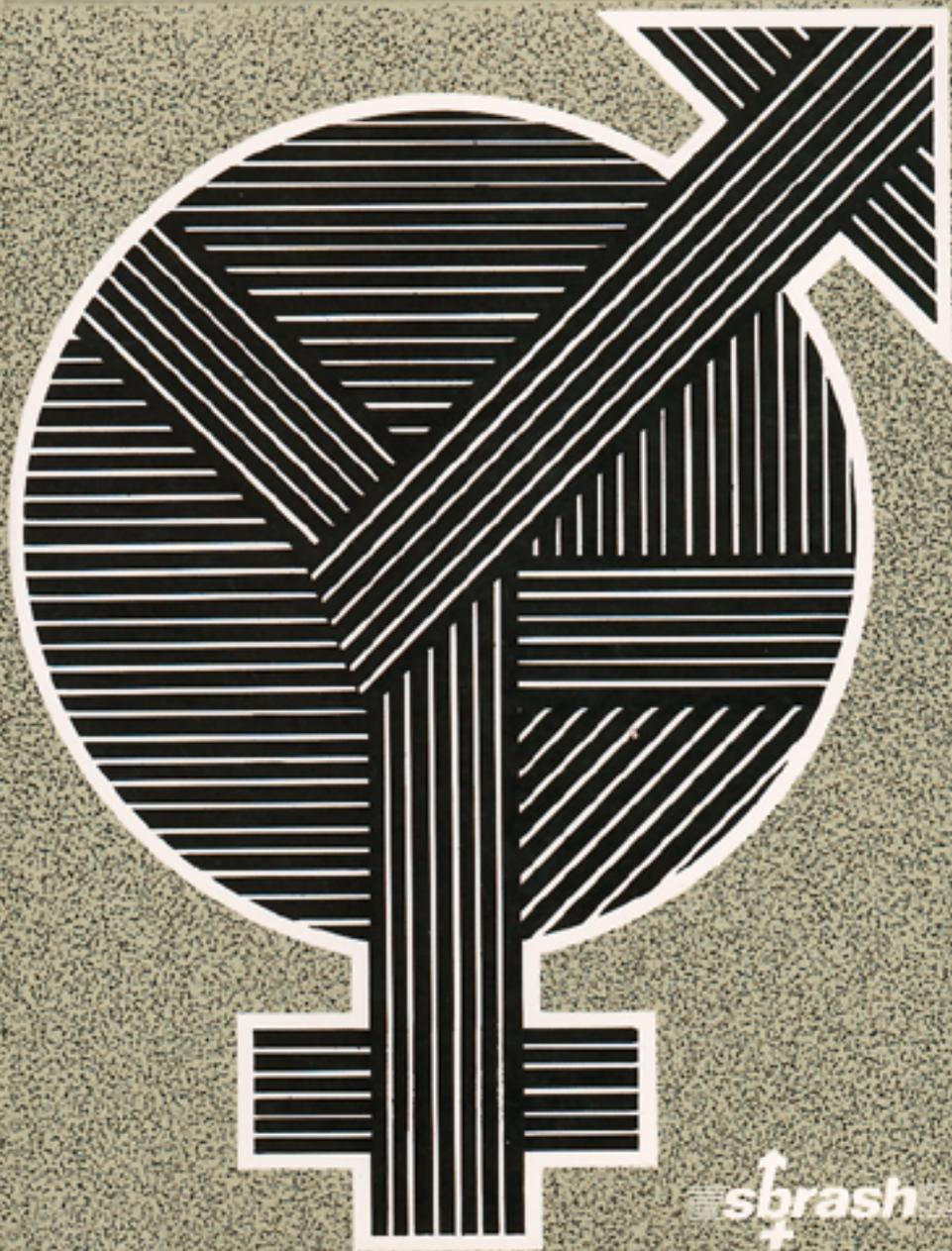


REVISTA BRASILEIRA DE

# SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME 5 - Nº 2 - 1994

ISSN 0103-6122 - CODEN RBSHE5



sbrash  
♀

Revista  
Brasileira  
de  
Sexualidade  
Humana

**Volume 5 - Número 2 - Julho a Dezembro de 1994**  
**Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH**

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	121
------------------------	-----

## **Opinião**

1. Mestrado em Sexologia: um passo a mais no ideal da interdisciplinaridade.....	125
Araguari Chalar Silva	
2. Sexualidade na Idade Avançada .....	138
Mabel Cavalcanti	
3. Sexualidade Feminina- A Linguagem do Corpo .....	142
Amparo Caridade	
4. Um Olhar Sobre o Erotismo.....	147
Ana Maria Macedo Valença	
5. Resistências ao Tratamento da Disfunção Erétil de Etiologia Predominantemente Psicológica	
<i>Resistance in the Treatment of Erectile Dysfunction of Mainly Psychological Etiology</i> .....	
Walkíria Fernandes Moreira Ambrosano	
6. Uma Aventura Interventiva rio Bar do Lulu .....	172
Raquel Belza Ferreira; Mônica Bara Maia	
7. A Prostituição de Ontem e Hoje.....	178
Maria Lúcia Biem Neuber	
8. Amor, Sexualidade e Erotismo nos Maiores de 40.....	185
Maria Tereza Maldonado	

## **Trabalhos de Pesquisa**

1. Opinião dos Escolares Adolescentes Sobre a Realização de Grupos de Discussão .....	193
Maria das Graças Carvalho Ferriani; Maria Aparecida Tedeschi Cano; Marta Angélica Iossi Silva; Elza Maria Lourenço Ubeda	
2. Ejaculação Precoce - Proposta Baseada na Cronologia.....	206
Otto Henrique Torres Chaves; Walkíria Fernandes Moreira Ambrosano; Marisa Brito; Elber Valadares; Guilherme Bastos	

3. Alguns Aspectos da Prostituição Feminina de Ontem e de Hoje ..... 211  
Manuel Fernando Queiroz dos Santos Júnior; Elucir Gir, Lázaro D'Assunção Batista de Souza; Phalcha Luiz Obregon; Sandra Irene Sprogis dos Santos; Vera Lucia Gattas
4. Disfunção Eretiva avaliação psicológica-Modelo em abordagem multidisciplinar ..... 230  
Oswaldo M. Rodrigues Jr.

**Resumos Comentados**

1. The Sexual Brain, Simon LoVay, A Bradford Book, 1993, Massachusetts Instituto of Technology ..... 251  
Tradução e comentários: Mônica Bara Maia

# Editorial

## O futuro só começou...

Nos poucos mais de 8 anos decorridos desde a fundação da *SBRASH* percorremos sem dúvida um longo caminho. A tímida Assembléia Geral convocada em Curitiba em 1986, elegendo uma Diretoria provisória, e os profissionais presentes no Rio Grande do Sul, em 1987, não podiam fazer ainda idéia das vicissitudes e dificuldades que a Sociedade iria enfrentar em seus primeiros anos.

No entanto, graças aos esforços e ao idealismo de seus filiados, a *SBRASH* superou os problemas decorrentes das crises e planos econômicos, da extensão territorial do Brasil e das diferentes óticas de seu multiprofissional quadro de associados, entre outras.

Hoje, embora com um número ainda pequeno, porém crescente de associados, podemos contabilizar algumas vitórias. O Boletim informativo, em seu 6º ano e a Revista Brasileira de Sexualidade Humana, com 5 anos de existência, já tem uma tradição entre os estudiosos da sexualidade humana. Mesmo o *Index Brasileiro de Sexualidade*, recém iniciado, tem sido lido com prazer e proveito. Na listagem de nossos Congressos também já se contam alguns eventos memoráveis; temos além disso promovido inúmeros eventos locais e regionais em praticamente todos os Estados do país, inclusive em muitas das cidades do interior. O *Curso de Pós-graduação em Educação Sexual*, iniciado em São Paulo em março de 1994, tem tido grande sucesso, estando já planejado outros Cursos similares em vários pontos do país. De fato, ainda que relativamente jovem, nossa Sociedade conta com grande número de realizações em seu ativo.

Isso no entanto não basta. Há ainda muito por fazer, além de dar continuidade ao que está em andamento. Tendo em vista o elevado número e a grande diversidade de formação dos profissionais brasileiros interessados em aspectos sociais da sexualidade e em educação e terapia sexual temos muito trabalho pela frente. Problemas ligados à formação, à atualização e ao aprimoramento desses profissionais necessitam ser equacionados e resolvidos, devendo nos preocupar também, a curto prazo, sua qualificação.

Ainda temos muito a fazer.

Opinião

---

# Mestrado em Sexologia: um passo a mais no ideal da interdisciplinaridade **1**

---

**(em memória de Jean-Claude Nahoum)**

Araguari Chalar Silva<sup>1</sup>

Passados seis anos de atividade da Pós-graduação lato sensu em Sexualidade Humana, a experiência adquirida e a graduação cada vez maior da equipe de professores, fizeram possível um olhar mais à distância: O sonho de um Mestrado em Sexologia poderia tomar forma.

Desde os tempos de criação da Comissão Nacional de Sexologia, em 1983 como parte da Febrasgo, a qualificação interdisciplinar era um desafio que se colocava. Com essa inspiração nasceu o CESEX, em Brasília, talvez o primeiro curso a tentar um mesmo modelo de formação em sexologia para médicos, psicólogos e educadores. É difícil estimar quantos profissionais passaram por esse modelo de curso ou mesmo pelos que se sucederam a partir de então, como os do Nudes, no Rio de Janeiro, do Instituto H. Ellis, em São Paulo, o Instituto Pomeroy, em Belo Horizonte, para citar apenas alguns exemplos. A estes se acrescentam mais tarde as atividades educacionais sustentadas nos muitos Congressos feitos ou inspirados pela Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.

O ideal de interdisciplinaridade também bateu às portas da atividade clínica, visando essencialmente médicos e psicólogos, e motivando projetos ousados de atendimento à população. Ambulatórios desse gênero sur-

---

1. Doutor em Educação e PRDc em Sexualidade Humana pelo Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco.

Coordenador do Curso de Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho.

Recebido em 02.02.94

Aprovado em 09.03.94

giram em vários serviços de ginecologia, como atividades voluntárias e, no mais das vezes, sem continuidade.

Todos esses modelos, contudo, mantinham uma característica comum: estavam distanciados da graduação acadêmica formal, ou, quando muito, beiravam os chamados “cursos de extensão”, com peso reduzido no currículo profissional dos alunos.

Considerando o espaço acadêmico como um todo, em 1979 o curso de Psicologia da UGF instituiu uma Cadeira de Psicossociologia, outros, na área da Ginecologia (como na UFPR) ou da Psiquiatria (como na UFF e na UFBA) incluíram temas de sexologia, mas como parte de Cadeiras de Reprodução Humana ou Psicopatologia. A UFRJ foi mais além e recentemente incluiu uma disciplina de Sexualidade Humana como eletiva no Curso de Medicina.

A interdisciplinaridade, dessa forma, permanecia apenas nos cursos informais, até porque ultrapassar as fronteiras impostas as faculdades separadas é, certamente, um desafio maior do que os cursos de Graduação podem enfrentar.

O mesmo propósito de uma sexologia interdisciplinar, mas que pretendia se infiltrar na realidade acadêmica motivou um outro dos fundadores da Febrasgo e da Comissão Nacional de Sexologia. No Rio de Janeiro, Jean-Claude Nahoum, já Doutor em Medicina o Livre-Docente de Ginecologia, voltaria a ser aluno e depois de graduado em Filosofia quase concluiu o Mestrado em História. Mas o tempo dele esgotou-se antes.

Mesmo sem ele, ficou definida uma linha de ação: caminhar para o espaço acadêmico e torná-lo se possível. Converter o ideal da interdisciplinaridade num fato real, mas sempre com uma declaração explícita de que não se sabe tudo.

Da consciência geral (mas devidamente qualificada) da insuficiência desse “saber disciplinarizado” poderia surgir uma interdisciplinaridade verdadeira.

Essa linha de trabalho encontrou eco no Projeto do primeiro Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Sexualidade Humana, na UGF, ao qual Jean Claude prontamente se associou.

Unem-se agora as perspectivas abertas ao longo dessa história, e mais atrevidos do que nunca, iniciamos o salto maior. Em Dezembro de 1993, o Conselho de Ensino e Pesquisa da Universidade Gama Filho aprovou e encaminhou à CAPES (Ministério da Educação) o Projeto de Implantação do Mestrado em Sexologia, um Mestrado que é no mesmo tempo em Medicina, Psicologia e Educação, mas também não é Mestrado em nada disso. Na verdade, espelhando-se na história acadêmica de outros países, o novo Mestrado situa na estrutura acadêmica do Brasil uma área nova: a Sexologia. Sem vínculos diretos com as graduações de Medicina,

Psicologia ou Educação, o espaço entre essas áreas faz a definição dos limites.

Interdisciplinar por princípio, mas acadêmico por definição, o Projeto de Mestrado foi fundamentado na exposição de motivos que se segue:

## JUSTIFICATIVA DO CURSO

### 1. A sexologia como área do saber

Como campo de estudos diferenciados, a sexologia é uma área relativamente nova do conhecimento. Nascida no século XIX, junto com a psicanálise e a psicologia experimental, a sexologia só ganhou a personalidade que tem hoje quando o estudo da sexualidade humana superou as barreiras do pudor acadêmico vitoriano e enfim a psicofisiologia do ciclo sexual foi reconhecida e descrita como um mecanismo especial.

Até então o fenômeno sexual ficava na órbita do “ato instintivo”, e as mudanças fisiológicas envolvidas se escondiam sob o manto do “aparinho reprodutor”.

No início deste século a supersimplificação que se fazia ao reduzir a sexualidade humana a um conjunto de instintos já era claramente apontada como manobra anticientífica que tentava ignorar a imensa variação socio-cultural envolvida nas tantas formas de contato sexual, nos vários tipos de casamento, nos direitos sexuais e na própria definição do que é ser “homem” ou ser “mulher”. Ao mesmo tempo, a etologia e a antropologia questionaram o modelo único da sexualidade humana baseado em padrões europeus, afirmando a influência das condições socio-biológicas e econômico-educacionais na definição do indivíduo sexual.

O passo decisivo, entretanto, viria em meados do século XX, quando a pesquisa médica descreveu o ciclo sexual como um ciclo fisiológico especial, diferenciado e com características próprias. O estudo desse ciclo caracterizava o aspecto clínico da nova subdivisão da medicina, e surgia então a clínica das disfunções sexuais associada à consciência da especificidade de uma psicologia da sexualidade abrangente e integradora das diferentes escolas de pensamento, básica para a compreensão do desejo e do prazer associados ao ciclo fisiológico. Sexologia e reprodução humana, funções já separadas na prática erótica do dia a dia pelo uso dos anti-concepcionais, foram assim separadas como áreas de estudo.

Num outro enfoque, a questão sexual trazia a juventude como centro de interesse. Com a crescente complexidade social, a autonomia profissional e financeira dos jovens adultos foi sendo conquistada cada vez mais

tarde. O resultado imediato disso foi o aumento do intervalo entre a maturidade sexual, na puberdade, e a capacidade de auto-gestão social. O período chamado de “adolescência” alongou-se. Simultaneamente os avanços da medicina trouxeram contraceptivos mais eficazes, e a liberação de costumes resultou em maior flexibilidade quanto às interdições sexuais. Tudo isso somado, têm-se um processo de sexualização cada vez mais ativo da juventude. Programas de educação sexual, até então restritos a umas poucas escolas mais ousadas, passaram a ser necessários como forma de preparar os mais jovens para uma sexualidade a ser praticada num clima socialmente mais favorável.

Meio século se passou desde então e nesse tempo a sexologia se desenvolveu como espaço interdisciplinar. A fisiologia sexual, comum a todos os seres humanos ganhou definitivamente as cores da cultura e da moral de cada grupo. Esta compreensão bio-psico-social da expressão da sexualidade consubstanciou a nova disciplina acadêmica. Corriam pelo meio, nessa época, os anos sessenta.

O auto-didatismo havia sido até então a única alternativa para quem se interessasse por um estudo abrangente em sexologia, envolvendo conhecimentos de medicina, psicologia, etologia, antropologia e de educação, áreas ligadas de modo significativo ao fenômeno sexual. Por isso mesmo, profissionais de todos esses ramos foram tentados a se tornar sexólogos ao seu próprio modo.

Em tempos mais recentes, contudo, o nível de exigência para um profissional das áreas de saúde ou educação, que se possa considerar plenamente formado, não admite mais o autodidatismo. Como conseqüência há hoje mais de vinte cursos universitários, apenas nos Estados Unidos, que oferecem treinamento graduado em sexologia e educação sexual. Também nos países europeus, um número crescente de instituições tradicionais inclui programas específicos voltados para a sexualidade humana. Esta foi, afinal, a resposta acadêmica à necessidade social por especialistas habilitados para lidar com questões essencialmente interdisciplinares. Questões que se estendem, por exemplo, dos conflitos de casal relativos à sexualidade até a gravidez na adolescência ou da expansão das doenças sexualmente transmissíveis (agora ai incluída a Sida/Aids) até condições como impotência ou anorgasmia.

Os anos desta década que termina presenciaram um movimento crescente no sentido de identificar e qualificar os programas de treinamento em sexologia nos mais diferentes países, em grande parte como uma reação direta ao crescimento da preocupação social com as mudanças bruscas que resultaram da liberação de costumes. Neste último pulo a Federação das Sociedades Latino Americanas de Sexologia e Educação Sexual, seguindo os passos da Federação das Sociedades Europeias e das grandes Sociedades dos Estados Unidos, instituiu uma comissão internacional para apontar os critérios de reconhecimento de cursos e especialis-

tas. O resultado do trabalho dessa comissão deve ser apresentado em 1994, e pode-se antever que, como na Europa e Estados Unidos, dar-se-á especial destaque à Pós-graduação universitária específica, representada no nível mais alto pelos cursos como aquele que ora se propõe.

## **2. Os vínculos acadêmicos dos Programas de Sexologia**

Tanto ao nível da graduação como da Pós-graduação, os diferentes cursos de Sexologia oferecidos pelas Universidades no mundo ocidental tem variado quanto às vinculações acadêmicas. Numa análise global, a maior parte desses programas está ligada às escolas de medicina e saúde, oferecendo desde cadeiras isoladas até graus específicos de mestrado e doutorado em sexologia. Muitos cursos importantes no cenário internacional, contudo, aparecem ligados a departamentos de psicologia, serviço social, educação e antropologia. Segundo recente publicação da Sociedade Alemã de Sexologia, os cursos existentes nas cidades de Hamburgo, Frankfurt, Kiel, e Hatmover ligam-se a escolas médicas, enquanto o de Bremen vincula-se à sociologia e o de Koblenz-Landau à educação (Haeberle & Gindorf, 1992).

Outros dados norte-americanos e europeus apontam na mesma direção. Dentre as grandes Universidades dos Estados Unidos, há cursos de Pós-graduação na área da sexualidade humana (a nível de Mestrado ou Doutorado) vinculados às escolas de enfermagem e saúde pública (New York University e University of Minnesota, por exemplo) ou a escolas de serviço social (University of Hawaii). Outros cursos ligados a programas acadêmicos tradicionais estão em departamentos de educação (University of Pennsylvania) ou em departamentos de psicologia (San Francisco State University). Mas também há nos Estados Unidos, muitos programas de sexologia nos departamentos de medicina, em especial nos de psiquiatria (Cornell University; New York Medical College e University of California at San Francisco). Uma parte crescente das instituições universitárias européias e americanas, contudo, tem optado pela criação de departamentos e institutos independentes capazes de abranger com maior flexibilidade a interdisciplinaridade típica da sexologia.

Departamentos independentes tem sido propostos desde 1972, no início a partir das faculdades de medicina, conjugando especialidades (Molinari, 1976). Mais recentemente as idéias parecem convergir para os “institutos de sexologia”, tal como foi em 1943 o Institute for Sex Research, fundado por Alfred Kinsey na Universidade de Indiana. Com esse enfoque, surgiram núcleos de estudos graduados em várias instituições acadêmicas tradicionais, como na Universidade Católica de Leuven, Bélgica, onde o Instituto de Ciências Familiares e Sexológicas oferece graus de Mestrado e Doutorado específicos em Estudos Familiares e

Sexuais. Nos Estados Unidos, departamentos ou institutos específicos atuam na Universidade de Indiana, na Universidade da Califórnia em Los Angeles, na Universidade de Loyola e na Universidade de Minneapolis, por exemplo. No entanto, mais contundente ainda tem sido o esforço da Universidade de Quebec em Montreal, Canadá, que propôs a criação de um programa de graduação específico, levando ao Bacharelado em Sexologia com continuidade para a pós-graduação (Branco, 1990).

Fundamentando essa idéia da *multidisciplinariade independente*, três professores da Universidade de Quebec em Montreal, Robert Gemme, Jean-Marc Samson e Nicole Payment (Gemme, Samson e Payment, 1990) realizaram um levantamento de títulos referentes a sexologia em 2262 periódicos, encontrando referências diretas a sexologia ou sexualidade humana em 582. Dentre estes últimos 40,3% (234) se referiam à área biomédica (envolvendo, entre outras disciplinas, epidemiologia, psiquiatria, cardiologia, ginecologia e urologia) e 59,7% se referiam às ciências sociais (envolvendo, entre outras, psicologia, educação, filosofia, antropologia, economia e negócios). A intenção dos autores era evidenciar o equilíbrio relativo da produção do saber sobre a sexualidade entre ciências sociais e biomédicas e atesta bem a conveniência (ou até necessidade) de caracterizar a independência (e a interdependência) da sexologia como campo de estudos, servindo como fundamento para a idéia de *autonomia* dos estudos sobre sexo.

Em relação à América Latina, há programas de sexologia em atividade na Colômbia (Departamento de Psicologia da Universidade del Valle), na Argentina (na Faculdade de Medicina e na Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires) assim como no Uruguai (Universidade Católica do Uruguai), Já na Venezuela, um programa de Mestrado em Sexologia Médica está sendo mantido desde 1983 e na República Dominicana o Instituto APEC de Educação Sexual desenvolve um programa de Mestrado em Sexualidade Humana para médicos, psicólogos e profissionais de enfermagem (Haeberle & Gindorf, 1992).

Vale lembrar também que o último Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual instituiu uma comissão de especialistas para avaliar e credenciar os muitos cursos de sexologia que se iniciam a cada ano na América Latina, nem sempre com os padrões de qualidade e seriedade que seriam desejados.

### **3. A educação acadêmica em Sexologia no Brasil**

Considerando a realidade brasileira, até 1986 não havia entre nós nenhuma pós-graduação universitária oficial em sexologia. As menções aos temas da sexologia limitavam-se às inclusões específicas em diferentes

disciplinas, cujo foco de interesse e de análise se concentravam de acordo com o curso, desde a mais objetiva “reprodução humana” ou “contracepção e planejamento familiar”, temas comuns nas escolas médicas até “psicanálise”, “psicologia do desenvolvimento”, ou mesmo “psicopatologia sexual”, nos cursos de psicologia e psiquiatria.

A partir de 1986, a Universidade Gama Filho, que já havia sido pioneira na inclusão da disciplina de sexologia como matéria eletiva do curso de psicologia, instituiu um programa de Pós-graduação “*Lato Sensu*” em Sexualidade Humana (Silva, 1986). Desde então e até hoje esse programa tem funcionado ininterruptamente, resultando na produção de inúmeras pesquisas, publicações e apresentações em congressos, como listaremos adiante neste Projeto. Ao longo desse período, podemos dizer, com inconfidido orgulho, que o Curso de Pós-graduação em Sexualidade Humana da Universidade Gama Filho conquistou reconhecimento internacional, figurando nas publicações atuais de diferentes países como um dos Cursos de Pós-graduação revelantes no mundo (Branco, 1990; Andrade, 1992; Haebcrle & Gindorf, 1992).

O sucesso dessa iniciativa da Universidade Gama Filho, associado à necessidade de qualificar profissionais de outras regiões do país, carentes de uma melhor formação profissional nessa área, fez com que em 1989 nascesse um segundo programa de Pós-graduação, também “*lato sensu*”, na Faculdade Tuiuti, em Curitiba, como um desenvolvimento do programa inicial da UGF (Silva, 1992). Embora sem vínculos administrativos entre as instituições, o programa de Curitiba envolvia e envolve ainda os mesmos professores da UGF e a mesma idéia de treinamento. Também esse curso de Pós-graduação “*latu sensu*” tem funcionado de modo ininterrupto desde 1989 até hoje.

Mais recentemente, as várias instituições brasileiras que se fizeram presentes ao VI Congresso Latino-Americano de Sexologia e Educação Sexual apresentaram os seus cursos ligados ao treinamento teórico-profissional em sexologia. Tal foi a multiplicação dos cursos, que um Relatório Especial sobre os programas de qualificação em Sexologia foi elaborado durante o Congresso.

Recentemente, cursos curriculares ou de extensão universitária foram instituídos pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Universidade Federal de Uberlândia, Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo, Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Faculdade de Educação da UNICAMP, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Católica de Goiás, Faculdade de Medicina e Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia e Departamento de Ginecologia da Universidade Federal do Paraná, entre outras (Andrade, 1992).

Note-se que entre nós, como na Europa e Estados Unidos, predominam os programas de sexologia vinculados, pela ordem, aos cursos de ciências médicas, de psicologia e de educação.

No entanto, apenas três instituições acadêmicas nacionais vão além dos níveis de extensão e oferecem graus de especialização, a partir de cursos de Pós-graduação *latu sensu*. São elas: a Universidade Gama Filho, no Rio de Janeiro; a Faculdade Tuiuti, em Curitiba e o CEUB - Centro de Ensino Unificado de Brasília (Andrade, 1992).

Nenhum programa de Pós-Graduação "*stricto sensu*", como o presente Mestrado em Sexologia foi ainda lançado em nosso país, e caberia, por necessário, que se perguntasse qual a qualificação docente dos professores que ministram essa disciplina nas instituições que se apontaram como tendo programas específicos na área. A resposta nos leva, com certeza, às pós-graduações em áreas correlatas e, muito mais raramente, aos programas de pós-graduação acadêmica no exterior.

Dessa forma, tomando o estado atual da sexologia como área do saber e a experiência que se acumulou nos seis pulos de vida da Pós-graduação "*lato sensu*", concluímos pela necessidade e conveniência de um programa de Mestrado específico.

Este será um Mestrado interdisciplina por natureza, como aliás está previsto no Artigo 2º, parágrafo 3º da Resolução nº 5 do Conselho Federal de Educação. Um Mestrado fecundado pela experiência já consagrada no espaço da Psicologia brasileira desde 1986 e que, mantendo o pioneirismo, continuará projetando a Universidade Gama Filho no cenário da sexologia internacional. Um Mestrado capaz de tornar concreto o ideal da interdisciplinaridade, e que certamente assegurará um alto padrão de treinamento aos profissionais por ele qualificados, não só no aspecto da prática clínica, médica ou psicológica, mas também na habilitação de educadores e multiplicadores do saber.

#### **4. O Curso Proposto: articulação entre ensino, assistência e pesquisa**

Passamos a ter, dessa forma, dois níveis de qualificação na área da Sexologia: a Pós-Graduação *Lato Sensu* e a Pós-Graduação *Stricto Sensu* (a nível de Mestrado).

Os Cursos Pós-Graduação *lato sensu* em Sexualidade Humana e de Mestrado em Sexologia foram concebidos de modo harmônico e continuado, buscando atender às necessidades de cada estudante e o nível de aprofundamento que mais se ajuste aos projetos pessoais de cada um.

A Pós-Graduação *latu sensu* fornece uma visão ampla e geral da sexualidade e permite um nivelamento entre os profissionais de diferentes origens, em busca de um enfoque comum e abrangente do fenômeno sexual. Por isso disciplinas como História Crítica da Sexualidade; Sexologia Comparada, Psicologia da Sexualidade e Medicina Sexual fazem parte desse corpo de estudos, que inclui também uma visão básica das disciplinas profissionais, como Educação Sexual e Terapia Sexual. A estas matérias se acrescentam Didática (uma vez que a qualificação para o ensino universitário começa neste nível) e Metodologia (como base para a redação da Monografia).

Ao final do Curso, a Pós-Graduação *lato sensu* conduz ao grau de Especialização em Sexualidade Humana.

ensino e pesquisa. Por isso ele começa com o Curso de Pós-Graduação *lato sensu*, que passa a ser o Curso Básico do Mestrado. Após esse nivelamento inicial, o mestrando terá um Curso *Avançado*, em que se busca o aprofundamento do saber em duas áreas: Sexologia Educacional e Sexologia Clínica.

Nesta fase, ao longo do Curso *Avançado*, o mestrando terá escolhido um Professor Orientador e trabalhará sob supervisão direta dele todo o tempo. Além de algumas poucas matérias obrigatórias, a escolha da maior parte das disciplinas será feita em conjunto com o Orientador, tendo em vista o tipo de trabalho a que o mestrando se dirige e a preparação da Dissertação de Mestrado.

## Estrutura dos Cursos:

### A. Pós-Graduação em Sexualidade Humana e Curso Básico do Mestrado

Código	Disciplina	Créditos	Carga Horária
SEX 101	História Crítica da Sexualidade	2	90
SEX 102	Psicologia da Sexualidade	2	90
SEX 103	Medicina Sexual	2	90
SEX 104	Sexologia Comparada	2	90
SEX 105	Educação Sexual e Sexologia do Desenvolvimento	2	90
SEX 106	Terapia Sexual	2	90
SEX 107	Metodologia de Pesquisa	2	90
SEX 108	Didática do Ensino Superior	1	45
	Total	15	675

## B. Curso Avançado do Mestrado em Sexologia

Disciplinas obrigatórias de núcleo comum:

Código	Disciplina	Créditos	Carga Horária
SEX 201	Seminários de Dissertação	3	135
SEX 202	Testes de Hipóteses e Teoria da Decisão	2	90

### B.1. Créditos obrigatórios da área de concentração em Sexologia Educacional

Código	Disciplina	Créditos	Carga Horária
SEX 301	Educação Sexual e Desenvolvimento de Projetos	2	90

### B.2. Créditos obrigatórios da área de concentração em Sexologia Clínica

Código	Disciplina	Créditos	Carga Horária
SEX 302	Conflitos Interpessoais e Sexologia do Casal	2	90

### B.3. Disciplinas eletivas do Curso Avançado (Sex. Educacional e Sex. Clínica)

Código	Disciplina	Créditos	Carga Horária
SEX 301	Educação Sexual e Desenvolvimento de Projetos	2	90
SEX 302	Conflitos Interpessoais e Sexologia do Casal	2	90
SEX 303	Tecnologias de Ensino	2	90
SEX 304	Prática Educacional	2	90
SEX 305	Sexologia Psicossomática	2	90
SEX 306	Técnicas de Exame e Diagnóstico em Sexologia	2	90
SEX 307	Prática de Atendimento em Ambulatório	2	90
SEX 308	Redação e Comunicação do Trabalho Científico	2	90

#### 4.1. A Área de Concentração em Sexologia Educacional

Embora o desafio da educação sexual possa ser sentido em todos os centros urbanos, com reflexos rápidos e intensos para cidades menores, nenhum programa de capacitação docente a nível de Pós-Graduação *Stricto Sensu* existe ainda em nosso país.

