como o que descreveremos a seguir.

CONDUTA FRENTE AS QUEIXAS SEXUAIS

1 - Preparo do profissional

Em nossa numeira de entender, o problema deve ser abordado inicialmente sob o ângulo do preparo do ginecologista para o adequado atendimento na área da sexualidade. Como já dissemos acima (e julgamos que, como regra geral, a contestação é impossível), as Faculdades de Medicina pouco ou nenhum preparo propiciam para condutas em temas multidisciplinares por excelência, como é o da sexualidade. Estuda-se, de passagem, a anatomia genital nas Cadeiras de Anatomia, Ginecologia e Urologia, mas sempre muito mais com um enfoque voltado para a reprodução do que propriamente para e sexualidade. Os abundantes conhecimentos já disponíveis sobre a fisiologia a sobre os aspectos psicossociais da resposta sexual humana são solenemente ignorados em nossos cursos, que dedicam toda sua escassa carga horária a outros temas, considerados mais importantes.

Essa falha, insanável ao menos enquanto perdurar esse imobilismo que tem caracterizado nossas autoridades encarregadas de formular os currículos escolares, só pode ser compensada se o médico, consciente dessa deficiência, esforçar-se a procurar, por mecanismos extra-universitários, complementar sua formação. Para isso existem Cursos de Extensão,

inúmeros livros e Revistas especializadas, Sociedades nacionais e internacionais, Conclaves e Reuniões Científicas em número e em qualidade suficiente para satisfazer a todos os paladares. É necessário entretanto que o próprio profissional reconheça a necessidade dessa complementação e se disponha ao dispêndio de tempo e de dinheiro indispensável para realizá-la.

Julgamos imprescindível que o profissional adquira conhecimentos sobre os aspectos sociais da sexualidade (educação sexual, machismo, papéis sexuais, etc.), além das suas facetas emocionais e orgânicas; fundamental, no entanto, que tenha uma noção clara da fisiologia da resposta sexual humana, bem como de seus desvios, inadequações e disfunções, sem os quais não terá condições mínimas sequer para entender os problemas de suas pacientes, quanto mais para solucioná-los.

Além dessa complementação teórica de conhecimentos sobre a sexualidade, é importante que o ginecologista se pergunte, com o maior grau de sinceridade possível, numa auto-análise intensiva, não só o que ele sabe ou deixa de saber sobre o sexo, mas também como ele lida com isso. De início, é importante reconhecer que a afirmação “não tenho preconceitos”, é inverídica e não traz qualquer benefício. Claro que todos nós, em graus variáveis, somos portadores de preconceitos ligados à sexualidade, pois somos todos vítimas de um sistema educacional opressor e preconceituoso (8). Preconceitos contra a homossexualidade, valores machistas, necessidades constantes de auto-afirmação enquanto seres sexuados, para ficar apenas em alguns exemplos, são comuns a todos, homens e mulheres participantes de nossa cultura. O valor está não em negar inutilmente a existência de preconceitos, mas sim em lutar, brava e continuamente contra eles. É como, por exemplo, que recebamos em nosso consultório pacientes assumidamente homossexuais, que relatam terem sido escoraçadas, com maior ou menor diplomacia, da clínica de colegas mais “conservadores” (e quanto de preconceito se esconde sob essa palavra); o mínimo que ouviam era o chavão, preche de juízo de valor, ...mas minha filha, uma moça tão bonita como você...”.

Analisar, intimamente ou em discussões com colegas mais experientes, posições pessoais sobre a fidelidade, a sexualidade de mulheres solteiras ou viúvas (principalmente as idosas), a masturbação, etc., exige uma constante revisão de couceitos e de preconceitos, que durará provavelmente uma vida inteira (13).

Um alerta especial para as ginecologistas: o fato de serem mulheres não as torna mais conhecedoras dos temas ligados à sexualidade, nem as capacita mais do que os homens para lidar com este tipo de problema. Terão, certamente, mais facilidade para melhor compreender as angústias vividas por suas pacientes; para solucioná-las, entretanto, devem buscar preparar-se, tanto quanto seus colegas de sexo masculino, pois como já foi

dito, estamos todos imersos no mesmo mar de preconceitos e somos todos vítimas do mesmo sistema educacional repressor e mal orientado.

Além do preparo técnico e da revisão da sua própria postura frente à sexualidade, o profissional deve estar atento, constantemente, para o risco de iatrogenização que pode provocar através de atos, palavras, gestos ou até mesmo por meio de expressões fisionômicas inadequadas. Tão importante nos parece ser esse item, que a ele dedicaremos um sub-capítulo especial.

II - Como não iatrogenizar

Parece evidente que a opinião ou mesmo a postura do ginecologista se reveste de particular importância para a paciente, visto ter sido ele eleito para depositário de suas dúvidas, queixas e esperanças. É fácil entender, por isso, que qualquer passo em falso, qualquer conduta inadequada assumida pelo ginecologista, possa não apenas deixar de resolver o problema da paciente, como até mesmo agravá-lo ou criar novos conflitos. É importante que se frise ler a figura que o profissional representa, nesse particular, uma importância ímpar e que um descuido ou um erro podem ter consequências irreversíveis na vida de nossa paciente (7).

Listaremos a seguir algumas das situações em que a iatrogenia ocorre, dentre as que mais comumente temos observado.

1. Menosprezo às queixas e dúvidas expressas pela paciente.

“Se esse médico, eleito entre tantos outros (mesmo quando o atendimento é feito através de convênios), julga que essa queixa, ou essa dúvida que me angústia não tem a menor importância, é claro que devo ser mesmo uma neurótica irrecuperável”. Voltemos a acentuar que quando as dúvidas nos são trazidas, esse processo não transcorreu de maneira fácil e suave na mente de nossa paciente; pelo contrário, o comum é que seja o final de um trabalhoso e duro trabalho. Não temos o direito, por isso, de menosprezar ou sub-estimar essas queixas; pelo contrário, devemos dar a elas ao menos tanta importância quanto a própria portadora lhes atribui.

2. Usar a pretensa inferioridade/Feminina como forma de fugir ao problema.

São infelizmente comuns referências de pacientes que ouviram de um ou outro profissional afirmações do tipo “mulher é assim mesmo”, ou, “é normal que as mulheres honestas não tenham orgasmos”, etc. Essa postura, obscurantista e machista, é ainda muito comum, sendo claramente um subterfúgio utilizado pelo profissional para fugir da discussão de um tema que ele não domina.

3. Fornecer informações sem base científica.

Nossas pacientes ainda vêm em nós profundos conhecedores dos mais íntimos mecanismos biológicos e nos prestam um crédito ao qual, lamentavelmente, muitas vezes não fazemos jus. Para elas, de uma maneira geral, tudo o que dissemos será interpretado como a mais pura expressão da verdade. É fácil assim avaliar quanto dano podemos causar, se disfarçamos nossos preconceitos em verdades científicas. Se isso é válido para qualquer terra, o é ainda mais nos assuntos ligados à sexualidade, no qual nossas pacientes nos consideram grandes “experts”. Ouvimos com enorme pasmo, certa vez, uma paciente relatar que antes praticava com frequência o sexo oral, mas que felizmente o Doutor X a havia advertido que isso poderia causar câncer labial, o que a levou a abandonar a prática! Claro que o colega disfarçou um preconceito sob a forma de uma verdade científica, forma sob a qual foi aceita sera discussão pela paciente. O mais lamentável é que nem sempre os resultados são tão inofensivos como nesse caso. Parece-nos, entretanto, que isso ilustra as armadilhas que nossa mente nos prepara; o citado colega, provavelmente, convenceu-se por algum tortuoso caminho da veracidade dessa afirmação, passando-a a já “culpada” paciente como uma verdade científica indiscutível.

4. Propor tratamentos sem bases científicas.

Quanto a esse aspecto, a variedade de formas de iatrogenização é imensa, indo deste plásticas perineais desnecessárias “para melhorar o desempenho sexual” ou mesmo “para satisfazer o marido”, até os tratamentos com placebos ou com homônios os mais diversos. Nesse particular, tem sido infelizmente comum a necessidade de instituir tratamentos para a virilização de pacientes que usaram derivados androgênicos prescritos por ginecologistas travestidos de “sexólogos” autodidatas. Capítulo a parte, que foge à nossa especialidade, tem sido a indicação abusiva e mercantilista do próteses penianas para homens com disfunções psicogênicas ou mesmo com ausência de desejo.

É o caso ainda, dentro desse mesmo item, de colegas que se dispõem a fazer Terapia Sexual para pacientes ou casais disfuncionais, baseado apenas em método, do que ouviu falar, ou sobre os quais leu em alguma revista médica. Pode parecer desnecessária a afirmação, mas julgamos importante fazê-la; a formação de um terapeuta sexual é tão árdua e exige tanto esforço e tempo quanto e de qualquer outra área. Aventuras pessoais nesse sentido são total,ente condenáveis.

5. Sugestões de procedimentos esdrúxulos.

Baseados talvez com problemas pessoais, não é raro ler-se notícia de que colegas recomendaram a suas pacientes, como forma de resolver

problemas ligados à sexualidade, condutas pouco ortodoxas e completamente fora da sua área de conhecimento, tais como a separação conjugal ou arranjar um amante. Pode parecer chocante, mas conselhos tão absurdos quanto esses são dados com muita frequência.

6. O uso da sexualidade do próprio médico.

Chegamos, com esse tópico, ao grau máximo da iatrogenização, quando o ginecologista é do sexo masculino. Emocionalmente imaturo, com sua própria sexualidade mal resolvida e necessitando de constantes auto-afirmações de sua virilidade, algumas vezes o próprio médico se insinua como sendo o parceiro sexual que pode resolver os problemas de sua paciente. Esta, emocionalmente instável e regredida pela própria existência do problema, pode ser em algumas situações uma presa fácil para esse tipo de “terapeuta”. É claro que essa relação é altamente patogênica, tendo em vista que nenhum dos dois chega a pesar maduramente as conseqüências desse ato, que quase com certeza será danoso e trará sérios danos à ambos, mas mais facilmente evidenciáveis na paciente.

III - A conduta adequada

Listaremos a seguir os passos que podem e devem ser tomados pelo ginecologista frente às dúvidas a queixas sexuais de suas pacientes, tendo sempre em vista que julgamos obrigatórios os primeiros 4 passos para todos os ginecologistas; o último passo, que envolve a decisão de exercer a Terapia Sexual ou encaminhar a paciente a quem a faça, vai depender das tendências de cada um.

a - Abrir espaço para um ouvir atento e interessado.

Como já dissemos na introdução ao tema, é imprescindível que o ginecologista deixe patente, no seu relacionamento, que a paciente pode sentir-se a vontade para fazer qualquer pergunta, esclarecer qualquer dúvida ou apresentar qualquer queixa, sem que seja por isso julgada ou censurada. Dissemos também que nossa opinião pessoal é de que deva ser feita apenas uma pergunta genérica sobre a sexualidade da paciente, mais no sentido de que ela entenda que esse espaço existe do que realmente na esperança de que ela formule queixas já no início da consulta.

Desde que a dúvida ou a queixa surgiu, espontaneamente ou não, é fundamental que o ginecologista ouça atentamente. Esse “ouvir ativo” implica em acompanhar com interesse, dirigir perguntas, solicitar esclarecimentos, enfim, reunir todas as informações possíveis sobre a época e sobre as condições de surgimento da dúvida ou da disfunção.

b - *Caracterizar exatamente o problema.*

Dentro do verdadeiro analfabetismo sexual em que a maioria das pessoas em nossa sociedade está imersa, nem sempre é muito fácil que se compreenda exatamente qual a dúvida ou o problema apresentado pela paciente. Como qualquer tratamento ou orientação depende de um entendimento perfeito da situação, sua exata caracterização é imprescindível.

Para bem conseguir compreender a situação, a coleta de dados deve reunir, entre outros dados de importância:

* história pessoal - como foi a educação sexual da paciente e de que maneira adquiriu os conhecimentos atuais sobre a sexualidade, eventuais episódios de vitimização sexual, como ocorreu a iniciação sexual e se ocorreram relações sexuais pré-conjugais.

* história conjugal - firmeza do vínculo afetivo com o marido, dificuldades sexuais ou extra-sexuais no relacionamento e sentimentos em relação a ele.

* relacionamento atual - avaliação do desempenho sexual do parceiro, prática de jogos amorosos pré-coito e local em que ocorrem as relações.

Não é incomum que ouçamos queixa vagas como “sou fria”, onde é absolutamente necessário caracterizar se a disfunção é de desejo, de excitabilidade ou de orgasmo. Em certas situações, alé quem é o real portador de um problema pode ser difícil de caracterizar; não é incomum que homens com ejaculação precoce acabem convencendo suas esposas de que elas é que demoram demais para atingir o orgasmo. Assim se a queixa não ficar bem caracterizada, será muito difícil estabelecer-se uma linha propéutica ou terapéutica adequada.

Outras vezes, a queixa tem matizes situacionais bem marcados. Situações curiosas, dificuldades sociais ou alé problemas econômicos podem ter repercussão sobre a esfera da sexualidade. São casos por exemplo de pacientes que residem com outras pessoas da família, e reprimem sua sexualidade por medo de serem ouvidas em outro cômodo da casa; de maridos que, perdendo o emprego e em dificuldades econômicas, tornam-se alcoólatras indesejáveis ou disfuncionais por angústia.

Detalhes como se a paciente atinge o orgasmo durante a masturbação ou não, pode afastar um fator orgânico como causa de disfunção orgásmica; ter excitação e orgasmo com um parceiro e não com outro, pode indicar uma disfunção situacional; enfim, cada detalhe da queixa pode ter importância na caracterização do problema e portanto no sucesso de sua resolução.

e - Procurar e tratar causas orgânicas.

Julgamos ser da intransferível competência do ginecologista o diagnóstico e o tratamento de fatores orgânicos de disfunção sexual feminina. Embora as causas psicogênicas, principalmente aquelas advindas de um sistema educacional repressor e massacrante da sexualidade, sejam fatores muito comuns na gênese da disfunção sexual, é imprescindível que o especialista tenha conhecimentos para caracterizar patologias somáticas que interfiram na resposta sexual. Além de inútil e contraproducente, nada mais descabido do que encaminhar à psicoterapia uma paciente que faz uso de drogas depressoras da sexualidade, por exemplo, ou outra que apresente dispareunia por anexite crônica.

O próprio fato de não ter sido encontrada qualquer causa orgânica que possa desencadear uma disfunção sexual pode ser de importância, pois pennitirá ao clínico reafirmar a normalidade física de sua paciente.

d - Orientação e esclarecimento de dúvidas.

É absolutamente necessário que o ginecologista reúna os conhecimentos em fisiologia da sexualidade necessários para bem orientar e esclarecer as dúvidas de suas pacientes. Muitas vezes, com uma simples explanação resolve-se o que parecia à cliente uma terrível disfunção sexual. Principalmente nesta época, em que os meios de comunicação divulgam conceitos fantasiosos sobre a sexualidade, somos por vezes consultados para resolver problemas tais como o de uma paciente que se julgava anormal por ter apenas um orgasmo por relação. São comuns questões relativas à normalidade ou não de certos atos eróticos, como o coito anal, por exemplo, que despertam profundas sensações de culpa. Perguntas que podem nos parecer banais muitas vezes trazem em seu bojo grandes conflitos intimos, a empanar a plena realização sexual dos casais.

Tem sido comum também que nos sejam trazidas questões relativas a normalidade ou não de manifestações da sexualidade de filhos ou de outros parentes, ou ainda dúvidas sobre como proceder frente a certas situações ligadas à educação sexual de crianças e adolescentes.

Em termos de orientação aos filhos, devemos esclarecer às nossas pacientes as causas sociais do comportamento familiar e da expectativa frente ao comportamento dos filhos de sexo masculino e feminino (2). Condutas frente a temas como masturbação devem ser discutidas com o máximo de profundidade possível, sendo sempre necessário que o médico tome o cuidado de não tentar impor seus próprios valores à paciente.

Fazem parte obrigatoriamente dessa orientação discussões sobre aspectos da fisiologia da resposta sexual humana, a desmistificação do orgasmo como meta suprema de todo relacionamento e informações sobre variações sexuais e sobre a sexualidade nas diversas fases da vida. A

paciente deve ser estimulada a manter um diálogo franco e aberto com seu companheiro ou marido sobre o que ambos gostam e sobre o que não gostam, tendo sempre como norma que um relacionamento só tende a se solidificar quando baseado na verdade.