Apesar disso, os projetos oficiais de implantação dessa disciplina (ou de atividades a ela relacionadas) tem se multiplicado. Discute-se a viabilidade de uma disciplina nas escolas de primeiro e segundo grau. No estado de São Paulo, a Prefeitura da Capital desenvolveu um projeto ambicioso visando alcançar a rede de escolas oficiais. Também em Campinas, outro projeto educacional tem o apoio da Prefeitura Municipal e da Faculdade de Educação da UNICAMP. No Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Educação tem seminários sobre educação sexual programados para os municípios de Niterói, Campos e Resende. No Município do Rio de Janeiro, inúmeros Congressos tem levantado a questão e o desafio que ela representa.

A questão maior, sem dúvida, é a ausência de um corpo docente preparado (e mesmo da definição do que deveria ser esse preparo). No entanto, o que não deixa dúvidas é que, ainda que se ignore o apelo erótico crescente na sociedade, outros temas críticos como a proliferação das adolescentes grávidas ou a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (agora aí incluída a AIDS) não podem ser evitados. A forma ideal com que se deve tomar a educação sexual é um tema que exige pesquisas e o desenvolvimento de uma metodologia própria para as condições sócio-econômicas da comunidade-alvo.

Mais do que um docente padrão, o educador sexual deve ser concebido como um profissional que atua no trinômio informação-formação-prevenção. Por isso mesmo, os estudos e pesquisas em Sexologia Educacional terão ênfase no desenvolvimento de métodos e processos educativos adaptados para a realidade brasileira, abordando temas gerais de educação sexual, contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

#### 4.2. A Área de Contracepção em Sexologia Clínica

Restrita a médicos e psicólogos (pela lei brasileira, os únicos habilitados para o exercício da clínica), a área da Concentração em Sexologia Clínica tem seu foco de interesse voltado para o diagnóstico e a metodologia de tratamento das disfunções e desvios da sexualidade.

Esta área tem sido um dos focos mais importantes de atenção ao longo dos seis anos de existência da Pós-Graduação *Latu Sensu*, e a multiplicidade de temas com abordagens psicológicas e médicas pode ser bem sentida numa análise dos títulos das Monografias de Pós-Graduação produzidas ao longo da vida do Curso, listadas adiante neste Projeto.

No último ano, enquanto ainda se estruturava a idéia de um Mostrado em Sexologia, iniciou-se a Seção de Sexologia, da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta Seção que opera em forma de Ambulatório, por acordo institucional é mantida pela Pós-Graduação em Sexualidade Humana da Universidade Gama Filho (Anexo 4). A multidisciplinaridade, neste ponto representada pela tradição do Departamento de Psicologia da Universidade Gama Filho e pela experiência clínica e acadêmica Instituto de Ginecologia da UFRJ, que mantém, entre outros, Programas de Mostrado e Doutorado em Ginecologia.

Ao longo deste ano os alunos do curso, psicólogos, e médicos, trabalhando juntos tem levado a idéia da interdisciplinaridade ao nível prático, e produziram um artigo e três seminários, além de oferecer assistência a mais de uma centena de pacientes.

Por tudo isso, as pesquisas e estudos na Área de Concentração em Sexologia Clínica devem voltar-se para o desenvolvimento de metodologias diagnósticas e assistenciais mais efetivas nas condições brasileiras, e capazes de responder a diferentes abordagens terapêuticas.

## **5. Corpo Docente**

O Corpo Docente do Mestrado em Sexologia será composto inicialmente por 8 (oito) professores, sendo que dentre estes, 7 (sete) têm grau de Doutor ou equivalente e 1 (um) está em processo de conclusão do Doutorado. Todos os professores terão regime contratual específico como Dedicção Integral (40 horas); Dedicção Parcial (20 horas) ou Professor Colaborador (10 horas).

A atribuição de regime de Dedicção Integral; Dedicção Parcial atenderá as necessidades do Curso e ao mesmo tempo à avaliação de desempenho pelo Sistema de Acompanhamento da Produção Científica.

A princípio, durante o primeiro ano de funcionamento, quando apenas 12 dos 24 alunos previstos estarão cursando Mestrado, três professores terão regime de Dedicção Integral, outros três terão regime de Dedicção Parcial e os dois últimos atuarão como Professores Colaboradores, perfazendo um total de 200 horas semanais de disponibilidade docente.

Para o segundo ano de funcionamento do Curso, com toda a estrutura já em pleno funcionamento, a carga horária total de professores será elevada de 200 horas para 240 horas semanais.

A este Copo Permanente de Professores há ainda que acrescentar os Professores Visitantes, convidados para ministrar Cadeiras ou Cursos específicos, e que darão ao Mestrado a vitalidade que um Projeto como esse exige.

Resta agora lutar para que a realidade se torne tão encantadora quanto o Projeto, e que possamos consolidar, dentro do espaço acadêmico (com todas as qualificações e titulações de direito) o mesmo ideal de interdisciplinaridade que guiou a sexologia brasileira desde o sonho dos fundadores.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, R. P. *Formação em sexologia e educação sexual no Brasil*. Relatório apresentado ao VI CLASES - Congresso Latino-Americano de Sexologia e Educação Sexual, Belo Horizonte, 1992.
2. BIANCO, F. J. *Post-graduate training programs in sexology -Results of the first world meeting of directors and coordinators of post-graduate training in sexology* - in F. J. Bianco, e R. H. Serrano (Eds.) - *Sexology as an Independent Field* Proceedings of the IX World Congress of Sexology, Amsterdam: Excerpta Medica -Elsevier Science Publishers, 1990.
3. GEMME, R.; SAMSON J-M AND PAYMENT, N. *Sexuality in scientific and professional periodicals in 1987* - in F. J. Bianco, e R. H. Senano (Eds) *Sexology as an Independent Field* - Proceedings of the IX World Congress of Sexology. Amsterdam: Excerpta Medica - Elsevier Science Publishers, 1990.
4. HAEBERLE, E. J. e GINDORF, R. *Sexology today - A brief introduction*. Dusseldorf. Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexual forschung, 1992.
5. MOLINARI, R. *L'enseignement de la sexologie a la faculté de médecine - in Birouste, J. P. e J-P. Mautineau - Psychologie et sexualité - Coloque Internationale de Sexologie Toulouse, 1975; Toulouse: Edouard Privat, 1976.*
6. SILVA, A. C. S. *A Post-Graduate Course in Human Sexuality for Education and Health Professionals*. Projeto de Doutorado em Educação, apresentado ao Instituto for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco, 1992.
7. SILVA, M. C. A. *Curso de Especialização em Sexualidade Humana e Nível de Pós-Graduação*. Projeto apresentado à Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1986.

## Sexualidade na Idade Avançada 2

---

Mabel Cavalcanti<sup>1</sup>

Um dia, Sofoeles escreveu: “Deve-se esperar até o anoitecer para ver como o dia foi maravilhoso”. Poderíamos acrescentar que a noite pode perpetuar a beleza do dia, e em função de suas estrelas, dar-lhe um sentido bem mais romântico e fantástico.

Nisto, nos referimos ao fato de que na vida, as coisas se sucedem como nas fases do dia. Há modificações, há enfoques, há momentos diferentes, mas nem por isso um aspecto deve ser considerado superior ou inferior ao outro.

Tentaremos resumir algumas observações sobre; o tema, que constatar-mos em nossa experiência terapêutica com pessoas idosas ou de meia idade.

Podemos assegurar que as pessoas não ficam assexuadas com o passar dos anos, nem também melhoram seu desempenho, simplesmente porque ficaram mais velhas.

Na realidade observam-se modificações dos padrões eróticos que, infelizmente, ainda não estamos bem preparados para entendê-las e aceitá-las.

Diríamos mesmo que, as dificuldades observadas no comportamento sexual do indivíduo de idade avançada, encontram-se muito mais no plano da resposta biológica, dentro das clássicas observações feitas e catalogadas por Masters & Jonhson. Sabemos que o período refratário no homem é mais demorado e há necessidade de estimulação mais direta do pênis para uma perfeita ereção. Sabemos também que a capacidade de lubrificação, da mulher, tona-se menor, e conseqüentemente haverá maior ressecamento da mucosa vaginal, etc... etc... Essas modificações da

---

1. CESEX - Brasília - DF  
Recebido em 15.03.94

resposta biológica não poderão, contudo, ser as únicas responsáveis pela modificação da conduta psicológica, as quais, freqüentemente, culminam com a inapetência sexual do idoso.

Dentro de certos padres, essa apetência deveria ficar inalterada, ou poderia ficar mais requintada em função da experiência ou da maior maturidade na comunicação dos pares. O que observamos, porém, é que por falta de esclarecimento específico, ou distorção de aprendizagem, as dificuldades da resposta biológica concorrem para uma série de conseqüências graves e desastrosas no desempenho sexual dessas pessoas.

Observamos, na clínica, que, sendo as disfunções eréteis as queixas mais comuns dos clientes masculinos com mais de 50 anos, elas trazem como conseqüência alguns problemas específicos. Alguns buscam compulsivamente parceiras novas, uma vez que a novidade poderá detonar um melhor desempenho. Isto tem alguma razão de ser, pois, a novidade é um impulso básico do ser humano, e que lhe serve de motivação. Concorre também para manter o “status” social e auto-imagem do homem mais velho, embora por outro lado, seja responsável, muitas vezes, pela ruptura de uma relação estável e gratificante.

Outros, assumem atitudes de sublimação, investindo suas forças básicas no trabalho, no estudo, nos hobbies, nos esportes ou lazer, dependendo dos seus valores e da sua história passada. Finalmente há um terceiro grupo, que temerosos de punições em face ao mal desempenho, fogem de parceiras heterossexuais, assumindo muitas vezes condutas homossexuais passivas, onde as cobranças não se fixem nas falhas de ereção.

A mulher também apresenta características peculiares na sua conduta sexual, elabora encontre maior facilidade para se desempenhar, uma vez esclarecida sobre o uso de lubrificantes. Apesar disso uma das mais graves conseqüências em casais estáveis de meia idade, vem a incidir em cima da mulher. Ela assume um sentimento de fracasso e menos valia, pela fuga ou mal desempenho do parceiro. Seus atributos físicos são postos em “chec”, e ela se considera sem atrativos e pouco motivadora para a estimulação do homem. Como não “aprendeu” um comportamento ativo, deixa-se finar numa passividade, que culmina numa velhice assexuada.

Ricardo Cavalcanti, em um de seus trabalhos, fala que este é o fator mais dramático que afeta a mulher, a partir do climatério. A sua resposta psíquica às pressões externas determinará o seu “modus vivendi”, e por isso poderá acreditar que é tarde demais para o sexo, que dando-se nesta aceitação passiva, quando não numa atitude de revolta rabugenta e neurótica.

Outrossim, ela poderá também canalizar suas energias sublinhando-se e dedicando-se a trabalhos filantrópicos, à ciência ou à religião. Neste caso, desiste de tentar uma interação maior com seu parceiro ou com novos parceiros, que surjam por acaso em sua vida.

Em termos terapêuticos, há toda uma expectativa de busca quando um casal idoso procura a terapia sexual. Feita a checagem orgânica, a terapia deverá se voltar para a história passada do par, que pode ter sido calcada numa atrofia mútua, em lugar do crescimento mútuo. E a partir daí, velhos pares que realmente atingiram o limite da habituação, quando não seja da saciação completa. Neste caso, nada há mais a fazer, enquanto que naqueles que se “habituarão”, talvez ainda dê para despertar alguma coisa que está gasta pelo uso. E quase como falta- de fibras musculares que não respondem ao estímulo com a presteza de antes. Em casos como estes a terapia poderá apresentar alternativas novas, com enfoques em sensações ainda não exploradas. Diríamos que, daí a gratificação dos pares é quase certa, embora não seja duradoura, pois, cedo ou tarde, o ciclo do cansaço sensorial se instalará. Porém, há um terceiro enfoque. E quando descobrimos que, por trás de uma aparente “habituação”, se percebe um desencontro momentâneo de expectativas. São casais que se amam, e que por isso mesmo “não estão perdidos, irias desconstruídos...”. A terapia focalizará então a capacidade criativa do amor que, sendo inesgotável, é possível de se transformar continuamente. O apelo a uma comunicação mais franca, onde se ouve e se é ouvido, por certo fará descobrir potencialidades até então ignoradas. É evidente que esta “mágica” terapêutica, por assim dizer, necessita da cooperação do par. Quando apenas um se propõe a encontrar caminhos, poderá vê-los bloqueados pelo outro, o que nem sempre se dá por falta de amor, mas sim por um fenômeno de conformismo ou de acomodação. Tirar esse parceiro do marasmo, da inércia, talvez seja o ponto crucial da terapia, afim de que mais tarde ele perceba que, somente de mãos dadas o com arrojo, é que o amor fará o milagre das mil e uma canções, embora a pauta e as notas musicais sejam sempre as mesmas.

De tudo isso, devemos concluir que a maior e mais segura terapia sexual para pessoas idosas, repousa, primeiramente, no esclarecimento das modificações biológicas a que os indivíduos estão sujeitos com o correr dos anos. Os novos valores sexuais, um erotismo mais difuso, afastando o tabu do sexo-genital como única forma de prazer. Não queremos dizer que o sexo genital deva ser desprezado ou jogado a um segundo plano. Não. A beleza e a primazia da união total é sempre excelente. O que pretendemos acrescentar, e é o que temos feito a nossos pacientes, é despertá-los para a não fixação em uma única forma de prazer. Se não há condições para uma boa genitalidade semanal, que ela seja quinzenal, mensal, ou até mais... Contudo, existirão sempre alternativas diárias para o toque, as carícias, massagens ou relaxantes, jantares juntos, perfumes ou músicas curtidos num clima de amor e de carinho. Neste sentido, os treinos de assertividade verbal e geral. Neste sentido, os treinos de assertividade verbal e geral, levam o indivíduo a entender o valor dessa comunicação íntima com o outro e consigo mesmo, quer seja através de palavras, de gestos, do tato e

de outros órgãos dos sentidos, A comunicação surge como forma mais bela e dinâmica de manifestar o Amor, ativando a criatividade dos amantes, que poderão continuar crescendo com o correr dos anos, sem deixar se definir na esterilidade estática do silêncio a dois, ou a incrível solidão que isola e que condena.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BBAVVOIR, *Simone. A velhice.*
2. BROMLEY, B. *A psicologia do envelhecimento humano.*
3. CAVALCANTI, R. *O sexo no climatério e na velhice.*
4. CHANG, J. *O taoismo do amor.*
5. MASTCRS & JOHNSON. *A resposta sexual humana.*
6. MC CARTHY, B. *O que você (ainda) não sabe sobre sexualidade masculina.*
7. SEARS, R. e FELDMAN, S. *As sete idades do homem.*
8. STEPHAN e RICHARDS. *Rejuvenescimento sexual.*

# Sexualidade Feminina - 3

## A Linguagem do Corpo

---

Amparo Caridade<sup>1</sup>

“Não se nasce mulher, torna-se mulher,” anuncia Simone de Beauvoir ao observá-la na história. Diria que, também não se nasce com o corpo erógeno pronto, mas em potencial. Ele se estrutura no contexto interativo de atitudes e linguagem que cercam o indivíduo, e que vão sendo internalizadas no curso de cada história. É arqueológica essa construção. Podemos pensar portanto, num “corpo processo”, que se constrói e se revela continuamente em seu erotismo, em suas linguagens. Não há corpo de história finda, mas corpo que se faz.

Como se plasma em nossas histórias esse corpo erógeno, sua linguagem e sua expressão adulta? E fora de dúvida que, desde os primórdios do existir humano, somos abertos e sensíveis ao que nos cerca. A ruptura da simbiose uterina e a liberação do grito primal, foram aventuras necessárias, condições imprescindíveis a partir das quais nos ligamos ao meio externo. A partir de então, os canais sensoriais vão registrando, inscrevendo em nossa psique, as pegadas da vida, os gestos, dores e emoções do cotidiano de cada um. Palavras, atitudes, expressões, sensações, emoções, tudo vai sendo captado, armazenado, introjetado pelo bebê, que, como uma esponja, absorve tudo o que lhe toca a superfície. A sexualidade humana se plasma em meio a estas inscrições que o corpo vai armazenando fielmente, como produto da diversidade de gestos postos ao existir humano. As inscrições grudam ao corpo, de modo inconsciente, mas em cada célula, em cada *modus vivendi*. Deixamos de ser mera possibilidade, e resultamos numa história mnêmica singular.

---

1.

Recebido em 02.05.94

Aprovado em 15.05.94

Françoise Dolto analisa como se dá a estruturação do erotismo da menina, e o faz numa perspectiva desenvolvimentista, histórica e construtivista. Desde os primeiros momentos, a acolhida ou desapontamento dos pais face à chegada do bebê menina, a felicidade ou tristeza manifestada por ela ser uma mulher, a presteza ou hesitação com que lhe *conferem um nome*, se este nome é feminino ou neutro, os comentários acerca de sua aparência, saúde ou beleza, tudo referencia já, se ela está sendo bem-vinda à vida, se ela será aceita e amada como mulher. As atitudes dos pais, as coisas ditas consciente ou inconscientemente, são elementos com os quais o bebê menina vai construindo uma imagem de si, vai se narcisando ou se rejeitando em seu sexo e sua pessoa. O sexo biológico não lhe define ser mulher. A feminilidade vai se construindo em meio à linguagem circundante, em meio às expressões de aprovação, de consideração e de alegria por seu sexo. Isto é transmitido pelos adultos, mas sobretudo pela mãe quando expressa ou não o orgulho de ser mulher. E nesse espelho mãe, que a menina em desenvolvimento vai conferir, legitimar e reconhecer a dor e a delícia de ser mulher.

O desenvolvimento da motricidade proporciona a descoberta do corpo, e toma-se uma oportunidade progressiva para se fazer a nomeação de cada uma de suas partes, inclusive de seu sexo. Oxalá não se use para isto, termos depreciativos. Eufemismos, apelidos, podem ser usados, como uma espécie de sobrenome do sexo, desde que não se omita o verdadeiro nome. Que não haja pudores de se nomear a vulva, o clitóris, a vagina, etc. “O que não tem nome não é nada”, diz F. Dolto (1). Se nada é dito acerca do sexo, isso por si só gera uma tensão, que pode tornar compulsiva a manipulação dos genitais, como uma tentativa de desvendar o mistério do não dito, uma *espécie de busca inconsciente de confirmação* destas partes silenciadas. O papel do adulto é confirmar que ela é uma menina em seu sexo, que isso é bom, e que as diversas partes de seu corpo que ela está tocando e reconhecendo, lhe dão prazer. Isso legitima e registra como positivo, o que ela experimenta em seu corpo. Aí as dimensões do permitido/proibido vão ser fundamentais ao desenvolvimento de uma sensualidade sadia. Quando ela descobre a diferença sexual em relação ao menino é preciso dizer-lhe que é nessa diferença que ela é uma menina, que ela é como a mãe, que é bonito ser mulher, que ter vulva de menina é tão importante como ter pênis de menino. Isso lhe alicerçará nela a *percepção de* que as diferenças constituem a beleza de sermos homens e mulheres, sem referência a qualquer hierarquia entre os sexos.

A curiosidade natural acerca da intimidade dos pais, será elemento de valorização do relacionamento amoroso, se lhe forem respondidas com transparência as questões daí provenientes. E hora de desvendar-lhe o mistério que envolve a cena primordial que dá origem à vida. A chegada da menarca, se referida como promoção, sinal de feminilidade e prontidão

para a procriação, e não como doença ou desconforto, também será elemento de valoração natural do ser mulher. Se ela se narcisa com as características de seu sexo, a libido genital é despertada em relação ao falo e ao desejo de futura penetração. Cabem aí as informações sobre o mecanismo da ereção peniana, que lhe servirão inclusive de referencial acerca do desejo sexual despertado no macho. Em todo esse processo, a atuação da mãe pode construir na filha, o sentido estético-ético de sua sexualidade, num contínuo refletir, espelhar a identidade entre o corpo e a feminilidade de ambas. Tendo informações adequadas, a menina desenvolverá capacidade de pensar por si, e não apenas guiar-se pela mídia que, em geral, valoriza mais o prazer físico que a simbolização dos valores femininos. Adultos receiam fornecer estas informações, supondo que elas acordem precocemente o desejo. É um equívoco a reparar, porque, é o desejo amordaçado, não legitimado, que perturba, que perverte. A informação adequada torna natural a condição sexual, tranquiliza e torna a pessoa responsável em seu sexo.

O contexto familiar é o núcleo primeiro onde se plasma a sexualidade da mulher. Mas a cultura faz aí suas investidas e a sociedade termina por se refletirem nosso modo de ser. Em seu livro *Tabu do Corpo*, José Carlos Rodrigues diz que: "...o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições; formas nas quais a sociedade projeta a fisionomia do seu próprio espírito". (2) Importa constatar o quanto isso se reflete em nossa sexualidade. Mais explicitamente ele diz: "Em cada sociedade poder-se-ia levantar o inventário dessas impressões mensagens e descobrir-lhes o código: bom caminho para se demonstrar na superfície dos corpos, as profundezas da vida social." Através de ritos, códigos e leis, a sociedade proporciona cicatrizes de identidade. Cicatrizes que marcam, que lembram, que recordam o social imposto ao corpo. Verdiglione (3) acha que todo esse trabalho ideológico, é um processo de laceração, razão porque é preciso "...por-se à escuta dos passos perdidos, por-se à procura das pistas quase desaparecidas que percorrem as mil veredas que atravessam os corpos."

E com esse corpo processo, corpo história, que vivemos a sexualidade. A cultura ocidental desenvolveu um conceito instrumentalista do corpo, que, reforçada pela visão dualista, norteou toda uma negação do prazer em favor da produção. Particularmente, o corpo da mulher foi tomado produtivo. Apropriado pelo social para fins meramente procriativos, foi reduzido, submetido e colocado a serviço da família. O surgimento dos contraceptivos ajudou a revolucionar essa postura, e as mulheres começaram a se reapropriar do corpo. Mas ficaram sequelas da concepção utilitarista e inferiorizante do corpo e da mulher. Sequelas que pesam ainda sobre o prazer e a sexualidade da mulher atual. Sequelas-mensagens, linguagem de corpos impedidos. Apesar das mudanças já ocorridas, grande contingente de mulheres, ainda tem seu corpo como um estrangeiro, ou

mesmo como um inimigo. Receiam o prazer e desconhecem suas sensações, ignoram a força e a importância da própria sexualidade. Essas sequelas se estampam quase sempre por sintomas que são verdadeiras mensagens, denúncias de pré-história do corpo feminino minimizado, negado em seu direito à sexualidade. Desinteresses sexuais, inibições do desejo, falta de excitação, dispareunias e vaginismos, podem estar denunciando essas histórias, podem evidenciar áreas do corpo como carcereiros de prazer. A construção desses sintomas foi dinamicamente acontecendo através de inscrições historicizadas, peculiares ao processo de cada pessoa. O sintoma pode ser o signo de uma linguagem que não foi decodificada, inconsciente portanto, linguagem de corpo doído.

Quando há uma trajetória positiva nas experiências relativas ao sexo, são possíveis significativas expressões do prazer. O corpo é sempre uma surpresa. Creio que o corpo feminino é tão potencialmente capaz de prazer, que preciou de uma cultura negadora e impedidora disso. Míticamente foi preciso deter Eva e Lilith em suas ousadias. A mulher liberta, que tem a sexualidade e o prazer legitimados, não recebe a si própria, não teme a aventura da sensação que cada parte do corpo lhe proporcionar. É sua peculiaridade ser erógena de corpo inteiro, e se for tocada com sabedoria, revela uma gama imensa de sensações prazerosas. Trata-se de um prazer globalizante, não apenas genitália, mas pele total, sensação mesclada de sonho, poesia e metáfora. Corpo de mulher é assim, meio matéria, meio espírito. Atingida só no corpo matéria, não é alcançada em sua potencialidade. Frustra-se e frustra os homens que não a percebem como tal. Acho que o equívoco atual na busca feminina da sexualidade, é talvez uma ânsia da sensação do corpo pelo corpo, tentativa de certo, de resgate do que foi tanto tempo negado.

O feminino está para além da mera sensação. Lacan expressa isso, quando considera que a feminilidade se especifica por um desdobramento do gozo que não se reduz à oposição vagina-clitóris. Daí distingue o gozo do prazer. O gozo é gozo do SER, diz ele, e suporta o “eu sou”. Um gozo quase inacessível, porque não corresponde a desejo algum; um gozo que resiste a toda apreensão e raciocínio. Assim ele situa a sexualidade feminina num mais além da função fálica Comentando Lacan, Serge André (4) diz: “Em seu gozo efetivo, ou pelo menos na parte de seu gozo que ultrapassa a referência fálica, uma mulher só pode querer para parceiro, um ser que se situe ele mesmo para além da lei do falo”. Diria que a mulher goza em seu corpo e para além dele. Por isso ela evoca uma linguagem que nem todos os homens entendem. Apenas aqueles que se superam em sua genitalidade, que vão além da mecânica dos corpos e do prazer que daí resulta. Roland Barthes dá idéia de como isso se processa: “Além da cópula há esse outro enlace que é o abraço imóvel. Estamos encantados, enfeitiçados. Estamos no sono sem dormir.” (5)

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. DOLTO, F. *Sexualidade Feminina*. Martins Fontes, São Paulo, 1989.
2. RODRIGUES, J. C. *Tabu do Corpo*. Achiamé, Rio de Janeiro, 1983.
3. VERDIGLIONE, A. *Sexualidade e Poder*. Edições 70, Lisboa, s.d.
4. ANDRÉ, S. *O Que Quer uma Mulher?* Jorge Zahar Editor, Rio Janeiro, 1987.
5. BARTHES, R. *Fragments de um Discurso Amoroso*. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1989.



sentido mais profundo que subjaz no erotismo. Paradoxalmente, na maioria dos casos, quanto mais as representações são explícitas, menos se alcança a semântica da experiência erótica.

Esses equívocos decorrem, talvez, da própria sutileza do fato erótico. Ou da sua complexidade. A busca alucinada em direção ao erótico pode transformar-se na impossibilidade de encontrá-lo. Talvez não seja preciso buscar; ele está em nós e nos outros, invisível e tão sutil quanto tentador.

Podemos, então, alargar o sentido do erotismo. Podemos também percebê-lo, misticamente, como uma das formas de emanção energética do ser. Pode estar em tudo e em todos mas não se deixa tão facilmente desvendar. Por isso, o erotismo pode gerar obsessões, desejos fixos cuja realização se torna possível.

Para onde vamos nesse caminho tão fascinante quanto assustador? Move-nos talvez a alucinação de querer ver no escuro. Violenta-nos o desejo epistêmico, cujo limite é a consciência de que há zonas indevassáveis. O erotismo não se deixa dizer e a luta será desigual. O tema vai além da banalidade das palavras. A tentativa poderá não passar da frustração, mas manter-se-á eroticamente no desejo.

Assim, sem entrever certezas conceituais, afirmamos que o erotismo está no Homem. Mas é o Homem, na evidência dos seus contrários, na sua antinomia, na interseção da sua humanidade com a sua animalidade. Por causa disso, a verbalização do erotismo implica afirmações que podem negar-se entre si. Estabelecer modelos verbais ou procurar métodos científicos é a via contrária. Se se trata de uma questão que envolve a totalidade, somem todos os ramos do conhecimento e observemos que a insuficiência permanece.

Tudo o que já se escreveu sobre a sexualidade humana, por exemplo, fica aquém do desvanecimento que a experiência erótica possibilita. O perigo é reduzir o erotismo à sexualidade e desconhecer o que ficou além, o que alcançou o inaudível.

Estamos no campo do excêntrico.

Talvez esteja na arte de modo geral e na literatura, em particular, o caminho epistêmico da experiência erótica para além de si mesma. Por isso, a opção deste trabalho é a literatura. Mas é preciso, antes, estender o olhar à representação cultural do erotismo, cujos problemas refletem a natureza paradoxal do tema.

## **2. Erotismo: cultura e representação**

É preciso discernir a controvérsia em torno da representação cultural do erotismo. Como estamos vivendo na era da imagem visual, as diver-

sas representações aceitas como eróticas vêm-se caracterizando, em sua maioria, pelo centramento da visualização da nudez e das cenas sexuais. Revistas, filmes, romances produzidos e consumidos hoje como eróticos se têm, por um lado, o efeito de promover a erotização das relações humanas, estão, por outro, fortemente ligados à cultura do voyeurismo, entendida aqui como tendência cultural que se enraíza no desejo do ver. Tornou-se uma tendência constante a representação de cenas sexuais ou o desnudamento de pessoas famosas: é a estratégia do marketing adotada para incentivar o consumidor, que aceita o pacto de “ver” o erótico e poder adquiri-lo. Centrada no binômio mostrar/ver que corresponde à estrutura produção/recepção, a representação do erotismo tem tido como efeito um consumismo crescente, que vai do adolescente ao adulto.

É em conseqüência da representação sedimentada no mostrar/ver que a identificação entre erotismo e obsceno vem-se impondo, trazendo como conseqüência obstáculos para a percepção de um sentido mais profundo da dimensão erótica do ser humano. Em primeiro lugar, generaliza-se o conceito de que uma produção cultural é erótica à medida que nela predomina a visualização do nu e do sexo. Essa compreensão, arraigada na cultura da imagem, estende-se não só à literatura como as artes em geral. Um filme ou um romance, por exemplo, serão considerados mais eróticos quanto maior for a relevância concedida ao sexo.

Colocando o erótico no mesmo nível da representação visível da nudez sexual, o marketing termina por favorecer a dificuldade para o estabelecimento de limites conceituais. A identificação erótico/sexo/visual generaliza-se na cultura dos pulos 90 (já previamente caracterizados como a década do voyeur), dificultando o discernimento. Diagnosticando a situação, Jean Baudrillard (1991:51) diz que o sexual triunfou sobre a sedução, anexando-a de forma subalterna. Trata-se segundo ele, da subversão de uma ordem primeira: nesta, quem vem em primeiro plano é a sedução, da qual o sexo seria conseqüência. E contundente o diagnóstico de Baudrillard acerca da prevalência do sexo sobre a sedução na cultura hodierna.

Somos a cultura da ejaculação precoce. Cada vez mais, qualquer sedução, qualquer forma de sedução, que é um processo altamente ritualizado apega-se por trás do imperativo sexual naturalizado, por trás da realização imediata e imperativa de um desejo. (1991:47)

Defendendo a tese da morte da sedução dentro da cultura burguesa ligada não só à produção e consumo de mercadorias como também à instantaneidade do visual, Baudrillard vê na cultura de hoje a relevância concedida ao sexo, erigido em instância autônoma, desvinculado do ritual inerente à sedução. Nesse contexto, o corpo absorve o mesmo fetiche que caracteriza a

mercadoria, tendo como base o modelo ligado à produção e ao exibicionismo das formas. Autonomiza-se e insere-se na cultura da demonstração.

Assim, o que se busca hoje não é tanto a saúde, que é um estado de equilíbrio orgânico, mas um brilho efêmero, higiênico e publicitário do corpo - bem mais uma performance do que um estado ideal. Em termos de moeda e de aparência, busca não tanto a beleza ou a sedução, mas o visual. (Baudrillard, 1992:30)

O privilégio concedido ao corpo como um fetiche e ao sexo como função autônoma se, por um lado, decorre da neutralização da sedução, por outro, determina a gênese; de unia representação em que predomina o visual. Para muitos autores, trata-se, nesse caso, da representação pornográfica, definida por Baudrillard através do excesso de visualização do real:

O único fantasma em jogo no pornô, se existe um, não é sexo, portanto, mas o real e sua absorção em outra coisa que não real, no hiper-real,

O voyeurismo do pornô é não um voyeurismo sexual mas um voyeurismo da representação e de sua perda da cena e da irrupção do obsceno. (1991:36)

Caracterizando-se pelo hiper-real, a representação pornográfica, nessa visão, é marcada pela presença de detalhes microscópicos relativos às cenas sexuais, constituindo o mostrar, que atende o desejo do voyeurismo da exatidão, revelando microscópicamente a nudez e o sexo, a representação pornográfica esgotar-se-ia em si mesmo: fim do segredo, do imaginário e da ilusão. Nenhum espaço para acréscimos: visualidade hiper-real, representação total em que tudo é signo visivelmente indispensável. Segundo Baudrillard (1991:42) triunfo total do corpo obsceno implicando o desaparecimento do rosto: qualquer rosto torna-se inconveniente, pois quebra o ritmo da obscenidade, a espetacularidade única do sexo.