Em situações especiais, o profissional deve estar suficientemente atento para responder até mesmo às perguntas não formuladas e à orientar suas pacientes em aspectos ligados a sua sexualidade. Nos casos em que é impositiva a abstenção de relações sexuais, frente a um abortamento evitável ou após uma cauterização de colo, por exemplo, é fácil referir essa proibição ao casal; mas e as alternativas, são permitidas? O casal pode, por exemplo, praticar a masturbação mútua? E quando, no puerpério, se pode reiniciar a vida sexual ativa? Por isso, nessas e em muitas outras situações é importante que o médico lembre-se sempre de que está tratando de seres sexuados, com desejos, fantasias e necessidades sexuais e afetivas que não podem ser esquecidas. Existem outras situações em que a paciente ou o casal desejam assumir a culpa pelo que julgam ser as conseqüências danosas de um ato sexual. Afirmar, por isso, clara e firmemente à paciente que seu abortamento não foi causado por aquela relação sexual é uma necessidade, para que a mulher não carregue pelo resto de sua vida a culpa por esse episódio, o que sem dúvida poderá gerar uma disfunção sexual futura.

Outro aspecto importante da atuação do ginecologista sobre a sexualidade do casal surge quando, uma investigação ou num tratamento de esterilidade conjugal, faz-se necessário recomendar ao casal que tenha uma relação sexual num determinado momento, para um Teste Pós Coito (Tipo Sims-Hubner) ou que o marido vá a uma determinada sala de um laboratório masturbar-se para um espermograma. É claro que não apenas a necessidade do procedimento deve ser muito claramente explicada, mas também que se deixe claro ser compreensível que as pessoas às vezes não consigam se excitar nessas circunstâncias. Se isso não for muito bem esclarecido, poder-se-á passar ao casal que qualquer dificuldade que eles venham a apresentar é anormal; já ouvimos chorosas pacientes declararem-se pouco atraentes por não conseguirem ver seus maridos excitarem-se o suficiente para cumprir as determinações de esterilêutas que recomendam ao casal manter relações em determinados dias e horários.

Enfim, deve o ginecologista estar preparado não só para toda a orientação de que for capaz, mas também para confessar suas dúvidas ou falhas de conhecimento, quando for o caso. A postura absolutista do “eu sei tudo” é extremamente perniciosa e, mais cedo ou mais tarde, desmoralizante. Não deve ser encarada como uma grave e inadmissível falha confessar a sua paciente que temos dúvidas ou que não estamos suficientemente seguros em determinadas situações; pelo contrário, ao admitir que não sabe mas que

procurará se informar, o médico estará dando um exemplo de coragem e de grandeza de alma que certamente suas pacientes saberão apreciar.

e - Tratar ou encaminhar?

Cumpridos os primeiros 4 pontos do programa que ora estamos compondo a que julgamos obrigatórios para todos os ginecologistas, chegamos ao passo seguinte, que é o de tratar sua disfunção psicogênica ou orientar a paciente para outro profissional. Se até aqui o problema ainda não foi resolvido, pode-se afastar sua causa orgânica e, sendo psicogênico, ficou bem patente que sua solução é refratária a um simples processo de esclarecimento. Deve-se então resolver como o passo seguinte será dado. Caso o clínico opte por exercer, além da ginecologia, a Terapia Sexual, é obrigatório que para isso se prepare, visto ser inegável que nem o curso médico nem a Residência Médica são competentes para formar profissionais nessa difícil área,

Por serem os problemas ligados à esfera sexual extremamente angustiantes e geradores de depressão, principalmente num meio como o nosso, em que homens e mulheres só assim se consideram sexualmente competentes, as técnicas psicoterápicas tradicionais não são, isoladamente, adequadas. De fato, propor-se a um angustiado homem impotence um tratamento que possivelmente resolverá seu problema dentro de alguns anos, não é muito animador. Tem sido por isso preferidas técnicas breves de terapia, como a Terapia Comportamental, por exemplo, que podem ser, ao longo do tempo complementadas com práticas mais aprofundadas. Os profissionais que se dedicam a essa denominada “Terapia Sexual” são provenientes da área psicológica ou da médica, podendo ser ginecologistas. Dedicar-se a essa atividade, voltamos a repetir, é uma opção de cada um, nada havendo de desdouro em encaminhar esses pacientes a um profissional competente.

Importa frisar que o ginecologista, mesmo quando encaminha uma paciente a um terapeuta de sua confiança, não pode nem deve deixar de se interessar pelo caso, procurando se inteirar da evolução do tratamento e acompanhando sua solução, ainda que à distância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CANELLA, P. R. B. *O médico como controlador da sensualidade*. R.B.S.H. 2:133,1991.
2. FALCONET, G. & LEFAUCHEUR, N. *A fabricação de machos*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1977.
3. GOUVEIA, M. H.A *influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade humana*. R.B.S.H. 1:1, 1990.

4. KUSNETZOFF, J. C. *Crises e ajustamento na relação do casal*. Sexus 2(4):5, 1990.
5. LUZ, H. S. *O clínico diante da sexualidade*. Selecta 9(2):31, 1986.
6. NAHOUM, J. C. *A masturbação nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX*. Sexus 3(1):16, 1991.
7. RODRIGUES Jr., O. M. & Col. *O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. II - Abordagem da sexualidade da paciente*. Reprodução 3:235, 1987.
8. RODRIGUES Jr., O. M. *A opinião do ginecologista sobre a homossexualidade e bissexualidade*. Sexus 2(3):15, 1990.
9. SAFFIOTTI, H. I. B. *O poder do macho*. Ed. Moderna, São Paulo, 1988.
10. SILVEIRA, M. T. *O ginecologista e a paciente disfuncional*. R.B.S.1-I. 3:23, 1992.
11. VALADARES, N. *A condição feminina*. Ed. Revista dos Tribunais, Edições Vértice, São Paulo, 1988.
12. VIEZZER, M. *O problema não está na mulher*. Ed. Cortez, São Paulo, 1989.
13. VITIELLO, N. *Resposta sexual humana*. Femina 17:917, 1989.
14. VITIELLO, N. & CONCEIÇÃO, I. S. C. *O exercício da sexualidade na adolescência*. R.B.S.H. 1(2):15, 1990.
15. VITIELLO, N.; CUNHA, A. C. M.; VERRONE, M. & VITIELLO, M. T. *Distúrbios da libido e do orgasmo*. G. O. 6(12):27, 1972.

Educação Sexual e Formação do Professor - Necessidade e Viabilidade **2**

Tereza Cristina Pereira Carvalho Fagundes¹

RESUMO

A questão da educação sexual nas escolas constitui-se, sem dúvida, numa das mais discutidas atualmente e a defesa pela sua efetivação desde as séries iniciais tem sido bastante freqüente. Entretanto, constata-se que o professor que atua nesse nível de ensino não recebe preparo adequado em educação sexual durante o processo de sua formação docente (Fagundes, 1986 e Moreira, 1986). Pretendeu-se com esta pesquisa analisar a situação nos estabelecimentos de ensino público e particular de Salvador que oferecem o curso de Magistério e estabelecer uma sistemática de ação conjunta Universidade/Comunidade, na busca de soluções para o problema.

SUMMARY

Sexual education in school constitutes one of the most polemic issues nowadays, and the pursuit of its implementation in the first grades of elementary school has been constant. However, it is known that the teacher that works on this level does not receive proper training in sexual education during the time of his/her formal education (Fagundes, 1986, e

1. Professor Adjunto IV/UFBA.
Recebido em 02.06.93

Moreira, 1986). The objective of this research was to analyse this problem in the public and private schools in Salvador that offer the Normtl Course and establish a plan of action in conjunction with the University x Community in search of solutions for this unfortunate situation.

INTRODUÇÃO

A visualização da pessoa em sua totalidade, desde a concepção, é princípio fundamental quando se pensa em educação sexual. A criança ao nascer tem seus sistemas orgânicos aptos a funcionar e preparando-se para atingir uma plenitude. Inere-se, por conseguinte, que as manifestações da sexualidade comecem também nesse período.

Muitos acreditam que tais manifestações surgem a partir da vida infra-uterina. Para Audollent (1983) “durante a gestação, a criança é alvo do desejo mais ou menos ambíguo de seus pais, segundo as circunstâncias que acompanharam a sua concepção. Em torno dela teceram-se laços imaginários que o nascimento reforça ou desmente. Uma vez nascida, a criança manifesta-se logo de modo diferente perante o pai e a mãe”. Nesta expectativa é importante que a criança seja acolhida pelo que é, a os pais precisam se conformar caso ela não chegue a corresponder ao seu projeto, sob pena de fazê-la pagar pela sua decepção.

O seio da família constitui, desta maneira, o contexto no qual a criança realiza a primeira identificação de si mesma, com o “outro” privilegiado que é a mãe, desde que ela esteja presente. Mais tarde alarga-se o círculo e multiplicam-se as referências aos modelos concretos de masculinidade e feminilidade que são os pais, os irmãos, as irmãs e outros elementos da família. É principalmente neste pequeno grupo que se começa a levar em conta a dimensão sexuada. Através de gestos a criança percebe o mundo e começa a compreender as pessoas a as relações. Caso esta etapa seja vivida em mas condições nenhuma iniciação ulterior explicita poderá compensá-la adequadamente.

Na maioria dos casos, as atitudes gerais dos pais como modelos e como estímulos costumam ser suficientes para que o processo de identificação sexual dos filhos comece a se desenvolver satisfatoriamente. Entretanto, chega-se a um ponto em que tais atitudes, por mais sadias e normais que sejam, já não bastam. Por volta dos 3 anos, a curiosidade sexual da criança começa a despertar e surgem as primeiras perguntas que, de certa forma, contribuem para que se possa tomar uma direção quanto à “performance” de sua educação sexual. Seus questionamentos, com o passar dos anos, se tornam cada vez mais complexos e profundos. Muitos pais pensam que, não falando da sexualidade em casa, protegem os filhos de se iniciarem cedo no sexo, ou mesmo que, com isso, possam evitar que os

mesmos despertem para taras e outros problemas sexuais. Não sabem, ou preferem ignorar, que a sexualidade é instintiva, que brota espontaneamente nos indivíduos, e deixar de orientá-los complica muito mais a situação.

Chega então a criança à escola e hoje cada vez mais cedo, devido às características do mundo atual em que as mães em sua maioria, trabalhando fora, precisam mesmo deixar os seus filhos ao encargo das escolinhas maternas...

Quem é o professor dessas escolas? Como se: deu a sua formação?

As escolas de primeiras séries comportam um quadro docente em grande parte qualificado através do Curso de Magistério, Curso Pedagógico ou Curso Normal. A educação sexual até hoje não faz parte da formação desse professor e conseqüentemente não fará, da educação de seus alunos. Oficialmente ela não é oferecida aos alunos de 1º, 2º e 3º graus, embora o Parecer 2264/74 do Conselho Federal de Educação, aprovado em agosto de 1974 a mencione como um objetivo a ser desenvolvido no programa de 2º grau. Segundo este Parecer (1967) “os alunos de 2º grau devem aprofundar conhecimentos referentes a evolução puberal, educação sexual, gestação, puericultura e saúde mental”. Mais adiante, refere-se ao fato de que a nível de 2º grau devam ser estudadas noções de venerologia e suas implicações sociais, além de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia humana.

Uma observação ainda que pouco sistemática em guias curriculares de alguns estados, revela não constar dos objetivos propostos, nem mesmo a transmissão aos alunos, pelo menos de forma clara e direta, de informações relativas ao sexo (Barroso & Bruschini, 1982).

Em outros países, experiências têm sido feitas com educação sexual nas escolas, como se pode constatar através de Freinet (1974), Killander (1983) e Cuevas (1984) dentre outros.

No Brasil a polêmica sobre sexo nas escolas data de algumas décadas. Relata Goldberg (1984) que em 1930 já constava do currículo, mas de apenas uma escola no Rio de Janeiro. Werebe (1978) comenta uma série de tentativas de implantação da Educação Sexual no Brasil, destacando a década de 60 como bastante favorável aos programas, que mereceram apoio de alguns parlamentares, educadores e intelectuais, mas suscitaram reações de oposição em meios mais conservadores.

Segundo Goldberg (1984) “no ensino paulista, a Educação Sexual esteve restrita ou às escolas particulares ou às escolas oficiais de caráter renovador: Vocacionais e Colégios de Aplicação da USP Em termos de sistema escolar, apesar das tentativas de sua introdução através de projetos de Lei, a realidade é a do silêncio. A escola ignora a discussão sobre sexo e a

armadilha está precisamente aí porque o silêncio nada mais é do que uma sutil forma de acomodação”.

Em 1974, como já foi mencionado, o parecer 2264/74 sobre Programas de Saúde faz menção a tópicos ligados à sexualidade que entretanto, não são incluídos nos currículos escolares. Neste mesmo ano, o Conselho Social de Desenvolvimento elaborou o Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil que previu a distribuição de pílulas anticoncepcionais para evitar a chamada gravidez de alto risco. Vê-se com tal medida o perigo da adoção de planos de educação sexual em função de objetivos restritos, no contexto de programas de controle da natalidade. É preciso que haja uma concepção mais abrangente.

Nas últimas décadas tem-se encontrado registro de experiências favoráveis à educação sexual nas escolas. Werebe (1978) constatou a existência de atividades de educação sexual em 15 estados brasileiros, através de um levantamento feito com os participantes do IV Congresso Brasileiro de Orientação Educacional, ocorrido em São Paulo, em 1976. Foram relatados 108 ensaios, 107 dos quais realizados por Orientadores Educacionais e 1 por um professor de Educação Moral e Cívica.

Abordando a dimensão da sexualidade humana refletida em aspectos valorizados pela sociedade como o trabalho industrial, acesso ao ensino superior, participação na política e outros, já em 1975 encontramos 13 artigos e 2 resenhas, cujo contexto reforça a necessidade de uma educação sexual para as crianças desde a mais tenra idade (Fundação, 1975).

Em 1979, Barroso e Bruschini (1983) integrando numa equipe da Fundação Carlos Chagas, desenvolveram um programa de educação sexual com jovens de 16 a 17 anos de ambos os sexos da periferia de São Paulo a de colégios públicos e particulares, leigos a religiosos. Este programa oportunizou aos jovens a escolha de seus próprios valores, a discussão de diferentes pontos de vista e a análise do sexo dentro de um contexto econômico, social e cultural, ressaltando a inter-relação entre a questão sexual e a questão social.

A nível de pesquisa participante Bruschini e outros (1983) realizaram um trabalho de educação sexual com um grupo de mulheres integrantes de um Clube de Mães. O projeto objetivou ainda a elaboração de folhetos educativos que compõem a série “Esse sexo que é nosso” da Fundação Carlos Chagas (1982) e constatou, mais uma vez, que “nas grandes cidades, inúmeros pequenos grupos de mulheres de baixa renda vem reivindicando água, esgoto, creches e outros benefícios considerados urgentes na comunidade... e uma das necessidades mais freqüentemente apontada é a da educação sexual”.

Esta necessidade mais uma vez se torna evidente nos resultados parciais do sub-projeto Saúde/Educação que integra o Projeto Integração Universidade/Ensino de 1º grau da Universidade Federal de Sergipe em 1982. Alunos de todas as seis escolas pertencentes ao universo de atuação do projeto demonstraram interesse em assuntos ligados à sexualidade. Para atender aos interesses levantados foram efetivados 30 encontros para grupos de alunos de diferentes séries e professores, constando de palestras, aulas e debates sobre temas de Educação Sexual (Sergipe, 1982).

Em São Paulo destacam-se a experiência de implantação do processo de orientação sexual para alunos das escolas municipais, coordenado por Marta Suplicy e os programas de orientação sexual, coordenado por Ricardo Castro e Silva, em Campinas. Em Belo Horizonte, sobressai a proposta educacional “Trabalhando com a sexualidade” do Sistema Pitágoras de Ensino, coordenada por Vilma de Souza e em Recife, o Projeto de Educação Sexual para a Comunidade Escolar, da Secretaria Municipal de Educação.

No ensino superior registra-se a inclusão no currículo da matéria Sexologia associada à disciplina Reprodução Humana, na Universidade Federal do Paraná (Andrade, 1986) e a criação da disciplina Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Serapião, 1991).

Tais considerações nos permitem reafirmar que a educação sexual deve começar desde a concepção, prolongar-se durante a gestação e continuar sempre, integrada ao desenvolvimento do indivíduo e recebendo o mesmo tratamento que as suas demais necessidades. É preciso preparar o adulto de hoje, que não tem educação sexual porque não a teve no curso de seu desenvolvimento. É preciso lutar para que a escola conquiste seu espaço na Educação Sexual, para resgatá-la da clandestinidade a que foi confinada. Acredita-se que um caminho deva ser através da preparação de professores; da organização de um número de pessoas capacitadas, que se encarreguem de trabalhar a nível de alunos, de pais e da comunidade, num processo gradativamente crescente.

Com a preparação de professores haverá possibilidade, ainda que a longo prazo, de se educar adequadamente as novas gerações na área da sexualidade.

Nesta perspectiva, desenvolvemos um trabalho de pesquisa-ação objetivando o planejamento e execução de uma sistemática de ação conjunta, após o diagnóstico de necessidades, em busca de subsídios para implementação de programas de Educação Sexual em cursos de formação do professor.

A PESQUISA: OBJETIVO, METODOLOGIA E RESULTADOS

O objetivo central da pesquisa consistiu em diagnosticar as necessidades mais freqüentes relacionadas com a formação do professor no Curso de Magistério, visando prepará-lo para atuar convenientemente no processo de orientação sexual dos alunos.

A partir dos dados existentes na Secretaria de Educação da Bahia e no Conselho Estadual de Educação, foram cadastradas 14 instituições públicas, 21 particulares e 4 da Campanha Nacional de Escolas da Comunidade, que ofereciam o Curso de Magistério, dentre as quais foram selecionadas 30% para compor a amostra.

Apesar do interesse demonstrado em participar da pesquisa por parte dos professores das 39 instituições cadastradas, somente 8 nos forneceram os quadros curriculares para serem analisados (3 públicas, 4 particulares e 1 cencista).

Fazendo uma análise desses quadros, verificou-se que no Núcleo Comum há registro da disciplina Biologia ou Ciências Físicas e Biológicas, com carga horária variando de 2 horas semanais (4 instituições); 3 horas (2 instituições); 4 e 5 horas (1 instituição). Encontramos ainda: Programas de Saúde-oferecida com 1 hora semanal (6 colégios) e 2 horas semanais (2 colégios) e Educação Moral e Cívica a Educação Física/Jogos e Recreação, com a carga horária semanal de 2 horas (7 colégios) e 1 hora (2 colégios).

Sabemos que, através do estudo dessas disciplinas é possível, dentre outros aspectos, a análise e aplicação de princípios básicos de saúde no ambiente familiar, escolar e comunitário, como recurso de criação e manutenção no bem-estar do homem, abordagem a partir da qual, a nosso ver, pode-se desenvolver um programa de educação sexual.

Em contatos mantidos com docentes de Magistério, registramos, ainda que esporadicamente, a discussão de temas tais como os a seguir relacionados, muna ou noutra disciplina já mencionada e também através de sessões do Serviço de Orientação Educacional: modificações do corpo na puberdade; anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutivos humanos; controle voluntário da reprodução; doenças sexualmente transmissíveis; gravidez, parto e noções básicas de puericultura.

O instrumento de coleta de dados sobre o professor foi um questionário, do qual constavam itens de identificação pessoal dos docentes, sua atuação no Magistério e questões relativas à sua opinião em relação a uma proposta de educação sexual para seus alunos.

Considerando a disponibilidade inicialmente demonstrada, o retorno de questionários respondidos foi muito pequeno (43%). A resistência psicológica ou emocional ao conteúdo e a pouca importância atribuída à

pesquisas desta natureza, são algumas prováveis razões para o não atendimento ao solicitado.

Como resultados do diagnóstico previsto, através das respostas ao questionário obtivemos as informações analisadas a seguir, nas quais o colégio cencista foi incluído na categoria de público, dada a sua natureza, estrutura a funcionamento.

Como características gerais dos professores encontramos a maioria do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 35 anos, casadas, com curso superior concluído, que tem outro emprego a são favoráveis a uma sistemática de educação sexual na escola, ou por ser uma forma de orientar crianças ou porque possibilita crescimento pessoal.

O tempo de exercício no magistério da maioria dos respondentes oscilou de 1 a mais de 15 anos. Cruzando-se variáveis, observou-se que há interferência de tempo de magistério na concordância com a efetivação de uma sistemática de educação sexual na escola. A maioria dos docentes públicos que são favoráveis têm mais de 15 anos de ensino, enquanto que a maioria dos docentes particulares com esta opinião tem vida docente de 1 a 5 anos.

Constatou-se haver uma variada natureza do curso superior concluído ou em realização, pelos docentes respondentes, havendo maior concentração de Licenciados em Pedagogia, tanto nas escolas públicas como nas particulares, dado significativo uma vez que este profissional é o que se habilita para o ensino de disciplinas do Curso de Magistério. Quanto ao 2º grau concluído, Magistério e Científico foram as habilitações mais frequentes. O cruzamento de variáveis nos acrescentou o dado de serem oriundos do curso de Administração e do Curso de Pedagogia os 2 únicos docentes que discordaram da necessidade de educação sexual na escola.

Os professores que responderam a esta pesquisa são docentes de 30 disciplinas distintas, com maioria levemente concentrada em Didática e Prática de Ensino. Verificou-se haver resposta de 84 professores, 5 Coordenadores Pedagógicos, 4 Supervisores, 2 Orientadores Educacionais, 2 Diretores, 2 Vice-Diretores, 1 Assistente e 1 Estagiária. Esses dados reforçam a idéia que se tem da sistemática de educação sexual na escola vir a acontecer independentemente da existência de uma disciplina com esta finalidade.

Foi pesquisada a opinião dos docentes quanto aos tópicos de conteúdos ligados ao estudo na sexualidade que precisam fazer parte do processo de educação sexual no Curso de Magistério e também quanto aos conteúdos para os quais eles necessitam de treinamento.

Quase todos os tópicos apresentados foram assinalados como necessários pelos docentes das instituições de ensino público, em percentu-

ais acima de 50%. Quanto à necessidade de serem treinados, os percentuais giraram em torno de 17%.

Os docentes particulares indicaram todos os assuntos como importantes para constarem de tlm programa de educação sexual no Curso de Magistério, em percentuais que variaram de 5,12 a 100%, bavendo concentração de alta preferência no item “puberdade” e nos “aspectos sociais ligados à sexualidade”. Entretanto, em 22 dos 43 itens bouve abstenção total de marcação quanto à necessidade de treinamento e baixíssimo foi o perceptual de itens assinalados. Tal evidência nos leva a supor que esses docentes se sintam mais preparados do que os de escolas públicas a discutirem tais conteúdos com os seus alunos. Mas se ambos os grupos se consideram tão preparados, por que não o fazem? Por que em suas escolas ainda não existem iniciativas na área de Educação Sexual?

Ao serem cruzadas as variáveis - Tópicos que deverão fazer parte da sistemática de educação sexual no Curso de Magistério, necessidade de treinamento e tipo do curso superior concluído, observou-se que professores com formação em Administração, Geografia, Ciências Biológicas, Ciências e Matemática, Psicologia e Licenciatura em Ciências, não assinalaram nenhum item para treinamento, enquanto que os com formação em Pedagogia e Letras foram os que mais indicaram esta necessidade. Uma questão se levanta: serão os primeiros tão preparados como se consideram ou terão os últimos um discernimento maior quanto à amplitude da problemática e a consciência da necessidade de atualização constante? Por um lado pode-se atribuir tais resultados a um maior relacionamento existente entre os profissionais de Pedagogia e Letras e o aluno do Curso de Magistério; por outro, ao fato de professores da área de Saúde se sentirem capacitados e discutirem conteúdos de Sexualidade sem contudo se alertarem para a importância da informação num contexto mais amplo como o da Educação Sexual.

Enquanto se computavam os dados para o diagnóstico previsto nesta pesquisa planejou-se, a partir de sugestões feitas pelos docentes que responderam ao questionário, um Curso de Extensão onde foram abordados temas como: Sexo - Sexualidade - Sexologia e Educação Sexual; a sexualidade nas diferentes etapas da vida; a resposta sexual humana - aspectos biológicos e psicossociais; meios de comunicação e sexualidade e problemas derivados de uma sexualidade inadequada.

Este curso culminou com o planejamento de atividades de orientação sexual pas escolas de origem dos quarenta docentes participantes. Foram elaborados projetos de uma sistemática de Educação Sexual para oito colégios da Cidade de Salvador sob nossa coordenação e acompanhamento. A etapa inicial desses projetos ocorreu ainda em 1988 e constou basicamente de atividades dirigidas à sensibilização dos alunos e de seus familiares no sentido de exteriorização de problemas concernentes à sexua-

lidade, seguida da busca de alternativas metodológicas para minimizá-los. O envolvimento de outros docentes que não participaram do curso, e da grande maioria dos alunos que avaliou como altamente positivo o processo a que estavam submetidos, foram indicadores da validade da experiência que demos continuidade em 1989 e nos anos subsequentes, através da realização de cursos para professores, encontros, oficinas e consultoria àqueles que se propõem a desenvolver atividades de educação sexual nas escolas de 1º, 2º a 3º graus.

Embora não seja possível generalizar a respeito da formação do professor do Curso de Magistério enquanto educador, no âmbito da sexualidade, dada a própria natureza da pesquisa, pudemos concluir que o objetivo do trabalho foi alcançado ao serem viabilizadas alternativas metodológicas de capacitação do professor, buscando atender as suas necessidades e de seus alunos, na discutida, controversa e fascinante área da Sexualidade Humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, R. P. A. A Sexologia na Disciplina de Reprodução Humana. In: VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Rocca, 1986.
2. AUDOLLENT, P. et al. *Sexualidade e Vida Cristã*. Trad. por Benômi Lemos. São Paulo, Ed. Paulinas, 1983.
3. BARROSO, C. & BRUSCHINI, C. *Educação Sexual - debate aberto*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1982.
4. _____. *Sexo & Juventude - um programa educacional*. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1983.
5. BRUSCHINI, C. et al. "Caminhando Juntas: uma experiência de Educação Sexual". *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo. (45):43-49, maio, 1983.
6. CUEVAS, L. S. *Educação Sexual*. Trad. E. C. Silva, São Paulo, Ed. Paulinas, 1984.
7. FAGUNDES, T. C. P. C. O conteúdo dos programas de Biologia Aplicada a Educação em Instituições de Ensino Superior do Brasil. *Universitas Cultura*. Salvador(35):145-156, jan/mar., 1986.
8. FREINET, C. *Para uma Escola do Povo*. Lisboa, Ed. Livraria Martins Fontes Ltda., 1974.
9. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. *Cadernos de Pesquisa - Revista de Estudos e Pesquisas em Educação*. Nº 15, dez., 1975.
10. _____. Série "Esse sexo é que é nosso?" (Folhetos). São Paulo, 1982.
11. GOLDBERG, M. A. *Educação Sexual - uma proposta, um desafio*. 2ª ed. São Paulo, Cortez Editora, 1984.
12. KILLANDER, H. F. *Educação Sexual nas Escolas: preparar para a vida familiar*. Adapt. Mª Helena Matarazzo. São Paulo, Ed. Paulinas, 1983.

13. MOREIRA, L. M. A. Algumas considerações sobre a implantação da educação sexual nas escolas e sua aplicação na área de Ciências Biológicas. *J. Bras. Psiq.* (35):107-110, 1986.
14. PARECER 2264/74. Conselho Federal de Educação. In: ARATANGY, L. R. et al. *Programas de Saúde: projetos e temas de Higiene e Saúde*. 4ª ed. São Paulo, Nacional, 1976, pp. 143-165.
15. SERAPIÃO, J. J. “Implantação de uma Disciplina de Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro”. *Sexus* 3. (3):4-6, 1991.
16. SERGIPE, Universidade Federal. *Relatório do Projeto Integração Universidade/Ensino de 1º grau*. Sub-Projeto: Saúde e Educação. Aracaju, 1992, pp. 173-178.
17. WEREBE, M. José Garcia. “Implantação da Educação Sexual no Brasil”. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, (26):21-27, set., 1978.

Educação Sexual no Brasil e na América Latina*

3

Ricardo da Cunha Cavalcanti¹

Como sempre, eu fico encantado em vir a São Paulo, oportunidade de rever velhos amigos, de reforçar laços de carinho fraterno, de trocar idéias, e por que não, de aprender muitas coisas. E fiquei tão honrado e feliz com o convite, que no meu encantamento nem tive tempo de ficar perplexo com o título da conferência que me foi solicitada:

Educação Sexual no Brasil e na América Latina

Isto não é título de conferência, é um massacre, porque, para ser honesto, eu teria ter o tempo para fazer, no mínimo, um levantamento de todos os grupos que fazem educação sexual desde o México até a Patagônia. Só para o Brasil a tarefa não seria pequena, porque hoje, graças a Deus, há inúmeras pessoas tentando fazer educação sexual de norte a sul do país.

Não foi de surpreender portanto que ao encantamento inicial se sucedesse a perplexidade. E tão intrigado fiquei que comecei por procurar no velho Aurélio o que era, do fato, ficar “perplexo”. Para o meu desapontamento e sobretudo minha ignorância, perplexo não significa ficar “assustado” ou “sobressaltado”. Perplexo quer dizer irresoluto, indeciso. Estou convencido, agora, que não fiquei perplexo, o que eu fiquei mesmo

* Conferência proferida na I Jornada Paulista de Sexualidade Humana.

1. Ginecologista, Sexólogo, diretor do Centro de Sexologia de Brasília (CESEX),

Recebido em 19.06.93

Aprovado em 23.09.93.

foi assustado com a tarefa que me foi confiada. Falar sobre tema de extensão enciclopédica.

Para evitar a inevitabilidade de uma conferência incompleta, tomei a decisão de modificar o título desta minha fala, sem fugir obviamente da linha básica que me foi sugerida.

Eu vou falar como poderia ser uma educação sexual no Brasil e na América Latina, uma vez que são tão semelhantes os laços sócio-culturais dos povos latino-americanos que um mesmo desenho de delineamentos amplos de projeto educacional, poderia ser perfeitamente aplicado a qualquer país de origem ibérica. A variação seria apenas do pormenor naturalmente necessário às adaptações loco-regionais.

É importante na construção deste Projeto que se tenha respondido algumas perguntas básicas:

O que é Educação Sexual?

O que desejamos com a Educação Sexual?

Onde, quando e como ela deve ser transmitida?

Qual o perfil do Educador Sexual?

As duas primeiras perguntas são nitidamente filosóficas. Na verdade se eu não sei exatamente o que é Educação Sexual e com que objetivo eu vou usá-la, de que adianta saber como, quando e quem deve transmití-la? Existem alguns pressupostos que são substantivos, que são fundamentais, enquanto outros, sem deixar de serem importantes, são adjetivos ou secundários. Tudo é uma questão de hierarquia de importância.

Vamos tentar responder a primeira pergunta. Creio que podemos adotar uma postura aristotélica e definir *conceito como sendo* “a essência da coisa no pensamento”. Por outro lado a definição pode ser explicada como sendo “uma operação de linguagem que procura caracterizar a coisa para que seja compreendida por outra pessoa” Vejam bem, definir é exprimir a essência da coisa enquanto conceituar é um processo criativo, onde se capta a essência daquilo que se conceitua.

Uma pessoa pode ter uma idéia precisa do que é educação sexual e não saber defini-la convenientemente. Eu estou mais preocupado em passar para os senhores o conceito de educação do que tentar defini-la, de modo que vou dar alguns exemplos para que os senhores possam construir o conceito exato.

Muita gente pergunta por que há tanta gravidez indesejada na adolescência, quando a maior parte das pesquisas mostram que, pelo menos, alguns métodos contracepcionais eficazes, são conhecidos por todos. Vejam bem, eu falei de gravidez indesejada. Aqui é necessário fazer uma diferença entre gravidez socialmente indesejável e gravidez indesejada.

Uma diz respeito aos interesses da sociedade; outra toma como referencial os interesses do indivíduo.

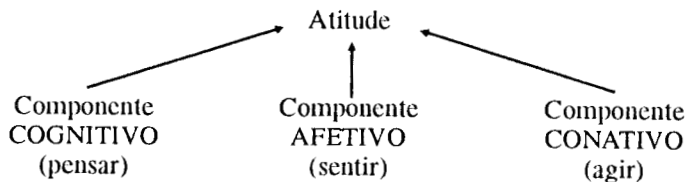
Realmente uma ponderável parcela de gestações de meninas adolescentes foi desejada por elas. Eu não me proponho aqui a discutir quais os motivos deste desejo: rebeldia contra os pais, querer prender o namorado, curiosidade, querer parecer adulta, falta de boneca em casa ou coisa que o valha. Eu não estou falando destas gestações desejadas, embora socialmente indesejáveis. Eu estou me referindo àquelas gestações que não foram desejadas pela adolescente.

Não vou aqui entrar em detalhe porque elas ocorreram: pensamento mágico, preguiça ou falta de dinheiro para comprar um contraceptivo, etc, etc, etc. O fato é que grande quantidade das adolescentes que ficam grávidas, não queriam conscientemente engravidar. Paradoxalmente conheciam os métodos contraceptivos, tinham acesso a eles mas não faziam uso deles. Como explicar este paradoxo?

A mesma coisa acontece com as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS. Todo mundo sabe por exemplo que a imunodeficiência adquirida pode ser evitada com o uso do condom, e porque é que a AIDS ainda continua crescendo em progressão tão grande? Porque é que as pessoas não usam condom?

Muitas respostas podem ser dadas a estas indagações mas, seguramente não é por falta de informação nem por falta de acesso ao método. O que falta é uma atitude.