Roland Barthes, ao estudar a fotografia vê diferença entre a representação pornográfica e a erótica de forma bastante clara:

Uma outra foto unária é a foto pornográfica (não digo erótica) a erótica é um pornográfico desviado, fissurado). Nada de mais homogêneo que uma fotografia pornográfica. É sempre uma foto ingênua, sem intenção e sem cálculo, Como uma vitrine que mostrasse, iluminada, apenas uma única jóia, ele é inteiramente constituída pela apresentação de uma única coisa, o sexo: jamais objeto segundo, intempestivo, que venha ocultar pela metade, retardar ou distrair. (1984:67)

A posição de Barthes assemelha-se à de Baudrillard: ambos vêem a pornografia como representação unitária do sexo. Para Barthes, a representação erótica, ao contrário, pode não fazer do sexo um objeto central, pode mesmo não mostrá-lo. Por isso, enquanto na pornografia o efeito é o do tédio causado pelo excesso de visual, na representação erótica o espectador é levado para fora do enquadramento, como se a imagem lançasse o desejo para além daquilo que ela dá a ver.

Não somente para o resto da nudez, não somente para o fantasma de uma prática, mas para a excelência absoluta de um ser, alma e corpo intrincados. (Barthes, 1984:89)

Enquanto Baudrillard condena a representação da cultura pornô, ligada, segundo ele, ao concreto, à produção e ao prazer como produto de cópula ilimitadamente mecânica, Barthes (1984:89) distingue o desejo pesado do da pornografia - do desejo leve, do desejo bom, o do erotismo, traçando também um juízo de valor negativo segundo o qual o pornográfico desvirtua o erótico. Uma posição diferente é a defendida por Susan Sontag, que tenta reverter a visão condenadora, posicionando-se contra a redução da pornografia a uma mercadoria social problemática, uma doença da cultura ou uma deformação do imaginário, abordando a pornografia no interior das artes, Sontag (1987:44) defende que há livros pornográficos com potencial artístico; obras de interesse e importância, indicando novas possibilidades estéticas. O exame do valor literário dessas obras ainda não foi genuinamente realizado, gerando uma conotação pejorativa para a palavra pornografia - rótulo duvidoso que Sontag (1987:41) dia aceitar na falta de outro melhor. Argumentando que a representação visual de órgãos e atos sexuais não se faz necessariamente obscena, a ensaísta resgata a pornografia, situando-a como possibilidade artística:

O que faz de uma obra de pornografia parte da história da arte, ao invés da pura escória, não é a distância, a superposição de uma consciência mais conformável à da realidade comum sobre a “consciência desordenada” do eroticamente obscecado. Em vez disso, é a originalidade, a integridade, a autenticidade e o poder dessa própria consciência insana, enquanto corporificada em uma obra. Do ponto de vista da arte, a exclusividade da consciência incorporada nos livros pornográficos não é, em si mesma, nem anômala, nem antiliterária. (1987:52)

Através das posições de Barthes, Baudrillard e Sontag, podemos entrever a complexidade das questões que envolvem a representação do

erotismo. Hoje, falar em erótico implica considerar o pornográfico. Mas entre Baudrillard e Barthes que condenam, e Sontag, que reabilita a pornografia, situa-se o problema central: a dificuldade dos limites, causada pela sobreposição erótico/sexo-visual que se corporifica em livros, revistas, filmes, enfim, nas mais diversas produções da cultura. E, portanto, dentro da relatividade, característica do que é cultural, que o problema pode ser encarado:

Sabe-se muito bem que aquilo que uns consideram pornográfico não o é para outros, e aí pesam não só as diferenças históricas, étnicas ou culturais, mas, também as subjetivas e individuais. A variabilidade dos critérios que julgam se uma obra é ou não pornográfica é tão grande que além da referência geral à sexualidade, pouco mais pode se dizer deles. Vários livros que hoje são considerados clássicos da literatura, outrora foram acusados de obscenos e proibidos sumariamente. (Moraes, 1985:11)

Dessa forma, nosso olhar sobre o erotismo não se dirige em busca de definições, de verdades a encontrar e proclamar. Estamos dentro do caminho do risco, sem dados a assegurar fatos, sem modelos a oferecer, sem garantias. O conceito de erotismo e sua representação encontra-se interligado a tudo o que a sociedade vê como erótico, recebe-o e assim o rotula. Reconhecendo a dificuldade para o esboço de fronteiras, não vamos instituir a representação pornográfica como antítese da erótica.

O que temos a constatar é que há, por vezes, a sobreposição, porque em se tratando de cultura não há fatos estanques, há possibilidades que se interligam. Entretanto, se, por um lado, não podemos relegar a possibilidade de interseção entre a representação erótica e a pornográfica, por outro, veremos a impossibilidade da redução. O erotismo não pode ser reduzido ao obsceno, porque nele não se esgota: o que perfaz o erotismo é sua dimensão intrinsecamente humana.

Há um saber inerente à experiência erótica; um saber específico, diferente, tão diferente e inusitado que promove a constituição de um sentido que nenhuma outra experiência humana comporta. Por isso, o erotismo não pode transformar-se em mercadoria nem assimilar o fetiche dos objetos.

Entendendo a relatividade cultural do conceito e da representação e rejeitando posições proscritivas ou preconceituosas, acreditamos que há um sentido subjacente no erotismo, em busca do qual direcionamos esse trabalho. Dessa forma vamos, em seguida, reconsiderar o terno erotismo através dos conceitos da transgressão erótica e do conhecimento que ela faculta ao sujeito.

### 3. A transgressão erótica

Seguindo Georges Bataille, vamos considerar a transgressão aos interditos culturais como impulso fundamental para a gênese do erótico e seu desenvolvimento. Estamos adotando uma posição conceitual que dilata as fronteiras de sentido do termo erotismo, o que nos permite considerá-lo como uma das vertentes culturais do homem.

Inserindo erotismo na cultura, Bataille situa-o como elemento diferenciador entre o Homem e o animal.

Primeiramente, o erotismo difere da sexualidade dos animais no ponto em que a sexualidade humana é limitada pelos interditos, cuja transgressão pertence ao campo do erotismo. O desejo do erotismo é o desejo que triunfa do interdito. (1987:238)

Nessa perspectiva, a gênese do erotismo está ligada à constituição dos traços definidores do Homem, que se desvencilha da animalidade ao transformar a sexualidade em erotismo. Através do trabalho, da compreensão e consciência da morte, e da passagem da sexualidade livre à sexualidade envergonhada, da qual nasce o erotismo, o Homem desvencilha-se da animalidade. Assim, enquanto elemento que confere ao Homem sua especificidade em relação ao animal, o erotismo não deve ser visto como uma coisa, um objeto ou um fato concreto. Contrário à reificação do tema, Bataille diz tratar-se de uma experiência que não se deve apreciar de fora como uma coisa porque a intimidade (“o que profundamente está em nós”) (1987:153) é uma das suas marcas centrais. É dessa forma que o erotismo identifica-se com a experiência interior, assim definida:

Chamo experiência uma viagem ao término do possível do homem. Cada um pode não fazer esta viagem; mas, se ele a faz, isso supõe negar as autoridades, os valores existentes, que limitam o possível. (Bataille, 1992:15)

O Homem ignorante do erotismo é tão alheio ao término do possível quanto ele é sem experiência interior. (Bataille, 1992:31).

Se se trata de uma experiência que nega os valores existentes, é porque ele se situa no plano da ruptura com o ordinário, implicando uma posição ao habitual, ao comum, e estabelecendo-se como diferença. Para atingir o término do possível é necessário promover uma cisão no mundo estabelecido, negando as formas autoritárias do conhecimento. Em outras

palavras, a passagem do habitual ao erótico implica o rompimento do equilíbrio da ordem e dos limites impostos pela razão.

Em primeiro lugar, no extremo do possível, tudo se desmorona: até mesmo o edifício da razão, um instante de coragem insensata, e sua majestade dissipa-se; o que subsiste, no limite, como um pedaço de muro vacilando, aumenta, e não acalma, o sentimento vertiginoso. (Bataille 1992:46)

Ora, se o erotismo puder ser atendido dessa forma, veremos como seu conceito pode ser redimensionado. A condição para a realização da viagem que desloca o sujeito ao término do possível não é outra senão o desvio das normas em que está sedimentado o real. E transgredindo, rompendo o cerco dos limites impostos pelos interditos culturais, que se torna possível a experiência interior, capaz de proporcionar a percepção de um novo tipo de conhecimento.

Dessa forma, visto como experiência que implica a reversão dos limites instituídos pela realidade e seus interditos epistêmicos, o erotismo pode ser compreendido em sua natureza essencialmente transgressora. Nas sociedades, de modo geral, independente do tempo e do espaço, o interdito está na gênese da conduta erótica, cuja transgressão é possível porque existem as proibições. Assim, a relação entre o erotismo, o interdito e a transgressão é profunda e essencial para a compreensão do tema:

O conhecimento do erotismo ou da religião exige uma experiência pessoal, igual e contraditória do interdito e da transgressão. (Bataille, 1987:33)

Na verdade, o conjunto de normas, limites ou imposições, que varia de época para época ou de lugar para lugar, paradoxalmente, não suprime o erótico, mas torna-se ao contrário, a força necessária para a afirmação da sua existência, fazendo da transgressão a condição fundamental da experiência erótica. Em primeiro lugar, pensemos no mundo do trabalho, para o qual o homem destina grande parte da sua força. A energia canalizada para o trabalho representa perda na erotização:

Aliás, uma sexualidade livremente transbordante diminui a aptidão para o trabalho, da mesma forma que um trabalho contínuo diminui a fome sexual. (Bataille, 1987:152)

Ora, inserido no mundo do trabalho, que se ordena pela razão convencional e para o qual destina parte da sua energia, o ser humano, ao viver a experiência interior do erotismo, sente-a como uma oposição *violenta e*

violadora a tudo o que o cerca Enquanto o trabalho representa o possível dentro de seus limites, a experiência interior traz a possibilidade de reversão desses limites. Nisso reside a natureza da transgressão erótica: de um lado estão as proibições ligadas à ordem; de outro, a possibilidade de ultrapassar o ordinário e resgatar o que o mundo do trabalho e da razão sonham.

A essência da transgressão erótica está, portanto, na eclosão do cerco da limitação racional constituída pelos interditos. Nesse sentido, Bataille entende o erótico como o domínio da violência, elemento que escapa ao controle da razão e o que o mundo do trabalho exclui através dos interditos.

O conceito de violência em Bataille apresenta uma bifurcação: em sentido mais geral, trata-se do elemento anti-racional que se opõe à ordem do mundo do trabalho; em sentido mais restrito trata-se da força que anima os órgãos sexuais distendendo-os até o limite máximo. E a pletora, momento em que o corpo passa do repouso à excitação física, cuja base - a dilatação dos canais sanguíneos-desfaz o equilíbrio orgânico habitual. Por isso, a violência erótica carrega em si uma negação desordenada que põe fim a toda possibilidade de discurso: ela é contrária ao princípio da linguagem. Nesse ponto, Bataille identifica a violência como resgate da animalidade e faz desta a base da atividade erótica:

O erotismo é, de forma geral, infração à regra dos interditos: é uma atividade humana. Mais ainda que ele comece onde termina o animal, a animalidade não deixa de ter o seu fundamento. (1987:88)

Eis então que se delineia o paradoxo da transgressão erótica: em sua gênese o conjunto interdito/transgressão transforma a sexualidade humana em erotismo opondo o homem ao animal. Em seu desenvolvimento o resgate da animalidade perdida torna-se o fundamento do processo.

Pensando no erotismo dos corpos, Bataille concede amplo espaço à violência, que encaminha a perda da razão e leva o homem ao resgate da animalidade. Esse é um ponto fulcral no entendimento da transgressão erótica, mas vemos que, na experiência interior que conduz o Homem ao término do possível, não é a animalidade que predomina. Na transgressão erótica é, antes, a interseção entre humanidade/animalidade, e violência/razão e interdito/transgressão o que faz dela uma experiência diferenciadora das outras infrações. Por isso, acreditamos que no erotismo nenhum elemento é exclusivo. Se acatarmos que domina a violência por exclusividade encontraremos a pura animalidade. Da mesma forma, se aceitarmos a perda total da consciência, perderemos o momento crucial em que violência e consciência completam-se, fazendo do “fora de si” um novo “estar em si”, a constituição de uma outra forma de razão, da qual advém o prazer. Dessa forma, a transgressão erótica situa-se como uma possibilidade de rompimento dos limites que impedem a visão da multiplicidade humana na interseção das suas oposições.

É essa ruptura provoca o abalo, a eclosão. A viagem interior, de base íntima, que descortina o que vai além do possível não se realiza sem o eclodir de tantas barreiras.

Por tudo isso, o resgate da dimensão erótica, permanentemente aniquilada pelas regras do real, é sempre difícil e promove variados conflitos. E preciso dizer não, é preciso violar, rompendo o cerco do medo. A passagem de uma vida deserotizada à luminosidade do conhecimento erótico transforma-se numa negação transgressora, que se estende como oposição aos limites do mundo do trabalho e da razão convencional. Sem essa violência, a ninguém será possível a experiência do erotismo -essa viagem múltipla, não uniforme, que coloca o homem na interseção dos seus contrários, descortinando-lhe a possibilidade de um novo saber-o conhecimento erótico- cuja especificidade torna-se importante considerais:

#### **4. O conhecimento erótico**

Entendido como experiência interior, de base íntima, o erotismo pode ser visto como uma modalidade epistêmica que possibilita ao sujeito vencer os limites do possível. Nesse sentido, a experiência apresenta um caráter singular, porque favorece a apreensão de um tipo extremamente específico de conhecimento. Não é fácil precisar, objetivamente, a natureza desse saber. E preciso pensar, inicialmente, na inserção existencial problemática dos indivíduos, cercados pelas limitações do real. Inerente à própria condição humana, a existência individual é marcada por uma ausência atemporal e trans-histórica. Para além do conforto material a que os grupos sociais têm acesso e, por melhor que seja a qualidade de vida, há uma busca interior, perene e nostálgica, que devolve o ser a melancolia do existir. Persiste a vontade de mudar, de ter coragem, de romper para preencher o que falta. A essa vontade ontológica que permeia a vida social, Guattari (1986:215) denomina desejo:

Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu própria denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção de mundo, outros sistemas de valores.

É, pois, enquanto vontade de rompimento dos limites socialmente instituídos que se situa o desejo ontológico, de modo geral, e em particular, o desejo erótico. Como forma de resistência ao tédio, à náusea de existir, à inadaptação, enfim, conta a angústia decorrente de uma inserção sócio-existencial falaciosa, o desejo do erotismo constitui-se como uma

vontade de tomar possível o resgate de uma dimensão humana cotidianamente amputada pelo cerco das condições inerentes à existência.

Bataille (1987:15) traduziu perfeitamente bem o abismo em que se constitui a vida humana ao contrapor duas nações ontológicas fundamentais: a descontinuidade e a continuidade. Entre um ser e outro há um abismo produtor do isolamento, do fechamento do ser dentro dos limites da sua individualidade: é a descontinuidade, sentimento da nostalgia da continuidade perdida que comanda as três formas de erotismo:

Mas essa nostalgia comanda em todos os homens as três formas de erotismo. Falarei sucessivamente dessas três formas, a saber, o erotismo dos corpos, o erotismo dos corações e, finalmente, o erotismo sagrado. Falarei dessas formas afim de deixar bem claro que nelas o que está em questão é substituir o isolamento do ser, a sua descontinuidade, por um sentimento de continuidade profunda. (Bataille, 1987:15)

A substituição do descontínuo pelo sentimento da continuidade, presente nas três formas que Bataille postula, constitui ponto fulcral para o entendimento do erotismo como passagem de um estado de conhecimento a outro essencialmente distinto. A recusa do fechamento em si mesmo leva o ser a abrir-se para o erotismo, através de uma experiência que, apesar de interior e íntima, tem por base a procura do outro como forma de vencer o solipsismo e constituir um novo modo de inserção no mundo. Caracterizando-se por produzir um novo estado ontológico, cujas etapas encaminham a negação do fechamento do ser em si mesmo, a experiência erótica implicará, sempre, nessa visão, o rompimento do cerco da descontinuidade. Essa ruptura formará a base epistêmica para a constituição de um novo saber em que se dá a passagem do secreto à epifania, aqui entendida como revelação de um novo conhecimento cuja essência é a percepção do sentimento da continuidade ontológica. O entendimento acerca dessa semântica é fundamental para a compreensão da peculiaridade do saber proporcionado pela passagem de um estado epistêmico a outro. Não se trata de um conhecimento objetivo sedimentado em certezas: ao vencer os limites da descontinuidade, não há mais a objetividade do real. Ao sentimento de continuidade que se vai apoderando do ser correspondente a fluidez, o desabar das certezas, a dúvida entre o possível - que se rompe e o impossível que se descortina. É nesse ponto movediço, quase uma fissura, que o conhecimento crítico permite a percepção desse saber em que predomina a disponibilidade da emoção.

O segredo do erotismo, seu sentido mais profundo, tem raízes na ultrapassagem de uma ordem de conhecimento para outra. A abertura do descontínuo para o extraordinário da continuidade implica a dissolução do ser constituído na descontinuidade e sua imersão na lumiliosidade que o

saber erótico pode proporcionar: Por isso, Bataille (1987:211) aproxima a experiência mística, vendo as semelhanças ou mesmo equivalências e trocas entre os dois sistemas de efusão.

A continuidade que se revela ao ser descontínuo é: para Bataille (1987:77), o sarado, que se opõe ao mundo profano da descontinuidade. Nesse sentido, a diferença entre as três formas de erotismo (dos corpos, do coração, e o erotismo sagrado) oblitera-se e prol da redução do erótico ao místico: à medida que “todo erotismo é sagrado”. Bataille (1987:15). O que está, portanto, em pauta é o caráter extraordinário de uma experiência interior que, por sua singularidade, é aproximada, por Bataille, à santidade:

“A experiência erótica, entretanto, talvez seja vizinha da santidade”. (1987:235)

A aproximação místico-erótico toma por base a intensidade extrema que caracteriza as duas experiências. Bataille (1987:25) não chega a identificar a natureza do erotismo com a da santidade, mas insiste no ponto em comum:

Por enquanto, contento-me com olhar a emoção da santidade de um lado e a emoção erótica de outro, enquanto objetos de extrema intensidade. (1987:235)

Ora, o erótico e o místico tocam-se porque constituem em experiências que rompem com o mundo ordenado em que impera a descontinuidade. Constituem estados emocionais que permitem a passagem do descontínuo ao contínuo e, enquanto tal, inserem-se contra a angústia inerente à existência, ao estar no mundo.

Surgem como formas de preenchimento do vazio e respondem à procura incessante, à busca perene e nostálgica, ao desejo de preencher a falta, ou à vontade de inventar uma outra sociedade, ou uma outra percepção de mundo, como nos disse Guattari (1986:215) em sua definição de desejo.

Acreditamos que, visto dessa forma, o conceito de erotismo pode ser redimensionado, permitindo o discernimento entre o que hoje se encontra produzido e recebido como erótico e o que, de fato, constitui a singularidade do erotismo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARTHES, Roland. A Câmara Clara. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1984.
2. BATAILLE, Georges. O Erotismo. 2. ed., Porto Alegre, L & PM, 1987.
3. \_\_\_\_\_. A Experiência Interior. São Paulo, Ática, 1992.

4. BAUDRILLARD, Jean. A Transparência do Mal. 2. ed. Campinas, SP, Papirus, 1992.
5. \_\_\_\_\_. Da Sedução. Campinas, SP, Papirus, 1991.
6. GUATTARI, Felix & ROLNIK, Sueli. Micropolítica. Catografias do *Desejo*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1986.
7. MORAES, Eliane & LAPEIZ, Sandra. *O que é Pornografia*. São Paulo, Abril Cultural Brasileira, 1985 (Col. Primeiros Passos).
8. PARKER, Richard G. Copos, prazeres e *paixões*. A Cultura Sexual no Brasil Contemporâneo. São Paulo, Best Seller, 1991.
9. SONTAG, Susan. A Imaginação Pornográfica. In: A vontade *Radical*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

# Resistências ao Tratamento da Disfunção Erétil de Etiologia Predominantemente Psicológica\*

## *Resistance in the Treatment of Erectile Dysfunction of Mainly Psychological Etiology* **5**

---

Walkíria Fernandes Moreira Ambrosano<sup>1</sup>

### **RESUMO**

A autora mostra as dificuldades ou obstáculos na avaliação e/ou tratamento psicológico, as quais chama de resistência.

Mostra também que fatores, encontrados com frequência na prática clínica, são evidenciados na tentativa de mostrar como as resistências ao tratamento podem aparecer, e qual o significado que elas podem ter no processo terapêutico.

Dentre as resistências mais comuns estão:

- Desejo dos pacientes de encontrarem uma etiologia orgânica para a disfunção erétil;
- Expectativas dos pacientes de terem um tratamento a curto prazo;
- Participação e/ou comportamento da parceira na avaliação psicológica e na terapia.

---

\* Trabalho realizado em clínica psicológica privada da autora.

1. Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual.

Recebido em 18.07.94

Aprovado em 28.07.94

## SUMMARY

The author shows the difficulties or obstacles to the evaluation and/or psychological treatment, which we call resistance.

The author also shows that factors frequently found in a clinical practice are highlighted in a way to show the treatment of the resistances can show up and what meaning they can have in the therapeutic process.

Among the most common resistance we find:

- The patient's wish to find the organic causes to the erectile dysfunction;
- The patient's expectations to get a short-term treatment;
- Participation and/or behaviour of the mate in the psychological evaluation and therapy.

A disfunção erétil pode ser definida, de acordo com Munjack (1984), como a impossibilidade de obter ou manter uma ereção suficiente para praticar o coito com êxito. A perda da ereção pode preceder a penetração ou ocorrer durante o coito.

Múltiplas etiologias podem levar o homem a uma disfunção erétil, uma vez que a sexualidade humana pode ser entendida como algo complexo, resultante de diversos fatores, desde o físico até o cultural. Assim, para avaliar o paciente com queixas sexuais, deve ser feita uma avaliação clínica, tanto dos aspectos orgânicos quanto dos psicológicos.

Na avaliação dos aspectos orgânicos estão incluídas as consultas a médicos especialistas, como andrologistas, neurologistas, etc... e também, exames de rotina e/ou específicos de cada área. Recomendam-se os seguintes exames, como relata Puech-Leão (1990):

- 1) Determinação do índice pênis-braço, por Ultra-Som, com efeito Doppler, (Puech-Leão, Albers e Puech-Leão, 1983; Puech-Leão e cols., 1988);
- 2) Eletrodiagnóstico = eletromiografia estudo dos potenciais evocados perianais e de membros inferiores. E usado para verificar déficits de condução neurológica (Costa e cols., 1991);
- 3) Cavernosometria, para avaliar a capacidade de relaxamento e de distensão dos corpos cavernosos (Wespes e cols., 1984; Puech-Leão, 1987);

- 4) Cavernosografia por injeção de contrastes, serve para dar informações anatômicas do pênis (Wespes e cols., 1984);
- 5) Teste de ereção fármaco-induzida com cloridrato de papaverina (Reis e cols., 1987).

A avaliação psicológica objetiva identificar as fontes de ansiedade que inibem a sexualidade do paciente ou que dificultam a sua expressão. É importante que inclua a parceira sexual usual, uma vez que a queixa ou dificuldade sexual *deve ser* considerada como algo que aflige não só uma pessoa individualmente, mas o casal. Tal avaliação é feita através de entrevistas estruturadas na sexualidade, com o paciente, com sua parceira e com o casal (Rodrigues Jr., 1990 a,b) As entrevistas podem ser feitas por psicólogos ou psiquiatras e, para facilitar o diagnóstico, podem-se utilizar testes psicológicos, como T.A.T. ou o M.M.P.I. e questionários, como o Inventário de Sexualidade Masculina (Rodrigues e Costa, 1990, 1991). Tais instrumentos dão ao terapeuta dados sobre o desenvolvimento psico-sexual e a atual condição sexual do paciente. Através da avaliação psicológica, o terapeuta pode ter uma noção da extensão dos conflitos existentes, se foram originados na infância por alguma dificuldade sexual, insegurança, medo, ou se a queixa sexual é resultante de alguma inibição sexual frustrante que *gerasse ansiedade* na vida sexual futura. Tais instrumentos podem ainda dar ao terapeuta um perfil da personalidade do paciente, como este reage ao lidar com a dificuldade sexual, com as fontes de conflito ou ansiedade, etc... (Costa e cols., 1991).

Se um *paciente apresenta uma* queixa sexual com etiologia orgânica, não está obrigatoriamente excluída a possibilidade da existência de fatores psicológicos que contribuam para a sua dificuldade sexual, do mesmo modo que os “problemas emocionais e psíquicos” podem estar acompanhados de alterações orgânicas, que comprometam o funcionamento do organismo através da inervação autonômica (Costa e cols., 1991; Sister, 1988). Segundo Puech-Leão (1988),

“o diagnóstico diferencial entre impotência psíquica e orgânica deixa de ser importante hoje. Quase todos os pacientes têm um componente psíquico relacionados à ansiedade de desempenho, mesmo que fatores orgânicos estejam dificultando a ereção. A diferenciação que se impõe, hoje, é entre pacientes tratáveis pela psicoterapia, pela prótese peniana, pela cirurgia vascular, por auto injeções, etc...”

Quando, após as avaliações citadas, se verifica que o paciente necessita de um trabalho psicológico e lhe é proposto algum tipo de terapia, deparamos com algumas dificuldades que serão relatadas no presente estu-

do. Tais dificuldades, muitas vezes também são encontradas durante a avaliação psicológica. Essas dificuldades podem ser chamadas de resistência à abordagem ou ao tratamento psicológico.

## **RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL**

### **Conceito de Resistência**

De acordo com Laplanche e Pontalis (1986, pp. 595),

“resistência seria tudo o que, nos atos e palavras do analisando (ou paciente), se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente como uma atitude de oposição às descobertas na medida em que elas revelam seus desejos inconscientes. Foi como obstáculo à elucidação dos sintomas e à progressão do tratamento que a resistência foi descoberta”.

Desta forma, a resistência como uma defesa contra os perigos inconscientes que o tratamento pode trazer, ou seja, seria uma resistência à cura, que também, é considerada como um perigo novo. A resistência também pode ser apresentada como um benefício secundário da ‘doença’. Seriam as situações em que a queixa sexual poderia estar encobrindo outras dificuldades e conflitos do próprio paciente ou de sua parceira sexual.

De acordo com Freud (1969, pp. 133-43), cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem.

Munjack (1984) conceitua resistência como a forma de não-cooperação ou evitação ao tratamento. De acordo com Kaplan (1977),

“o surgimento e a solução das resistências são cruciais para o sucesso da terapia do sexo. As resistências mobilizadas no curso do tratamento revelam as causas anteriormente ocultas dos problemas sexuais do casal e, desta forma, criam oportunidades para a solução e mudança. As resistências podem surgir tanto no paciente que traz os sintomas como na parceira”.

## Resistências Mais Comuns

### *Busca de Causa Orgânica*

É muito comum os pacientes desejarem encontrar uma causa orgânica para sua queixa sexual, pois desta forma, o uso de medicação ou intervenção cirúrgica restabeleceria a resposta sexual, sem que tivessem participação “ativa” no tratamento. Não é raro tais pacientes fazerem uma “maratona”, indo a vários médicos para saber se há confirmação do diagnóstico, ou para obter alguma medicação para solucionar o problema sexual. Se a etiologia da queixa for psicológica, eles terão que participar de forma atuante, com maior empenho e responsabilidade no tratamento. Além disso, existe a dificuldade de aceitar algum comprometimento emocional ou psicológico, uma vez que isto é, geralmente, visto como fragilidade ou debilidade deles enquanto pessoas.

A sexualidade, quando é dificultada na sua expressão através de uma queixa sexual, faz com que o homem se sinta mais vulnerável. Suas dificuldades sexuais são sinônimo de fracasso da sua masculinidade e, falar de tais dificuldades é como admitir sua incapacidade de resolver seus próprios problemas, aumentando ainda mais, seus sentimentos de “impotência”.

É comum tais pacientes sentirem dificuldades de falar sobre seus problemas sexuais, mesmo para o profissional de saúde. Tal atitude parece ter o efeito de destruir suas defesas tão fortemente instaladas para que não tenha um questionamento sobre sua própria sexualidade. Mesmo frente a um psicoterapeuta, a quem é permitida socialmente tal confissão, ainda parece existir o efeito de destruição das defesas do paciente. Desta forma, parecem procurar “curas milagrosas” através de medicamentos, vitaminas, etc... para tentar restaurar suas dificuldades sexuais, (Rodrigues, Jr. e cols., 1989).

### *Duração do Tratamento*

Outra preocupação comum dos pacientes é com relação ao tempo de duração do tratamento psicológico e quais os resultados que poderão obter. É claro que em nenhum trabalho psicológico pode ser determinado o tempo exato de duração, uma vez que depende de fatores como por exemplo, da forma em que é apresentada a disfunção, da presença de conflitos inconscientes operando em níveis imediatos ou profundos, do tempo em que a disfunção existe, da estrutura de personalidade dos pacientes e de suas parceiras, etc...

Como os conflitos se dão no nível do inconsciente, eles podem ser externalizados no comportamento do indivíduo de forma que possa trazer dificuldades na relação com o outro. Desta forma, atrás de muitas queixas estão os conflitos e as dificuldades da relação interpessoal.

De acordo com Maria do Carmo de Andrade Silva (1986),

“alguns casais têm consciência de que o problema transcende a esfera sexual, porém, outros não têm essa conscientização clara de outros conflitos, estando eles radicalmente convictos de que é a queixa sexual principal barreira na interação”.

É enfatizada, ainda, a relação de disputa de poder entre os parceiros, mágoas anteriormente vividas por um dos parceiros e não resolvidas com o outro, inseguranças pessoais e outros conflitos. Todos esses aspectos podem interferir no tipo de trabalho ou terapia proposta e no tempo de sua duração.

Podemos dar a média de tempo em que normalmente terminamos o trabalho com o paciente. Parece que isso ajuda a diminuir a ansiedade dos pacientes em relação no tratamento. Tal fato parece nos dar também um indício da ansiedade dos pacientes frente a situações que não estão sob o controle deles.

### *Participação da Parceira*

Um fator relevante, considerado talvez uma das maiores resistências, diz respeito à participação da parceira sexual na avaliação ou tratamento. É muito comum os pacientes atribuírem a queixa sexual a um problema exclusivo deles, não querendo “envolver” a parceira. A exclusão da parceira no tratamento pode sugerir uma exclusão inconsciente da mesma na intimidade e privacidade do homem que trás a queixa sexual. É importante que se diga aos pacientes que nenhum problema sexual é de uma pessoa apenas. Mesmo que ele anteceda o relacionamento com a parceira atual, o comportamento do casal e os conflitos presentes em tal relacionamento podem mobilizar “defesas inconscientes” na pessoa que trás a queixa. Tal esclarecimento deve ser dado também à parceira. Isto parece ajudar a amenizar a responsabilidade do paciente na insatisfação do casal. Normalmente o sistema sexual em que os casais com disfunção sexual tentam funcionar é muito destrutivo. Geralmente neste sistema existem medo, rejeição, culpa, incompreensão, humilhação e uma disputa de poder entre o casal. De acordo com Kaplan, as dificuldades sexuais não são, invariavelmente, expressões de conflito intrapsíquico de uma pessoa, mas têm quase sempre, suas raízes nas vicissitudes das relações conjugais. Dentro desse sistema sexual, um dos parceiros pode estar na posição de querer destruir o prazer e o funcionamento sexual do outro, devido à sua insatisfação sexual e conflitos conjugais.

A convocação das parceiras é feita através do paciente o que talvez possa explicar a ausência delas nas entrevistas. Segundo Rodrigues Jr., Andrade e Costa (1990):

- 1) Os pacientes não passaram a elas a convocação;
- 2) Receberam a convocação verbal e não a consideraram ou o casal não considerou necessária a presença da parceira;
- 3) Receberam a convocação verbal através do paciente mas, se recusaram a comparecer.

Algumas parceiras comparecem à avaliação psicológica, mas não continuam o trabalho na terapia proposta. Não é raro se observar o medo de serem rejeitadas pelos parceiros, caso a sua participação não “garanta” o êxito do relacionamento sexual conjugal. Outras parceiras demonstram o receio de que, uma vez resolvida a disfunção sexual, o parceiro passe a procurar relacionamentos extra-conjugais. Outras ainda, alegam não terem nenhuma dificuldade sexual, e que se comportam com o parceiro, da melhor forma possível, ou seja, o problema não é com elas, mas sim, com eles. Quando as parceiras comparecem às entrevistas iniciais, é comum alegarem uma falta de motivação ou de interesse em participar do tratamento, devido ao seu “desgaste” e insatisfação no relacionamento com o parceiro em função da queixa sexual apresentada.

A frustração conseqüente da insatisfação sexual vai mobilizando as defesas e dificuldades pessoais de cada membro do casal e, comprometendo o ânimo geral dos parceiros e o relacionamento como um todo. Também não é raro as parceiras alegarem uma insegurança com relação a seus companheiros com dificuldades de ereção, por exemplo, atribuindo à tal dificuldade, a perda do interesse e da atração sexual por elas. Passam a desconfiar que eles têm outra parceira e que, por isso, não se interessam mais por elas. Sendo assim, acham que a dificuldade de ereção é devido à falta de desejo por elas. Costumam viver anos com tal desconfiança, às vezes chegando a perder o interesse em restaurar o relacionamento. Não podemos nos esquecer também, o fato de algumas mulheres sentirem um pouco ou nenhum interesse pelo sexo, sentindo-se melhor com a situação em que o marido apresenta uma disfunção erétil, o que as livraria da possibilidade de terem relações. É comum tais mulheres alegarem que o sexo não faz falta para elas e até não achariam ruim se tivessem que viver sem ele. Sabemos que o fator da repressão e da má informação ou educação sexual é muito forte na nossa sociedade. Não é raro desta forma, o sexo ser fator aversivo ou mal resolvido em determinadas pessoas que sofreram maior influência de tais fatores. Sendo assim, os contatos sexuais podem remeter à memória, lembranças de experiências traumáticas ou negadas como prazerosas, ocorridas na infância no decorrer da vida da pessoa, fazendo com que ela recuse ou evite o sexo,

como forma de se defender de tais lembranças ou experiências. Tal comportamento parece comprometer como um todo a relação afetiva e sexual do casal provocando sentimento de inadequação e rejeição, no parceiro dessa mulher, levando-o a uma disfunção de ereção ou outra qualquer. Ainda que a disfunção do homem não seja conseqüência desse comportamento da parceira, para ela, pode ser um ganho secundário, ou seja, um ganho por intermédio de ..., o fato da dificuldade ou impossibilidade do relacionamento sexual, devido aos fatores mencionados acima.

### TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Normalmente quando é proposto aos pacientes o trabalho psicológico, é importante que lhe seja explicado como será esse trabalho (Conselho Federal de Psicologia - 1987, art. 03).

Dentro deste trabalho estão incluídos vários tipos de terapia. A terapia sexual, nos modelos de Kaplam (1977), tende a isolar o sintoma particular ou queixa sexual. Os aspectos mais comuns são a prescrição de tarefas sexuais. Em tais tarefas ou exercícios, procura-se inicialmente orientar o casal para tirar o máximo de proveito e prazer nas carícias do corpo, sem considerar a penetração vaginal. E, a cada passo que o casal dá na direção de alcançar maior tranqüilidade, com ausência de ansiedade, conseguindo uma maior intimidade, as orientações vão caminhando de forma "progressiva" até que o casal consiga manter o ato sexual tirando melhor proveito da sua sexualidade. Desta forma, o casal terá oportunidade de ampliar a sua capacidade de expressar a sexualidade de forma mais tranqüila e prazerosa, com possibilidade de eliminar a ansiedade para que possam vivenciar uma maior sensualidade através de exercícios orientados, que deverão ser realizados na privacidade do casal. A cada sessão, as experiências vividas com os exercícios serão relatadas, e novas tarefas serão prescritas. Todo esse procedimento adquire um caráter pessoal, individual que é vivenciado pelo casal, com toda a erotização que vão descobrindo e externalizando à medida em que vai se tomando presente a intimidade entre eles. Esse processo continua, até que o casal possa vivenciar o sexo de maneira mais satisfatória.

A terapia conjugal tem como objetivo melhorar a capacidade do casal de enviar e receber mensagens, focalizando as discrepâncias nas comunicações verbais e não verbais e nas fantasias inconscientes compartilhadas entre os cônjuges. Objetiva um melhor entrosamento entre o casal. O casal pode ser hostil, mas é fundamental que exista o *desejo* de melhorar o relacionamento. Nesta terapia são exploradas as hostilidades, a competição entre o casal, etc.. (Calil, 1987)

Para os pacientes com queixa sexual, o ideal é que seja adotado um misto dos dois tipos de terapia, ou seja, devem-se trabalhar mágoas, angústias, hostilidades, competição e outros aspectos do relacionamento conjugal e não somente o sexual. Sendo assim, o casal terá a oportunidade de uma troca de, informações, com possibilidades de esclarecimento de crenças ou conflitos ligados à sexualidade, como também de estabelecer o diálogo, estimulando a expressão de idéias e sentimentos de ambos e a dinâmica de todo o relacionamento existente entre eles. No caso do paciente sem parceira fixa, deverá ser indicada a psicoterapia individual e, nas oportunidades em que ele tiver de ter um relacionamento sexual, poderão ser indicadas algumas tarefas sexuais.

Quando a intensidade dos problemas conjugais é maior, chegando a causar obstáculos à terapia sexual, é imprescindível que o terapeuta faça um trabalho mais específico abordando as dificuldades de tal relacionamento antes de iniciar a orientação das tarefas. Esse trabalho pode ser através de uma psicoterapia individual para ambos ou de uma terapia conjugal para trabalhar os aspectos afetivos, a hostilidade, os problemas do relacionamento geral, antes do sexual. Caso contrário, o casal pode não responder à terapia do sexo.

Citando Araguari Chalar Silva (1986), a terapia de casal pode não ser simplesmente a soma de tratamentos individuais, baseando-se no fato de que o casamento pode vir para preencher os vazios da vida e experiências de cada parceiro. Desta forma; criam-se sonhos e fantasias acalentados diante da possibilidade de viver com alguém que; nos completa. O comportamento de um produz efeitos peculiares no outro e, no entrosamento do casal, os problemas passam a ser da relação conjugal. Portanto, o casal constitui um sistema dinâmico no qual um reage à ação do outro interpretando a realidade ao seu próprio modo. Conhecer e compreender o sistema relacional em que o casal existe significa reconhecer a dinâmica específica que envolve os indivíduos. Torna-se imprescindível compreender esta dinâmica para conhecer a estrutura do relacionamento conjugal, e a maneira pela qual interage. Só assim, podem ser criadas condições melhores para um relacionamento sexual mais satisfatório.

A disfunção sexual pode ser causa ou conseqüência de tal sistema do relacionamento geral do casal, ou seja, a queixa sexual gerando insatisfação, pode levar ao desentendimento e hostilidade conjugal, assim como a hostilidade e os conflitos do relacionamento geral, afetivo, podem levar ao aparecimento de queixas sexuais. No relacionamento hostil e conflituoso, a dificuldade de comunicação aumenta e esse fato contribui para um maior comprometimento da relação conjugal. Não é raro, por isso, um paciente demonstrar resistência em levar sua companheira ao consultório. Esse comportamento, como já foi dito, pode ser demonstração da qualidade do relacionamento conjugal, ou seja, um relacionamento mais afetivo,

onde apesar da dificuldade sexual, ainda existe amor, interesse e preocupação com o outro, normalmente existe uma maior participação de um na vida e interesse do outro. Quando os pacientes alegam que não querem envolver a parceira, ou quando apesar de convocadas, as parceiras se recusam a participar, tal fato pode sugerir também um mau funcionamento do sistema conjugal e sexual.

Kaplan (1977) também faz uma observação interessante, dentro da Psicanálise, a respeito da qualidade do relacionamento conjugal. Em alguma extensão, todos nós tratamos nossos conjugues como se fossem nossos pais. Transferências dos pais para o esposo resultam em medo de abandono, dependência excessiva e exigências. Algumas pessoas retrocedem nas relações conjugais e agem como “bons meninos e boas meninas”, passivos com receio de serem abandonadas pelo marido-pai. As relações conjugais podem resultar em hostilidade, ansiedade e grande infelicidade quando excessivamente governadas por transferências neuróticas e infantis não resolvidas, sobretudo quando num grau em que estejam fora do conhecimento do casal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Kaplan (1977), a resistência em um ou em ambos os parceiros quase sempre toma a forma de uma atitude para evitar as tarefas sexuais prescritas ou de um fracasso para responder a elas. A atitude de evitar as tarefas sexuais é também indicativa da presença de problemas diádicos e intrapsíquico que precisam ser resolvidos, ao menos em parte, antes que se possa continuar o tratamento.

É interessante observar que as resistências tendem a aparecer quando a queixa sexual começa a ser resolvida, ou seja, quando começa a haver uma melhora no funcionamento sexual. Em outras palavras, a resistência mobilizada pelas rápidas mudanças no funcionamento sexual pode ser entendida, quase sempre, por antecipação inconsciente do medo de abandono, do vínculo ou da responsabilidade no relacionamento sexual satisfatório, falta de expectativa de sucesso, manifestação de sentimento de raiva, etc.

Kaplan (1977) descreve que algumas vezes, as técnicas da Terapia Sexual são úteis para revelar e resolver as transações nocivas, das quais o casal, anteriormente, não tinha conhecimento.

Em alguns casos, é comum as parceiras tentarem sabotar o tratamento, alegando que estão cansadas para fazerem com o parceiro, os exercícios ou tarefas propostas pela terapia. Costumam alegar que tais exercícios são muito mecânicos ou ainda, que não dispõem de tempo para fazê-los. Esse tipo de resistência pode ser trabalhada pela interpretação e confrontação da parceira com o seu comportamento destrutivo.

Em outras situações é necessário dar oportunidade ao paciente ou à sua parceira, de lidar em profundidade com seus medos e conflitos inconscientes ligados à sua sexualidade. Neste caso, pode ser usadas as técnicas interpretativas da psicoterapia para facilitar o insight, numa intervenção num nível mais profundo, tentando modificar as raízes do problema. Esse procedimento pode ser usado numa combinação das técnicas experienciais da terapia sexual usadas concomitantemente ou, podem ser usadas após uma interrupção das tarefas sexuais, voltando a elas, após a resolução parcial dos conflitos. (Kaplan, 1977)

Em toda a dinâmica da Terapia, seja ela sexual, conjugal, individual, etc., é fundamental que o terapeuta esteja atento aos atos, falas e comportamentos do paciente e de sua parceira sexual, que possam ter outra conotação ou significado inconsciente, tentando esclarecer e conhecer esses significados.

Desta forma, torna-se mais viável o sucesso da terapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALIL, V L. *Terapia familiar e de casal*. São Paulo, Summus Editorial, 1987.
2. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia (CRP), Brasília, 1987.
3. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES JR., O. M; PORTNER, M. *Sexualidade -A integração do atendimento multidisciplinar*. Revista Brasileira da Clínica Terapêutica, Vol. XX(8):301-07, 1991.
4. FREUD, S. *Coleção standart das obras completas*. Vol. XIII, Rio de Janeiro, 1969.
5. KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1974.
6. LAPLANCHE e PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. 9ª ed., São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1986.
7. MUNJACK, D. J. e OZIEL, L. J. *Sexologia, diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, São Paulo, Livraria Atheneu, 1984.
8. PUECH-LEÃO, P. *Impotência sexual masculina*. Revista Ass. Médica Brasil, Vol. 36(1), p. 35-6, 1990.
9. PUECH-LEÃO, P *Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante*. Teste de Docência-Livre, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, S.P., 1987.
10. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEÃO, L. E. *Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence*. Vascular Surgery, 17(4):216-9, 1983.
11. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES JR., O. M. *Especificidade do índice pênis-braço no diagnóstico da impotência vasculogênica*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 15(1):55-6, 1988.

12. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES JR., O. M. *Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso*. Jornal Brasileiro de Urologia, 13(1):11-4, 1987.
13. RODRIGUES JR., O. M. Editorial: *Avaliação psicológica*. Urologia Panamericana, 3(2): VII-XI, 1990b.
14. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. *Disfunção sexual erétil: diferenças psico-sexuais em causas orgânicas e psicológicas*. Reprodução, 6(2):69-80, 1991a.
15. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEAO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. *Disfunções sexuais e a procura anterior de tratamento*. Reprodução, 2(2):109-12, 1988.
16. RODRIGUES JR., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. *Prevalência de dificuldades sexuais em parceiras, de homens sexualmente disfuncionais*. R.B.S.H. (1). p. 18-21: 1990.
17. RODRIGUES JR., O. M. *Avaliação psicológica do homem sexualmente disfuncional, um modelo*. *Ard. Bras. Psicol.*, 42(2):59-62, 1990a.
18. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. *O inventário IHE de sexualidade masculina*. Forma III.
19. SILVA, A. C. *O casal em terapia*. In VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Livraria Roca, 1986.
20. SILVA, M. C. A. *Relações transferenciais*. In VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, S. P., Editora Roca, 1986.
21. SISTER, M. P. *Impotência sexual masculina -Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, Livro Médico Editora, 1988.
22. WESPES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SHULMANN, C. C. C. *Cavernometry-caversography: its role in organic impotence*. *European Urology*, 10:229-32, 1984.

# Uma Aventura Interventiva no Bar do Lulu **6**

---

Raquel Belza Ferreira<sup>1</sup>  
Mônica Bara Maia<sup>2</sup>

*“Se trago as mãos distantes do peito é que há distância entre intenção e gesto.”*

Rui Guerra e Chico Buarque (Calabar) (1)

O relato que se segue diz respeito a um trabalho de prevenção em AIDS, desenvolvido entre novembro de 93 e abril de 94 em um bar de Belo Horizonte.

## **A IDÉIA**

A partir da experiência acumulada pelos profissionais de saúde e educação na convivência com o HIV e a AIDS, tanto no que diz respeito aos conhecimentos técnicos/científicos quanto às estratégias de prevenção, descobriu-se que a melhor defesa contra a doença não é a informação. Ainda que as pessoas estejam sendo capazes de estabelecer uma relação mínima entre sexo-AIDS-preservativo, elas não se protegem da infecção (2).

---

1. Psicóloga e voluntária do GAP/AMG.

2. Bióloga e educadora sexual do Instituto Cavalcanti.

Recebido em 14.09.94

Aprovado em 21.09.94

Para que a informação seja introjetada e transformada em mudança de comportamento, é preciso ter como subsídio a vivência particular, de tal forma que significados e significantes sejam reinscritos na história individual. Assim, a prevenção em AIDS torna-se o cuidado com a própria existência.

Mais do que a informação técnica e científica, há que se desvelar e reavaliar mitos, tabus, fantasias, medos, desejos, dúvidas, que possibilitam a compreensão e o conhecimento de si mesmo à medida que o indivíduo se torna sujeito de suas escolhas (3).

Partindo dessas percepções, nos propusemos a desenvolver uma forma alternativa de fazer prevenção em AIDS, na qual pudéssemos trabalhar as informações técnicas junto com o significado individual destas.

## O DESAFIO

As primeiras campanhas governamentais e manifestações públicas de cunho preventivo traziam slogans como: “Eu tenho câncer, eu tive cura. (..) Eu tenho AIDS, eu não tenho cura”, “Cuidado que a AIDS vai te pegar”, “CuidAIDS com as amizAIDS”, “AIDS, tô fora”. A busca inicial do controle da doença reforçava o medo, o desconhecimento e, conseqüentemente, o preconceito.

Outras campanhas tentaram um controle moral da doença através de um discurso no qual a homossexualidade, uso de drogas injetáveis, vários parceiros sexuais, entre outros, deveriam ser excluídos do comportamento humano, além de evitar a AIDS como realidade de todos nós.

As últimas campanhas já demonstram uma tendência de mudança, trazendo slogans como “com a camisinha, você não tem nada a perder, nem o prazer” e “proteja-se do vírus, não das pessoas”, refletindo as novas estratégias de prevenção em AIDS. Além disso, este trabalho de prevenção vem sendo realizado através de “projetos de aproximação”. Não só a escola, clínica ou local de trabalho são depositárias das informações corretas, mas o repasse também ocorre através de outras formas que procuram conhecer às necessidades e as prioridades de cada comunidade (4).

Essa nova visão vem de encontro à realidade de que o saber entra não somente pelo intelecto racional, mas também pelos sentidos e emoções (5). Assim, a proposta foi incluir o lúdico como ferramenta do nosso trabalho. Escolhemos então a apresentação artística no estilo cômico. No teatro atores e a platéia encontram-se envolvidos em oportunidades e riscos onde cada qual precisa achar o seu lugar. É uma representação simbólica da vida real, onde as regras não são capazes de abafar a espontaneidade e as reações pessoais. Através da arte o indivíduo dá-se ao objeto com o qual se depara, investindo nele sua própria libido (6), expressando assim suas

relações com o seu mundo interior e com as pessoas e acontecimentos do mundo exterior. O cômico provocador do riso, distrai, relaxa, liberta e anula o medo, facilita reparar melhor e “*nos faz dizer: eis, as coisas estavam justamente assim, e eu não sabia*” (7).

## O ESPAÇO

Procuramos um espaço fora do ambiente acadêmico - palestras, seminários e aulas - e que fosse mais ligado ao cotidiano. Um espaço no qual o lazer está relacionado com o encontro entre pessoas e a possibilidade de vivência do sexo. Por exemplo, um bar!

*O Bar do Lulu*, que já existe há doze anos em Belo Horizonte, apresenta uma ideologia de vanguarda, com uma proposta de entretenimento artístico através de esquetes e *performances* diárias, que possibilitam o criar, o pensar e o bem viver. A presença da arte no *Bar do Lulu* denota o seu comprometimento com a comunidade e com as questões sociais.

Os esquetes artísticos e as *performances*, que fazem parte da rotina do bar, se colocam como uma arma com grande potencial de alcance para abordar os conceitos e as informações em AIDS. Através da parceria GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS do Estado de Minas Gerais) e Bar do Lulu foi possível atuar dentro das novas estratégias de prevenção, que exaltam a importância do uso da linguagem da comunidade no trabalho de divulgação e prevenção efetiva em AIDS.

A utilização de esquetes artísticos para a discussão da doença, e os sentimentos e significados que ela emerge, é uma forma de resgatar a narração como um meio de comunicação que possibilita o intercâmbio de experiências - o saber da população e o saber dos profissionais -, a história gravada, assimiladas recontada, a liberdade individual para interpretar o episódio, além da dimensão utilitária, possibilitam um repasse efetivo de informação (8).

## A PROPOSTA

A nossa pretensão se manifestou através dos seguintes objetivos:

1. Instaurar a discussão sobre a AIDS entre os frequentadores de um bar;
2. Medir a efetividade das *performances* teatrais como forma de sensibilização, informação, internalização e instrumentalização em AIDS;

3. Avaliar crenças, práticas e atitudes dos freqüentadores do bar em relação à AIDS;
4. Sensibilizar a comunidade de freqüentadores do bar em relação à AIDS e suas implicações psicossociais;
5. Favorecer a mudança de práticas e atitudes, através da formação de um conceito próprio e contextualizado da doença, desmistificando e evitando fantasias pré-concebidas;
6. Formar a comunidade do bar - proprietários, artistas, empregados e freqüentadores - em agentes facilitadores de discussão dessas informações, que atingiram a comunidade de forma abrangente e direta.

A forma esquematizada de trabalho foi assim dividida:

- 1º MOMENTO: discutir com os atores que representam os esquetes e as performances, os pontos polêmicos, conceitos e informações em AIDS.
- 2º MOMENTO: elaboração escrita dos textos para a montagem dos esquetes/performances.
- 3º MOMENTO: montagem dos esquetes/performances semanais.
- 4º MOMENTO: acompanhamento e avaliação técnica dos esquetes/performances, no que diz respeito aos conceitos e informações em AIDS.
- 5º MOMENTO: levar as peças ao público freqüentador do bar.
- 6º MOMENTO: avaliar, através de questionários, as práticas e atitudes dos freqüentadores do bar sobre AIDS e o impacto dos esquetes.

## **SOBRE OS ESQUETES**

Saímos do teórico e partimos para a prática. Descobrimos que uma não é, de forma alguma, subserviente à outra. A prática se rebela e nos mostra outras facetas.

Fomos em busca dos atores. Alguns elaboraram o esquete inteiro (texto, produção, direção e apresentação), enquanto outros manifestaram interesse em apresentar um texto já escrito. Entretanto, a maioria não se dispôs ao trabalho por uma série de motivos, sendo o mais explicitado o de que AIDS é um assunto sério demais para com ele se brincar. Essa dificuldade apareceu em outras situações, como em um esquete proposto que tinha um desenrolar cômico e um final sério, estrutura que ia, inclusive, contra noções teatrais, pois uma comédia evolui em um riso crescente ao

ápice do cômico em seu final. Acreditamos que essa postura explicita uma dificuldade, não só dos atores mas de uma grande parte das pessoas, de superar a “tragédia”, de sair da vitimice e assumir o prazer.

Buscamos parcerias com autores para a elaboração de textos que os atores pudessem representar. Novamente nos deparamos com a dificuldade de agregar profissionais. Fizemos contato com cinco autores, conversamos com dois, e apenas um produziu textos.

Durante o tempo de trabalho, foram produzidos cinco esquetes e apresentados três: “No gol ou no fusquinha, só com camisinha” (cinco apresentações); “Papai Noel prevenido” (duas apresentações) e “Encontro carnavalesco” (uma apresentação).

Ao final de cada apresentação, distribuíamos um questionário, com uma camisinha dentro, para os freqüentadores do bar. O questionário permitia o nosso contato direto com o público e vice-versa, além de traçar o perfil sócio-cultural e permitir um retorno de como eles recebiam os esquetes e qual o reflexo (se é que ele existia) em suas vidas. Esse contato também era importante para a divulgação do GAFA enquanto a instituição de apoio e auxílio para quem desejasse buscar mais informações, procurar apoio médico ou psicológico, individual ou familiar. Tínhamos uma grande preocupação em fornecer uma estrutura capaz de receber a demanda que poderíamos estar criando.

## **O NOSSO APRENDIZADO**

Ainda bem que a prática sé rebelde e nos mostra a realidade além do estereótipo e, apesar de todo o nosso cuidado, cometemos um erro básico: acreditávamos que a educação tem uma hora pré-determinada para começar e outra para terminar, e restringimos esse momento à apresentação dos esquetes ao público. Mas o aprendizado não acontecia no palco. O trabalho começava nos encontros com artistas e escritores através de infundadas reuniões, na discussão e elaboração dos textos e na reconstrução do conceito de AIDS e todos os sentimentos correlacionados a ele.

A AIDS se mostra tão desmedida que estimula os desejos e os projetos grandiosos. Entretanto, correr atrás, do “prejuízo” por ela instalado é uma cilada. Há que segurar a ansiedade e a onipotência que nos invade, construindo um caminho inverso ao que ela percorre. O trabalho deve ser singular, através da descoberta de conceitos e emoções que possibilitam um saber de si que é maior e anterior ao saber da AIDS.

A AIDS traz consigo o ganho da possibilidade de crescimento ao impor uma situação limite na qual não existem meios termos. Assuntos protelados como sexualidade, autonomia, medo, desejo, prazer e cidadania- em épocas menos perigosas, tornam-se o alvo essencial de nossa busca.

O processo educativo alternativo deve ser participativo, sistematizado e constante, voltado para a construção de um saber que é, antes de tudo, pessoal.

E foi assim que descobrimos que a grande aventura está na disponibilidade de ensinar e, com isso, aprender que as coisas ainda estão por vir.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUARQUE, C. & GUERRA, R. *Calabar: o elogio da traição*. 18ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994, p.17.
2. DOMINGUES, R. C. *Prevenção de AIDS através da educação comunitária*. Texto Datilografado.
3. MAIA, M. B. GUIMARÃES, R. A.; LOPES, G. P A (in)formação sexual do adolescente: uma nova proposta. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, vol. 4(1):31-36, 1993.
4. AHRTAG. *Ação Anti AIDS*. Número 21, agosto-outubro 1993.
5. FREI BETO. *Fome de pão e de beleza: base da pedagogia*. In: GROSSI, E. P. & BORDIN, J. *Paixão de Aprender*. 4ª ed., Petrópolis, Vozes, 1993, p. 16.
6. CHEVALIER, J. & GHEERBRANT, A. *Dicionário de símbolos*. 5ª ed., Rio de Janeiro, José Olympio, 1991, p. 518.
7. ECO, H. *O nome da rosa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983, p. 530.
8. BENJAMIN, W. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. 6ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1993, p. 197-221.

# A Prostituição de **7** Ontem e Hoje

---

Maria Lúcia Biem Neuber<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A prostituição é a mais antiga das profissões. Ela remonta a era a.C.. Foi, e é, palco das mais empolgantes estórias de amor. Relembra desde os amores famosos de um não longínquo “Casa Nova”, até as mais tristes cenas de um submundo hodierno.

O presente trabalho de pesquisa histórica foi desenvolvido na cidade de Bauru, Estado de S. Paulo, cuja população atual é de 300.000 habitantes. No entanto, à época dos fatos aqui relatados, tal urbe era uma pequena cidade interiorana e, como tal, desprovida de qualquer recurso.

Exatamente nessa cidade surgiu uma das mais famosas casas de prostituição. Na década de sessenta a então famosa revista “REALIDADE” (nº4), em reportagem extraordinária sobre prostíbulos, enaltece e eleva a “CASA DA ENY” como a maior da América Latina. De fato, foi um baluarte, tal e qual a consagrada revista divulgou: “UMA FORTALEZA CHAMADA ENY”.

---

1. Psicóloga Clínica  
Recebido em 19.09.94

## PROSTITUIÇÃO EM BAURU

### A Zona do Meretrício (1940-1970)

Por volta de 1940, no centro da cidade de Bauru (na antiga Rua Costa Ribeiro atualmente Rua Presidente Kennedy), quatro quarteirões de casas, bares, restaurantes e cabarés destinavam-se à lascívia da noite.

As estatísticas da época informam um número de aproximadamente 400 prostitutas registradas naquela época, cujo nível cultural variava amplamente.

Nos cabarés eram apresentados espetáculos com a presença de vários artistas famosos.

Os homens, em sua maioria, iniciavam-se sexualmente com as prostitutas. Quando elas tomavam conhecimento de serem eles inexperientes, ou seja, “iniciantes”, mudavam completamente o seu *modus operandi*, adotando um comportamento até material.

O advogado criminalista TIBÚRCIO DE MATTOS, atualmente com cerca de 76 anos de idade, em entrevista publicada no dia 4 de abril de 1993 no “Jornal da Cidade”, complementada por informações pessoais, relatou que em meados de 1965 a população pedia uma providência imediata às autoridades, pois a zona do meretrício, que ficava no centro da cidade, deveria ser transferida, para a periferia.

TIBÚRCIO, atendeu ao pedido do então Juiz de Direito ANTONIO DE MACEDO CAMPOS (posteriormente Desembargador de Justiça) hoje falecido e juntos se empenharam em resolver a questão. Partiram então para um passeio, com a finalidade de encontrar um local que pudesse abrigar as prostitutas.

Após várias pesquisas chegaram a um matagal distante do centro, local acordado para ser o ideal da instalação da “Zona”, tendo em vista se situar fora da cidade e não incomodar a população, segundo Tibúrcio.

TIBÚRCIO procurou o proprietário do local, o senhor Bazilio Ferreira e tentou convencê-lo a fazer a doação das terras. Diante da negativa, o advogado comprou a gleba para que lá se mudasse a “Zona”. Tal gleba, num total de 130.000 m<sup>2</sup>, custou cerca de 550 contos de réis (expressão própria), pagos em prestações mensais. A área foi então loteada e trinta casas foram construídas com restos de outras construções, levantadas pela equipe do pedreiro JESUS SABINO, vulgo “Zuza”. Os imóveis foram vendidos às prostitutas e alguns terrenos foram doados. As prestações das casas eram de 2.000 réis (expressão própria), sendo que poucas foram aquelas que conseguiram cumprir o contrato de compra. Segundo o próprio causídico, teve ele muito prejuízo, pois não executou nenhuma daquelas inadimplentes.

Decorrido um ano após a compra de gleba, e 1966, foi efetivada a mudança da Zona do Meretrício para a zona de confinamento (hoje Jardim das Orquídeas). Este local em desprovido de água e luz e, comumente, as mulheres eram obrigadas a fazer fogueiras para iluminar as frentes das residências.

Relembra ainda o citado Tibúrcio que as casas mais famosas, por possuírem prostitutas mais selecionadas e com melhores condições de cultura eram “LOLILA”, “BAIANINHA”, “JUREMA”, cujas “meninas” sempre eram obrigadas a passar por exames ginecológicos, mesmo porque eram todas cadastradas no setor competente.

O local foi palco de muitas brigas e vários crimes mas, entre as mulheres, haviam aquelas dignas, que lá estavam por questões outras, diversas da vadiagem ou mesmo pilantragem. Se discórdia houvesse entre elas era em decorrência da traição dos “gigolôs”, pois tal era, para as mesmas, um ato imperdoável. Por seu turno, o referido local parecia uma cidade metropolitana, cheia de luminárias e alto som. Era só alegria.

A então Avenida Oeste, localizada no Jardim das Orquídeas, era bem distante do centro da cidade de Bauru. Para tanto, os pretendentes a visitá-la, se agrupavam para dividirem as despesas decorrentes da lotação do táxi.

As prostitutas eram bem produzidas, ou seja, vestiam-se bem, maquiavam-se e, em regra geral, eram bem educadas.