Vejam bem: Atitude é a palavra-chave. Brown afirma que *atitude é a disposição que um indivíduo tem para agir de forma favorável ou desfavorável em relação a um determinado objeto*. A atitude de uma pessoa se forma através de 3 componentes: cognitivo, afetivo e conativo.



Estes 3 componentes atuam de acordo com o princípio dos vasos comunicantes. Eu não vou me deter no estudo destes componentes estruturais, mas vale dizer que aquilo que um indivíduo pensa, depende muito de suas vivências e da aprendizagem no meio social.

Se uma adolescente teve com o uso de um contraceptivo uma experiência ruim ou se ouviu relatos de efeitos desagradáveis vivenciados por pessoas que lhe são significativas, este conhecimento e esta vivência terá um sentido particular para ela. É portanto com base na experiência e na

vivência que a adolescente começa a estruturar seu pensamento acerca do contraceptivo.

Além do conhecimento entra em jogo as crenças. O conhecimento é racional mas a crença é totalmente irracional. O conhecimento apela para a lógica; a crença é a aceitação acrítica de algo como verdadeiro.

É importante observar que os nossos valores, que é uma espécie de farol que orienta nossa conduta, dependem muito dos nossos conhecimentos e das nossas crenças. Quando se valoriza alguma coisa tende-se a modelar a vida de acordo com este padrão de conduta. Quem valoriza a virgindade tende a valorizar sua vida e a vida dos outros em função da virgindade.

Além do componente cognitivo também entra na composição das atitudes o componente afetivo. Ele é o sentimento ou reação emocional que tem um indivíduo em relação a um determinado objeto o que um adolescente pensa sobre contraceção a prevenção de AIDS está intimamente vinculado com o que ele sente em relação a estes objetos.

E o que o indivíduo pensa e o indivíduo sente em relação a um determinado objeto é o que gera a tendência a agir.

Estas noções primárias são suficientes para demonstrar que a educação não é instrução. A instrução ou ensino é um dos tempêros necessários à formação do conhecimento sobre alguma coisa. A educação no entanto é algo bem mais amplo. Ela compreende uma modificação de atitudes. Não é apenas ensinando problemas de sexualidade que conseguiremos mudar as atitudes e os comportamentos das pessoas. É por isso que, mesmo conhecendo coisas sobre sexualidade, conhecendo contraceptivos ou preventivos contra doenças sexualmente transmissíveis, as pessoas continuam sem usar métodos de contraceção ou os métodos de prevenção da AIDS.

É claro que a instrução é importante no processo educativo mas educar não é instruir. Educar é um crescer de dentro para fora, fruto de um processo reflexivo; instruir é um crescer de fora para dentro, fruto de um processo positivo, quem ensina transmite conhecimentos; quem educa prepara o indivíduo para a vida, despertando nele todo o seu potencial de humanização.

Sabendo que a educação sexual é a preparação do indivíduo para a vida sexual, é importante agora saber: *Para que educar? O que desejamos com a Educação Sexual? Quais os objetivos ou finalidades da Educação Sexual?* Afinal quem educa, educa com uma determinada finalidade.

Quando Platão escreveu a República ele afirmou que, a educação era a arma do estado para formar governantes filósofos. A partir daí se começou a considerar a educação com uma finalidade específica. Os regimes totalitários educam seus cidadãos para escravizá-los como forma de eternizar o totalitarismo. Um regime democrático esforça-se para,

através da educação, perpetuar o sentimento de liberdade democrática. Observem bem, a educação pode ser usada para fins políticos e na história da humanidade este tipo de educação é muito conhecido.

As vezes, a educação é usada com os propósitos ou a finalidade religiosa. Em qualquer hipótese há, na educação, um componente estático e um componente dinâmico. A educação pode ser usada para conservar os padrões sociais e religiosos vigentes ou utilizada como um processo que predispõe à mudança cultural. Uma posição equilibrada seria poder manter as duas coisas: educação como processo de socialização e educação como processo de mudança.

O perigo é que muitas vezes se usa a educação apenas com a finalidade de socializar, de moldar as pessoas dentro dos padrões culturais de um grupo. Uma educação sufocante que não permite contestar os valores, mas robotiza as pessoas mantendo os mesmos padrões, os mesmos costumes, a mesma moral, as mesmas verdades, estereotipando as pessoas no agir, no sentir e no pensar.

A verdadeira educação tem um aspecto socializador na medida em que prepara o indivíduo para viver em uma determinada sociedade, mas ao mesmo tempo instrumentaliza a pessoa para a mudança cultural. Aumenta a capacidade crítica do indivíduo para que ele seja capaz de criticar e abandonar certos valores ou padrões de sua cultura e recriar a sociedade em que ele deseja viver.

Pois bem, a educação sexual *deve estar a serviço da felicidade da pessoa humana, preparando-a para, através do uso responsável da liberdade, ser um agente eficaz de promoção da felicidade individual e coletiva.* A educação sexual deve estar a serviço do indivíduo e da sociedade.

Educação sexual não é apenas educação para contracepção nem para evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educa-se para a felicidade sexual das pessoas. Educa-se para preparar o indivíduo, através do uso responsável da liberdade, ser um agente eficaz de promoção da felicidade individual e coletiva.

Educa-se para a liberdade sexual, mas para uma liberdade responsável que faz com que o indivíduo respeite a liberdade sexual do outro, os limites e a integridade do outro. Evitar AIDS e gestações indesejadas são meras conseqüências.

Eu diria que a educação sexual deve estar voltada para o amor. Amor não entendido apenas como atração biológica. Tesão físico pelo outro. Amor entendido não como uma necessidade unilateral de receber, de tirar alguma coisa do outro. Amor entendido não como um amor romântico, que deifica o outro, uma forma de amor que se conforma apenas em dar. Eu me refiro ao amor maduro que é dar e receber, que é amar e ser amado, que é comunicação bilateral. Promover este tipo de amor é que é a verdadeira finalidade da educação sexual.

Agora que respondemos as perguntas fundamentais: O que é a Educação Sexual e quais as suas finalidades, podemos passar para os aspectos adjetivos ou operacionais.

Onde, quando e como a Educação Sexual deve ser Transmitida.

Esta pergunta que, na verdade é um tríplice indagação, nos obriga a dizer que a Educação pode ser de 3 tipos fundamentais:

Educação formal ou sistemática
Educação Assistemática ou informal
Educação não-formal.

A Educação Sexual formal ou sistemática, intencional ou direta é aquela que é fornecida pelo sistema institucionalizado de educação, ou seja pela Pré-escola, pela Escola, pela Universidade. Enfim pelas instituições de ensino. Aqui se observa uma intencionalidade educativa, com uma estratégia de ordenação gradativa de conhecimentos e toda uma tecnologia educacional.

A Educação Sexual Assistemática ou Informal, também chamada de espontânea ou indireta é aquela que se ensina e se aprende sem planos pré-estabelecidos. A informação que se dá as pessoas faz com que elas tenham um comportamento imitativo.

Enquanto a Educação formal é dada pela escola, a educação informal é dada pela família, pela Igreja, pelos grupos sociais. Sem entrar na discussão do se é certa ou errada, boa ou má, vejam por exemplo os meios de comunicação de massa, notadamente a televisão. Eles fazem uma educação informal ou assistemática.

Um terceiro grupo está constituído pela Educação Não-formal que é um meio-termo entre a educação sistemática e a educação assistemática. Ela é oferecida no momento em que fazemos conferências e palestras para grupos interessados mas que não pertencem propriamente ao sistema de ensino. A educação não-formal é porém intencional e direta. Como exemplo, o que estamos fazendo aqui no momento, é educação sexual não-formal.

Eu gostaria de afirmar que sou perfeitamente favorável a qualquer uma destas modalidades educativas. Eles não são excludentes. Claro que a melhor educação seria aquela que fosse fornecida pelos próprios pais. Em uma enquete nacional que tive oportunidade de fazer no ano de 1989, com 4.000 estudantes do Brasil, pude constatar que 95% preferiam que a educação sexual fosse dada pelos pais.

A despeito desta preferencia todos sabem que os pais tem dificuldade de falar de sexo com os seus filhos. Há exceções, mas elas apenas existem para contrariar a norma geral. Certa ocasião fiz um pequeno programa de treinamento para pais e constatei que quando eles davam esclarecimentos para os filhos dos outros eram de uma atuação perfeita, mas quando chegava o momento de ensinar aos próprios filhos aparecia a barreira inibição. São fenômenos culturais que pouco a pouco serão superados.

Sem que se abandone o papel educador dos pais temos, a curto prazo, de nos valer do ensino formal. Eu hoje sou um entusiasta deste tipo de atividade. Eu diria, sobretudo, de Educação Sexual para estudantes do ensino fundamental ou seja do primeiro grau. Claro que se a prioridade é o primeiro grau isto não exclui que se atue no segundo grau ou na universidade.

Hoje com a liberalização sexual as pessoas estão tendo relações sexuais cada vez cedo, de modo que se quisermos usar a educação como uma força preventiva temos de instituí-la o mais precocemente possível. Daí porque eu priorizo o primeiro grau.

Nós estamos atualmente compromissados com um plano de educação sexual formal. Chegamos a conclusão que é necessário, em primeiro lugar, formar uma massa crítica de educadores para habilitá-los ao ensino da educação sexual. Estamos hoje com 2 cursos de pós-graduação em Educação Sexual, testando onde ele funciona melhor: numa universidade federal ou numa universidade particular?

São cursos de 360 horas de duração, reconhecidos pelo MEC e neles serão formados os primeiros 100 especialistas de Educação Sexual do Brasil. Serão portadores de um diploma universitário com estas características. Eles estudaram as seguintes disciplinas:

1. Anatomofisiologia da sexualidade e da reprodução
2. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
3. Psicologia da sexualidade nas diferentes fases da vida
4. Antropossociologia da sexualidade
5. Planejamento familiar
6. Instrumentos de modificações de atitudes
7. Metodologia de ensino superior
8. Ética da educação sexual
9. Didática e metodologia da educação sexual
10. Planejamento e avaliação em educação sexual

Além de prática de ensino, através de estágio supervisionado, os alunos da pós-graduação deverão apresentar e defender uma monografia.

A finalidade destes cursos pioneiros de pós-graduação é formar núcleos universitários permanentes. Além do mais, estes especialistas estão legalmente habilitados a ensinar no segundo grau.

Simultaneamente estamos desenvolvendo um projeto com a ONU, em 5 estados do Brasil, para cursos de especialização a nível das escolas de magistério. Estas escolas, antigamente chamadas de escolas normais, se encarregam de formar os professores para o primeiro grau.

Como os senhores estão vendo, o CESEX está atuando na preparação de professores tanto para o primeiro quanto para o segundo grau. Ao mesmo tempo estamos propiciando a possibilidade de cursos de pós-graduação em universidades particulares e privadas do Brasil. Este programa deve durar até 1994 quando esperamos que várias universidades brasileiras já tenham instituído cursos regulares de pós-graduação.

A pergunta Como ensinar? é importante de ser respondida para que se diga que usamos ensino participativo, através de dinâmicas de grupos, workshops e simpósios. Muito poucas aulas formais.

Nós publicamos, já faz algum tempo, um livro intitulado: “Saúde Sexual e Reprodutiva: Ensinando a Ensinar”. Este livro é destinado a professores e possui três partes: na primeira parte há uma quantidade bastante grande de dinâmicas de grupo e ensina-se ao professor como aplicá-las.

Na segunda parte do livro há vários textos de apoio. Estes textos são os principais tópicos que devem ser tratados nos cursos de Educação Sexual. Os assuntos são os seguintes:

1. Identidade e papéis sexuais
2. Mitos, crendices e tabus sexuais
3. Caracterização do adolescente
4. Anatomia e fisiologia da resposta sexual humana
5. Anatomia e fisiologia da reprodução
6. Ampliando o conceito da sexualidade
7. A sexualidade do adolescente
8. Aprendendo como evitar uma gravidez não desejada
9. Sexualidade e drogas
10. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
11. O papel do educador na formação de atitudes

É óbvio que dentro de nossa filosofia de atuação a educação sexual nas escolas não deve constituir uma disciplina com provas e com créditos. Não é bem assim, o professor é treinado para ser educador, isto é, para discutir com os alunos problemas de sexualidade humana. Uma discussão par-

ticipativa, onde ele não assume uma postura de juiz nem de dono da verdade. Não existem propriamente aulas de educação sexual, no sentido de aulas formais.

O papel educativo do professor ocorre em duas circunstâncias: a primeira de caráter individual, quando ele é procurado particularmente por algum estudante para discutir problemas específicos, e a segunda, de caráter coletivo, quando ele promove a incentivo a formação de simpósios, grupos de estudos, workshops ou seminários sobre assuntos de sexualidade.

Não pensem que o professor é necessariamente o de biologia. Aliás este quase nunca é o educador da melhor espécie. Eu fico muito a vontade para fazer a crítica porque fui professor desta disciplina durante muitos anos. Mas de modo geral, o professor de biologia está muito comprometido com os aspectos biológicos da sexualidade. Nós preferimos aquelas pessoas que tenham uma visão menos setorial, porque se o sexo é biológico a sexualidade é sobretudo cultural. Ela é mais cultura do que natura. Isto não significa que não haja excelentes professores de biologia que podem ser educadores sexuais competentes e eficientes.

E quase que naturalmente estamos respondendo a última pergunta *Qual o perfil do Educador Sexual?* O bom professor para ser treinado para fazer curso de educação sexual é aquele que normalmente é procurado pelo aluno para um conselho, ou um esclarecimento. Ele pode ser de qualquer disciplina mas é o fato de ser uma pessoa significativa para o aluno que o credita a ser um bom educador sexual.

Na terceira parte do livro *Ensinando a Ensinar* nós mostramos como se pode fazer uma seleção atitudinal dos candidatos e Educadores Sexuais. Inclusive temos um teste de atitudes que elaboramos e onde existe também o perfil médio do Educador Sexual no Brasil. É ainda um método grosseiro para selecionar candidatos mas em termos de Educação Sexual, onde temos de modificar atitudes e criar posturas atitudinais abertas, é ainda um bom indicativo.

Eu não poderia deixar passar esta oportunidade para trazer finalmente para os senhores o posicionamento ideológico do CESEX sobre os educadores e educação sexual. Ele diz o seguinte:

“Ao submeter a debate público o seu posicionamento sobre Educação Sexual, o CESEX não pretende fixar diretrizes para ministrá-la. Aspira sim, que seu trabalho se converta em um ponto de afluência de idéias, para que possa delinear o tipo de educação mais propícia aos ideais de nossa sociedade.

Respeitando as opiniões divergentes, o grupo que integra o CESEX acredita que suas idéias centrais sobre a educação e o educador, podem ser assim resumidas:

1. A Educação Sexual deve transmitir, sem dogmatismos, sistemas de valores e padrões de conduta social, de modo a permitir ao indivíduo, a opção de criar o seu próprio destino e de remodelar a sociedade em que deseja viver.

2. A Educação Sexual, além de fornecer informações científicas de caráter biológico, deve, em sua abrangência, promover a compreensão do conteúdo social e a dimensão do afeto, que dão significado à conduta humana.

3. A Educação Sexual deve ser transmitida por quem esteja verdadeiramente consciente da beleza, da respeitabilidade e da dignidade do sexo. Sexo isento de culpa e depurado de concepções míticas.

4. A Educação Sexual deve ser transmitida por quem respeite os valores dos indivíduos e dos grupos sociais, e acredite que a sexualidade é um fator de crescimento das pessoas e da sociedade, opondo-se ao emprego do sexo como instrumento de poder e dominação.

5. A Educação Sexual deve ser transmitida por quem esteja adequado com sua própria sexualidade e acredite na atividade sexual como forma indissolúvel de prazer, de procriação e de comunicação interpessoal.

Desta forma, o CESEX acredita que, promovendo e apoiando o direito do indivíduo escolher livremente as opções e as alternativas de sua conduta sexual, deve enfocar, paralelamente, a noção de sexualidade responsável, divulgando as conseqüências do uso indevido do sexo, para a saúde individual e coletiva.

Aberto à crítica e ao debate, o CESEX submete seu posicionamento à discussão, certo de que, ao aceitar o questionamento de suas idéias, está transmitindo a mensagem de que o educador deve ser alguém que não se posicione como sendo o dono da verdade, mas que se abra ao diálogo sobre os mistérios da vida.”

O Adolescente e a Família 4

Roberto Curi Hallal¹

Um dia destes o amor chegou gentil e silencioso à minha casa. Vestido na forma de carta, insinuou-se na caixa de correspondência, como dedicatória escrita e inesquecível. Entrou por debaixo da porta e alojou-se no colchão dos meus filhos adolescentes. Não sei bem o que lhes aconteceu ou em que lugares imaginários estiveram. O resultado de semelhante encontro foi um colchão desvirginado, marcado pela mancha do prazer solitário e insuficiente.