Por volta da década de 1970, as casas de prostituição, à exceção da “CASA DA ENY”, mais famosas foram: “Verão Vermelho”, “Tania Drinks”, “Casa da Toni”, “Primavera”, “Mansão da Sara” e a “Boite Rivo”. Havia muita cerveja e não se cogitavam em drogas, pois, à época, a principal preocupação era a famigerada blenorragia (“gonorréia”), doença venérea que era curada a base de penicilina.

Nos fins de semana, o fluxo de freqüentadores girava em torno de 1.000 a 1.500 pessoas. Estas se diversificavam entre as da classe média e das classes inferiores. A alta classe, denominada “A”, em sua maioria freqüentavam a lendária “CASA DA ENY”, sobre a qual discorreremos a seguir.

### **A Casa da “ENY”**

EMMY CESARINO, a proprietária da famosa e lendária “CASA DA ENY”, com a tenra idade de 20 anos deixou a sua família na capital do Estado de S. Paulo, dirigindo-se para a cidade do Rio de Janeiro, onde iniciou suas atividades nos cassinos existentes, Adquirindo algum numerário regressou a seu Estado, domiciliando-se na cidade de Bauru (SP) em 1940, quando então foi inquilina da “Pensão Imperial”. Mudou o seu prenome para ENY, passando a gerenciar a referida pensão. Posteriormente abriu

sua primeira casa noturna, localizada na Rua Rio Branco nº 550, no centro da cidade.

Naquela época, segundo manifestação da própria, em entrevista fornecida a um periódico da cidade, “os pais e familiares eram mais puritanos, não existia tanta liberdade, o que favorecia o progresso dos prostíbulos”.

Muito embora acomodada no centro da cidade, por pressão da sociedade e a solicitação do então magistrado MACEDO DE CAMPOS, já aludido anteriormente, foi “convidada” a transferir seu estabelecimento para um lugar mais afastado, ou seja, confinado. A esta altura, em oposição às demais proprietárias de casas de prostituição que se transferiram para o Jardim das Orquídeas, optou pela instalação de sua “casa” no trevo da rodovia Bauru-Ipauçu, ou seja, a antiga estrada Bauru-Agudos, local que ficou sobejamente conhecido como “TREVO ENY”.

Segundo ENY relatou em várias reportagens, em poucos anos conseguiu tudo aquilo que almejava. Possuiu uma casa muito bonita, organizada, com boas “suítes” (72 apartamentos), jardins, restaurantes (2) que funcionavam diariamente e se vangloriava de ter a maior piscina particular da cidade. Além disso, seu nome foi projetado por todo o continente, sendo seu prostíbulo considerado o maior da América Latina, quicá do mundo, comparável apenas a um semelhante, em Hong Kong.

Rememorando sua vida, Eny relata que vivenciou mais alegrias que tristezas. Como fato notório e marcante relembra sua iniciação na prostituição. Recordar-se da época que tinha uma amiga de “serviço” que deslumbrava por sua beleza, ressaltando-se por seu corpo esguio e belo, e que num determinado dia se apaixonou. Como não foi correspondida, ateou fogo em si própria, enrolada em um cobertor. Para Eny este foi um fato impressionante. Aliás, naqueles tempos era comum entre elas o suicídio por amor.

Deste nefasto acontecimento, o que restou de sua amiga foi uma linda criança, cuja criação a própria Ely assumiu até que tivesse 27 anos de idade. Infelizmente, seu filho “adotivo” faleceu, vítima de câncer. Foi, em sua vida, uma das mais tristes perdas. Ela mesma nunca teve filhos, jamais chegou ao casamento. Teve sim um grande amor (Maurício) que durou 20 anos e terminou infelizmente, com a morte trágica do amado na Via Dutra. Contava Eny, nessa época, com 50 anos. Desde então ela começou a definir.

Eny tinha posição contrária ao abortamento e orientava sempre suas “sobrinhas” ou “afilhadas”, como eram chamadas as moças que trabalhavam em sua casa. Se acontecesse uma gravidez era ela quem cuidava de tudo. Orientava a mãe, que ficava sob sua guarda e permanecia no mesmo local, ajudando em outras tarefas. Preocupava-se com o recém-nascido e o acomodava. Afinal, sempre os considerou como seus “netos”. Criou, sem exagero, mais de 70 crianças. Destas, algumas ficaram até famosas, sem ao menos saber dos favores recebidos.

A caridade sempre foi seu lema. Seu sucesso, porém, deveu-se a discrição absoluta com que envolvia seus convidados. De fato, incontáveis homens de posição e poder aquisitivo passaram por sua casa. Não conseguiu ela acumular riquezas principalmente pelo fato de sustentar sua família, bem numerosa, e mais aquelas pessoas que dela necessitavam (cerca de 100).

Fora do tema em pauta ou seja a prostituição, Eny era conhecida como uma grande amiga e anfitriã. Realmente, em sua casa reuniam-se vários políticos da época, tanto para preparar campanhas como para comemorar vitórias. Vários homens freqüentavam sua casa para um “bate papo” simplório com suas sobrinhas, sem qualquer objetivo sexual. Gostavam de sua personalidade e até a exigiam como conselheira.

Anos se passaram. O progresso, indubitavelmente, exerceu sua influência. Finalmente, em 1983, a Casa da Eny não sobreviveu ao mundo moderno, onde a rotatividade sexual deixou de ser exclusividade das prostitutas. O surgimento e proliferação dos motéis influenciaram o destino dos prostíbulos. Ela, doente, vendeu o seu imenso prostíbulo ao médico psiquiatra Fauzer Banuth, que alimentava na época a idéia de aproveitar o local para a construção de um hospital psiquiátrico.

A famosa Emmy Cesarino, conhecida como ENY, faleceu aos 70 anos de idade, no dia 24 de agosto de 1987, às 1:30 hs., no hospital da Beneficência Portuguesa de Bauru, vítima de parada cardíaca. Morreu, diga-se, afastada de todos os requintes que a cercaram durante muitos, muitos anos. Sua vida, durante todo o tempo de suas atividades, foi alvo de notícia nos mais consagrados veículos de comunicação, tais como Realidade, Manchete, Isto É, Veja, Folha da Tarde, Nova, etc.

Por fim, e cumpre salientar que a estória de ENY deve ser perpetuada. Só não foi ela mais famosa porque, embora procurada por muitos escritores, negou-se a dar informações ou declarações sobre particulares, que poderiam prejudicá-los. Preferiu, como sempre quis e disse, levá-las para o sepulcro. Realmente levou-os.

### *Escultura e preconceito*

De conformidade com o artigo publicado pelo conceituado “JORNAL DA CIDADE”, o artista plástico LARANJEIRA, em 1983, depois de fazer um levantamento histórico das manifestações que tiveram repercussão internacional e que caracterizaram a cultura de uma época da cidade, fez uma escultura intitulada “EM HOMENAGEM À MADAME ENY”, por considerá-la um dos vultos mais famosos de Bauru.

LARANJEIRA, em seu trabalho artístico, feito em estrutura de ferro e *papel machê*, retratou um corpo feminino. Essa obra foi feita para participar da “MOSTRA COLETIVA DE ARTES PLÁSTICAS DE BAURU”, organizada pela Delegacia Regional de Cultura, em 1983. O artista relata que sua obra sofreu diversas críticas, algumas das quais positivas. No entanto, a grande maioria reagiu negativamente ao trabalho, amparando-se em falsos padrões morais e influenciando, inclusive, a exposição pública da escultura, que foi proibida de ser exposta no SENAC e na CASA DA CULTURA.

Continuando, o referido artista LARANJEIRA nos conta que uma das alegações sem fundamento da censura à exposição da escultura foi a de que ela estaria “suja”. Hoje, a referida obra se encontra exposta no “TEMPLO BAR”, sito à rua Benjamin Constant, para quem quiser ver e admirar.

### **A prostituição atual**

*A zona do meretrício, em Bauru, apaga as suas luzes na década de 90.*

A concorrência do amadorismo sobre o profissionalismo, a liberdade sexual e tantos outros fatores contribuíram para a falência das casas de prostituição.

As poucas remanescentes, se é que existem, são de nível inferior àquelas de outras décadas.

Atualmente, a prostituição decai a nível pueril. Assim, Bauru, não fica muito atrás da realidade Amazônica. O relato pessoal do jornalista GILBERTO DIMENSTEIN, em sua incursão no mundo da prostituição na Região Norte, fez todo mundo refletir sobre a condição sub-humana em que vivem as meninas, morando em cativeiro e sendo traficadas para se prostituírem, conforme relata em sua obra “Meninas da Noite”, lançada em 1992. O aludido autor revelou que muitas meninas de classe média acabam vendendo seu próprio corpo para comprar uma calça de marca. No percurso, perdem-se nas drogas e nas doenças e entram para o sub-mundo, geralmente num caminho sem volta.

Na mais famosa avenida de Bauru, a “Nações Unidas”, meninas de até 12 anos de idade estão fazendo “programa”, ou seja, uma forma de prostituição. Chegam a fazer, segundo informações, até seis “programas” diários. O motel preferido, segundo elas, por não exigir documentos, é um bem conhecido.

Também na não menos famosa Avenida Rodrigues Alves verifica-se outra forma de prostituição, e dos chamados “travestis”. Estes, até mais perigosos do que as prostitutas, estão se constituindo em uma realidade cada vez mais presente na vida da cidade. Este fato deve ser salientado,

para que a sociedade se cuide, tendo em vista a promiscuidade evidente e, além do mais, o risco da transmissão da “Aids”.

### CONCLUSÃO

Houve uma mudança radical da realidade brasileira na década de 40 até os dias de hoje. Atualmente, observa-se um quadro obscuro e preocupante.

Necessário se faz a instituição de programas coerentes de educação sexual, tanto a nível de orientação como de informação, para que possamos ter, futuramente, uma sociedade mais responsável e sexualmente melhor estruturada.

A prostituição é um problema complexo, que está condicionada a vários fatores que a tornam inestirpável da sociedade.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIMENSTEIN, G. *Meninas da noite*. Editora Ática, SP., 1992.
2. ESTEVES, M. A. *Meninas perdidas*. Paz e Terra, Oficina de História, 1989.
3. Artigos: *Jornal da Cidade de Bauru*, Revista Realidade n° 4, Revista Veja, Revista nova, n° 113.
4. Entrevistas.

### AGRADECIMENTOS

Aos advogados criminalistas, doutores TIBÚRCIO DE MATTOS e MANOEL CUNHA CARVALHO FILHO.

À editora-chefe do *Jornal da Cidade de Bauru*, MARIA ANTÔNIA DARIO.



## AS ENCRUZILHADAS DO CAMINHO

Amor e sexualidade acontecem e se desenvolvem no contexto de vida em que estamos, sofrem a influência dos contextos em que já estivemos e é matizado pelo contexto social e cultural que nos envolve.

Os maiores de 40, na maioria dos países ocidentais, vivem num contexto sócio-cultural que supervaloriza o corpo jovem e denigre a velhice. Isto atinge, em especial, a mulher. Enquanto homens grisalhos, carecas ou até mesmo barrigudos são, eventualmente, considerados charmosos, o corpo maduro da mulher, com rugas, cabelos brancos; adiposidades e flacidez costuma ser pouco admirado. As clínicas de cirurgias plásticas, de estética e rejuvenescimento facial, assim como a indústria de cosméticos com todo o seu arsenal de cremes anti-rugas são buscadas na esperança de atenuar as marcas do tempo.

Após os 40, a experiência e a sabedoria acumulada nem sempre encontram boas colocações no mercado de trabalho, que tantas vezes olha o jovem como mais dinâmico e com mais disposição para novos desafios e considera os mais velhos como ultrapassados. Com isso, quando chega a época da aposentadoria, a encruzilhada se apresenta assim: por um lado, é a oportunidade de renovar projetos de vida e de produção, revisitar antigos sonhos, construir a vida e a relação com o tempo de maneira diferente; por outro lado, é o perigo de sentir-se inútil, desprestigiado, perdido no tempo e no espaço, solo fértil para a construção de estados depressivos, isolamento, morte em vida. Isso sem mencionar que, com a aposentadoria, muitas pessoas ficam com salários tão reduzidos que o padrão de vida cai enormemente ou, então, se estabelece uma dependência financeira com os filhos adultos ou outros familiares.

Todo esse contexto afeta a auto-estima, com reflexos concretos no convívio amoroso e na sexualidade.

## O CONTEXTO DO AMOR

Após os 40, a maior parte das pessoas já trilhou um longo caminho nas relações amorosas, não raro com sofrimentos, desilusões, rupturas e renovação de esperança. O que tende a acontecer nos diferentes contextos das relações amorosas?

Nos casamentos duradouros, as pessoas podem ficar juntas até por mais de meio século, construindo projetos de vida em comum ou, a partir de certo ponto, vidas paralelas em que predomina a separação mesmo mantendo a coabitação. Manter o interesse um pelo outro e o desejo sexual

aceso é um desafio especial nos casamentos a longo prazo: se o casal não tratar de manter um certo encanto e revitalizar o erotismo, o convívio erótico-amoroso tende a submergir na construção de um relacionamento fraternal que sofre o desgaste do tempo e das tensões do dia-a-dia da casa, do trabalho e da família. Mágoas, desilusões, decepções, sonhos desfeitos formam a base do desinteresse sexual no casamento, especialmente nas mulheres.

Quando declina o desejo e o erotismo, abre-se mais espaço para o tédio, indiferença e o esfriamento do contato; ou, ao contrário, o casal passa a construir um clima de brigas crônicas, feita de queixas, críticas e reclamações que, embora de modo desagradável, “aquece” o contato e pode funcionar como anti-depressivo, mantendo o envolvimento.

A sexualidade, com frequência, revigora-se no contexto das relações extraconjugais. No espaço recortado para momentos agradáveis e prazerosos, muitos homens e mulheres vivem o contraste entre o cotidiano morno do casamento duradouro e o neon do encantamento e da excitação presentes na conquista e na manutenção de um “caso secreto”, de curta ou longa duração. Charme, sedução, gentileza, envolvimento, clima propício para o erotismo encontram aí solo fértil, longe da burocracia doméstica, em que tantas pessoas caem na inércia do dia-a-dia, submergem no cansaço e em outros afazeres, deixando de considerar o encantamento como prioridade.

O índice de separações cresce a cada ano e, com isso, as pessoas ficam oficialmente disponíveis para novos amores. Para os maiores de 40, especialmente as mulheres que vivem mais tempo que os homens, a viuvez também traz a questão da reconstrução de vida, com ou sem novas parceiras. De qualquer modo, seja pela separação ou pela viuvez, há grandes modificações na organização familiar e na reestruturação do convívio com amigos, parentes e filhos adolescentes ou adultos.

A possibilidade da paixão ou a busca de companheiro(a) com base na solidariedade e na amizade podem acontecer em qualquer idade. Namoro, amizade amorosa, viver junto em casas separadas ou recasar? O leque das novas possibilidades de convívio amoroso é amplo e, em cada um desses contextos, há dificuldades e possibilidades. No recasamento, por exemplo, forma-se uma “família instantânea”, com filhos de ambos que se dividem entre moradores e visitantes, aceitando ou repudiando o novo par; em lares uniparentais com filhos adolescentes ou adultos jovens, a renegociação de limites de convívio (por exemplo, quem dorme com quem e onde) num contexto em que, não raro, todos estão namorando. A sexualidade de pais, filhos e, eventualmente, netos, torna-se mais evidente para todos.

## **SEXO: DETERIORAÇÃO OU MODIFICAÇÃO?**

Para maiores de 40, o climatério é um divisor de águas: apesar dos avanços da procriação assistida que até viabiliza a gravidez pós-menopausa, o climatério ainda pode ser considerado o período que marca o fim da fertilidade biológica.

Para as mulheres que construíram parte de sua auto-imagem em torno da função materna, não poder mais gestar e, ainda por cima, ter filhos crescidos e saindo de casa pode resultar na conhecida “síndrome do ninho vazio”, com o conseqüente clima depressivo de “fim de linha”. Torna-se necessária a redefinição de metas de vida, o encontro da fertilidade de planos e idéias para que a vida fique novamente plena de sentido.

As mulheres que construíram sua auto-estima com base na beleza do corpo jovem vivem o climatério com ansiedade: com o declínio das taxas hormonais, acentua-se a flacidez, as rugas, enfim, os sinais de envelhecimento do corpo. Alguns desses fatores podem ser aliviados com a terapia de reposição hormonal, especialmente o ressecamento da pele e das mucosas que pode, inclusive, causar desconforto na relação sexual. No entanto, torna-se necessário trabalhar outros parâmetros de sedução, através da descoberta da beleza do corpo maduro e da própria experiência de vida.

Muitos homens se angustiam com a modificação do padrão das ereções que, com a idade, podem perder intensidade e duração, com aumento do período refratário. Quem construiu grande parte da auto-estima com base no “poder do falo” corre o risco de entrar em depressão e angústia ao ver que o pênis não reage como antes. No entanto, a limitação pode se transformar em novas possibilidades: a do requinte dos jogos sexuais, refinamento do erotismo, novos ritmos de prazer, com mais espaço para a ternura, o carinho e a sensualidade.

Sem a exigência tirânica do desempenho, a modificação do ritmo de excitação e orgasmo pode abrir fronteiras para a maior integração entre corpo, emoção, sentimento e pensamento. É como percorrer os diferentes andares de um prédio: do alto, a paisagem é mais completa. Na medida em que diminui a impulsividade, pode-se chegar à maior plenitude. Muitos maiores de 40 vivem sua sexualidade de maneira mais satisfatória do que aos 20.

## **A MANEIRA DE OLHAR**

Como no caleidoscópio, com as mesmas peças podemos criar imagens diferentes: Tudo depende de como nos movimentamos pela vida e do peso que colocamos nos pratos da nossa balança: quem dá mais peso às

perdas e às experiências ruins, constrói muito sofrimento e amargura, acumulando queixas e desilusões; quem dá mais peso às coisas boas e valoriza cada etapa da vida como oportunidade de novas descobertas, constrói uma vida melhor com mais alegria, mantendo a curiosidade e o encanto pela aprendizagem.

O envelhecimento é mais uma etapa de vida em que, como diz Simone de Beauvoir, o passado toma-se cada vez mais longo e o futuro cada vez mais curto. Independente da duração desta vida, importa que cada dia seja uma celebração. Amor, sexualidade e erotismo fazem parte da alegria de viver, embora às vezes tudo isto venha mesclado com tristezas e decepções. Mas nosso poder interior reside em fortalecer o olhar positivo sobre a vida, tomando a iniciativa de fazer mudanças benéficas para nós e para os demais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAUVOIR, S. *A velhice*. Difusão Européia do Livro, SP, 1976.
2. MALDONADO, M. *Histórias da vida inteira*. Ed. Saraiva, SP, 1994.
3. MALDONADO, M. e GOLDIN, A. *Maiores de 40: um guia de viagem para a vida*. Ed. Saraiva, SP, 1994.
4. PAZ, O. *A dupla chama: amor e erotismo*. Ed. Siciliano, SP, 1993.
5. SIMONOFF, G. *La nouvelle éternité: bien vivre 120 ans*. Grasset, Paris, 1993.

Trabalhos  
de  
Pesquisa

---

# Opinião dos Escolares Adolescentes sobre a Realização de Grupos de Discussão

# 1

---

---

Maria das Graças Carvalho Ferriani\*  
Maria Aparecida Tedeschi Cano\*  
Marta Angélica Iossi Silva\*\*  
Elza Maria Lourenço Ubeda\*\*\*

## RESUMO

No presente trabalho, os autores procuraram conhecer a opinião dos adolescentes em relação aos “grupos” dos quais eles participam em suas escolas, bem como, obter subsídios da realidade dessa clientela que possam contribuir para discussão e melhor operacionalização desses grupos.

O instrumento utilizado foi a técnica de entrevista aberta e participaram 11 (onze) adolescentes de diferentes escolas, sorteados aleatoriamente. Nas entrevistas verifica-se que o tema que desperta maior interesse entre os adolescentes é a sexualidade.

## SUMMARY

Is this the authors searched the opinion of adolescents about the so-called “group” they belong to in their schools. The authors also tried to

---

\*\* Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto.

\*\*\* Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-UFSCAR.

1. Trabalho apresentado no 3º Congresso Médico de Campinas-Agosto/93.

Recebido em 27.05.94

Aprovado em 10.06.94.

get some aid from the facts faced by clientele that could contribute to discussion and a better way to deal with these groups.

An opened interview technic was the chose and 11 (eleven) adolescents from different schools participate, drafted aleatorily. In the interviews we can see that the most interesting theme among the adolescent is sexuality.

## INTRODUÇÃO

Entendemos a criança e o adolescente como integrantes de uma sociedade e que em cada período histórico foram visualizados de forma diferente. Compreendemos ainda que infância e adolescência são fases de desenvolvimento do ser humano, marcadas por peculiaridades que os diferenciam do adulto e do idoso.

Inicialmente gostaríamos de conceituar o que vem a ser *adolescência*. Com início aos 10 anos e término ao redor dos 20 anos, adolescência é um período de profundas modificações físicas, psicológicas e sociais. Segundo LOPES- (1989), é traís que um período cronologicamente rígido, devemos considerá-la como uma fase individualizada, traduzindo uma modificação dinâmica no processo de maturação biopsicosocial do ser humano. Para VITIELLO (1988) se é difícil a conceituação de adolescência, mais ainda é a fixação de seus limites, uma vez que quaisquer parâmetros que se queira estabelecer como marcos sofrem alterações. Acrescenta ainda, que a tentativa de fixar limites cronológicos apresenta evidentes falhas na dependência de fatores sócio-culturais, familiares e pessoais.

Compreendemos também que não existe “Educação Sexual” como conceito restrito. O processo educativo deve ser abrangente e global, e passaria a ser retrógrado falar em “Sexualidade” na escola, tendo em vista o próprio conceito de educação.

É evidente que “Educação” dentro de um conceito amplo não pode ser setorizado em simples chavões isolados, como Educação Alimentar, Educação Sexual, entre outros. Portanto, o processo educativo só pode e deve ser visto como algo abrangente e multifatorial. Assim dentro desse processo amplo insere-se a Sexualidade como parte de um todo e não como um tópico isolado (VITIELLO et alii, 1991).

E o que vem a ser Sexualidade? Segundo WILSON (1977), são características biológicas, psicológicas e sócio-culturais que nos permitem compreender o mundo e viver através de outro ser como homens ou mulheres. É uma parte de nossa personalidade e identidade, é uma das necessidades humanas que se expressa através do corpo, é o elemento básico da feminilidade ou masculinidade, da auto imagem, da auto consciência, do

desenvolvimento pessoal. É parte do desejo para a satisfação pessoal, estimula as necessidades de estabelecer relações interpessoais significativas com os outros. Para LOPES, podemos conceituá-la de uma forma genérica, como o estar na vida, e de uma forma mais simplista, como o prazer proporcionado por todo o corpo.

A Sexualidade é um elemento que abarca todos os aspectos de uma pessoa, os quais se manifestam através da cultura existente, assim qualquer troca que se opere no sistema social, tem seus efeitos no sistema de valores do grupo. Portanto os principais canais de influência no processo de socialização da criança e do adolescente são:

### **a) Família**

A família deve ser o fio condutor que norteia a construção desse processo educativo, tendo em vista ser ela em nossa cultura, a estrutura social que participa do primeiro convívio da criança. É o primeiro grupo no qual ela adquire os valores básicos acerca do sexo e da sexualidade. E no núcleo familiar que a criança aprende o que é bom, o que é mal, o que é socialmente aceitável, o que é permitido, assim como os papéis sexuais e os padrões culturais.

Entretanto, o que se observa é que muitas famílias estão preparadas para ministrar uma educação coerente no que concerne ao exercício da sexualidade. Os pais trazem uma carga de preconceitos, inibições e desinformação adquiridos em sua própria formação.

Pesquisadores, apontam que os estudos sobre a sexualidade humana, ainda que iniciais e primários mostram que a sociedade atual desvincula o sexo da natureza humana, negando ao homem seu exercício pleno. Segundo CONCEIÇÃO (1988) essas constatações vêm gerando dúvidas sobre a validade de regras sociais, permitindo críticas ao comportamento ético e viabilizando a reconsideração sobre o imoral. O homem, apesar de acreditar no seu direito de buscar o prazer, está vivendo em conflito consigo mesmo, pois é fruto de uma educação anti-sexual.

O conflito entre as evidências científicas de uma sexualidade despojada de pecados e de tabus, e uma educação anti-sexual, deixaram o homem angustiado e insatisfeito; conseqüentemente, a sociedade na qual está inserido encontra-se doente.

Na atualidade, a maioria dos adultos encontra dificuldades em lidar com a sua própria sexualidade? Alguns estudos nos apontam que em nosso meio 60% das mulheres apresentam disfunção sexual e nos homens esta aparece com uma freqüência de 35%, o que nos leva a pensar na dificuldade dos adultos em lidar com esse assunto junto aos jovens.

## b) Escola

Como a família sente desconforto em lidar abertamente com a questão da sexualidade, a “Educação Sexual” é empurrada para a escola.

Segundo VITIELLO et alii (1991), o que ocorre na escola é que os educadores são adultos que muitas vezes apresentam as mesmas dificuldades dos pais, por fazerem parte do mesmo contexto sócio-cultural.

Com isso, a sexualidade é vista em seu aspecto orgânico, transformando-se em aulas de biologia da reprodução. É evidente que será necessário uma preparação exaustiva dos educadores, para que a escola possa assumir esse papel, uma vez que a família não se sente preparada para elaborar de forma satisfatória a educação sexual de seus filhos. Para que a escola possa exercer esta função de orientação junto às crianças, a família, detentora do poder, deve estar de acordo e dar a sua permissão.

Segundo CONCEIÇÃO (1988), o preparo do indivíduo para a realidade de uma prática sexual, sem tabus e preconceitos, necessita de profundas alterações no sistema educacional e na própria sociedade. Essas alterações exigem sacrifício da sociedade vigente nas áreas de economia, política e religião. Sem uma mudança social não conseguiremos mudar o homem que vive nesta sociedade, pois a sexualidade é parte do comportamento humano, que por sua vez transcende o biológico, sendo predominantemente cultural.

Consideramos o papel da escola na formação do homem, pequeno, em comparação aquele exercido pela família, mas pode ser bastante significativo, em Programas bem dirigidos, se for a única fonte de orientação.

Entendemos dessa forma, que a escola não deve ser desprezada ou ignorada no que tange a sexualidade e só conseguiremos pais capazes de uma educação global, preparando melhor as crianças de hoje. Não temos modelo para indicar, entretanto, não podemos exigir que homens, frutos de uma sólida educação antisssexual; incapazes de viverem liberdade, e fracos porque sempre foram oprimidos, se transformem num passe de mágica e adquiram toda espontaneidade e segurança para oferecer a educação sexual que solucione os conflitos e as frustrações destes mesmos homens.

Portanto, o adolescente, a família e a escola são partes componentes de um “Sistema Integrado” no qual interação de forma simultânea e mutuamente independente.

Diante desses questionamentos, é importante identificar alguns aspectos da visão dos adolescentes, sobre os grupos que participam nas escolas da rede oficial de ensino e que são formados pelos profissionais que trabalharam no Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar -PROASE, no município de Ribeirão Preto-SP, objetivando discutir assuntos pertinentes à adolescência.

## METODOLOGIA

### 1 - Local de Estudo

O PROAZE encontra-se implantado em todas as escolas de 1º grau da rede pública de ensino em Ribeirão Preto, contemplando a faixa etária de crianças que freqüentam a escola. O Programa é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, tanto em nível de escola, como de Ambulatório de Referência de Escolar, objetivando uma integração, desses profissionais com as atividades dos locais em que atuam.

Em 1991 estimou-se uma população de 430.805 habitantes para o município, sendo que destes 80.266 correspondiam ao grupo etário de 5 a 14 anos. A cidade com 91 escolas e o contingente de alunos atendidos pelo PROAZE estava em torno de 74.235 do pré e 1º grau.

Dentre as diversas atividades executadas pelos profissionais, uma refere-se ao “Programado Adolescente”, que é desenvolvido através da formação de grupos com os alunos que freqüentam as escolas. Muitas vezes tem ocorrido a formação desses grupos a partir da solicitação dos professores, uma vez que os mesmos quando abordados sobre sexualidade, têm dificuldade para discuti-la aos adolescentes. Outras vezes os grupos se formam espontaneamente ou a partir da sugestão dos profissionais de saúde que atuam junto às escolas.

As reuniões eram marcadas semanalmente, mas dependendo das necessidades do grupo e disponibilidade dos profissionais poderiam ocorrer mais de uma reunião da semana. Em algumas escolas por problemas de espaço físico, os adolescentes se reuniram em locais da comunidade como por exemplo, o Centro Comunitário. Nos finais de ano são programados “Encontros” dos grupos de adolescentes, que se reúnem durante todo o dia com atividades programadas junto aos profissionais. Esses “Encontros” tem favorecido a divulgação do trabalho e a formação de novos grupos, bem como, o preparo e atualização dos profissionais através de cursos específicos da área para trabalhar com essa faixa etária.

A metodologia que vem sendo desenvolvida com esses grupos é a metodologia participativa. Como já mencionamos anteriormente, entendemos a ação educativa, como um projeto amplo e que visa alcançar resultados através de processo participativo de criação e produção, centrando no adolescente. As ações educativas se processam em grupo, onde podem articular o sentir, o pensar e o fazer de cada um com o outro, até chegar ao sentir, pensar e fazer do grupo - o produto.

No processo grupal teoricamente -podemos dividir didaticamente o processo em quatro fases - MOBILIZAÇÃO, ENSIBILIZAÇÃO, PRODUÇÃO E AVALIAÇÃO correspondente ao desenvolvimento da ação educativa. É importante salientar que estas fases não são estanques e se articulam, uma prática, através de atividades indicadas pelo orientador que deve estar atento ao desenrolar do grupo, para conduzi-lo de forma dinâmica e interligado.

Alguns grupos, funcionam com a presença de tanto de enfermeiros, como do psicólogo, médicos, dentro outros, como também podem funcionar com participação de apenas um dos profissionais dependendo dos horários que funcionam os grupos e dos horários dos próprios profissionais.

O grande interesse dos adolescentes pelas questões relativas à sexualidade pode ser verificada na temática dos temas abordados, mediante os questionamentos iniciais dos adolescentes (anexo II).

- a) Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino
- b) Menstruação
- c) Anticoncepcionais
- d) Sexo na adolescência
- e) Gravidez
- f) Namoro
- g) Doenças sexualmente transmissíveis
- h) AIDS
- i) Drogas
- j) Auto-estima e valorização do ser humano

De acordo com a temática são utilizadas técnicas e recursos psicodramáticos:

- dinâmica de grupo;
- dramatizações;
- grupos de estudos;
- redações coletivas;
- diálogos;
- uso de slides;
- filmes, etc.

Em nosso estudo, selecionamos aleatoriamente, 11 (onze) adolescentes, pertencentes aos grupos de três escolas, de diferentes bairros da cidade e que já freqüentavam os grupos de adolescentes há pelo menos um mês e pesquisamos suas opiniões com relação aos grupos que são formados nas escolas, onde se discutem temas como: sexualidade, adolescência e drogas.

No primeiro semestre de 1993 tínhamos formados 6 (seis) grupos de adolescentes tendo em cada um em média 10 (dez) a 12 (doze) adolescentes de 4ª a 8ª série na faixa etária de 10 (dez) a 15 (quinze) anos.

As 11 (onze) crianças responderam ao instrumento de pesquisa (anexo I) mediante a técnica de entrevista, no domicílio, realizada no período de 30 de junho a 15 de julho de 1993, por uma das pesquisadoras.

Cada entrevista durou em média 15 minutos e com ela avaliamos as opiniões que os adolescentes têm em relação aos grupos que são formados nas escolas para discutir pertinentes à adolescência.

Dos 11 (onze) adolescentes entrevistados, 05 (cinco) eram do sexo masculino e 06 (seis) do sexo feminino, pertencentes a 03 (três) escolas de 1º grau, sendo duas delas situadas na periferia e uma na região central da cidade. A idade dos adolescentes variou de 10 (dez) a 15 (quinze) anos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como o nosso objetivo era de levantar aspectos que possam trazer elementos para discussão, avanço e melhoria da operacionalização dos grupos de adolescentes nas escolas da rede oficial, buscamos ressaltar a opinião dos adolescentes, vistos enquanto sujeitos sociais, pois só assim poderíamos resgatar suas percepções, conflitos ou contradições durante o processo de realização dos grupos e discussão dos temas. Queremos dizer com isso, que não era nosso objetivo analisar em profundidade a fala desses adolescentes.

Assim passaremos a descrever e analisar as questões que englobam as perguntas da entrevista sobre as percepções que os adolescentes têm em relação aos grupos que são formados nas escolas para discutir assuntos pertinentes a adolescência.

Na pergunta Como você chegou até o grupo de adolescentes?

Obtivemos respostas sucintas e verifica-se que a chegada deles ao grupo é por encaminhamento do professor ou a convite do profissional da saúde que passa nas classes. Apenas uma criança procurou o grupo espontaneamente conforme podemos constatar abaixo:

*“Em conversa com amigos que comentaram sobre o grupo, daí meu interesse e comecei a frequentar”.*

Verificamos que alguns alunos chegam a participar do grupo porque o professor encaminha, por não estar em condição de responder de forma satisfatória as questões que são levantadas no dia a dia pelas crianças; uma vez que estas dúvidas estão na maioria das vezes ligadas a área da sexualidade como mostra o anexo II. Outro fator é que esses professores como já mencionamos anteriormente, pertencem a mesma sociedade que a

família do adolescentes e fizeram parte de uma educação repressora e anti-sexual na sua infância e juventude.

*A segunda questão: O que você pensa sobre o grupo?*

A maioria dos adolescentes referiram ser bom e apontaram aprendizagem e troca de experiência, conforme as colocações abaixo:

*“Acho interessante, porque descobri muitas coisas da vida...”*

*Muito interessante, porque você aprende sobre as coisas nossas, da adolescência, que você não pode aprender tudo em casa;*

*Bom, eles explicam os assuntos que a gente coloca em questão;*

*A gente fica sabendo mais...*

*Troca idéias, experiências;*

*Bom, porque converso assuntos do nosso interesse”.*

Dois adolescentes se posicionaram que deveria ser separado o grupo de meninos e das meninas:

*“Legal, e eu acho que fazer esses trabalhos com os meninos não é bom porque eles começam a falar bobagem”.*

Observamos que essas adolescentes, trazem uma carga de preconceitos e tabus já enraizados na família, sabemos que a família exerce a principal função no processo de desenvolvimento do homem, fornecendo a ele as bases de sua personalidade. De acordo com CONCEIÇÃO (1988) os Programas Educativos que incidem após o período de formação da personalidade não contribuem acentuadamente para modificar o comportamento, se não forem coerentes com a educação fornecida pela família.

*Na pergunta: Quais os assuntos que estão sendo abordados ou foram abordados no grupo e qual deles você tem mais interesse?*

De acordo com as respostas percebe-se um grande interesse da maioria dos adolescentes sobre a Sexualidade e deixam explícitos em suas falas:

*“Adolescência é claro, mais interessante que AIDS...”*

*Sobre o nosso corpo, foi dito as palavras certas sobre as partes de nosso corpo...*

*Como prevenir a gravidez, como os homens usam camisinha...*

*O jogo que trouxeram, sobre adolescência...*

*Modificações do corpo...*

*Sexo na adolescência...*

*Adolescência, menstruação...*

*Vírgindade...”*

Outro bloco de assuntos que os adolescentes apontam como interesse para serem discutidos:

*Droga na adolescência...*

*Doenças venéreas como a AIDS...*

*Esporte que fizemos, cartaz sobre a cólera, e um monte de coisas como a AIDS...*

A questão seguinte pode ser melhor analisada se comparada com a anterior *Como você acha que deveria ser montado o grupo e como os assuntos deveriam ser discutidos?*

A maioria dos adolescentes responderam que todas as classes deveriam participar e que a escola deveria investir mais na participação desses adolescentes nos gupos e não misturando as classes.

Podemos constatar o fato através das seguintes falas:

*“Tinha que participar mais alunos, falar mais na escola porque é importante para moças e rapazes de 15 anos...”*

*Eu acho que todo mundo deveria comparecer, mesmo fora do horário de aula..*

*- Que os professores fizessem que os alunos se interessassem por estes grupos e os pais dessem apoio, deveria ser por classe...*

*- Poderia ser a classe inteira, tudo junto...”*

Outros adolescentes explicitaram em suas falas:

*“As pessoas que se inscreveram nos grupos tinham que freqüentar...”*

*Poderiam falar como se deve ter cuidado nas ruas, porque tem muito assalto...*

*Achei que todos os assuntos foram ótimos, mas devia orientar mais sobre AIDS”.*

Esses depoimentos refletem a necessidade desses adolescentes serem orientados, não só os que são encaminhados pelos professores e convidados, mas todos que estão na escola. Outro aspecto evidenciado é o apoio que as famílias devem dar, ou seja, a integração da família ao Programa.

O que temos observado em nossa prática é que os pais, muitas vezes se sentem frágeis e inseguros em sua própria sexualidade, não se interessando pelo que vem sendo discutido com as crianças e prejudicam dessa forma a atuação da escola. Segundo CONCEIÇÃO (1988) a omissão da família tão prejudicial quanto a repressão.

Outro aspecto observado foi a questão das classes na formação de gupos que já se conhecem, é uma característica do próprio adolescentes como também, não deixa de ser o vínculo que já foi criado pelo próprio gupo.

Foi destacado a necessidade de aprenderem a se defender da violência que encontram na sociedade.

As perguntas seguintes se referiam: *Com quem você conversa sobre o assunto? A professora conversa cora vocês esses assuntos? Quem você acha que deveria falar a você sobre esses assuntos?*

Neste bloco de questões constatamos que dos 11 (onze) adolescentes entrevistados, 03 (três) conversam com a mãe, 03 (três) adolescentes não conversam com ninguém, 02 (dois) adolescentes conversam com o pai, 02 (dois) adolescentes preferem conversar com amigos e 01 (um) adolescente com o irmão. Verificamos que as professoras abordam pouco essa temática com os adolescentes sendo que apenas 03 (três) delas indicaram o

professor; referindo que o mesmo quando comenta o assunto, é muito rápido.

Eles apontam ainda o profissional da saúde, para discutir a temática em questão.

Como já mencionamos anteriormente, a escola e o professor precisam ser preparados para que possam trabalhar com essa questão, como também os profissionais da saúde precisam desse preparo.

É importante ressaltar, que professores e mesmo os profissionais da saúde preparados para lidar com adolescentes, devem concentrar sua atenção na família objetivando resultados com os grupos de adolescentes.

A última questão foi sobre os profissionais que participavam do grupo - Todos os adolescentes conheciam o profissional de enfermagem que participava do grupo, bem como referiram outros profissionais, como o psicólogo.

Entendemos que os pontos levantados aqui podem ser trabalhados em nível do PROASE, objetivando maior avanço no “Programado Adolescente”, ao mesmo tempo em que podem oferecer subsídios para outros profissionais interessados na montagem de grupos de adolescentes.

## CONCLUSÕES

A realização deste estudo, permitiu identificar algumas opiniões da visão dos adolescentes sobre a formação dos grupos nas escolas. Estes adolescentes os consideraram importante, não só para uma pequena parcela da comunidade escolar, e sim para todos os adolescentes. Deixaram explícito a necessidade do envolvimento dos pais com o “Programa”, bem como a necessidade de incentivo por parte dos professores aos alunos que se inscrevem e não freqüentam o grupo.

Fica claro a importância de se sensibilizar a escola quanto a necessidade da orientação sexual e compreender esta orientação como aprendizado para a conquista da liberdade e não apenas para cumprimento de um dever. O Programa que o PROASE vem desenvolvendo deve ser realizado de forma global em todos os níveis da instituição) escolar.

A família deve participar e conhecer a orientação sexual que as crianças estão recebendo e dessa forma ampliar conhecimento sobre a sexualidade humana. Acreditamos que assim, teremos a família como colaboradora.

Entendemos que a escola é a alternativa mais viável, no esquema de orientação desse tema, uma vez que na atual sociedade ela substitui a família.

O tema de maior interesse para os adolescentes é a sexualidade e entendemos que para discuti-la com os jovens é necessário ampliar os nossos próprios conhecimentos sobre esse assunto, bem como, aceitar a nossa

sexualidade reconhecendo suas limitações conseqüentes a educação anti-sexual que recebemos até então em nossa sociedade e estabelecer um relacionamento de confiança, maturidade e respeito com os Jovens, família e professores.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONCEIÇÃO, I. S. C. *Educação sexual*. In: VITIELLO, N. et alii. *Adolescência hoje*. São Paulo, Roca, 1988, p. 71 a 76.
2. LOPES, G. P. *Sexualidade humana*. Rio de Janeiro, MEDSI, 1989, 199 p.
3. VELASCO, A. M. et alii. *Salud, sexualidad y adolescencia-Guia practica para integrar la orientación sexual en la atención*. México, Editorial Pax México; Librería Carlos César Man, 1985, 315 p.
4. VITIELLO, N. *Caracterização biológica de adolescência*. In: *Adolescência hoje*. São Paulo: Roca, 1988, p. 1-3, 175 p.
5. VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C. *O exercício da sexualidade na adolescência*. II Educação sexual. R.B.S.H. II (1), 1991.
6. WILSON, Robert. *Introduction to sexual coseling*. Statewide Family Planning Program. Carolina Population Center, 5 th. edition, 1977.

# Anexo 1

## Entrevista – Roteiro para o Grupo de Adolescentes

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Distrital: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Início da Entrevista: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

1. Como você chegou ao grupo de adolescentes?
2. O que você pensa sobre o grupo?
3. Há quanto tempo você está no grupo?
4. Quais os assuntos que estão sendo abordados no grupo e qual deles você tem mais interesse?
5. Como você acha que deveria ser montado o grupo e como os assuntos deveriam ser discutidos?
6. Você discute esses assuntos com a sua mãe ou seu pai? Com quem você conversa sobre o assunto?
7. A sua professora conversa com vocês sobre esses assuntos?
8. Quais os profissionais que participam desse grupo? Você já os conhecia? De onde eles são? E o que eles fazem na sua escola?
9. O que você acha do PROASE?

## Anexo 2

- 1.Sexo pelo ânus engravida?
- 2.Aborto é meio de evitar gravidez?
- 3.Sexo oral dá AIDS?
- 4.Mãe engole nenê pela boca?
- 5.O que a gente faz quando está com muita vontade de sexo?
- 6.Cachorro menstrua?
- 7.Porque o cachorro fica colado?
- 8.Pode usar camisinha mais de uma vez?
- 9.O meu pai beija vagina menstruada disse que é gostoso.
- 10.Meu tio faz sexo com o cachorro, tivemos que chamar a polícia porque o cachorro chora à noite.
- 11.Quando a menina engravida pela primeira vez?
- 12.Até que idade mulher menstrua?
- 13.Vellia engravida?
- 14.Porque as mulheres tem dois buracos? Qual dos dois agente “ponhe” o pênis?
- 15.Porque quando transam o homem solta uma substância chamada porra?
- 16.Porque os homens falam buceta?
- 17.Porque as mulheres dão o tranco?
- 18.Porque as mulheres usam pênis de plástico?
- 19.Porque preciso passar vaselina?
- 20.Porque tem mulheres assanhadas para transar e outras não?
- 21.Tesão.
- 22.Tia você não vai falar de estupro?

# Ejaculação Precoce - Proposta Baseada na Cronologia **2**

---

Otto Henrique Torres Chaves<sup>1</sup>  
Walkíria Fernandes<sup>2</sup>  
Marisa Brito<sup>3</sup>  
Elber Valadares<sup>4</sup>  
Guilherme Bastos<sup>5</sup>

## RESUMO

Em um trabalho realizado anteriormente (11), constatou-se um alto índice de evasão dos pacientes com ejaculação precoce, no processo de psicoterapia ou terapia convencional. Na observação dos autores isto ocorreu principalmente nos pacientes com queixa de cronologia superior a 4 anos e que se mostraram desmotivados às terapias citadas.

No presente trabalho indicou-se para um grupo de 26 pacientes, durante 1992, na faixa etária de 22 a 60 anos, desde o início da terapia, a clomipramina. Tal indicação objetivou a ação da medicação na ejaculação, bem como seu efeito complementar sobre a ansiedade e possíveis quadros depressivos reativos mascarados que pudessem acompanhar esses pacientes. A intenção foi de possibilitar uma melhor adequação sexual, facilitando o processo psicoterapêutico.

- 
1. Urologista e Andrologista
  2. Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual.
  3. Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual.
  4. Psicólogo Clínica e Terapeuta Sexual.
  5. Psiquiatra.

Recebido em 05.08.94

Aprovado em 22.08.94.

Observou-se neste trabalho, uma diminuição do índice de evasão em relação aos pacientes que não usaram a clomipramina, estudados no trabalho anterior (11). Desta forma, os autores concluem que a clomipramina associada à terapia beneficia aos pacientes com ejaculação precoce, visto que, proporcionando um melhor controle ejaculatório, com diminuição da ansiedade, estimula o paciente ao processo psicoterapêutico.

## INTRODUÇÃO

Durante os atendimentos feitos no consultório aos casais com queixas de ejaculação precoce observou-se que quanto maior era o tempo em que o homem vinha tentando retardar sua ejaculação, maior era o condicionamento da resposta sexual e o desgaste do relacionamento afetivo/sexual, encontrando-se dificuldade em concluir a terapia com tais pacientes.

Com a indicação da clomipramina associada ao processo terapêutico administrada desde o início do tratamento, objetivou-se uma diminuição do quadro de ansiedade e depressão, proporcionando um melhor envolvimento corporal e um melhor controle ejaculatório conseqüente ao efeito anticolinérgico da medicação, possibilitando ao casal, de forma mais imediata, uma melhor adequação sexual, facilitando o desenvolvimento do processo psicoterapêutico.

## MATERIAL E MÉTODOS

No presente trabalho foi caracterizada como ejaculação precoce a situação em que existe dificuldade em exercer controle ejaculatório, resultando que uma vez excitado, o homem atinja o orgasmo rapidamente, não satisfazendo sua parceira na maioria das relações sexuais.

O presente estudo feito com um grupo de 26 pacientes com queixa de ejaculação precoce primária e secundária, com cronologia superior a 4 (quatro) anos, que procurou a clínica privada de caráter multidisciplinar dos autores, em 1992.

Devido ao alto índice de evasão dos pacientes observado em um trabalho anterior de ejaculação precoce (11), os autores sentiram necessidade de investigar uma proposta psicoterapêutica associada a uma terapia medicamentosa (clomipramina na dose de 10 a 25 mg, conforme a resposta terapêutica de cada paciente), com o objetivo de proporcionar aos pacientes um melhor controle ejaculatório, motivando-os a um trabalho psicoterapêutico para uma melhor adequação sexual.

Dos 26 pacientes, 21 (80,77%) eram casados, 1 (3,85%) solteiro sem parceira fixa, 3 (11,54%) solteiros com parceira fixa e 1 (3,85%) desquitado, também com parceira fixa. Com relação ao nível de escolaridade dos pacientes, a maioria (57,70%) com curso superior completo, a minoria (3,85%) com 1º grau incompleto. Nas parceiras a maior frequência (38,45%) com 2º grau completo e a menor (7,70%) com 1º grau incompleto. A idade dos pacientes variou de 22 a 60 anos e a das parceiras de 19 a 56 anos. A participação das parceiras na avaliação psicológica e na terapia encontra-se referida na Tabela 1.

O tratamento proposto inclui a terapia sexual enunciada por Kaplan e a psicoterapia (1,2,3), e foi feito após avaliação diagnóstica orgânica e psicológica, baseada em:

- Entrevista psicológica focalizada na sexualidade. (4,5)
- Teste de Apercepção Temática de Muray. (6,7)
- Escala de Auto-Eficácia Sexual, forma E. (8)

## RESULTADO

Os tipos de propostas terapêuticas indicadas a todos os pacientes, no processo de avaliação feito pelos autores, encontram-se referidos na Tabela 2, e foram associadas à clomipramina.

Do grupo de 26 pacientes, 16 (61,54%) iniciaram a terapia proposta sendo que 10 (38,46%) a concluíram, apresentando um ótimo controle ejaculatório, 4 (15,38%) apresentaram um bom controle ejaculatório, mas não chegaram a concluir a terapia e 2 (7,69%) ainda se encontram em terapia, apresentando um bom controle ejaculatório e uma melhora no relacionamento afetivo/conjugal. Dos 10 pacientes (38,46%) que não iniciaram a terapia, porque se evadiram após a avaliação psicológica, não se tem referência. (Ver Tabela 3)

Encontramos então um índice de 38,46% dos pacientes que concluíram a terapia, um índice de 7,69% de pacientes ainda em processo terapêutico e um índice de evasão de 53,85% que, apesar de alto, mostra uma redução muito importante, se comparado com o grupo que não usou clomipramina (11).

## CONCLUSÃO

Foi observado pelos autores que o uso da medicação citada não exerce o efeito curativo da ejaculação precoce mas possibilita de imediato

condições para o trabalho de terapia sexual e psicoterapia, visto que os pacientes, com os efeitos da droga (9,10), experimentaram uma mudança efetiva a nível de seus estados interiores, melhorando também o controle ejaculatório, que passa a funcionar como apoio para a terapia citada, diminuindo de maneira significativa a evasão observada.

Participação da Parceira	Na avaliação	Na terapia
Sim	17 (68,00%)	13 (52,00%)
Não	08 (32,00%)	12 (48,00%)

*Tabela 1* – Referência da participação da parceira na avaliação psicológica e terapia proposta.

Tipo de Terapia Proposta	Nº Pacientes	%
Psicoterapia + Clomipramina	04	15,38
Terapia Sexual + Clomipramina	22	84,62
TOTAL	26	100,00

*Tabela 2* – Tipos de Terapias Propostas aos Pacientes.

Terapia Proposta	Concluíram	Não Concluíram	Não Iniciaram	Em Andamento
- Psicoterapia	2 ( 7,69%)	-	-	2 (7,69%)
- Terapia Sexual	8 (30,76%)	4 (15,38%)	10 (38,46%)	-
TOTAL	10 (38,46%)	4 (15,38%)	10 (38,46%)	2 (7,69%)

*Tabela 3* – Relação de conclusão e não conclusão das Terapias pelos Pacientes.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo - Tratamento dinâmico das disfunções sexuais*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
2. NEIL, J. R.; KNISKERN, D. P. *Da psique do sistema*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1990.
3. CALIL, V. L. L. *Teralyict fcunilicar e de casal*. São Paulo, Editora Summus, 1987.
4. \_\_\_\_\_. *A sexualidade do paciente: a vergonha do médico e de outros profissionais de saúde*. Rev. Bras. Med., 46(10):511-2, 514, 516, 1989b.
5. \_\_\_\_\_. *Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - um modelo*. Arq. Bras. Psic., 42(2):57-62, 1990a.
6. MURAY, H. A. *Uses of the thematic aperception test*. In: Handbook of Ptojective Techniques. New York, Basis Books Inc., 1965.
7. \_\_\_\_\_. *Test de Aperception Temática (TAT), Manual para Ia Aplicacion*. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1970.
8. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, I.; PICTEN, C. S.; AMSE, R. *The sses-e -A measure of sexual self-efficacy in rectile functioning*. J. Set. Mar. Tber., 11(4):233-47, 1985.
9. KALANT, H.; ROSCI ILAU, W. H. E. *Princípios de farmacologia médica*. 5ª edição, Editora Guanabara Koogan, Toronto, 1991.
10. SALIM, J. *Noções de psicofarmacoterapia na prática*. Editora Pedagógica Universitária Ltda., São Paulo, 1987.
11. CHAVES, O. H. T; FERNANDES, W. *Ejaculação precoce -Análise dos resultados de tratamento*. Apresentado no I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual, São Paulo, agosto, 1991.

# Alguns Aspectos da Prostituição Feminina de Ontem e de Hoje **3**

---

Manuel Fernando Queiroz dos Santos Junior<sup>1</sup>

Elucir Gir<sup>2</sup>

Lázado D'Assunção Batista de Souza<sup>3</sup>

Phalcha Luiza Obregon<sup>3</sup>

Sandra Irene Sprogis dos Santos<sup>3</sup>

Vera Lucia Gattas<sup>3</sup>

## RESUMO

Realizou-se um levantamento bibliográfico em periódicos, com os objetivos de buscar definições sobre “prostituição”, citar a classificação das prostitutas, mostrar alguns aspectos da propaganda da prostituição, identificar o significado da prostituição para estas mulheres, bem como os fatores que as levariam à prostituição. Com estes últimos dois objetivos, entrevistou-se 74 prostitutas em 2 cidades do interior paulista.

**Palavra-chave:** prostituição feminina.

## INTRODUÇÃO, EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Atualmente existe certa dificuldade em se conceituar prostituição e distingui-la da promiscuidade sexual. Esta é definida como o uso do sexo

---

1. Professor da Faculdade de Saúde Pública -USP

2. Professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP

3. Alunos do Curso de Pós-Graduação-Faculdade de Saúde Pública -USP

Recebido em 28.09.94

10.10.94

de forma indiscriminada, isto é, o estabelecimento de relações sexuais com qualquer pessoa e onde quer que seja, de forma casual.

É evidente que o estilo de vida da juventude de hoje, não baseado nos usos e padrões sociais como prevalecia há algumas décadas, tem favorecido a promiscuidade sexual. É difícil, por isso, delimitar a linha divisória entre promiscuidade e prostituição. No entanto, parece que o elemento econômico, ou seja, as vantagens monetárias, continuam a ser um fator causal preponderante na prostituição propriamente dita.

É possível encontrar-se com facilidade artigos de literatura que relacionam doenças sexualmente transmissíveis (DST) com prostituição, mas não são abundantes os trabalhos sobre a prostituição em si, desde o ponto de vista social ou sociológico, não obstante ser considerada por alguns autores como a profissão mais antiga do mundo.

Apesar de muito combatida moral e/ou legalmente em diversas sociedades e épocas, particularmente quando relacionada a crimes, vadiagem, exploração da pessoa Humana ou uso de drogas, a tendência da prostituição foi sempre manter-se imbatível e crescente, particularmente nos momentos de crise social e econômica, em guerras, nas grandes migrações, etc.

Historicamente, a prostituição estava ligada intimamente aos cultos religiosos. No Egito Antigo, além da prostituição no templo, a prostituição profana era exercida por dançarinas, musicistas e criadas das tavernas. Na Índia, limitava-se a atos sexuais entre os sacerdotes e as bailarinas. Na Grécia, além da prostituição no templo (culto de Afrodite), havia a prostituição profana, pelo menos desde o século VI, que foi regulamentada por Sólon, sendo fiscalizada pelo Estado que obrigava os estabelecimentos especializados a pagar impostos. Os bordéis não eram secretos nem mal afamados como hoje em dia, sendo de fato “casas públicas”, que os homens freqüentavam às claras. A prostituição florescia, particularmente nos portos e estações termiais. No entanto, algumas cidades gregas, como Esparta, não estimulavam a prostituição (Willy e col., 1961).

Na Roma Antiga existia a prostituição ligada aos cultos religiosos, além da prostituição profana, exercida quase exclusivamente pelas escravas. De acordo com a mentalidade racional romana, a prostituição não tardou a ser regulamentada (vigilância oficial, tentativas de limitação, tributação). Como por toda a parte onde vigoram leis, naturalmente também havia prostituição clandestina, exercida em grande escala por mulheres que, fingindo-se musicistas, a exerciam em albergues, confeitarias, tavernas e principalmente nos balneários, acarretando imensos lucros à cidade. Os prostíbulos formavam uma indústria de grande envergadura, cuja exploração não constituía ato desonroso; os clientes eram recrutados entre

os viajantes e os estrangeiros, embora tais casas fossem também frequentadas por burgueses de categoria (Willy e col., 1961).

A prostituição parece não haver existido entre os antigos germanos. Na França era punida com a pena de morte e entre os visigodos a meretriz era açoitada e expulsa.

O Cristianismo, tão oposto à sexualidade, e a abolição da escravidão com o advento do Feudalismo, impediram, durante certo tempo, a expansão do meretrício na Europa Central. Mas já na época das Cruzadas grande número de prostitutas acompanhava os exércitos. Em 1200 a França regulamentou a prostituição, adotando o modelo antigo (bordéis, impostos). No fim do século XIV esse sistema tornou-se vulgar em qualquer cidade da Alemanha. Na Inglaterra a prostituição, regulamentada desde 1161 por um ato do Parlamento, prosperava sobretudo, nos estabelecimentos de banhos.

Como fontes de excelentes rendas, os bordéis eram protegidos oficialmente. Os próprios dignatários da Igreja, não desdenhavam, às vezes, o dinheiro assim arrecadado. O Papa João Paulo II decretou que se protegesse a prostituição de todo abuso e de toda a violência. Clemente VII até decretou que as prostitutas entregassem a metade dos seus ganhos a um convento (Willy e col., 1961).

Referente ao caráter semi-oficial da prostituição na Idade Média, as prostitutas eram desprezadas principalmente pelos senhores, que a tal respeito eram muito severos. Não obstante isso, por ocasião das recepções em honra dos mesmos ou de personagens de alta categoria, desempenhavam elas oficialmente papel de relevo. Prova deste desprezo são os uniformes e as insígnas que elas deveriam usar em quase todos os países.

Já nos tempos modernos a fiscalização médica intensifica-se e a luta contra a prostituição clandestina toma-se cada vez mais ativa. Com o advento do Capitalismo, como diz Sudhorf, a prostituição se “estendeu... a todas as classes da sociedade...” (Willy e col., 1961). Mesmo atualmente, não é raro a prostituta esconder-se sob uma pseudo-profissão (secretaria, autista, garçonne, manequim, etc). Muitas mulheres sem profissão, ou que não conseguem trabalho, caem na prostituição.

Sobre a evolução da prostituição em São Paulo, Fonseca (1982), no seu livro “História da Prostituição em São: Paulo”, aborda com profundidade o desenvolvimento do meretrício no Estado desde que o mesmo começou a tornar-se notório na época quinhentista na Vila Piratininga, como então era chamada a cidade de São Paulo, até a época atual. Naquela época, primeiros tempos da existência da Vila, ela consistia em um aglomerado de casas... “isolado no Planalto pela Serra do Mar... excelente refúgio para todos aqueles que... fugiam da justiça: criminosos, desordeiros e outros...” Parece não haver documentos explicitando a prostituição naqueles anos, dada a facilidade com que “as índias se entregavam ao homem

branco”. No entanto, documentos reunidos pelo autor acima ditado referem a ocorrência freqüente de certas cenas de imoralidade e escândalos sexuais junto as duas fontes onde os moradores abasteciam-se de água, o que preocupava grandemente as autoridades responsáveis pela moralidade pública, sem que as multas crescentes emanadas pelas mesmas tivessem o efeito desejado.

No século XVIII a Vila já estava se tornando rica, graças à descoberta do ouro em fins do século anterior e tornou-se “uma passagem quase obrigatória para os aventureiros de todos os tipos que para lá se dirigiam, deixavam suas marcas no pequeno povoado”.

Em ausência da maioria dos homens que rumavam para as minas ou embrenhavam-se pelo sertão em busca de índios, as mulheres ficavam praticamente desamparadas, bem como os velhos e as crianças. A miséria e o maior número de mulheres em relação aos homens foram os fatores que conduziram a um grande desenvolvimento do meretrício nessa época, a tal ponto que algumas mulheres casadas foram expulsas da Vila em 1641 pela Câmara, por comportamento indigno. Os documentos da época referem que “os bailes eram os locais onde se praticavam os desmandos sexuais, situação que prevalecia desde as duas últimas décadas do século XVI”, época em que começaram a surgir as proibições aos homens brancos de freqüentarem esses locais onde os “negros” praticavam verdadeiras orgias.

No que se refere às “casas de prostituição” ou “casas de mulheres”, conforme denominação encontrada nos documentos da época, parece que surgiram no início do século XVIII, numa época em que o povoado passou a ser freqüentado por numerosos forasteiros, indivíduos turbulentos e depravados, criminosos e prostitutas que, “em grupos armados, preparavam-se para a exploração das jazidas auríferas de recente descoberta em Cuiabá”.

No mesmo século XVIII a prostituição encontrava-se disseminada também pelas vilas e povoados do interior da Capitania (hoje Estado) de São Paulo. E em todos esses lugares, como na capital, os problemas causados pelas mulheres da vila “alegre” eram solucionados conforme as conveniências do momento, ao arbítrio pessoal das autoridades. Dependendo da gravidade dos atos praticados e das normas costumeiras existentes sobre o assunto, eram aplicadas penas tais como a prisão e o desterro para lugares distantes e praticamente desertos “onde auxiliariam o povoamento”.

No começo do século passado São Paulo já era uma modesta cidade no altiplano, com algo menos de 10.000 habitantes, em sua maioria mulheres que, segundo cronistas, eram belas e simples. A maior parte da população vivia na pobreza que ainda se agravava Irais com os constantes recrutamentos ocorridos a partir de 1808. Encontravam-se velhos, mulheres e crianças reduzidos praticamente à indigência. As atividades

manuais estavam reservadas aos escravos. Assim, os adultos livres encontravam pouquíssimas oportunidades de trabalho. Uma das saídas encontradas por esses desempregados foi o furto e o crime, para o homem, e a prostituição, para a mulher. Muitas das mulheres que alegavam ser costureiras e rendeiras praticavam na verdade o meretrício, ou pelo menos exerciam as duas atividades. A noite deixavam as costuras, se as tinham, e saíam para as ruas.

Documentos da segunda metade do século XVIII chamavam a atenção para o espetáculo de numerosas meninas esmolando ou prostituindo-se nas ruas da cidade. Com menos de 12 anos de idade, algumas já se lançavam ao meretrício. Em sua maioria eram órfãs ou enjeitadas pelos pais. Muitas destas eram recolhidas por escravos ou por famílias paupérrimas que logo as atiravam na prostituição, almejando algum lucro. Outras, filhas de meretrizes, simplesmente seguiam o caminho trilhado pela mãe, talvez como única forma de tentar sair da Indigência.

Duas instituições foram criadas, ainda no primeiro quartil do século XIX, “objetivando o amparo da criança desvalida” e para evitar o ingresso das crianças na prostituição: a Casa dos Expostos e o Seminário das Educandas, inauguradas ambas em 1825. É de se notar que a última Casa dos Expostos só foi extinta na capital em janeiro de 1950.

Um dos aspectos salientados por alguns documentos desde o século passado refere-se ao chamado “meretrício doentio”. Ao anoitecer, o centro da cidade recebia a visita de algumas mulheres com os rostos parcialmente cobertos pelas mantilhas que envergavam. Davam preferência aos lugares mais escuros onde pudessem esconder dos possíveis fregueses menos avisados as deformações provocadas pela moléstia de que eram portadoras: a lepra.