O amor entrou sob a forma de música repetitiva e com o volume dos obesos. Foi forma de chave na gaveta que guardou um lenço com perfume, um guardanapo que revelava um poeta improvisado e pela imaginação de futuros não acontecidos, tornando pai e mãe insuficientes, não por causas nossas, senão pela própria ilusão que se chamava naquele dia Joana, Maria ou outro qualquer nome de mulher; ou por alguma forma de buscar palco para o desejo de serem homens ou amantes. Percebi sentirem ser desnecessário confessar-lhe que não me necessitam mais como crianças. Fraternalmente, invadem minhas gavetas desnudando minha possibilidades de escolher cuecas e meias. Desaparecem magicamente minhas lâminas de barbear e sei serem eles quando algum corte lhes denuncia a inabilidade de quem as usa há tão pouco tempo.

Seus pijamas ficaram curtos e dobraram a porção de comida, do mesmo modo que eu a diminuo. Nos seus vocabulários ainda não se

1. Psicanalista. Conferência proferida na IV Jornada materno-Infantil do Pará, em Belém, Setembro de 1993.
Recebido em 10.09.93

imprimem o colesterol e o ácido úrico. O telefone já não me pertencia com tanta exclusividade. E o pior é que eles me injetam a vida e não me perguntam se estou preparado para o excesso de oxigênio. Não me sabem de pernas cansadas e me convidam para o futebol. Não me imaginam mais herói. Usam e abusam do meu sim e se decepcionam facilmente com o meu não.

Por que quando mais livre do que eles, me olham com estranheza? Será que não me admitem democrático? Ou só posso ter o papel de ditador? Não posso ser livre em minhas convicções, independentemente de estarem elas certas ou erradas?

Como acusá-los disso? Como atacar-lhes esta autenticidade humana e desprezar-lhes o sonho que enunciam e a que nos já renunciamos?

Eles são permanentemente paixão e (pre)conceito. Amor e conceito. Violentos e secos, duros como poucos. Quase nunca pensam em mim, em minhas necessidades e desejos. Eu, lutando contra esta culpa atávica e constante que nenhuma análise dá jeito, devedor duma conta paga em dia, desconcertado, me cobro num paternalismo e me engano quando tenho que ser lei. Desconhecem meu temor em dizer NÃO.

Meus filhos não me pensam defensor da adolescência. Por havê-la tido fui ingênuo, transparente e sincero demais para uma estrutura social organizada em torno da acomodação do “não é comigo nem com os meus”, os doentes “são os filhos dos outros”.

Para senti-los, homem ou mulher, tenho que, no mínimo, restaurar em mim a paixão, a solidariedade e a capacidade de espanto. Preço caro e sincero para conviver com isto que lhes constitui essência.

Acredito na história vivenciada e no amor como condição que dispõe ao entendimento. Então, aqueles que como filhos não os tiveram como modelo aceitável, que permitam pelo menos aos seus filhos a construção destes com a propriedade e a diferenciação que cada geração necessariamente tem em relação e antecedente.

Das guerras aprendemos que os armistícios constituíram as histórias dos indivíduos. Não foram as guerras, como equivocadamente se pensa, propulsoras do progresso. Elas só mataram os jovens. Nos armistícios encontram-se fórmulas para convívio com as diferenças. O que leva nossos filhos às guerras formais ou informais, ao convívio com a droga, com a prostituição, com a ociosidade, é decorrente de uma proposta bélica entre os próprios grupos sociais nos quais ou entre os quais eles vivem.

Minha coleção de figurinhas já rasgou, a estampa do Eucalol não tem mais cheiro, os guardanapos com poemas para amores não acontecidos estão sem perfume e em branco. Só os sustenta minha fértil memória e resisto enquanto houver alma. Ai de mim se me esqueço. Ai de todos nós se nos perpetuamos sem história, essência do humano, alimentadora de memórias. Não posso negar aquele que olhava o mundo com medo e

arrogância. Também não posso negar o tempo perdido com uma escola formal e inútil que exercia regras úteis para delinquentes e com excesso de disciplina e deveres para quem já os trazia de casa. E, por isso, não posso esquecer que a força do arbítrio, da intolerância ainda estão presentes. E cumpro alertá-los disso. Como se filho educado pudesse acreditar na contradição entre desejo e drama familiar. Um enuncia o sujeito, o outro cerceia.

Falo como pai confesso, repetirei dez conferências e vinte paternidades. Quero dizer-lhes de coração aberto o que sigo aprendendo. Acho, com Huxley, que a experiência não é aquilo que nos aconteceu, senão o que faremos disso.

Freqüentemente, os filhos se parecem conosco. Assim, nos satisfazem, mas depois só nos ensinam as diferenças. Mais além de homem-mulher, livres-libertinos, pai-mãe, eles se impõem como sujeitos. Não como os esperamos, mas como podem ser. Não dosam suas satisfações, mais aproveitam em cinco anos o que preciso distribuir em quarenta e cinco.

São transparentes onde me escondo; incautos denunciadores do que penso, mas não digo. Mandam ao inferno a escola burra, o governo quando corrupto e evitam os chatos. Inconscientes, denunciam meus ideais e acabam atores das minhas desatualizadas esperanças.

Neste sul, vibrando do mesmo jeito que os adolescentes de todas as épocas, nos olhos dos meus filhos vejo o mesmo Frank Sinatra e Beatles, poetas universais a falar de nós.

A vida passa depressa. A memória é como sombra, nos acompanha o tempo, nos pertence, organiza e só a percebemos quando falta. Como um desmemoriado tento dizer-lhes algo com a limitação humana de um afásico.

De qual família esperam relatos e revelações? Duas famílias me constituem, superpostas em tempo presente. Numa, fui filho, noutra, sou pai. Porém, outras duas não menos importantes entram a constituir parte daquelas: a da conferência e a da vergonha. Como fui educado para esconder a segunda, perco um pedaço de mim e não consigo falar da primeira. Por opção ou pela redundância, evito estender-me em obviedades de adormecer plaléias. Quisera fazê-los alegres e seguros, reafirmar-lhes certezas comuns a partilhar nossos medos. Deixarei esta troca para um momento mais privado. Aproveito este lugar para propor-lhes pensar que a questão dos adolescentes não se restringe as famílias, Durante alguns anos acreditei no abandono filicida dos pais dos meninos e meninas de rua. Se meu salário fosse de quarenta dólares mensais filicida seria se não os fizesse compartilhar da luta pela sobrevivência; lhes ensinaria a rechaçar o paternalismo da esmola e faria de suas caixas de engraxate e de suas gomas de mascar quentes de sol, cartilhas para educar aqueles que os marginalizam por negligência social ou ganância de lucros.

Famílias, ideais articulados e reais encenados. Quantas numa só. A que comemora bodas de prata e ouro, a que evita a morte e o recém-nascido. Como corpo diplomático ou corpo de bombeiros, uma administrando as discórdias, outra apagando o fogo das paixões. Uma com plano e expectativas, outra com histórias silenciadas.

O final pode ser diferente, mas o roteiro é o mesmo. Quando está presente o adolescente, sabe-se que ele é o “mordomo”. Dorme tarde, acorda tarde, não estuda, não obedece, não diz sim, se nega a aceitar o que lhe é imposto.

Nós, responsáveis pelo governo da família, honestos, lhes oferecemos uma escola rica e útil, disciplinados a obediência civil. Gratos, felizes e históricos, cuidamos de nossos velhos, tombamos nossa história e lhes exigimos o que não cumprimos.

Como um grupo humano a coerente, nós os culpabilizamos por uma tristeza que não reconhecemos nossa, e a atribuímos às suas condutas, esquecendo-nos da celulite da alma e do distúrbio de conduta do coração. Entre plásticas e taquicardias, lhes oferecemos um modelo tóxico como resolução imediatista para nossa aflição, que nos faz esquecer das cartas de amor. Também precisamos mostrar-lhes o que somos, incompletos e insatisfeitos como humanos, mas prontos a aceitar a humildade do limite, contando-lhes nossas dúvidas.

Que nos saibam solidários na dura luta de viver, cada um na sua e ambos na mesma.

Famílias antropológicas, sociais, psicanalíticas, teatrais, românticas, perversas, modelares, exemplares e sagradas.

Cardápio de várias opções. Que cada um faça sua escolha. E estaremos todos preparados para escutá-los e entendê-los? Este o nosso desafio maior: recebê-los em sua dimensão.

Optei por esta natureza de discurso por entender que o discurso acadêmico sobre a adolescência, família ou qualquer outra natureza tangenciadora do humano se encontra num estado em que a retórica e o estigma corretivo com que é dito não consegue nada mais ocultar.

Trabalhos
de
Pesquisa

surgir incongruências que poderiam de outra maneira serem consideradas reais e atrapalharem o tratamento adequado do paciente.

Palavras-chave: disfunção erétil, avaliação psicológica, inventário.

SUMMARY

For the multidisciplinary approach of erectile dysfunction, at psychological evaluation, the authors propose the I.M.E. *Male Sexual Inventory form D.E. III*. Part of the psychological evaluation the inventory is used in order to collect secondary objective information to the evaluatory psychological interview. The investigated areas are psychosexual development, pleases of sexual response and possible sexual dysfunctions associated to those pleases along will other data about the patient's sexual life relevant to the treatment of his sexual difficulties.

The use of such instrumental makes easier the obtaintion of information without anxiety normally present in interviews as function of the presence of the professional. The authors preseribe the possibility of comparisons between data obtained throughe the interview and the inventory, permitting to find contradictions that could disturb the treatment of the patient.

Key-words: erectile dysfunction, psychological evaluation, inventory.

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais abrangem as áreas médicas orgânicas e as ciências psicológicas na investigação e no tratamento, o que implica no envolvimento conjunto de profissionais de ambas as áreas numa abordagem multidisciplinar (Costa e cols., 1991). Como parte integrante da abordagem multidisciplinar a avaliação psicológica deve se adequar ao modelo e fornecer os resultados da investigação conjuntamente aos exames orgânicos (Rodrigues Jr., 1990a,b). A entrevista psicológica estruturada da sexualidade torna-se importante mas necessitará de dados complementares para o melhor e mais adequado entendimento do paciente.

A coleta de dados objetivos de pacientes sobre sua sexualidade e circunstâncias disfuncionais tem sido proposta através do uso de questionários especiais a exemplo dos desenvolvidos por McHugh (1955, 1967, 1968), Pion (1975a,b), Robinson e Annon (1975a,b) e LoPiccolo e Steger (1974).

Os autores propõem um modelo de questionário para respostas por escrito como forma de pesquisa adicional para a entrevista psicológica visando obter informações objetivas secundárias e complementares àquela entrevista, como parte integrante da avaliação multidisciplinar da disfunção erétil.

Além da disfunção erétil, aqui definida como dificuldade em se obter e/ou manter a ereção peniana suficientemente rígida para o coito, o proposto questionário objetiva vislumbrar outras disfunções que possam encontrar-se agregadas àquela disfunção sexual masculina.

DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O desenvolvimento de um questionário visando a pesquisa da vida sexual e dos possíveis estados disfuncionais de homens em avaliação psicológica centrada na sexualidade surgiu em 1983 em consultório de psicoterapia e de sexologia.

Uma primeira forma foi elaborada pelos autores constando de 47 perguntas abertas e múltiplas. Após a entrevista psicológica inicial, o paciente recebia uma cópia do questionário e as instruções para respondê-lo, levando-o para casa e trazendo-o no retorno da consulta objetivando a discussão e contrato de tratamento psicoterapêutico (Rodrigues Jr. e Costa, 1991).

O questionário mostrou-se bastante útil e satisfatório na obtenção dos dados complementares objetivados. Muitos pacientes procediam a fartas descrições de suas vidas sexuais sob estimulação daquelas perguntas. Haviam, no entanto, outros pacientes que apresentavam respostas lacônicas e inexpressivas e que não ofereciam os dados objetivos questionados, o que, obviamente, não atingia as finalidades expressas pelos autores com o questionário, embora se prestasse para auxiliar nas conclusões diagnósticas psicológicas devido às hipóteses que são dedutíveis a partir desta forma de expressão. Analisaram-se, também, embora não de forma tão sistemática, as características gráficas da apresentação das respostas, tais quais utilização de lápis ou canetas, ou mesmo formas datilografadas e características grafológicas.

Ao final de 1984, outro questionário teve sua elaboração iniciada. Mantendo as finalidades primeiras, desejava-se que a nova forma pudesse permitir a coleta de dados objetivos sem que se permitissem respostas lacônicas e inexpressivas. Para tanto tomaram-se as respostas àquela primeira forma do inventário de 66 pacientes homens com queixa de disfunção erétil. O questionário havia sido respondido por um universo específico da população: comerciantes, industriais, empresários, profis-

sionais liberais e executivos; casados e católicos não praticantes em sua maioria. Alternativas possíveis seriam acrescentadas às já possíveis e existentes e descritas pelos pacientes que já haviam respondido à primeira forma do questionário (Rodrigues Jr, e Costa, 1991)*.

A forma ora apresentada surgiu no primeiro semestre de 1986 como resposta e superação de algumas dificuldades apresentadas por alguns pacientes ao responder às questões, além de alguns acréscimos sobre auto-avaliação de esquema corporal e autoconceito. Também acrescentaram-se questionamentos sobre as fantasias relacionadas com o tratamento da disfunção apresentada.

METODOLOGIA

O Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina forma D.E. III é um questionário composto de 36 questões de múltiplas escolhas (vide anexo 1), o qual é apresentado ao paciente com queixas sexuais eréteis em um caderno, em cuja primeira página encontram-se as informações a instruções para o preenchimento do questionário; também é garantido expressamente o sigilo profissional das informações coletadas. A apresentação do Inventário é efetivada pelo psicólogo que procedeu à entrevista psicológica diagnóstica estruturada. As instruções são apresentadas verbalmente e o paciente é instruído a lê-las antes de iniciar suas respostas, as quais são anotadas em folha em separado, a folha de respostas (vide anexo 2). Solicita-se ao paciente que responda a todas as questões fazendo observações e complementando suas respostas sempre que necessário ou que considere de relevância fazê-lo.

O paciente é conduzido a outra sala onde deverá responder ao questionário sem intervenções, visto que estas seriam consideradas ansiógenas.

Solicita-se que o paciente responda ao questionário utilizando-se lápis, desta forma não se sentirá possivelmente constrangido com possíveis erros ou modificações que deseje proceder em suas respostas. Instrui-se que sob quaisquer dúvidas procure questionar o terapeuta não deixando dúvidas em suas respostas.

Não se determina tempo para que o paciente responda ao questionário, deixando-o à vontade para utilizar o tempo que desejar.

* Neste trabalho os autores contaram com o auxílio da Psicóloga Vera Lúcia Moura, a quem agradecemos.

Normalmente não se deve permitir ao paciente levar o questionário para casa. Desta forma visamos certa padronização de estímulos sobre a situação de respostas além de evitarmos a cena comum de termos o paciente retornando a uma próxima consulta ou sessão sem ter respondido ao questionário pela “falta de tempo” ou não termos as respostas necessárias em tempo hábil para a determinação do diagnóstico multidisciplinar.

No modelo utilizado junto ao Instituto H. Ellis, a avaliação psicológica é efetivada anteriormente aos exames orgânicos, muitas vezes no mesmo dia, porém desta forma o paciente poderá responder ao questionário enquanto aguarda pelos exames avaliatórios de suas condições fisiológicas genitais (Costa e cols., 1991; Glina, Rodrigues e Silva, 1992). Outra razão para a ocorrência da entrevista de avaliação psicológica anterior aos exames orgânicos é devida à administração de tranqüilizantes, geralmente 5 mg de diazepam, aos pacientes para que possam ser avaliados organicamente a fim de impedir a concorrência de ansiedades nos resultados dos exames, o que conduziria a falsas conclusões de organicidade da disfunção erétil. Desta forma o paciente não será entrevistado sob efeito de tranqüilizantes os quais alterariam os resultados da entrevista psicológica. Naturalmente, também, sem os resultados orgânicos o psicoterapeuta não será influenciado em sua apreciação do paciente, tendo liberdade para definir com mais propriedade as possíveis causas psicológicas para a disfunção erétil ou quaisquer outras concomitantes.