Quanto aos homens leprosos, sem espera- pelo anoitecer, “acintosamente procuravam os mais baixos lupanares onde eram recebidos pelas mulheres ávidas de dinheiro, que se mostravam indiferentes ao mal” (Fonseca, 1982). Além da lepra, outras doenças afligiam os freqüentadores do meretrício paulistano, entre as quais a sífilis e a gonorréia, que se faziam presentes em larga escala.

Nas últimas décadas do século XIX e princípios do século XX, a prostituição alterou-se radicalmente, não só em composição social, como também em sua forma de comportamento.

O meretrício, antes do afluxo de grande número de imigrantes, de um modo geral era tranquilo, sem escândalos, ofensas e desordens, voltado exclusivamente para subsistência das mulheres. As prostitutas estrangeiras que tomaram conta da cidade anos depois visavam ao enriquecimento ou, pelo menos, algum dinheiro antes de voltar ao país de origem, ou instalar-se definitivamente no Brasil, numa posição mais

favorável, Daí a disputa, a competição e a rivalidade entre elas, com as conseqüentes desordens, tumultos, brigas, etc.

“Introduziram certas práticas sexuais consideradas anormais e tornaram outras corriqueiras, colocando as nacionais, durante vários anos praticamente fora de competição. Muitas não vacilavam em praticar crimes para mais rapidamente enriquecer” (Fonseca, 1982). O progresso e a riqueza da cidade foram também os responsáveis pelo surgimento do cafetão profissional no meretrício paulistano. Em 1936, nos arquivos da Delegacia de Costumes do Gabinete; de Investigações estavam fichadas 10.008 prostitutas, das quais 4.608 eram brasileiras, sendo as outras francesas, polonesas, portuguesas, alemãs, argentinas, italianas, russas, etc.

A primeira tentativa de regulamentação do meretrício em São Paulo data de 1879. Essa tentativa, como outras que seguiram, foram objetos de críticas e resistência por parte de diversos grupos, não obstante terem tido algum efeito positivo, dada a sua divulgação. Em geral, a preocupação fundamental nas propostas de regulamentação era de natureza profilática “em benefício da segurança e saúde pública” (Fonseca, 1982).

O baixo meretrício cresceu fundamentalmente nos bairros mais centrais de São Paulo e começou a estender-se cada vez mais para a periferia, invadindo bairros até então residenciais, razão pela qual as autoridades trataram de confiná-lo na zona do Bom Retiro, para melhor policiamento e fiscalização sanitária mais eficiente, o que foi feito em 1930, nas ruas Itaboca e Aymorés. Tanta promiscuidade proliferou nessa zona que, em 1951, começou a ser estudada a forma de desativação desse confinamento, o que veio a ser feito em dezembro de 1953 (Governador Carvalho Pinto) com grande protesto das meretrizes.

A partir de então o meretrício, que mesmo com o confinamento nunca deixara de expandir-se, continuou a sua marcha ascensional, assumindo novas e variadas formas. Surgiram estabelecimentos habilmente disfarçados, sem porém esconder totalmente suas reais finalidades. As “casas de massagens”, as saunas, os motéis e os “drive-in” proliferaram por todos os setores. Estes fatos podem ser observados em periódicos de grande circulação onde se encontra grande número de anúncios com diversos tipos de mensagens e chamarizes que se direcionam tanto a homens quanto a mulheres, sejam estes homo, bi ou heterossexuais.

Na Bíblia Sagrada (1969) há referência da prostituta Tamar, denunciada como culpada de incesto (Gênesis, cap. 38/15 a 210) e de Raabe, a quem atribuiu a traição pela qual a cidade de Jericó foi dominada pelos Judeus (Josué, cap. 2/1 a J). Carolino (1980) refere que Tamar e Raabe foram respectivamente a primeira e segunda prostitutas identificadas na história.

Estes dados revelam que a prostituição feminina remonta a milênios e que existiu em quase todas as civilizações. Apesar da sua longa trajetória, assume ainda hoje importância a nível de saúde pública mundial, o que nos levou à realização deste trabalho, que teve como objetivos:

1. Realizar levantamento bibliográfico sobre a definição de prostituição.
2. Citar a classificação das prostitutas.
3. Identificar alguns aspectos sobre a propaganda da prostituição.
4. Citar alguns fatores causais da prostituição.
5. Identificar o significado da prostituição para estas mulheres.

## METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento bibliográfico, selecionando-se os artigos cujos títulos sugerissem a temática “prostituição feminina” relacionada ao aspecto histórico, à classificação e aos fatores causais (Objetivos 1 e 2).

No que se refere à propaganda da prostituição, procedeu-se a um levantamento de anúncios comerciais divulgados em dois jornais de grande circulação no Estado de São Paulo, aqui denominados Jornal 1 e Jornal 2, no período de quinze dias seguidos (Objetivo 3).

Entrevistou-se 74 prostitutas, 37 da cidade de Ribeirão Preto-SP e 37 de Taubaté-SP, a fim de identificar o significado da prostituição para estas mulheres, bem como os fatores determinantes para esta opção de trabalho e vida (Objetivos 4 e 5).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1) Definição de Prostituição

A prostituição, considerada como a profissão mais antiga do mundo, é um problema complexo que está condicionado a vários fatores que a tornam inextirpável da sociedade. Sua intensidade e modalidade mostram uma ampla variedade sócio-cultural em todas as culturas e épocas (Gallo e col. 1978).

Até o momento não se tem uma definição precisa que envolva a magnitude da prostituição, encontrando por isso várias definições.

Etimologicamente a palavra prostituição provém do latim “prostituire” que significa colocar diante, expor. O sufixo “ção” do latim “tione”, composto de “ti”, sufixo dos nomes verbais alargado pelo sufixo en (on), designa a ação.

Segundo Salles (1967), a prostituição é o uso de pessoa mediante paga variável, durante minutos ou horas, para fins libidinosos em geral e prática hedonística do coito em particular, sem amor, sem intenção reprodutora implícita, podendo ou não a renda obtida pela meretriz ser parcial ou totalmente entregue ao seu explorador, lenão ou cafetina, o que constituirá o lenocínio.

A organização internacional de Polícia Criminal definiu prostituição em 1957 como sendo o fato de alguém satisfazer habitualmente e mediante retribuição os desejos sexuais de outrem, com um número ilimitado de parceiros.

Em Tóquio, o Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, em 1957, utilizou o termo “prostituto” para designar toda pessoa de um ou outro sexo que, mediante remuneração em espécie ou in natura, de maneira habitual e sob qualquer forma, entrega-se a relações normais ou anormais com diversas outras, tanto do mesmo sexo como do sexo oposto, durante todo ou parte do seu tempo.

Maffei (1951) diz que a prostituição é um mal deplorável, mas não se pode negar que na sociedade desempenha a função de uma válvula de escape aos desejos sexuais, à libidinagem do homem. Esta concepção já havia sido proposta por Cícero, que dizia que a prostituição é uma necessidade social.

Willy e cor. (1961) mencionam que para os moralistas romanos a prostituição era uma válvula de segurança que permitia aos celibatários e aos homens casados a satisfação de seus dons equívocos como as raparigas “perdidas”. Tais moralistas afirmavam que dessa maneira a pureza do matrimônio e a honra das jovens ficavam preservadas.

Gallo e cor. (1978) consideram a prostituição como um mal aceito que proporciona satisfação para a promiscuidade sexual dos homens solteiros e casados, enquanto protege-se a virgindade das mulheres que irão se casar.

Scambler e cor. (1990) dizem que a prostituição é uma forma de trabalho sexual e consiste no conceito que o indivíduo (mulher ou Homem) habitualmente faz de seu corpo, proporcionando a indeterminadas pessoas prazeres sexuais, visando ao pagamento variável.

Rodriguez (1960) define a prostituição como um lacre social tanto pelas suas causas como pelos seus efeitos, que provém dos vícios próprios da natureza humana. Compreende normalmente toda uma organização social dada ao proxenetismo: a preparação, iniciação e exploração da mulher através da prostituição. Os efeitos degradantes do ofício se traduzem ação anti-social, através do contato das prostitutas com delinquentes que as familiarizam e as relacionam com atividades delituosas, seja como cúmplices dos criminosos ou como delinquentes. Desde o enfoque da higiene o exercício da prostituição tem sua repercussão social como eficaz transmissor de DST.

Pelos aspectos mencionados anteriormente, percebe-se que é difícil uma definição que envolva todos os aspectos citados. Concorda-se com Scambler e col. (1990), no sentido de considerarem a prostituição como uma atividade comercial onde se negocia a satisfação sexual por um preço estabelecido, não deixando de lado o vínculo dessa atividade à estrutura econômica-social.

## 2) Classificação da Prostituição

De acordo com a literatura revisada, a prostituição pode ser classificada:

- Por sexo:

- a) *mulher prostituta*: geralmente recorre a relações heterossexuais.
- b) *homem prostituto*: geralmente recorre a relações homossexuais e, às vezes, bissexuais.

- Segundo legalidade:

- a) *prostituta oficial*: trabalha em bordéis, ou em domicílios individuais. É tolerada e fiscalizada pelo país, a depender de normas estabelecidas.
- b) *prostituição clandestina*: mulheres prostitutas que são reconhecidas como “profissionais” (e que muitas vezes têm uma profissão).

Segundo Willy e col. (1961) até hoje nenhum país conseguiu, mediante a prostituição oficial e confessada, abafar ou mesmo limitar a prostituição clandestina.

Carolino (1980) destaca que Altavilla considera três tipos de prostitutas:

- a) prostituta moral: mulher que mantém relações sexuais promiscuamente em razão de uma deficiência moral.
- b) prostituta ocasional: mulher que vive da prostituição mas que possui outras atividades.
- c) prostituta profissional: mulher que vive exclusivamente da prostituição como único meio de subsistência.

Wilson (1990) classifica a prostituta de acordo com o lugar em que ela trabalha:

- a) prostituta de rua: trabalha principalmente em quarteirões próximos aos hotéis, bares, cinemas, shoppings, estações de serviços que funcionam 24 horas e lugares residenciais de categoria. Geralmente prefere homens ricos com carro e idade média. Dorme com seus clientes em diversos locais, incluindo a residência dos mesmos ou em quartos de hotéis alugados por eles.
- b) prostituta de casa: são bem conhecidas esses apartamentos, geralmente situados no centro das cidades e nos subúrbios de alta densidade. São poucas as prostitutas que trabalham exclusivamente em suas residências.
- c) prostituta de bar: a palavra “bar” é utilizada para designar aos “beer-gardens”, de propriedade privada ou de funcionamento às vezes ilegal. Geralmente estão situados nos subúrbios de alta concentração, onde existem comodidade e álcool. Nestes lugares permite-se a entrada de mulheres desacompanhadas.

Segundo Wilson e col. (1990), as prostitutas podem ser classificadas em: a) prostitutas de rua. b) prostitutas *de casa*, saunas, hotéis, agências ou clubes.

- a) *prostitutas de rua*.
- b) *prostitutas de casa, saunas, hotéis, agências ou clubes*.

Para Gallo e Alzate (1978), existem os seguintes tipos de prostitutas:

- a) colegial: vive permanentemente em bordéis.
- b) prostituta de rua: pertence ao nível mais baixo, encontra clientes em cafés baratos e hotéis.
- c) copeiras: trabalha como empregada em cafés; atende a seus clientes nos seus quartos ou nos bordéis.

Existe ainda a classificação por localidade do bordel:

a) em *zonas de tolerância*: funcionam legalmente.

b) *fora dos distritos*, ou na *periferia*: funcionam ilegalmente.

### 3) Propaganda da Prostituição

Quanto aos resultados do levantamento de anúncios de “acompanhantes” em jornais de grande circulação, observou-se que o jornal 1 apresenta maior número destes anúncios (77,5%) em relação ao jornal 2 (22,5%). Este fato demonstra que o jornal 1 atinge um público maior de pessoas que procuram esses anúncios.

Em relação aos dias da semana, observa-se que o total de anúncios aparecem com números semelhantes nos mesmos dias da semana e proporcionalmente iguais em relação ao total de anúncios. Salienta-se o fato de que os dias em que aparecem maior número de anúncios são 3ª feira (apenas no jornal 1), 5ª feira, 6ª feira, sábado e domingo (na mesma proporção para ambos os jornais).

No que refere ao tipo de anúncio apresentado, de acordo com a tabela 1, tem-se os itens com os maiores percentuais na ordem: *feminino particular*: 34,1% no jornal 1, enquanto que no jornal 2 um total de 55,3%; *agência feminina* incidiu em 10,9% no jornal 1 e 10,8% no jornal 2; o item *masculino particular* apareceu em 8,6% no jornal 1 e 2,4% no jornal 2; o item *massagem* aparece em 6,1% e 9,1% respectivamente no jornal 1 e 2; e o item *dupla feminina* em 2,3% no jornal 1 e 8,9% no jornal 2. No item “*outros*” foram englobados diversos tipos de anúncios que tiveram menor número de repetições sendo que o jornal 1 apresentou números e porcentagens mais elevadas (38,0%) que o jornal 2 (13,4%).

Em cada item acima observou-se que eram divulgados sob diversas formas de “slogans”, e que foram englobados nos respectivos itens de representação da categoria:

- 1) *Feminino particular*: ativa, dominadora, sádica, sadomasoquista, estudante, coroa(s), universitária, empresária, mulher casada, ninfeta, garota semi-vingem, japonesas, negras, etc.
- 2) *Agência feminina*: acompanhantes, modelos, capas de revistas, mulher para executivos.
- 3) *Masculino particular*: garotão, bem dotado, para mulheres de alto nível, atlético, etc.

- 4) *Massagem*: sauna, relax, karaoke, massagem para stress, privê, etc.
- 5) *Dupla feminina*: “amor em trio”, “duas primas”, “dupla perfeita”, dupla insaciável, etc.
- 6) *Outros*: casal, “boneca(s)”, disque namoro, fitas em VHS, agências de casais, etc.

Com este levantamento em apenas dois jornais, pôde-se concluir que, embora os dados sejam preliminares, estes anúncios devem atingir um público muito amplo. Considera-se que estudos mais aprofundados com relação aos mesmos devem ser elaborados.

Sugere-se que sejam investigados a partir dos próprios anúncios o preço do atendimento e a clientela atendida (sexo, idade, profissão, etc.). Quanto ao local de atendimento, é ele citado em alguns anúncios, como: atende em hotel/motel, só em sua própria casa, aonde o cliente quiser... Em muitos anúncios, observa-se também a idade destes indivíduos, donde poder-se-ia fazer uma análise buscando as idades de todos através dos seus telefones. Esta também poderia ser uma alternativa para se obter informações sobre as DST, visto que este assunto nem sempre pode ser abordado de forma fidedigna por parte do entrevistado, quando se está a sua frente.

#### **4) Fatores Causais para a Prostituição**

Em entrevista com 74 prostitutas evidenciou-se que no referente ao significado da prostituição para estas meretrizes, obteve-se como resposta mais comum “sobrevivência, necessidade, meio de vida”. Em segundo lugar destacou-se a resposta das mulheres de Ribeirão Preto que referiram que a prostituição não significa “nada”. Numerosos outros significados foram atribuídos, porém em frequência menor (tabela 2).

Percebeu-se que certas respostas são revestidas também de conotações negativas como revolta, fuga, vingança, vergonha, sofrimento, autodestruição, bem como de conotações positivas como satisfação, prazer, amizade, convivência, trabalho normal, dentre outros.

Dos comentários feitos relativos a essa profissão alguns são destacados a seguir. Pode-se elucidar dois grupos correspondentes aos aspectos que trazem, satisfação e dificuldades, respectivamente.

*Tabela 1:* Distribuição de anúncios para acompanhantes segundo jornais 1 e 2 e tipo de anúncio.

Tipo de Anúncio	Jornal 1		Jornal 2		Total	
	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº
Feminino particular	(34,1)	630	(55,3)	297	38,8	927
Agência feminina	(10,9)	201	(10,8)	58	12,7	259
Masculino particular	(8,6)	159	(2,4)	13	7,2	172
Massagem	(6,1)	112	(9,1)	49	6,7	161
Dupla feminina	(2,3)	42	(8,9)	48	3,7	90
Outros	(38,0)	704	(13,4)	72	32,5	776
TOTAL	(77,5)	1878	(22,5)	537	(100,0)	2385
		(100)		(100)		(100)

*Fonte:* Jornais de grande circulação do Estado de São Paulo (1) e (2).

*Tabela 2:* Distribuição das respostas das prostitutas sobre o significado da prostituição, Ribeirão Preto e Taubaté.

Significado da Prostituição	Ribeirão Preto		Taubaté		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
- sobrevivência, necessidade, meio de vida	6	(16,2)	16	(43,2)	22	(29,7)
- nada	9	(24,3)	1	(2,7)	10	(13,5)
- satisfação, prazer	2	(5,4)	2	(5,4)	4	(5,4)
- vergonha	4	(10,8)	-	-	4	(5,4)
- sem opinião	4	(10,8)	-	-	4	(5,4)
- amizade, convivência	1	(2,7)	2	(5,4)	3	(4,1)
- algo chato, mais ou menos	-	-	2	(5,4)	2	(2,7)
- profissão	-	-	2	(5,4)	2	(2,7)
- trabalho normal	-	-	2	(5,4)	2	(2,7)
- independência	2	(5,4)	-	-	2	(2,7)
- experiência para valorizar a vida	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- fuga	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- "deitar na cama e combinar preço"	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- diversão	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- tentativa para ficar rica	-	-	-	-	1	(1,3)
- vida	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- nojo	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- vulgaridade	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- vender o corpo, trocar por dinheiro	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- traição ao ex-namorado	2	(5,4)	-	(2,7)	2	(2,7)
- auto-destruição e sobrevivência	1	(2,7)	-	-	1	(1,3)
- cansaço	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- nada de errado	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- caos	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- profissão rebaixada pela sociedade	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- sofrimento	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- último degrau da vida	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
- não se sente explorada	-	-	1	(2,7)	1	(1,3)
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>(100)</b>	<b>37</b>	<b>(100,0)</b>	<b>74</b>	<b>(100,0)</b>

## Satisfação:

- É gostoso. Acho bom
- É bom ser desejada
- Dinheiro
- Tenho boa renda
- Faço o que gosto
- É divertido
- É bom beber com amigo
- É bom para conhecer pessoas

## Dificuldades/Aspectos negativos:

- Sexo anal
- Sexoro oro-vaginal
- Humilhação
- Não tem hora para dormir, sair de casa
- “Não posso dar endereço para ninguém”
- “É difícil ter auto-satisfação, mas preciso viver e sem dinheiro não se vive”
- “Não gosto desta vida”
- “É difícil não ter ninguém, mas é o melhor que a vida oferece”
- “Levo esta vida para deixar algum dinheiro para a milha família”
- “Vida muito difícil, mas financeiramente é muito satisfatória”
- “Quero deixar esta vida, mas não tenho para onde ir”
- “A morte é o fim de todos”.

Carolino (1980) aponta alguns elementos que em geral permeiam a vida das prostitutas: ausência de lar afetivo ou de simples afeição compartilhada pela parceira, altos índices de tentativa de suicídio, gradativa diminuição de sensibilidade (decorrente do progressivo grau de alcoolização) e elevado número de parceiros desconhecidos e com características pessoais diferentes, provocando o que Goffmann (1974) denominou de “contaminação psíquica”.

Dentre os motivos que levaram a população estudada a inserir-se na prostituição destaca-se, como fator prioritário, o financeiro. Outros como insatisfação pessoal, desilusão familiar, rejeição, fuga, influência de terceiros e curiosidade, também constituíram fatores decisivos para algumas mulheres, embora em frequência baixa. Estes dados coincidem com os resultados obtidos por Carolino (1980) que obteve, como fatores decisivos, o econômico (37,7%) e os problemas relativos à família (14,0%).

Esse mesmo autor cita vários estudos sobre as causas da prostituição, que levam em conta tanto aspectos econômico-sociais como aspectos psicológicos. A respeito dos aspectos sócio-econômicos Ferraz (1952), aponta as seguintes causas: insuficiente amadurecimento psíquico, anomalias físicas ou mentais, pobreza excessiva, desorganização do meio familiar, falta de educação intelectual e profissional, consequência de atentado sexual (estupro).

Em relação aos aspectos psicológicos Carolino (1980) menciona que Cáprio afirmou que a prostituta é uma sado-masoquista e que a prostituição é uma defesa da mulher contra o lesbianismo, pois as relações com muitos homens demonstram seus desejos homossexuais inconscientes. Diz que a prostituta nutre pelo homem um sentimento de desprezo, considera-o grosseiro, agressivo, insensível e desprezível. Refere ainda que o psiquiatra francês Choisy considerou como causas essenciais a grande ansiedade básica, em virtude da carência do amor paterno na infância e o insucesso para seduzir o pai, o que por conseguinte gera frustração, auto-degradação e auto-destruição devido ao tempo perdido de valor ante os olhos do pai, além de rebelião e vingança, frigeidez e aversão aos homens.

Estes resultados foram obtidos após realizar um tratamento analítico em algumas prostitutas. Estas causas referidas pela autora estão fundamentadas na teoria freudiana do complexo da prostituição, onde uma menina, ao se sentir não amada pelo pai, degradará seu próprio valor sexual, entregando-se mais tarde a qualquer um.

Para Maffei (1951) as causas da prostituição agrupam-se em dois grupos principais: a) Fatores psicossomáticos, tais como perturbações morais, doenças mentais e b) Fatores econômico-sociais, dentre os mais importantes.

Como se pode observar, a maioria dos autores concorda que o fator sócio-econômico exerce um papel importante na etiologia e manutenção da prostituição, sendo a miséria a causa fundamental. No entanto, observa-se (em menor escala) que há algumas mulheres com amplo poder econômico e de nível educacional aceitável que se prostituem por prazer (alteração de conduta).

É evidente que também existem indivíduos que se prostituem para obter drogas, como a cocaína.

James (1977) encontrou algumas diferenças significativas entre as mulheres não prostitutas e as prostitutas. Dentre elas destacam-se que as prostitutas aprenderam sobre sexo mais por experiências pessoais, do que através de educação dos pais e que, quando crianças, muitas das suas experiências sexuais foram propostas por adultos. Além disso, envolveram-se com maior frequência em relações de incesto com os seus pais, geralmente iniciaram bem cedo as atividades sexuais e com frequência

tiveram uma só relação sexual com o primeiro namorado ou foram vítimas de violações.

De acordo com as pesquisas realizadas pela Escola de Serviço Social do Estado e pelo Departamento Especializado de Recuperação Moral e Social, todos do Estado de São Paulo, uma das causas mais frequentes é a perda do “status virginalis”.

Araújo (1986) elucida que extrapolando a aprendizagem há outros fatores que podem gerar a prostituição, como os emocionais, sociais, educacionais e financeiros, considerando este último como um elemento decisivo para que um indivíduo ingresse neste tipo de profissão.

Segundo Ribeiro (1991) cerca de 20.000 mulheres brasileiras trabalham como prostitutas na Venezuela porque lá são mais valorizadas e ganham três vezes mais do que no Brasil.

A compreensão do indivíduo como ser holístico, inserido num ecossistema bastante complexo, nos faz admitir que não é factível pensar numa pessoa isolada do contexto social e econômico, levando-nos a afastar a idéia de causa única que leve uma pessoa a se prostituir, mas sim aceitar a multiplicidade de fatores causais já mencionados anteriormente.

Segundo Henriques (1968) a prostituição depende do “ethos” sexual da sociedade em que está inserida. Compartilhamos esta opinião por acreditar que as causas assumem importância de acordo com a época e a cultura, uma vez que moral, escala de valores e padrões de normalidade são culturais e se modificam de tempos em tempos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prostituição, embora seja uma profissão secular, ainda hoje encerra desafios perigosos, contradições, atos desumanos e carece de ações educativas.

Waugh (1989) afirma que o comércio sexual é universal e, a não ser que se apresente meios alternativos de sobrevivência, é ilusório pensar que as leis contra a prostituição ou os requisitos de registro e exames físicos possam remediar esta perigosa situação extra-matrimonial.

É essencial educar as prostitutas no sentido de fazê-las entender os riscos de saúde a que se submetem, bem como conscientizá-las sobre os meios preventivos a serem utilizados visando a sua auto-proteção, bem como a seus clientes.

Os programas para serem eficazes devem se basear principalmente na franqueza, veracidade e respeito pelo indivíduo.

Acredita-se que a prostituição seja uma profissão não só do ontem e hoje, como também do amanhã.

## ABSTRACT

A bibliographic survey was carried out in order to look for definitions concerning "prostitution", to mention the classification of prostitutes, to identify the meaning of prostitution for these women, as well as the reasons that conduct these women to prostitution. For the last two objectives, 74 female prostitutes were interviewed in two cities of the state of São Paulo.

**Key words:** female prostitution.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, M. L. M. Prostituição: formas atuais, aprendizado inadequado. In: VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, 1ª ed. Roca, 1986, p. 74-77.
2. CAROLINO, E. M. P. Subsídios para estudo dos problemas de saúde mental numa população de prostitutas. Ribeirão Preto, 1980, 136 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
3. CARPEAUX, O. M. História literária da prostituição. In: *A prostituição é necessária? Depoimentos*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1966.
4. FERRAZ, E. F. A prostituição, forma remanescente de escravatura feminina. Conferência pronunciada. São Paulo-SP, na Escola de Polícia e Segurança Pública, e, 07.11.1952, 16 p. (Mimeografado).
5. FONSECA, G. História da prostituição em São Paulo. São Paulo, Resenha Universitária, 1982, 251 p.
6. GALLO, M. T e ALZATE, H. Brothel prostitution in Colombia. *Archives of sexual behavior*, vol. 5, nº 1, 1978, p. 1-7.
7. GOFFMANN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1974.
8. HENRIQUES, F. *Modern sexuality*. Vol III, Londres, Macgibbon & Kee, 1968. Apud: ARAÚJO, M. L. M. Prostituição: formas atuais, aprendizado inadequado. In: VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, 1ª ed., Roca, 1986, p. 74-77.
9. JAMES, J. e MEYERDING, J. Early sexual experience as/a factor in prostitution. *Archives of sexual behavior*, vol. 7, nº 1, 1977, p. 31-42.
10. MAFFEI, J. L. Prostituição e delito de contágio venéreo. Porto Alegre, Oficinas Gráficas da Livraria Sebbach, 1951, 83 p.
11. RIBEIRO, E. Prostitutas brasileiras na Venezuela são 20 mil. *A Folha de São Paulo*, 1 de junho de 1991, p. 1-8.
12. RODRIGUEZ, O. M. Las lacras sociales: de linquencia-prostitución-alcoholismo juego. In: *Panoramas y balances del siglo XX*. Montevideo, Tipografia Atlantida cuareim, 1960, 196 p.
13. SALLES, J. C. F. Aspectos psicológicos da prostituição. São Paulo, 1967.

14. SCAMBLER, G.; PESWANI, R.; RENTON, A ; SCAMBLER, A. Women prostitutes in the AIDS era. *Sociology of health and illness*, vol. 12, nº 3, 1990, p. 260-273.
15. Sociedade Bíblica do Brasil - Bíblia Sagrada. Antigo Testamento - DF, 1969, Gênesis, cap. 38 e Josué, cap. 2.
16. WAUGH, M. Sexually transmitted diseases and prostitution. *Journal of Royal Society of Medicine*, vol. 82, nº 6, 1989, p. 319-320.
17. WIL.LY, A. et al. Conjunto dos conhecimentos sexuais da vida contemporânea. São Paulo, Ibtasa Instituição Brasileira de Difusão Cultura. S.A., 1961.
18. WILSON, D.; SIBANDA, B.; MBOY, L.; MSIMANGA, S.; DUBE, G. A pilot study for an HIV prevention. Programme among commercial sex workers in Bulawayo, Zimbabwe. *Social Science Medicine*, vol. 31, nº 5, 1990, p. 609-618.

# Disfunção Eretiva: avaliação psicológica - Modelo em abordagem multidisciplinar\* 4

---

Oswaldo M. Rodrigues Jr.<sup>1</sup>

## RESUMO

O psicodiagnóstico pode ser efetuado através de várias abordagens práticas e guiado por várias tendências teóricas dentro da psicologia.

Quando se trata de disfunções sexuais, as abordagens teórica e técnica utilizadas com maior sucesso são as comportamentais, que receberam o nome de Terapia Sexual desde as décadas de 60 e 70.

Para o psicodiagnóstico da disfunção eretiva em conjunto com a abordagem organicista médica, foi necessário desenvolver um modelo específico. A utilização de uma entrevista psicológica estruturada de 50 minutos, testes psicológicos e a convocação da parceira sexual conduzem, com certeza, a um diagnóstico psicológico, porém, não diferencial, mas que, como parte de uma série de avaliações multidisciplinares, torna-se necessário e extremamente adequado. A proposta inclui sistematização técnica e utilização do menor tempo possível para apresentação de conclusões psicodiagnósticas para comparação com as avaliações orgânicas da disfunção eretiva.

---

\* Modelo utilizado junto ao Instituto H. Ellis, desenvolvido pelo autor para o trabalho conjunto à equipe médica.

1. Psicólogo Clínico e Terapeuta Sexual associado ao Instituto H. Ellis.  
Recebido em 05.10.94

## ABSTRACT

Psychological diagnosis can be conducted using several methods and techniques. For sexual dysfunctions the specific approach is behavior for Therapy, under the name of Sex Therapy since the 60's.

For male sexual eretile dysfunction, along organic evaluation, we developed a special model of psychodiagnosis. When utilizing psychological evaluation which consists of a structured psychological 50 minutes interview, psychological testing, and with the cooperation of the sexual partners, we are able to complete a successfully psychological diagnosis. The psychodiagnosis is not a differential one, but rather incorporates a multidisciplinary approach and its therefore necessary and adequate. We propose a technique sistematization using as less time as possible to conclude around the same time as organic evaluation for erectile dysfunction.

## INTRODUÇÃO

O trabalho específico com a sexualidade despontado no final do século passado, desenvolveu-se no século XX, culminando em abordagens comportamentais desde a década de 50. Iniciado com publicações de Havelock Ellis, em 1893, culminou com desenvolvimento de técnicas comportamentais na década de 50 e estudos de fisiologia sexual de William Masters e Virginia Johnson na década de 60. Ainda existe falta de psicoterapeutas especializados na abordagem da sexualidade para auxiliar as pessoas a superar os problemas sexuais. Ainda temos poucos psicólogos voltados para este campo, e praticamente nada de reforçamento na graduação do psicólogo para atentar direcionadamente a esta área, fazendo com que o psicólogo não assuma este campo (35, 38, 39, 42).

A disfunção eretiva tem sido a queixa sexual masculina de maior prevalência em consultórios. Enquanto disfunção eretiva, podemos defini-la enquanto dificuldade parcial ou total para obter e/ou manter a ereção peniana, com rigidez suficiente para o coito satisfatório (33, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 56, 58, 59, 60, 61). Usualmente lê-se "impotência" significando disfunção eretiva. O termo "impotência" tem sido utilizado principalmente em meios médicos. Disfunção erétil ou eretiva tem sido a frase preferida por profissionais de formação em psicologia, o que conduz a descaracterização do homem com suas dificuldades sexuais enquanto "doença".