CONCLUSÕES

A utilização de um questionário que possa coletar as informações objetivas secundárias e complementares pode tornar-se muito importante em casos específicos. Junto a pacientes muito ansiosos, quando se pode perceber que não conseguem prestar atenção adequada aos questionamentos do profissional entrevistador, o que conseqüentemente provoca falhas mnemônicas, dificultando o fornecimento das informações questionadas. Naturalmente esta ocorrência já fornece dados preciosos para a avaliação psicológica do paciente e suas condições emocionais e de relacionamento interpessoal e de como está se relacionando com a disfunção sexual queixada e as dificuldades em lidar com o problema sexual. A ansiedade pode ser amainada quando o cliente se encontra a sós e então pode responder ao Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina forma D.E. III, sem a interferência de agentes questionadores (ou possivelmente questionadores na visão daquele paciente), favorecendo as condições para o fornecimento das

informações solicitadas. Com a diminuição dos fatores ansiógenos o paciente pode apontar para as condições especiais e mais individualizadas sobre os pontos questionados, e em especial sobre suas fantasias sobre os possíveis tratamentos e sua vida sexual pós tratamento (vide questão número 36 do anexo 1) (Rodrigues Jr., Pugliese e Archiná, 1990, 1991). A comparação entre os dados obtidos na entrevista psicológica com aqueles escritos pelo próprio paciente fornecerá, além de dados objetivos, uma perspectiva das características de personalidade do paciente, pois comparações deste tipo já demonstraram a ocorrência de diferenças de importância na compreensão das queixas a dos pacientes com disfunções sexuais (Rodrigues Jr. e cols., 1990).

Esta também é uma forma de diminuir temporalmente a pesquisa sobre a sexualidade e as dificuldades sexuais do paciente sem se ter que recorrer a uma série de entrevistas psicológicas, as quais, no entanto, não ficam descartadas quando necessárias ou mesmo a utilização de outros instrumentais técnicos do psicólogo (Teste de Apercepção Temática de Murray, Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, Inventário Beck de Depressão... - Rodrigues Jr., 1990a,b).

Também torna-se importante fazer lembrar que o questionário não dispensa a utilização de um técnico da área da psicologia, visto que não tem a intenção de, por si só, conseguir um diagnóstico psicológico, além do que os dados psicológicos obtidos devem ser validados por uma entrevista psicológica pelo profissional que a executa e que se treinou para a tarefa.

Outras formas do presente inventário tem sido desenvolvidas a exemplo da forma EP I (Rodrigues Jr., Freire e Costa, 1992) e outras para a avaliação de dificuldades sexuais femininas, incluindo as de parceiras de homens portadores de disfunção erétil, não publicadas até o momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANNON, J. S. (1975a): *The sexual fear inventory - male form*. Enabling Systems: Honolulu.
2. ANNON, J. S. (1975a): *The sexual pleasure inventory- male form*. Enabling Systems: Honolulu.
3. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECII-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES multidisciplinar. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(8):301-4, 307-10,315.
4. GLINA, S.; RODRIGUES JR., O. M.; SILVA, M. F. R. (1992): *Impotência: uma abordagem multidisciplinar*. No prelo.
5. LOPICCOLO, J.; STEGER, J. C. (1974): The sexual interaction inventory: a new instrumental for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3:585-95.

6. MCHUGH, G. (1955): *Sex knowledge inventory: form Y: vocabulary and anatomy*. Family Life Publications: Durham, NC.
7. MCHUGH, G. (1967): *Sex knowledge inventory: form X (revised)*. Family Life Publications: Durham, NC.
8. MCHUGH, G. (1968): *Marriage counselor's manual and teacher's handbook*. Family Life Publications: Durham, NC.
9. PION, R. J. (1975): *The sexual response profile*. Enabling Systems: Honolulu.
10. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975a): *The heterosexual attitude scale, male form*. Enabling Systems: Honolulu.
11. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975b): *The heterosexual attitude scale, male form*. Enabling Systems: Honolulu.
12. RODRIGUES Jr., O. M. (1990a) Editorial: A avaliação psicológica de disfunções sexuais masculinas em abordagem multidisciplinar. *Urologia Panamericana*, 3(2): VII-X.
13. RODRIGUES Jr., O. M. (1990b) Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - um modelo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42(2):5762.
14. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M. (1991): Disfunção sexual erétil: diferenças psicosexuais em causas orgânicas e psicológicas. *Reprodução*, 6(2):69-79.
15. RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B.; ARCHINA, R. (1990): Expectancy concerning sex life after treatment in impotent men with penile prostheses referral. *International Journal of Impotence Research*, 2(S2):316-7.
16. RODRIGUES Jr., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; CECARELLO, C. V.; LIMA, M. Z. (1990): Contradictions in sex history in impotent men in a multidisciplinary approach. *International Journal of Impotence Research*, 2(S2):342-3.
17. RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B.; ARCHINÁ, R. (1991): Expectation of treatment in impotence with penile prostheses referral. *Urologia Panamericana*, 3(1):25-8.
18. RODRIGUES Jr., O. M.; FREIRE, H. I.; COSTA, M. (1992): Avaliação da ejaculação prematura: Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina forma EP I. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1):69-85.

Anexo 1

INSTITUTO H. ELLIS
- Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade

- Avaliação Psicológica
- INVENTARIO 1. H. E. DE SEXUALIDADE MASCULINA
- FORMA D.E. III

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

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

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

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

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

Coloque na folha de respostas a letra compatível com o que aconteceu em sua vida junto ao número da pergunta correspondente. Nas questões em que houver mais de uma resposta que lhe sirva, coloque as letras em ordem de importância para você.

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

- 01 - Você era uma criança curiosa em relação a sexo? E atualmente?
- a - Fui a sou uma pessoa curiosa!
 - b - Fui, mas não sou mais curioso.
 - e - Eu não fui, mas hoje sou curioso.
 - d - Não era curioso, mas fiquei curioso com o aparecimento do problema.
 - e - Nunca fui curioso e contínuo não tendo curiosidade em relação a sexo.
- 02 - Com que idade você obteve as suas primeiras informações sobre sexo?
- 03 - Com quem você obteve as suas primeiras informações sexuais?
- a - com meu pai.
 - b - com minha mãe.
 - c - com tias, tios ou outros parentes mais velhos.
 - d - com um professor/a.
 - e - com outros indivíduos mais velho,,,..
 - f - com amigos de mesma idade.
 - g - em livros.
 - h - em revistas de mulheres nuas, revistas eróticas.
 - i - não tive fonte específica, aprendi sozinho.
- 04 - São muito comuns, na infância e adolescência, os jogos sexuais e brincadeiras entre as crianças, tais como “troca-troca”, masturbação mútua ou em grupo. E você?
- a - participei e considerei natural e normal.
 - b - participei e considero as fontes de meus problemas e conflitos sexuais.
 - e - não pratiquei por medo.
 - d - não pratiquei nenhuma das atividades acima mencionadas.
 - e - não tive curiosidade.
 - f - não me lembro se pratiquei alguma brincadeira.
- 05 - Você já viu, alguma vez, duas pessoas mantendo relações sexuais? (coito, ato sexual) (escreva na frente da sua resposta a idade que você tinha na ocasião e como se sentiu emocionalmente)
- a - vi meus pais.
 - b - vi pessoas conhecidas.
 - e - vi estranhos.
 - d - não me lembro se vi.
 - e - nunca vi.
 - f - já vi fotos.
 - g - já vi filmes pornográficos.

- 06 - Quando você começou a se masturbar (fazer com a mão, punheta)? (escreva no número desta questão, na folha de respostas, a idade que você tinha) E o que significou para você, foi positivo ou negativo?
- 07 - Quando você começou a se masturbar (punheta), qual era a frequência com que você se masturbava? (quantas vezes)
- a - nunca me masturbei (nunca fiz com a mão).
 - b - muito raramente.
 - c - às vezes (uma vez por mês)
 - d - 2 ou 3 vezes ao mês.
 - e - 1 ou 2 vezes por semana.
 - f - 3 a 5 vezes por semana.
 - g - diariamente.
 - h - mais de uma vez por dia.
- 08 - Atualmente você se masturba?
- a - nunca me masturbei (nunca fiz com a mão).
 - b - muito raramente.
 - c - às vezes (uma vez por mês).
 - d - 2 ou 3 vezes ao mês.
 - e - 1 ou 2 vezes por semana.
 - f - 3 a 5 vezes por semana.
 - g - diariamente.
 - h - mais de uma vez por dia.
- 09 - Quando você se masturba (faz com a mão):
- a - você acha que é bom, mas não devia fazê-lo.
 - b - é bom, mas é pecado.
 - c - sente-se culpado.
 - d - é bom e não tenho sentimentos de culpa.
 - e - não me masturbo porque é pecado.
 - f - não me masturbo porque sou casado e não preciso mais disso.
 - g - não me masturbo mais, porem devido ao problema sexual, experimentei ultimamente (explique por extenso, na folha de respostas, como foi, se teve ereção e ejaculação, e se gostou e se pretende fazer novamente).
- 10 - Com relação a namorada:
- a - nunca tive namorada.
 - b - casei-me com a minha primeira e única namorada.
 - c - sempre foi muito difícil arranjar namoradas.
 - d - eu tinha dificuldades em arrumar namoradas.
 - e - sempre foi fácil arrumar namoradas.

- 11 - Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual completa, incluindo penetração (ou tentativa)? (Escreva na folha de respostas)
- 12 - Com quem foi a sua primeira relação sexual?
a - com minha esposa.
b - com minha namorada.
c - com uma amiga.
d - com uma empregada.
e - com uma prostituta.
f - foi uma relação homossexual (escreva maiores detalhes na folha de respostas, com quem foi?).
g - não me lembro.
h - ainda não tive nenhuma relação sexual.
- 13 - Como você se sentiu após a sua primeira relação sexual?
a - foi terrível.
b - foi mal.
c - indiferente, tanto fez.
d - foi bom.
e - foi muito bom, senti-me realizado.
f - senti-me confuso.
g - não me lembro.
h - ainda não tive nenhuma relação sexual completa.
- 14 - O que faz você ir para a cama com alguém?
a - curiosidade.
b - prazer.
c - amor.
d - para sentir-me integrado à vida.
e - para mostrar que sou homem.
f - desejo de ter sexo, tesão.
g - atração física, a beleza da pessoa.
- 15 - Você se preocupa com a possibilidade de sua parceira ficar grávida?
a - sempre me preocupo.
b - frequentemente me preocupo.
c - às vezes, depende (do que? escreva sua resposta na folha de respostas).
d - nunca me preocupo.
e - depende da parceira (explique como, na folha de respostas).
f - não me preocupo devido à infertilidade (não poder ter filhos - explique sua resposta na folha de respostas, dando a razão pela qual você ou sua parceira não podem ter filhos).
g - não tenho parceira fixa.
h - só tenho relações com prostitutas.
i - não me preocupo, pois ainda não tive nenhuma relação sexual completa.

- 16 - Você já teve alguma doença sexualmente transmissível (doenças venéreas e outras contraídas através do relacionamento sexual)?
- a - nunca tive nenhuma doença sexualmente transmissível.
 - b - sífilis, cancro duro.
 - c - gonorréia, bienorragia.
 - d - canero mole.
 - e - linfogranuloma venéreo.
 - f - uretrite.
 - g - chato.
 - h - verruga venérea, condiloma cuminado, crista de galo.
 - i - tive mas não sei o nome (neste caso descreva como era a doença, o que você sentiu e teve).
 - j - sou HIV soro positivo.
- 17 - Como você se sente nu estando sozinho?
- a - sinto-me na maioria das vezes estimulado sexualmente.
 - b - sinto-me à vontade, gosto até de andar dentro de casa sem roupa.
 - c - não tenho dado atenção à minha nudez, é-me indiferente.
 - d - não gosto de olhar para o meu corpo, procuro logo colocar roupas.
 - e - evito ficar nu.
- 18 - Como você se sente nu junto a outra pessoa?
- a - quando é do mesmo sexo sinto-me mal, é desconfortável.
 - b - quando é do mesmo sexo é indiferente, não me faz mal.
 - c - quando é do mesmo sexo sinto-me estimulado, às vezes com fantasias.
 - d - quando é do outro sexo sinto-me ansioso, é desconfortável.
 - e - quando é do outro sexo é indiferente, não me faz mal.
 - f - quando é do outro sexo sinto-me sexualmente estimulado.
- 19 - Sobre homossexuais:
- a - tenho curiosidade a respeito do homossexuais.
 - b - tenho fantasias sexuais com homens.
 - c - tenho fantasias a respeito do homossexuais femininos (lésbicas).
 - d - nem quero ouvir falar a respeito disso, isso é muito pernicioso, nocivo.
 - e - eu não tenho fantasias homossexuais.
 - f - eu já tive fantasias homossexuais, hoje eu não tenho mais.
 - g - sou homossexual e acho isso natural (escreva, complementando sua resposta, desde quando e como você se sente).
 - h - sou homossexual e me envergonho disso (escreva desde quando, e o que você sente a respeito).
 - i - eu não tenho fantasias homossexuais, mas tenho preocupações à respeito.
 - j - tenho medo de me tornar homossexual um dia.
 - k - tenho sentimentos por pessoas do meu sexo.
 - l - tenho pensamentos homossexuais.

- 20 - Atualmente como é o seu desejo sexual (tesão) em relação à sua parceira?
a - intenso.
b - variável, depende (escreva como é isso, depende de que?).
c - diminuiu (escreva quando isso ocorreu a quais as razões).
d - ausente, não tenho vontade de ter relações sexuais com ela (escreva as suas razões).
e - eu não tenho parceira fixa.
- 21 - Em relação a outras mulheres, como está o seu desejo sexual, o seu interesse em ter relações sexuais?
a - intenso.
b - variável, depende (escreva explicando do que depende de que?).
c - diminuiu (escreva quando isso ocorreu a quais as razões).
d - ausente, não tenho vontade de ter relações sexuais com ela (escreva as suas razões).
e - eu não tenho parceira fixa.
- 22 - Qual parte do corpo de sua parceira (esposa, noiva, namorada) voce mais aprecia? (caso voce não tenha parceira fixa, responda sobre as mulheres em geral)
a - os olhos.
b - o rosto.
c - as coxas, as pernas.
d - a vulva, vagina, os genitais.
e - a bunda, as nádegas.
f - os seios, os peitos.
g - outra parte que não as acima (escreva qual na folha de respostas).
h - toda, inteira.
i - nenhuma parte, o corpo dela não me agrada.
- 23 - Qual a parte do corpo de sua parceira que voce não gosta, acha feia, ou rejeita? (caso voce não tenha uma parceira fixa, responda sobre as mulheres em geral).
a - barriga.
b - pés.
c - a vulva, vagina, os genitais.
d - nenhuma parte, o corpo dela não me agrada.
e - não gosto do corpo da minha parceira.
f - outra parte que não as acima (escreva qual na folha de respostas).
- 24 - Como você se sente sexualmente em relação à sua parceira?
a - eu não tenho parceira fixa.
b - eu não estou satisfeito (explique qual a razão na sua folha de respostas).
c - sinto-me satisfeito sexualmente com minha parceira.
d - minha parceira não gosta de sexo e eu tenho que procurar fora.

- 25 - Sua parceira tem alguma dificuldade ou problema sexual?
- a - ela é fria, não se excita, não fica molhada.
 - b - ela não tem vontade de ter sexo, evita o ato sexual.
 - c - ela não tem tanta vontade de ter sexo da mesma forma que eu tenho, nem sempre ela quer ter sexo.
 - d - ela não tem orgasmo, ela não goza.
 - e - ela tem dificuldade (demora muito) para ter orgasmo, para gozar.
 - f - a vagina dela fica fechada toda vez que tento penetrar, então não conseguimos ter relação, se tento ela sente muita dor.
 - g - ela sente dores com o ato sexual.
 - h - acho que ela tem algum problema, mas não consigo explicar o que é.
 - i - não sei se ela tem algum problema sexual.
 - j - minha parceira não tem problemas sexuais.
 - k - eu não tenho parceira fixa.
- 26 - De que maneira a sua parceira reage ao seu problema sexual?
- a - ela desconhece o meu problema, ela não sabe.
 - b - ela se ressentida, Pica muito chateada, mas continua junto a mim.
 - c - a reação dela é negativa.
 - d - acho que ela quer se separar de mim.
 - e - minha parceira é compreensiva e não me aborrece por causa do meu problema sexual.
 - f - minha parceira é cooperativa e procura ajudar-me.
 - g - eu não tenho parceira fixa, então as mulheres com quem eu me relaciono não sabem sobre o meu problema.
 - h - minha parceira irá me ajudar caso seja necessário no tratamento de meu problema.
- 27 - Você acha que sua parceira (esposa, noiva, namorada, ou se você não tem parceira fixa, as mulheres em geral) tem alguma responsabilidade no seu problema?
- a - acho que ela é responsável (escreva como é isso).
 - b - talvez ela tenha alguma responsabilidade mas eu não sei dizer.
 - c - ainda não tive relação sexual, então não sei dizer.
 - d - minha parceira (ou as mulheres) não é responsável pelo meu problema.
- 28 - Quando foi a sua última relação sexual satisfatória? (importante: escreva na sua folha de respostas com quem foi)
- a - há menos de uma semana.
 - b - há menos de 15 dias.
 - c - há menos de um mês.
 - d - há menos de e meses.
 - e - há menos de 1 ano.
 - f - há menos de 2 anos.
 - g - há menos de 5 anos.

- h - há mais de cinco anos (escreva na folha quantos tríos).
i - não me lembro.
j - eu nunca tive uma relação sexual satisfatória.
k - eu ainda não live nenhuma relação sexual.
- 29 - Quando você está tendo, ou vai ter uma relação sexual, você fica nervoso, ansioso ou preocupado?
a - fico nervoso sempre.
b - fico nervoso, dependendo da parceira (escreva qual).
c - sim, mas somente se estou em algum lugar que comprometa, ou que tenha que ser rápido devido às circunstâncias.
d - eu tenho medo do não conseguir, do fracassar.
e - fico nervoso porque fico excitado demais.
f - fico preocupado diante da possibilidade de engravidá-la.
g - não fico nervoso, nem preocupado.
- 30 - O que você acha que tem interferido na sua vida sexual, impedindo-a de ser satisfatória?
a - o trabalho, tenho trabalhado demais.
b - o cansaço, tenho me sentido muito cansado ultimamente.
c - doença (escreva na sua folha de respostas qual doença, explicando porque acha isto).
d - a preocupação com o ato sexual, às vezes acho que não vou conseguir.
e - o desinteresse pela minha parceira (ou pelas mulheres), não tenho vontade de ter sexo.
f - a minha parceira, não nos entendemos mais.
g - o problema de minha parceira (explique qual é este problema).
h - acho que deve ter alguma coisa mas eu não sei dizer.
i - não creio que deva haver alguma coisa que esteja interferindo no meu relacionamento sexual.
j - algum problema emocional, psicológico.
- 31 - Em relação à ereção (dureza, rigidez do pinto):
a - eu nunca tive ereção alguma.
b - eu nunca tive ereção plena, sempre foram ereções parciais, meias ereções que não possibilitavam a penetração.
c - atualmente eu não consigo obter ereção alguma, mas não era assim antes.
d - atualmente eu tenho muita dificuldade em obter ereção, mas às vezes eu consigo.
e - eu tenho ereção, mas não mantenho o pênis duro para penetrar.
f - eu tenho ereção, mas não consigo terminar a relação.
g - eu obtenho e mantenho a ereção até a ejaculação, não tenho problemas de potência, de ereção.

- 32 - Em relação à sua ejaculação (gozo):
a - eu não ejaculo durante a relação (explique sua resposta).
b - eu ejaculo antes da penetração.
c - eu ejaculo após a penetração, mas com poucos movimentos (gozo rápido).
d - sempre ejaculo antes de minha parceira ter orgasmo (prazer).
e - eu ejaculo sem ter ereção.
f - minha ejaculação é normal, demoro o suficiente para minha parceira obter o orgasmo (gozar).
g - eu tenho ejaculação seca, não sai esperma, ejaculo para dentro da bexiga (se você fez cirurgia da próstata, explique e escreva em que ano foi).
h - Eu não consigo ejacular, demoro muito, e às vezes eu até desisto.
- 33 - O que você já fez para tentar resolver o seu problema sexual?
a - procurei um médico clínico geral.
b - procurei um neurologista.
c - procurei um urologista.
d - procurei um psicólogo/psiquiatra.
e - procurei um endocrinologista.
f - fiz psicanálise.
g - fiz psicoterapia.
h - fiz terapia sexual.
i - procurei um farmacêutico.
j - procurei um centro espírita.
k - procurei solução com umbanda e candomblé.
l - usei remédios caseiros (escreva quais remédios, do que eram compostos).
m - eu não havia procurado ainda nenhuma forma para solucionar o meu problema.
n - tentei resolver sozinho!
- 34 - Você tem alguma destas doenças:
a - problemas nervosos (explique, escreva na folha de respostas como é esse nervosismo).
b - sou muito preocupado com a vida (escreva um exemplo do que o preocupa).
c - tenho períodos de muita tristeza (escreva quando foi o último e quanto tempo durou).
d - tenho outros problemas (descreva esses problemas na folha de respostas).
- 35 - Há várias possibilidades de tratamento para dificuldades sexuais. Após metucioso estudo, um ou vários tratamentos conjuntos sera indicado a você. No verso de sua folha de respostas escreva: o que você acha de cada tratamento, se você gosta ou não da idéia, se tem algo contra cada um desses tratamentos:
a - cirurgia.
b - psicoterapia.

- c - medicamentos/remédios.
- d - orientações sobre sexo.
- e - prótese peniana.
- f - hormônios.
- g - outros tratamentos.
- h - terapia sexual.

- 36 - Escreva como você gostaria que fosse a sua vida sexual (sobre o seu desejo sexual, o seu desempenho durante a atividade sexual, com que pessoas, com qual frequência, e que tipos de atividades sexuais você deseja ter). Seja bastante específico e direto, escreva cada um dos pontos acima.

Obrigado.

Anexo 2

INSTITUTO H. ELLIS
 – Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade

- Avaliação Psicológica – pront.:
- INVENTÁRIO I.H.E. DE SEXUALIDADE MASCULINA
- FORMA D.E. III
- FOLHA DE RESPOSTAS

Nome: _____ Idade: _____
 Data Nascimento: ___ / ___ / ___ Local: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Religião: _____ Prática? Sim () Não ()
 Nome do Cônjuge, Noiva ou Namorada: _____ Idade: _____

– Escreva nesta folha as suas respostas ao questionário que lhe foi entregue; sinta-se à vontade para escrever outras coisas que também achar conveniente, para isso utilize o verso desta folha para fazer suas observações.

– Primeiro: descreva o motivo que o trouxe a esta clínica, conte como começou o problema, e diga qual é a causa que você acha que provocou este problema:

- | | |
|------------|------------|
| 01 – _____ | 13 – _____ |
| 02 – _____ | 14 – _____ |
| 03 – _____ | 15 – _____ |
| 04 – _____ | 16 – _____ |
| 05 – _____ | 17 – _____ |
| 06 – _____ | 18 – _____ |
| 07 – _____ | 19 – _____ |
| 08 – _____ | 20 – _____ |
| 09 – _____ | 21 – _____ |
| 10 – _____ | 22 – _____ |
| 11 – _____ | 23 – _____ |
| 12 – _____ | 24 – _____ |

25 - _____
26 - _____
27 - _____
28 - _____
29 - _____
30 - _____
31 - _____
32 - _____

33 - _____
34 - _____
35 - _____
36 - _____
desejo _____
desempenho _____
frequência _____
com quem _____

omrj

Hiperprolactinemia na Mulher e Possíveis Repercussões na Resposta Sexual **2**

Gilda Bacal Fucs¹
Celia Athayde²
Angela Campos³

SUMÁRIO

Objetivos

Determinar se alterações na resposta sexual feminina (desejo, excitação e orgasmo) são um achado regular em mulheres hiperprolactinêmicas.

Determinar se o tratamento com droga inibidora da prolactina (bromocriptina) é eficaz em restaurar a resposta sexual nestas mulheres.

Design

18 mulheres hiperprolactinêmicas foram submetidas a uma avaliação por uma sexóloga. 13 apresentaram resposta sexual alterada sem causa psicológica aparente e foram randomicamente submetidas a tratamento com bromocriptina ou placebo durante 12 semanas. Durante o tratamento as pacientes visitaram a clínica para o acompanhamento pela sexóloga e dosagem de prolactina sérica.

-
1. Psiquiatra e Sexóloga.
 2. Bioquímica.
 3. Clínicologista e Psicoterapeuta.
- Recebido em 15.06.93

Aprovado em 28.06.93.

Resultados

13 pacientes iniciaram o estudo. 3 descontinuaram. 5 foram tratadas com bromocriptina e 5 com placebo.

Bromocriptina: das cinco pacientes alocadas neste grupo, 4 tiveram os níveis de prolactina normalizados a clara melhora nas respostas sexuais, 1 não teve seus níveis de prolactina alterados, mostrando no entanto sinais de melhora em suas respostas sexuais.

Placebo: Os níveis de prolactina permaneceram inalterados nas cinco pacientes deste grupo. 4 mantiveram o mesmo padrão sexual anterior ao início do estudo. 1 demonstrou clara melhora.

Conclusões

O fato de em 18 mulheres hiperprolactinêmicas apenas 5 apresentarem queixas sexuais que foram atribuídas a problemas psico-emocionais, enquanto 13 (72,2%) não demonstraram causa psicológica aparente, reforça a suposição de uma possível influência de níveis altos de prolactina sérica sobre a resposta sexual feminina.

Além disso, o estudo demonstrou diferença significativa no comportamento sexual de mulheres pós-tratamento com bromocriptina versus tratamento com placebo. Em cinco mulheres tratadas com bromocriptina, 4 normalizaram os níveis de prolactina e tiveram restauração da resposta sexual, 1 manteve os níveis de prolactina pré-tratamento e demonstrou sinais de restauração da resposta sexual. Das cinco mulheres tratadas com placebo nenhuma demonstrou redução dos níveis de prolactina, 4 mantiveram o padrão sexual anterior e, apenas 1 apresentou restauração da resposta sexual durante o período de tratamento.

INTRODUÇÃO

Diminuição da libido e principalmente impotência em homens hiperprolactinêmicos têm sido amplamente comprovadas na prática clínica. Num estudo de Carter e cols. em 22 homens com tumor hipofisário secretor de prolactina, 91 % se queixaram de impotência e libido diminuída (1). Outros estudos (2,3) sugerem que indivíduos hiperprolactinêmicos apresentam também distúrbios psicológicos como hostilidade, depressão e ansiedade. Perda de libido e alteração da resposta orgásmica associadas à hiperprolactinemia em mulheres têm sido genericamente citadas, apesar da literatura incluir relativamente poucas publicações a respeito (4,5,6).

OBJETIVOS

Determinar se alterações na resposta sexual feminina (desejo, excitação e orgasmo) são um achado regular em mulheres hiperprolactinêmicas.

Determinar se o tratamento com droga inibidora da prolactina (bromocriptina) é eficaz em restaurar a resposta sexual nestas mulheres.

MÉTODOS

66 mulheres com alterações da resposta sexual foram entrevistadas. Destas, 18 apresentavam hiperprolactinemia acima de 900 mV/1 e somente 13 se enquadraram nas exigências do protocolo no que concerne ao aspecto da sexualidade.

13 mulheres entre 20 e 39 anos foram recrutadas como voluntárias após consentimento formal. Na admissão todas possuíam níveis séricos de prolactina iguais ou superiores a 900 mV/1 e demonstraram, em entrevista com uma sexóloga, apresentar queixas da esfera sexual que não datavam dos primórdios de sua iniciação sexual nem tão pouco eram devidas a problemática psicológica individual ou a desajustes na interação afetivo-emocional com o parceiro. Nenhuma delas estava em uso de anticoncepcional hormonal ou outras drogas.

As voluntárias foram alocadas randomicamente em um grupo de tratamento (bromocriptina) e um grupo controle (placebo).

O tratamento consistiu de 12 semanas nas quais uma baixa dose inicial de bromocriptina ou placebo foi aumentada gradualmente para 2,5 mg, três vezes ao dia.

Durante o tratamento, determinações dos níveis séricos de prolactina coincidentes com os dias das entrevistas com a sexóloga foram distribuídas da seguinte forma:

Semana 0 (pré-tratamento), Semanas 1, 6, 7 e 12.

Todas as amostras de soro foram congeladas e estocadas até o final do estudo. Determinações dos níveis de prolactina foram realizadas através de radioimunoensaio (kits DPC, Diagnostic Products Corporation, Los Angeles, CA). As entrevistas para avaliação da esfera sexual foram feitas através de um detalhado questionário de autoria da Dra. Gilda Bacal Fucs, visando determinar principalmente:

- a) Desejo de copular;
- b) Frequência do coito;
- c) Obtenção, manutenção e intensidade da excitação;
- d) Obtenção, tempo para obtenção, intensidade e quantidade do orgasmo.

RESULTADOS

Dez pacientes completaram as 12 semanas de estudo. Três pacientes descontinuaram o tratamento antes do previsto, duas por intolerância à droga e uma por gravidez. Das dez pacientes estudadas, cinco usaram bromocriptina e cinco usaram placebo. Todas as dez pacientes se encontravam nun relacionamento fixo com um único parceiro.

Grupo bromocriptina

Das cinco pacientes em uso de bromocriptina quatro tiveram níveis de prolactina normalizados e apresentaram melhora no desejo de copular, na frequência da cópula e na obtenção, manutenção e intensidade da excitação. No que tange ao orgasmo acusaram mais facilidade para atingir a sensação orgásmica tendo uma diminuição no tempo para obtê-lo a um incremento em sua intensidade. Quanto a quantidade duas tiveram um nítido aumento; uma delas que não obtinha passou a obtê-lo e uma passou a ter orgasmos múltiplos. As duas restantes não alteraram a quantidade, contudo revelaram passar a conseguir o orgasmo na penetração vaginal, o que antes só era conseguido por meio da masturbação.

Uma paciente não teve alteração nos níveis de prolactina e embora não tenha tido alteração no que concerne ao desejo e à excitação, passou a experimentar o orgasmo através da masturbação, o que não era anteriormente conseguido através de nenhuma prática.

Grupo placebo

Das cinco pacientes em uso de placebo nenhuma apresentou alteração nos níveis de prolactina. Quatro delas não sofreram modificação alguma em seu padrão sexual anterior ao estudo, continuando portanto com falta de desejo, de excitação e de orgasmo, na mesma frequência copulativa reduzida. Uma delas teve uma evidente melhora de suas respostas sexuais.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou diferença significativa no comportamento sexual entre mulheres do grupo tratado com bromocriptina e mulheres no grupo controle.

Das cinco mulheres tratadas com bromocriptina quatro tiveram níveis de prolactina normalizados a uma acentuada melhora sexual enquanto uma manteve níveis elevados de prolactina revelando mesmo assim uma melhora sexual relativa. As quatro que obtiveram melhora integral nas respostas sexuais reportaram aumento do desejo de copular, maior facilidade na obtenção, manutenção e aumento da intensidade da excitação. Todas apresentaram maior facilidade para a obtenção do orgasmo, requerendo menor período de tempo para obtê-lo, com aumento da sua intensidade e da quantidade ou das formas de consegui-lo. A paciente que não teve seus níveis de prolactina reduzidos continuou sem melhoras em relação ao desejo e à excitação porém apresentou modificação benéfica no que tange ao orgasmo. Embora continuasse a não ter orgasmo na relação com o parceiro passou a experimentá-lo através da masturbação, prática anteriormente não realizada. Podemos inferir que apesar da sexóloga ter atuado de forma absolutamente neutra, o mero contacto com uma profissional da área tenha sido suficiente para que a paciente passasse a se permitir a prática da masturbação e a partir daí, conhecer o orgasmo.

Das cinco mulheres tratadas com placebo todas se mantiveram hiperprolactinêmicas, quatro não apresentaram alteração em seu padrão sexual enquanto uma revelou normalização das suas respostas sexuais. Novamente imaginamos que os contactos periódicos com uma sexóloga possam ter auxiliado esta paciente à expressão de suas reações sexuais.

Estes resultados reforçam a sugestão de uma possível influência inibitória dos níveis elevados de prolactina sobre as respostas sexuais femininas, anteriormente citadas por outros autores.

Durante o período da seleção de pacientes para o estudo notamos ser muito freqüente mulheres com queixas sexuais em nossa clínica, no entanto mostrou-se incomum este fato estar associado a uma hiperprolactinemia.

Pelo contrário, a avaliação de um grupo de 18 pacientes hiperprolactinêmicas mostrou que cinco delas tinham queixas sexuais que foram atribuídas a problemas psicoemocionais da interação com o parceiro enquanto treze mulheres apresentaram a problemática sem causa psicológica aparente, restando apenas a possibilidade de uma associação com níveis elevados de prolactina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARTER, J. N.; TYSON, J. E.; TOLIS, G.; VAN ULJET, S.; FAIMAN, C.; FRIESEN, H. G. Prolactin secreting tumors and hypogonadism in 22 men, *New England Journal of Medicine*, 299:847-852, 1978.
2. FAVA, G. A.; FAVA, M.; KELLNER, R. et al. Depression, hostility and anxiety in hiporprolactinemic amenorrhea *Psychther. Psychosoin*, 1981, 36:122-128.
3. KELLNER, R.; BUCKMAN, M. T.; FAVA, G. A. et al. Hyperprolactinemia, distress and hostility. *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141:759-763
4. KOPPELMAN, M. C. S.; PARRY, B. L.; HAMILTON, J. A. et al. Effect of Bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144:1037-1041.
5. KOLODNY, R. C. Unpublished observation, 1978 - Manual de Medicina Sexual, pág. 158, Ed. Manole Ltda., 1982.
6. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. M.; JOHNSON, V. E. Manual de Medicina Sexual, pág. 158, Ed. Manole Ltda., 1982.

Teste de Ereção Fármaco Induzido: "falsos negativos"*

3

Luíz Otávio Torres
Gerson Pereira Lopes
Marco Antonio Martins de Carvalho
Cláudia Moreira Marques
Leonardo Goodson do Nascimento

RESUMO

O uso de drogas vasoativas se tornou intprescindível no diagnóstico da causa orgânica da disfunção erétil. Cada vez mais são utilizadas associações de drogas. Mesmo utilizando associação de Papaverina, Fentolamina e Prostaglandina em altas doses, os autores relatam sua estatística de 3 % de falsos-negativos, ou seja, pacientes que readquiriram função erétil normal com Terapia Sexual, após um teste de ereção fármaco induzido completamente negativo.

Palavras-chave: drogas vasoativas, falsos negativos.

SUMMARY

Vasoactive drugs are essential in the erectile dysfunction diagnostic: more and more the drugs association are used all around the world. Evenwith an association of Papaverine, Phentolamine and Prostaglandine in high dosages the authors show a 3 % of false negatives, it means, men

* Trabalho realizado no Instituto Cavalcanti - Centro de Estudos em Sexualidade Humana - Belo Horizonte e São Paulo.
Recebido em 30.07.93

Aceito em 18.08.93.

who reacquired erectile normalcy with Sexual Therapy despite a Drug Induced Erection Test Therapy completely abnormal.

Key-words: vasoactive drugs, false negatives.

INTRODUÇÃO

O desconhecimento da fisiologia da ereção e de métodos precisos para o diagnóstico da disfunção erétil, fizeram que durante muitos anos o estudo da impotência sexual masculina fosse relegado a segundo plano.

No final da década de 70, VIRAG, pesquisador francês demonstrou a possibilidade do uso de uma droga vasoativa, a Papaverina (1), para a obtenção da ereção, quando injetada dentro dos corpos cavernosos. A partir de então houve como que uma revolução no diagnóstico da disfunção erétil, tendo como ponto básico a necessidade da utilização de drogas vasoativas para o relaxamento dos sinusóides intracavernosos e consequente ereção. De fato, o Teste de Ereção Fármaco Induzido (TEFI) passou a ser imprescindível (mas não o único) na avaliação do homem com suspeita de causa orgânica de impotência (2,3).

Numa análise simplista, guardadas algumas exceções (por exemplo, distúrbios neurológicos), pacientes com boa resposta (positiva) ao TEFI teriam disfunção erétil de origem psicogênica enquanto pacientes não responsivos (TEFI negativo) seriam portadores de disfunções orgânicas, principahnente vasculares.

O presente estudo vem demonstrar a presença de falsos negativos no TEFI, mesmo se utilizando associação de drogas em altas dosagens,

DESCRIÇÃO DE CASOS

1. R.P.N., 41 anos, branco, casado, fazendeiro, procurou o consultório em 02/10/90, com queixa de dificuldade tanto na obtenção quanto na manutenção da ereção há 1 ano. Ereções matinais e noturnas esporádicas a de pouca qualidade. Mesmo a masturbação não consegue boa rigidez. Nega coito extra, álcool, fumo, drogas. Libido preservada. Em uso de Renitec a Motival.

A avaliação laboratorial mostrou Testosterona, Prolactina e LH nomais. Avaliação neurológica básica (Reflexo Bulbo Cavernoso, Cremastérico e de extremidades), não mostrou alterações. Na avaliação da

Tumescência Peniana Noturna (TPN) com SNAP GAUGE por 3 noites seguidas, não houve ruptura de nenhuma das fitas nas 2 primeiras noites e rompimento de 2 fitas na 3ª noite.

O Índice Peno Braquial (IPB), o Índice Peno Braquial Médio (IPBm) e o Gradiente de Pressão (GP) estavam normais.

O TEFI, com associação de drogas, se mostrou negativo, obtendo apenas uma tumescência peniana. Realizado com estímulo visual erótico.

A cavernosometria dinâmica com bomba de infusão mostrou Fluxo de Obtenção e Manutenção da Ereção muito altos, em torno de 140 ml/min., com queda de 100 em H₂O na pressão intracavernosa (PIC) 30 segundos após desligarmos a bomba de infusão.

Esses resultados são fortemente indicativos de lesão orgânica, vascular.

No dia seguinte a esposa nos telefonou, relatando que o marido tinha ótimas ereções e relações com ela quando se propunha fazer um “Ménage a trois”, ou quando via cenas de sexo grupal.

2. I.S.P.P., 46 anos, branco, divorciado, advogado, procurou o consultório em 21/09/90, com queixa de dificuldade tanto na obtenção quanto na manutenção da ereção, há 4 anos. Nega ereções matinais, noturnas, masturbação, álcool, fumo, medicamentos. Libido preservada. Paciente extremamente ansioso.

Avaliação laboratorial normal. Avaliação neurológica básica normal, IPB, IPBm e GP normais.

TEFI: Apenas tumescência peniana. Realizado com estímulo visual erótico.

Cavernosometria Dinâmica: Fluxo de Obtenção de 230 ml/min. e Fluxo de Manutenção de 200 ml/min. Queda de 140 em H₂O no Pic 30 segundos após desligarmos a bomba de infusão.

Depois dos exames, o paciente nos relatou ter tido 2 coitos normais 3 dias antes. Esse paciente foi encaminhado ao sexólogo e readquiriu função erétil normal com Terapia Sexual.

3. M.S.C., 54 anos, branco, viúvo, advogado, procurou o consultório em 30/10/90, com queixa de dificuldade de obtenção da ereção ao coito há 1 ano e meio. Extremamente ansioso. Relata boas ereções matinais e noturnas e à masturbação. Fuma 40 cigarros por dia, álcool moderado, Nega coito extra, drogas. Uso irregular de Atenol e Higroton. Libido preservada.

Avaliação laboratorial normal. Avaliação neurológica básica normal. TPN: rompeu as 3 fitas as 3 noites. Sexólogo encaminhou para TEFI, pois seria útil mostrar a ereção ao paciente.

IPB, IPBm, GP, normais.

TEFI: Apenas tumescência peniana (realizado com estímulo visual erótico).

Cavernosometria Dinâmica: Infundimos 120 ml/min. sem qualquer alteração no PIC. Paciente começou a queixar dores no pênis (muito ansioso) e interrompemos o exame.

Na semana seguinte injetamos novamente as drogas e o paciente foi para casa: ótima ereção, com coito. Paciente foi encaminhado novamente ao sexólogo, readquirindo a função normal com Terapia Sexual.

4. A.R.P.L., 44 anos, branco, separado, advogado, procurou o consultório em 09/04/91, com queixa de dificuldade na obtenção da ereção.

Relata ereções de boa qualidade matinais, noturnas e à masturbação, inclusive permitindo coito.

Nega álcool, fumo, drogas, libido preservada. Em uso de Vasodilatador devido à problema vascular na perna direita (claudicação). Emocionalmente instável. Relata traumas sexuais. Encaminhado pelo sexólogo para realização dos testes para “mostrar” normalidade ao cliente.

Avaliação honnonal normal. Avaliação neurológica básica normal. IPB, IPBm e GP normais.

TEFI: Apenas leve tumescência (Realizado com estímulo visual erótico).

Cavernosometria Dinâmica Normal: Fluxo de Obtenção da ereção de 50 ml/min. e Fluxo de Manutenção de 35 ml/min.

Esse paciente foi encaminhado novamente ao sexólogo, readquirindo a função erétil normal com a Terapia Sexual.

5. C.C.S., 24 anos, branco, solteiro, comerciante, procurou o consultório em 04/03/93, com queixa de dificuldade na manutenção da ereção. Ereções matinais e noturnas raras e de pouca qualidade, assim como pouca rigidez à masturbação. Nega drogas e medicamentos. Fuma 1 maço de cigarros por dia. Álcool social. Libido preservada.

Avaliação laboratorial normal. Avaliação neurológica básica normal. IPB, IPBm e GP normais.

TEFI: Apenas a tumescência peniana. Realizado sob estímulo visual erótico.

Cavernosometria Dinâmica: Não houve qualquer alteração na pressão intracavernosa mesmo ao fluxo de 160 ml/min.

Paciente extremamente ansioso, suando frio e preocupado o tempo todo, com a namorada que nem foi trabalhar, estando em casa esperando o resultado dos exames.

Esse paciente foi encaminhado ao sexólogo e readquiriu função normal com Terapia Sexual.

DISCUSSÃO

Testes menos acurados como a medida do Índice Peno Braquial (IPB) têm sabidamente uma alta porcentagem de Falsos Positivos e Negativos.

O uso da Papaverina intracavernosa isolada há muito vem sendo relacionado com falsos negativos do TEFI ou seja, pacientes que não responderam à droga vasoativa mas que apresentavam ereções normais. A principal explicação seria a alta descarga adrenérgica em pacientes muito ansiosos, levando ao não relaxamento da musculatura lisa dos sinusóides. Dessa maneira introduziu-se a associação da Papaverina com a Fentolamina, que é um Bloqueador Alfa 1 Adrenérgico de curta ação e que diminuiria o efeito adrenérgico do stress. De fato, diminui-se muito o número de falsos negativos com essa associação (4).

Nos últimos anos o Teste de Ereção Fánnaco Induzido vem ganhando cada vez mais confiança devido não só à descoberta de novas drogas cada vez mais potentes e com menos efeitos colaterais, mas também à tendência mundial de que a associação de drogas alumentaria a acuridade desses testes e a qualidade da ereção (4).

Coniventes com essa idéia, há 3 anos utilizamos a associação da Papaverina 50 mg, Fentolamina 0,8 mg e Prostaglandina E1 20 meg nos testes diagnósticos da disfunção erétil. Acreditamos muna associação dos efeitos de cada droga, teoricamente diminuindo ainda mais a possibilidade de falsos negativos.

Não obstante essa associação em altas doses, numa análise retrospectiva de 170 homens avaliados quanto a possibilidade de causa orgânica de disfunção erétil em nossa Instituição, obtivemos 5 casos de Falsos Negativos ou seja, 3% desses homens.

O presente estudo deve alertar a todos andrologistas que esses testes não são absolutos e que uma boa avaliação sexológica é imprescindível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIRAG, R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure (letter). *Lancet* 2:938, 1982.
2. MONTAGUE, D. K. Disorders of male sexual function. Cleveland, Year Book Medical Publishers, Inc., 1988.
3. TORRES, L. O. Diagnóstico e tratamento da impotência sexual masculina. Inc.: LEAL, J. W. B. Reprodução Humana, Rio de Janeiro, MEDSI, In Press.
4. ALLEN, R. C.; ENGEL, R. M.; SNOLEV, S. K.; BRONDLER, C. B. Objective double blind evaluation of erectile function with intracorporeal papaverine in combination with phentolamine and/or prostaglandine E1. *J. Urol.*, 148:1181, 1992.

Resumos Comentados

Infrequent Orgasms in Womens

1

Resumo e comentários de Laura Meyer¹

RABOCH, JAN & RABOCH, JIRI. "Infrequent Orgasms in Women" *Journal of Sex and Marital Therapy*. Volume 18, number 2, summer 1992, pp. 114-120.

Os autores pesquisaram uma amostra de 2.425 pacientes ginecológicas, com idade entre 21 e 40 anos a casadas por pelo menos há um ano, três grupos foram selecionados de acordo com a frequência dos orgasmos coitais. A média de idade nestes três grupos foi de 28 e 29 anos, e a média de duração dos casamentos variava entre 6 e 7 anos. O primeiro grupo, orgástico, contendo 1.266 (52,2%) mulheres; o segundo grupo contendo 466 (19,2%) mulheres com orgasmos não frequentes, e o terceiro grupo contendo 151 (6,2%) mulheres cujos orgasmos não frequentes eram sentidos pelas examinadas como "distressing"². Pode ser esperado que estas mulheres tenham atingido um completo desenvolvimento do potencial orgástico.

Não é surpresa que ao comparar os resultados dos exames sexológicos das mulheres orgásticas com aquelas que raramente atingiram orgasmo, os autores tenham achado diversas diferenças, estatisticamente significantes.

Nas pesquisadas classificadas em orgasmos não frequentes e o grupo de orgasmo não frequente "distressing", a menarca veio mais tarde, elas eram mais velhas quando tiveram a primeira relação sexual, o número

1. Psicóloga Terapeuta Sexual.

2. Nota da Tradutora: "distressing" -esta palavra sera utilizada em inglês, pela dificuldade de uma tradução satisfatória em português. O sentido de distressing é, literalmente, desconfortável e insatisfatório a nível emocional; emocionalmente perturbador.

de parceiros íntimos antes do casamento era baixo, a atividade coital no casamento era menos freqüente, e a iniciativa sexual era iniciada quase somente pelos homens. Menor número de mulheres do grupo de não freqüência nos orgasmos consideraram que seus casamentos são mais felizes.

Uma menarca mais cedo em mulheres orgásticas indica que fatores biológicos são importantes causas para uma capacidade orgástica insuficiente. Este dado está de acordo com estudos anteriores dos autores, nos quais a maior percentagem de mulheres com coitos orgásticos era verificada no subgrupo de pacientes com uma menarca mais cedo (11 anos), e uma mais baixa percentagem no subgrupo em que a primeira menstruação apareceu em torno dos 16 anos.

Enquanto mulheres do grupo de não freqüência no orgasmo não diferem das mulheres orgásticas na avaliação dos desejos sexuais e potência de seus maridos, as com orgasmo "distressing" estudadas muitas vezes consideram essas qualidades em seus parceiros como insuficientes.

Os achados dos autores confirmam que mesmo depois de vários anos de casamento quase 70% das mulheres no grupo de não freqüência orgástica não conseguiram melhorar substancialmente sua capacidade em obter orgasmo coital. Isto está de acordo com os achados de Terman, o qual afirma que a falha no desenvolvimento da capacidade orgásmica durante o primeiro ano de casamento reduz a probabilidade de desenvolvimento posterior deste potencial.

Fisher heredita também que a prática sexual tem somente um impacto limitado na capacidade das mulheres obterem orgasmos coitais regularmente.

De acordo com Fisher, educação e classe social são os dois fatores que melhor predizem o potencial orgásmico das mulheres, o que corresponde aos achados dos autores. O nível de educação, quando considerado em termos de graduação do 2º grau ou universidade, era significativamente alto tanto em mulheres orgásmicas quanto no grupo das com orgasmo não freqüente. Isto coincide, também, com posição profissional mais alta de mulheres do grupo orgástico.

Interpretações das diferenças entre os três grupos podem refletir a estrutura das famílias em que as mulheres tiveram suas infâncias. No grupo patológico de orgasmos não freqüentes "distressing", a perda dos pais ocorre mais freqüentemente, especialmente antes que a pesquisada alcançasse a idade de 6 anos. Mais de 1/3 (36,4%) dessas mulheres cresceram em famílias grandes, com três ou mais crianças. No estudo prévio, os autores constaram que na Tchecoslováquia o número de mulheres que nasceram em famílias com seis ou mais crianças significativamente diminuiu entre os anos de 1911 e 1958, o que obviamente ajudou a melhorar as condições para seus desenvolvimentos. Esses fatores provavelmente

contribuíram para o fato de que significativamente menos mulheres do grupo patologicamente “distressing” consideraram sua infância como sendo feliz. Além disso, mais mulheres consideraram a sua infância bastante infeliz.

As mulheres orgásticas avaliaram a sua infância significativamente mais frequentemente feliz que as estudadas no grupo de orgasmo não freqüente. Em concordância com os achados de Terman, os autores acreditam que ambas as qualidades - bom potencial orgásmico e uma infância feliz - representam condições significativas para o sentimento de satisfação e felicidade no matrimônio.

O ambiente de uma família incompleta e infância perturbada pode levar a atitudes neuróticas e mecanismos que na vida adulta podem resultar no impacto negativo na parceria e vida sexual no matrimônio.

Os achados dos autores sugerem que o potencial orgástico nos grupos de orgasmo não freqüente e de orgasmo não freqüente “distressing” foi mais baixo devido a fatores primários biológicos. Entretanto, as mulheres do grupo de orgasmos não freqüentes parecem capazes de se adaptarem psicologicamente a essa realidade. Ao contrário, as estudadas no grupo de orgasmos não freqüentes “distressing”, cujo desenvolvimento na infância foi mais perturbado por uma estrutura familiar anormal, manterão uma capacidade orgástica reduzida a encararão esta deficiência negativamente. Esses sentimentos podem levar a uma avaliação negativa dos seus parceiros e contribuir para a deterioração de seus relacionamentos matrimoniais.

Baseados nesses achados e nas opiniões de outros pesquisadores, os autores deste trabalho acreditam que a capacidade reduzida de muitas mulheres de obter regularmente orgasmo coital é condicionada por múltiplos fatores biológicos e psicossociais.

Possíveis causas podem incluir neurotransmissores centrais a influências endócrinas, indicados pelo começo tardio da menarca nessas mulheres. A estrutura e o clima da família podem ter um papel importante no ambiente social nos primeiros anos de vida e no percurso da infância.