Os urologistas em seus simpósios e congressos, ao discorrerem sobre disfunção eretiva e reconhecendo a necessidade de abordagem psicológica sempre se queixam da falta de abordagem direcionada por parte dos psicoterapeutas. Queixam-se de encaminharem o paciente para uma

avaliação, e ficarem sem resposta por cerca de 4 ou 6 meses. Queixam-se de penderem o paciente e se este retorna, o faz reclamando que o psicoterapeuta não atentou para sua dificuldade específica. Assim questionam e desdenham da abordagem psicológica do paciente com disfunção eretiva, necessitando o profissional da área psicológica esforçar-se para se coadunar na abordagem do paciente com problema erétil (35, 36, 41).

O modelo para uma abordagem psicológica diagnóstica em curto espaço de tempo surgiu da necessidade de uma avaliação multidisciplinar das disfunções sexuais. Esta é a forma única de trabalharmos em conjunto com a área médica.

O modelo psicológico aprendido atualmente em faculdades de psicologia no Brasil conduz os psicólogos a tentarem uma atuação psicanalítica ou negligenciarem os instrumentos psicológicos a eles exclusivos, tais quais os testes psicológicos. De uma atuação através da técnica psicanalítica, o psicólogo tenta desenvolver um contato terapêutico centrado em si mesmo e não nas necessidades ou requisições daquele indivíduo que o procura, para a solução de um problema específico. A solução de um problema sexual precisa ser delineada com certa margem de segurança num curto espaço de tempo, devendo compreender concomitantemente a pesquisas de possíveis causas orgânicas e a das causas psicológicas em potencial. Desta forma evita-se também o empurrar-se o paciente para um diagnóstico por exclusão, o que o conduz ao descrédito quanto ao possível tratamento.

A pesquisa de possíveis causas orgânicas para disfunções eretivas faz-se em poucos dias, ou mesmo em poucas horas (57), compreendendo uma anamnese da queixa (15) com a identificação do problema (14, 33) e exames físicos; níveis sanguíneos de prolactina, FSH, LH, testosterona e glicose; estudo hemodinâmico do corpo cavernoso (30); cavernosometria de gravidade (28, 29), eletromiografia com avaliação dos potenciais evocados (10) e avaliação vascular (27) acrescida da utilização de ultrassom dúplex.

E a pesquisa de possíveis causas psicológicas para a disfunção eretiva? Como deveria ser proposta, considerando-se não se ter semanas ou meses para essa finalidade?

A solicitação da equipe médica, do urologista que atende ao paciente impotente é de uma conclusão psicodiagnóstica de um dia para o outro. Ressentem-se os médicos de não poderem obter resultados de profissionais psicológicos a tempo de não perderem o paciente com sua ansiedade de alcançar um tratamento em curto espaço e tempo.

Há duas fontes, a priori, que devem servir ao psicólogo na pesquisa de fatores psicológicos causadores de disfunções eretivas: a entrevista psicológica estruturada e os testes psicológicos (14, 15).

## A ENTREVISTA PSICOLÓGICA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Objetivando manter o foco das atenções nas questões sexuais e suas causas psicológicas, e em tempo menor possível, não se pode propor uma entrevista aberta e/ou sem parâmetros definidos ou sem direcionamento do psicólogo. Assim somente podemos propor uma entrevista psicológica estruturada e focalizada na sexualidade.

A entrevista psicológica estruturada diferencia-se de qualquer outra por estar determinada por um objetivo, neste caso a pesquisa referente às disfunções sexuais. Deve ser então diretiva e orientada por teorias e fatos concernentes ao desenvolvimento de uma sexualidade sadia e satisfatória (13).

Em nosso caso, desenvolvemos e estruturamos a entrevista psicológica através das causas para disfunções sexuais delineadas por Kaplan (12, 13) pesquisamos, então, durante uma entrevista de duração de 40 a 50 minutos, os seguintes pontos junto ao paciente:

- a) desenvolvimento psicosssexual na infância e adolescência: existência e integração de atividades e jogos ligados à sexualidade, curiosidade sexual, liberdade para a expressão da sexualidade no ambiente familiar e fora dele;
- b) a atividade masturbatória na adolescência e na vida atual, especificamente quanto à motivação e existência de sentimentos negativos e culpa relacionados a esta prática utilização de fantasias sexuais (associadas a experiências anteriores ou variações e inovações);
- c) desenvolvimento afetivo-social adolescente (namoro: extensão, aprofundamento afetivo, importância e ocorrência de intimidades e existência de relações sexuais);
- d) iniciação sexual: adequação, vivência positiva e integração das primeiras relações sexuais; ocorrência de disfunções sexuais;
- e) casamento: histórico de adequação conjugal e sexual, especialmente no período imediatamente anterior ao aparecimento da disfunção e atualmente; convivência com outras pessoas na casa, em especial parentes; modos através dos quais o casal conduz orientação dos filhos e a intromissão destes na intimidade do casal; hierarquia e relacionamento de gênero no casal;
- f) fases sexuais, segundo o conceito trifásico de Kaplan (13), na pesquisa de disfunções e problemas da sexualidade (60, 61):
  - desejo sexual: manutenção e adequação no casal; diminuição ou aumento do desejo; desvio de objeto (homossexualidade); parafilias (34); associação com problemas nas outras fases sexuais (43 );

- excitação; estimulação sexual adequada e suficiente (visual, tátil e fantasiosa), sentimentos e reações quanto à disfunção, formação de ansiedade de desempenho ou as possíveis decorrências do ato sexual (gravidez e contração de doenças sexualmente transmissíveis) (45), antecipação do fracasso e a correta configuração da disfunção eretiva (59, 60, 61);
- orgasmo: controle adequado da ejaculação, diminuição ou ausência da sensação orgásmica, ocorrência destes estados associados a disfunções de outras fases (49, 53); ocorrência de problemas desta fase nas outras duas e a importância do descontrole ou inibição ejaculatória na disfunção eretiva, seja como causadoras, seja como resultado (49);
- g) atividade profissional: satisfação quanto ao tipo e quantidade de atividade e adequação financeira;
- h) atividades de lazer, hobbies e atividades físicas e esportivas ,enquanto alívio de estresse e ansiedade cotidianas;
- i) autopercepção emocional: como o paciente se percebe emocional e afetivamente, comparando-se com os dados objetivos presentes na entrevista; outros dados relacionados à tendência para a ação e de personalidade (a exemplo de Rodrigues Jr. - 37);
- j) psicoterapias anteriores do paciente e de familiares e como encara a possibilidade de ser tratado assim.

A entrevista psicológica é prevista para ser executada no prazo de cerca de 50 minutos, o equivalente ao tempo de uma sessão de psicoterapia. Na necessidade de se fazer uma segunda entrevista, esta deverá ocorrer, porém o modelo aqui apresentado implica em não necessitar desta entrevista complementar. No modelo multidisciplinar, esta entrevista é *complementar* à anamnese da queixa erétil, a qual deve incluir vários aspectos objetivos relacionados à ereção em múltiplas ocasiões (a exemplo da objetivação da percepção da ereção pelo paciente - 33).

O anexo 1 apresenta o roteiro para a entrevista psicológica masculina, onde se fazem as anotações sobre a vida sexual do paciente. O anotar pode ser feito durante a entrevista ou após ela ter sido efetuada, a decisão depende do psieoterapeuta que proceder à entrevista.

Estes dados objetivos poderiam ser colhidos através de questionários especiais, a exemplo dos desenvolvidos por Mc Hugh (19, 20, 21), Pion (26), Amion (1, 2) e Lo Piccolo e Steger (17). Porém, não nos interessam apenas os dados objetivos, mas a impressão pessoal elaborável pelo psicólogo ,favorecendo a validação de dados obtidos do paciente em questão, o ser humano, a percepção das atitudes, envolvimento e modo de relacionamento interpessoal (por exemplo através das reações aos questionamentos).

Junto à equipe multidisciplinar é apresentado um relatório sobre questões psicológicas associáveis à causas da disfunção erétil e as mantenedoras, acrescido de opiniões do psicólogo sobre a possibilidade de tratamento e em que tipo de abordagem técnica.

Uma entrevista complementar deverá ser efetuada com a parceira sexual usual. Como nem sempre a parceira se apresenta para a fase diagnóstica, esta é uma possibilidade, porém não é ocorrência comum. Deve-se solicitar a presença da parceira sexual já na entrevista de anamnese, em nosso modelo muitas vezes efetuada pelo médico organicista (urologista ou cirurgião vascular especializados em diagnóstico e tratamento da disfunção erétil). A entrevista com a parceira sexual segue os mesmos esquemas da masculina, embora adequada à realidade feminina e à busca de possíveis problemas sexuais femininos (padrão Kaplan, 13).

Os dados obtidos com a entrevista feminina são comparados com os da entrevista masculina em busca de contradições. Estas conclusões participam do relatório para discussão conjunta aos resultados dos exames orgânicos. Deve-se enfatizar a existência de disfunções sexuais, tanto do ponto de vista de complementariedade à disfunção erétil (a exemplo de inibição total ou acentuada do desejo sexual ou vaginismo), quando de desvalorização da solução da disfunção erétil. A situação de disfunções sexuais femininas deve contribuir para o planejamento do tratamento e para o prognóstico deste mesmo tratamento. Atente-se para a disponibilidade da parceira em participar do tratamento das disfunções erétil, pois sabe-se que os resultados são obtidos em menor prazo quando a parceira encontra-se presente na psicoterapia (22).

## **OS TESTES PSICOLÓGICOS NO DIAGNÓSTICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Quanto à utilização dos testes psicológicos, orientamo-nos para a existência ou não de características particulares de personalidade ligadas à psicopatologia e traços comprometedores da sexualidade.

Devemos apontar para a indevida e inadequada utilização dos testes psicológicos, primeiramente por serem os resultados dos testes psicológicos tomados puros, sem a devida associação a uma entrevista, considerando a pessoa que o respondeu, não supervalorizando a psicopatologia possivelmente presente. Em segundo lugar, observe-se a legalidade da utilização de testes psicológicos apenas por psicólogos que recebem formação para essa finalidade (infelizmente um exemplo é citado em Netto Jr. -25 -e outro em Claro e Lima - 6).

Os testes utilizados são os seguintes:

- a) CPS (Comrey Personality Scale) - utilizado desde 1973 junto à população brasileira, é um teste fácil de corrigir, possui várias formas de detectar falseamento de respostas do examinando, suas 180 afirmativas não chegam a cansar o examinando, sendo os resultados bastante úteis para delinear a personalidade do paciente (7); tem sido usado desde 1993 para avaliação de personalidade do homens com queixas eréteis (35);
- b) TAT (Teste de Apercepção Temática de Murray) (23, 24, 63) - Teste projetivo visando avaliar a personalidade em determinados aspectos, fornecendo informações sobre; como o indivíduo lidaria com certos conteúdos significativos em determinadas situações, neste caso conteúdos sexuais e relações interpessoais. O teste é um processo unitário, perceptual, emocional, mnêmico e de fantasia, que compreende por suposição a personalidade total (Murray, 1970); não se utilizam as 20 pranchas do teste, nem tampouco a forma resumida de 11 pranchas; particularmente utilizam-se as pranchas 1, 4, 6RH, 7RH, 10, 13HF, 16 e 14 (esta última está numerada erroneamente na publicação brasileira corresponde à prancha 13R - 63);
- c) Inventário H. Ellis de Sexualidade Masculina - Forma de III - Questionário organizado a partir de uma amostra de homens com queixas sexuais, construído com 40 questões de múltipla escolha. Esta versão foi desenvolvida a partir das formulações anteriores (46). Solicita-se ao paciente complementar as respostas, por extenso sempre que sentir que as respostas não correspondem totalmente à vivência e experiência pessoais. Os dados coletados complementam a entrevista psicológica e a esta podem ser comparados. O desenvolvimento de um inventário próprio tornou-se mais adequado visando as características da população-alvo (40, 48). Uma versão adequada para a ejaculação prematura também foi desenvolvida(51);
- d) BDI (Inventário Beck de Depressão) - Por este instrumental, podemos reconhecer estados depressivos e ansiosos que possam interferir na função sexual, com especial atenção à ocorrência anterior ou posterior à disfunção relatada (3, 4, 46); a padronização utilizada é a brasileira desenvolvida no início da década de 80 e não publicada por Silva e Rosa (62);
- e) EAS (Escala de Auto-eficácia Sexual - forma E) - Questionário constando de 25 itens relacionados ao desempenho sexual, expressão do desejo sexual, e controle ejaculatório. Fornece dados quanto à qualidade do autoconceito ligado à sexualidade (16, 50, 52).

Os testes psicológicos podem e devem ser utilizados desde que o psicólogo esteja familiarizado com eles. Um bom instrumental seria o teste de Rorschach, porém, devido ao alto custo para a aplicação e avaliação, torna-se contra-indicado para a maioria dos casos em nosso país\*. A utilização de outros inventários de sexualidade e/ou aspectos relevantes sexualmente, a exemplo do Inventário sobre Interação Sexual de Lo Piccolo e Steger (17) ou o inventário sobre Comportamento Sexual (31, 32) traria outros complementares, possivelmente úteis.

Já se utilizou o MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota), teste de papel e lápis visando um perfil de personalidade, composto de 556 afirmativas, às quais se responde certo ou errado, segundo a própria vivência. Utilizamos uma versão de 398 afirmativas, eliminadas aquelas publicadas devido à utilização para avaliação por sistema IBM de contagem de pontos (Hathaway e McKinley, s.d.). Através desse instrumental procuramos indícios sobre os traços psicopatológicos do paciente (paranóia, histeria, hipocondria, psicopatia, traços esquizóides, neurose, psicastenia, tendências homossexuais) (5, 11, 15). Interrompeu-se a utilização deste instrumental por razões de inadequação do método para vários pacientes, seja pelo tempo consumido, seja pela rejeição de alguns deles pelo método e longa duração da aplicação; outra situação que tem ocorrido corresponde a profissionais do sul do país o estarem utilizando com a padronização argentina, através de programa de computador desenvolvido por técnicos em informática em Buenos Aires, o que não somente é inadequado, é não ético e não científico (35). A má utilização do teste, também, deve ser considerada. Profissionais não habilitados tem feito uso de testes psicológicos, além de atualmente, em especial no sul do Brasil, avaliação com programas de computador elaborados na Argentina e usando normatizações e padronizações argentinas estarem sendo usados. Desta maneira, estamos evitando o uso deste instrumental para não cooperarmos com o mau e inadequado uso de tal importante e válido instrumental psicológico.

## **OS OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DO HOMEM SEXUALMENTE DISFUNCIONAL**

Além de verificar a psicogenicidade da disfunção sexual, deve ser função de uma avaliação psicológica a pesquisa da possibilidade de

---

\* Em cooperação com aProf. Vera Moura Ramos (Faculdades São Marcos-S.P.), desenvolve-se no Instituto H. Ellis um estudo sobre as características de personalidade do homem portador de disfunção eretiva através do Teste de Rorschach.

aceitação dos tratamentos conhecidos (55, 56, 58), especialmente os tratamentos psicológicos, pois, com a restauração da função sexual através da psicoterapia, não corremos o risco presente pela irreversibilidade causada pela destruição dos tecidos nas cirurgias (18). Este ponto é de importância, pois a veiculação através da medicina, e mesmo na imprensa leiga, das próteses de silicone como soluções finais e totais, mesmo em pacientes com disfunções de origem psicológica tornar-se-á desastrosa para este tipo de paciente, caso venha a se arrepender da opção imposta. Deve-se procurar perceber a motivação do paciente para os diversos tipos de tratamento possíveis: psicoterapia (desde psicanálise e formas específicas de terapia sexual, incluindo terapia de casal), cirurgias restauradoras (as já abandonadas cirurgias arteriais e cavernosoplastias), implantação de próteses penianas de silicone (rígidas, semi-rígidas, infláveis ou articuladas), medicamentosa, ou vários destes métodos em associação. Estes dados são de grande importância na indicação de uma conduta terapêutica adequada.

Torna-se função da avaliação psicológica o reconhecimento de estados emocionais, sejam primários ou secundários à disfunção sexual e outras variáveis intervenientes, que possam interferir no futuro tratamento. Para a possibilidade de implantação de prótese peniana, a avaliação psicológica pode contribuir para se verificar se o paciente em questão pode se tornar recipiente dessa prótese sem prejuízos emocionais-afetivos e se terá necessidade de acompanhamento psicológico pós-cirúrgico.

A abordagem psicológica do homem eretivamente disfuncional torna-se completa quando se pode trazer a parceira sexual (esposa, namorada, noiva, amante, ou seja, a pessoa com quem o paciente mantém suas relações sexuais com mais constância, e com quem geralmente apresenta o problema sexual do qual se queixa). Devido às condições culturais vigentes em nosso meio, o homem brasileiro não aceita facilmente a participação de sua parceira sexual ao se queixar de problemas e dificuldades que o afligem sexualmente. No entanto, referem estar procurando tratamento por indicação, orientação, solicitação ou, mais drasticamente, por exigência de sua parceira sexual (Rodrigues Jr.; Andrade e Costa, 1988). Apesar da geral discordância quanto à presença da parceira sexual, representando altos níveis de resistência, culpa ou tensão quanto a esta presença (64), o prognóstico torna-se mais positivo quando a parceira participa da fase diagnóstica. A participação desta parceira aumenta, o número das informações objetivas e torna mais clara a importância da dificuldade sexual para a dinâmica do relacionamento conjugal, a qual provavelmente seria modificada através do tratamento a ser indicado. Sendo aceita a presença da parceira sexual, propomos uma sessão conjunta de breves 10 a 20 minutos para que percebamos a dinâmica do casal, em si e em relação à dificuldade sexual queixada. A entrevista prossegue separadamente com esta parceira, objetivando comparar a história da disfunção àquela apresentada

pelo paciente, compreender o envolvimento emocional, afetivo e sexual do casal, a existência de dificuldades e disfunções sexuais (44) e a aceitação dos diferentes tipos de tratamento possíveis para o problema do paciente.

## **A VALIDADE DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Desta maneira, podemos concluir um diagnóstico psicológico (observe-se: não-diferencial) e oferecer uma perspectiva quanto a um prognóstico frente aos possíveis tratamentos da perspectiva do casal. Numa avaliação diagnóstica multidisciplinar, estes dados tornam-se importantes ao serem confrontados aos outros obtidos nos exames da área orgânica, tomando mais plausível a conduta a ser indicada, que, de que forma, poderia tornar-se incoerente e dificultaria o processo de reestabelecimento da normalidade sexual.

A abordagem psicológica do homem queixoso de disfunção eretiva não pode e não deve ser descartada, pois o médico, seja urologista, seja cirurgião vascular, não se encontra preparado para abordar este tipo de paciente (8, 9, 64), o que provavelmente conduzirá a um diagnóstico com prognóstico pobre e conseqüente insatisfação do paciente com a falha no tratamento, como por exemplo, a prescrição inadequada de larga margem de medicamentos, vitaminas, hormônios e outros placebos como tem acontecido, trazendo euforia na primeira semana de tratamento, concomitante com aumento de insatisfação e diminuição da autoconfiança do paciente e da confiança deste nas instituições de saúde (Rodrigues e cols., 1987b).

Se for perguntado a um psicólogo clínico se poderá achar problemas da esfera psicológica em uma pessoa, a resposta é simples: sempre e em qualquer pessoa. Algum problema será achado, se não for na área da sexualidade, será de relacionamento interpessoal. Se não for no trabalho, será no lazer. Poderá ser um problema ocorrido na infância ainda produzindo dificuldades. Poderá ser um problema de ordem intelectual, uma falha da socialização primária ou da secundária, a falta de um comportamento não aprendido ou não desenvolvido, inadequações e inaptações, sentimentos subjetivos negativos e prejudiciais... Achar problemas nas outras pessoas nunca foi problema para o ser humano, muito menos para quem tem instrumentais sistematizados para diagnosticá-los!

No caso do homem com a disfunção eretiva, o psicoterapeuta poderá achar muitos problemas. O que interessa, no entanto, é encontrar problemas da ordem psicológica que estejam associados ao problema sexual. As ansiedades associadas ao sexo, ao desempenho sexual e à situação sexual poderão ser exploradas e reconhecidas. Inadequações conjugais (disputas e competições por poder e incapacidades em compreensão emo-

cional.), no relacionamento sexual (diferenças de preferências e comportamentos individualizados não repartidos ...), de objeto de escolha sexual (homossexualidade egodistônica e não reconhecida; parafilias), problemáticas intrapsíquicas (sentimentos de menos valia, traumatismos emocionais passados, condições incestuosas, psicopatologias, psicoses, psicopatias e sociopatias...): todas estas condições poderão produzir um problema da ordem sexual.

Reconhecer estas condições é de importância pois o tratamento psicológico depende de se saber o que se irá tratar. Assim sendo, não adianta mandar um paciente para tratamento psicológico, se ainda não se conhece o que será tratado, se poderá ser tratado psicoterapeuticamente. Um paciente sem causas orgânicas pode não ter, ao menos facilmente, diagnosticada alguma causa psicológica imediata e tratável. Se o paciente é encaminhado para a psicoterapia com a idéia de que se curará “rapidamente”, pois não tem nada orgânico, e a terapia sexual tem muitos bons resultados em pouco tempo, sentir-se-á enganado se vier a descobrir que “seu caso” é “diferente”, demorará mais tempo... Sentindo-se assim, será o caminho mais curto para não aceitar a psicoterapia, ou abandoná-la logo em seguida com suas frustrações por fantasias que lhe foram implantadas! Assim é como vemos muitos pacientes com encaminhamentos inadequados e desencorajados pela falta de base para a indicação psicoterápica.

A adequada avaliação psicológica deverá indicar qual abordagem técnica em psicoterapia será utilizada. Um prognóstico poderá ser obtido com esta avaliação, facilitando a discussão sobre o quanto de tempo deve o paciente esperar que dure seu tratamento.

Se a avaliação psicológica não for feita anteriormente à indicação do tratamento psicológico, deverá ser efetuada ao se receber o paciente, o que colocará contradições importantes entre a indicação e a futura atuação do psicoterapeuta. Nestes casos teremos “casos difíceis” ou “mais difíceis” de serem tratados pela psicoterapia, pois a dissonância cognitiva que se forma impedirá o paciente de se tratar e ser tratado adequadamente pelo psicoterapeuta. São os pacientes que abandonam os tratamentos, pois já entram nele com uma crença errônea, a qual não será satisfeita com o tratamento que receberá. Eis a importância da avaliação psicológica prévia permitir a adequada indicação da psicoterapia e do psicoterapeuta, permitir que o paciente encontre coerência na indicação e sentir que poderá confiar no tratamento que receberá. Ao médico que venha a indicar a psicoterapia vem o favorecimento de poder fazê-lo com crédito, com bases científicas e com continuidade de ação integrada.

Obviamente sabemos que outros modelos podem e virão a ser desenvolvidos de acordo com necessidades regionais e profissionais, mas defendemos a intensidade e a profundidade qualitativa desta proposta ora apresentada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANNON, J. S. (1975a): *The sexual fear inventory - male form*. Honolulu: Enabling Systems.
2. ANNON, J. S. (1975b): *The sexual pleasure inventory - male form*. Honolulu: Enabling Systems, 1975b.
3. BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. E.; EMERY, G. (1982): *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar.
4. BECK, A. T.; WARD, A. J.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4:561-71.
5. BEUTLER, L. E.; SCOTT, F. B.; KARACAN, I. (1976): Psychological screening of impotentmen. *The Journal of Urology*, (116):193.
6. CLARO, J.; LIMA, M. L. (1993): Cirurgia venosa peniana no tratamento da impotência. *Revista Brasileira de Medicina*, 50(4):322, 325.
7. COMREY, A. L. (1987): *Escalas de personalidade de Comrey-Manual*. São Paulo, Vetor Editora Psico-Pedagógica.
8. COSTA, M.; RODRIGUES, JR., O. M. (1986): O urologista e a sexualidade. Trabalho apresentado ao XX Congresso Brasileiro de Urologia, Belo Horizonte.
9. COSTA, M.; RODRIGUES, JR., O. M. (1987): O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. *Reprodução*, 1(1):114-9.
10. GLINA, S.; MEDEIROS, M. O.; CHAO, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M. (1990): Neurologic evaluation in patients with sexual dysfunctions and premature ejaculation with no pre-existing neuropathy. *International Journal of Impotence Research*, 2 (Supplement 2):53-4.
11. HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C. (s/d): *Inventário multifásico Minnesota de personalidade - Manual*. Rio de Janeiro, CEPA.
12. KAPLAN, H. S. (1977): *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
13. KAPLAN, H. S. (1983): *O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
14. KEEFE, E. J.; KOPEL, S. A.; GORDON S. B. (1980): *Manual prático de avaliação comportamental*. São Paulo, Manole.
15. LEIBLUM, S. R.; PERVIN, L. A. (org.) (1982): *Princípios e prática de terapia sexual*. Rio de Janeiro, Zahar.
16. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, L.; FICHTEN, C. S.; AMSE, R. (1985): The SSES-E- A measure of sexual self-efficacy erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11(4):233-47.
17. LO PICCOLO, J.; STEGER, J. C. (1974): The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3:585-95.
18. MAGEE, M. C. (1980): Psychogenic impotence: a critical review. *Urology*, 15 (5):435-42.

19. MC HUGH, G. (1955): *Sex knowledge inventory: form y vocabulary and anatomy*. Durham, NC, Family Life Publications.
20. MC RUGH, G. (1967): *Sex knowledge inventory: forro x (revised)*. Durham (NC): Family Life Publications.
21. MC RUGH, G. (1968): *Marriage counselor's manual and teacher's handbook*. Durham (NC): Family Life Publications.
22. MONESI, A. A.; RODRIGUES JR., O. M.; PUECII-LEÃO, P.; FAVORETO, A. V.; COSTA, M.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M. (1994): Resultados de psicoterapia sexual para tracunento de disfunção erétil no Instituto H. Ellis (S.P. - Brasil): acompanhamento de 157 pacientes por 3 anos. *Anais do VII Congresso Latinoamericano de Sexologia y Educación Sexual*, La Habana, nov.
23. MURRAY, H. A. (1965): *Uses of the themalic apperception test*. In: *Handbook of projective techniques*. New York, Bassis Books In.
24. MURRAY, H. A. (1970): *Test de apercepción temática (TAT): manual para lá aplicación*. Buenos Aires, Paidós.
25. NETTO JR., M. R. (1982): Propedêutica da impotência sexual masculina. *Revista Paulista de Medicina*, 99(1):25-8.
26. PION, R. J. (1975): *The sexual response profile*. Honolulu: Enabling Systems.
27. PUECH-LEÃO, P (1983): *Pressão arterial peniana no diagnóstico da impotência sexual de origem vascular*. Dissertação de origem vascular. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
28. PUECH-LEÃO, P. (1987): *Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante*. Tese de Doutorado em Cirurgia, Universidade de São Paulo.
29. PUECH-LEÃO, P. (1992): Gravity cavernosometry. In: LUE, T. F. (ed): *World book of impotence*. London: Smith-Gordon and Company Limited - Nish imura Cmpny Limited.
30. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; REICHELTA. C.; RODRIGUES JR., O. M. (1987): Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 13(1):11-4.
31. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975x): *The heterosexual attitude scale: mole form*. Honolulu, Enabling Systems.
32. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975b): *The heterosexual behavior inventory: mole form*. Honolulu, Enabling Systems.
33. RODRIGUES JR., O. M. (1990): Avaliação da distinção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Skopia*, 8(1):33-4.
34. RODRIGUES JR., O. M. (1991): *Objetos do desejo, das variações do comportamento sexual, perversões e desvios*. São Paulo, Iglu Editora.
35. RODRIGUES JR., O. M. (1993a): A psicologia e a sexualidade. *Abeihoje*, 1(2):1-2.
36. RODRIGUES JR., O. M. (1993b): Da utilidade da avaliação psicológica da impotência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1):24-6.

37. RODRIGUES JR., O. M. (1993c): A busca da “personalidade autorizaria” na disfunção erétil. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1): 63-74.
38. RODRIGUES JR., O. M. (1993d): A necessidade de um psicoterapeuta especializado. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Instituto H. Ellis.
39. RODRIGUES JR., O. M. (1993e): Em defesa de um psicoterapeuta especializado nos diagnósticos e tratamento da impotência. *Abeihoje*, 0(0):2-3.
40. RODRIGUES JR., O. M. (1993f): A avaliação psicológica da disfunção erétil: complementação com o Inventário L. H. E. de Sexualidade Masculina, forma III. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Instituto II. Ellis.
41. RODRIGUES JR., O. M. (1994a): A avaliação psicológica é necessária? *Abeihoje*, 2(1):1-2.
42. RODRIGUES JR., O. M. (1994b): Sexualidade e o papel do psicólogo. *Insight psicoterapia*, N(44):23-7.
43. RODRIGUES JR., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. (1992): Inibição do desejo sexual estudo descritivo da ocorrência e implicações na disfunção erétil. *Revista Brasileira da Sexualidade Humana*, III(1):112-20.
44. RODRIGUES JR., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. (1990): Prevalência de dificuldades sexuais em parceiros de homens sexualmente disfuncionais. *Revista Brasileira de Sexualidade humana*, 1(1):75-83.
45. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1987): A disfunção erétil e a utilização do inventário Beck de depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(5):293-8.
46. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1988): A ansiedade com a possibilidade de gravidez e a dificuldade erétil. Texto não publicado.
47. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1991): Disfunção sexual erétil: diferenças psico-sexuais em causas orgânicas e psicológicas. *Reprodução*, 6(2):69-79.
48. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1993): O Inventário I. H. E. de sexualidade masculina, forma III. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(2):181-99.
49. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P. (1989): Ejaculação prematura: incidência e implicações na disfunção erétil. *Sexos*, 1(2):22-4.
50. RODRIGUES JR., O. M.; DI SESSA, S. R.; COSTA, M.; HADDAD, S. (1991): Autoconfiança sexual em implantação de prótese peniana para disfunção erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6):352-6.
51. RODRIGUES JR., O. M.; FREIRE, H. P.; 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.
52. RODRIGUES JR., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARELLO, C. V. (1992): Autoconfiança sexual em estudantes universitários: um estudo piloto descritivo de prevalência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1):95-102.

53. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. (1987x): *Incidência e implicações da ejaculação prematura na disfunção erétil*. Trabalho apresentado ao V Encontro Nacional de Sexologia, da Febrasgo, Gramado (RS).
54. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. (1987b): *Sexual dysfunction and the previous search of professional help*. Trabalho apresentado ao II Simpósio Internacional de Sexualidade Feminina y Masculina, Mar del Plata, Argentina, jun.
55. RODRIGUES JR., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. (1993): Disfunção erétil: a opinião do paciente quanto a possível tratamento. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1):75-87.
56. 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(52):316-7.
57. RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.) (1993): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Instituto H. Ellis.
58. RODRIGUES JR., O. M.; SARTORI, M.; COSTA, M. (1992): Disfunção erétil secundária: aceitação de tratamento e a determinação de etiologia pelo paciente. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(2):209-22.
59. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1993): Impotência sexual masculina: revisão crítica sobre a definição. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.) (1993): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Instituto H. Ellis.
60. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1994): Problemas sexuais masculinos: o que o psicólogo precisa conhecer-parte *Insight psicoterapia*, IV(42):19-23.
61. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1994b): Problemas sexuais masculinos: o que o psicólogo precisa conhecer-parte II. *Insightpsicoterapia*, IV(42): 20-24.
62. SILVA A. C.; ROSA, T. (s/d): *Padronização do inventário de depressão de Beek (BDI) com amostra de 636 sujeitos*. Instituto Metodista de Ensino Superior. Texto mecanografado não publicado.
63. SILVA, M. C. V M. (1989): TAT. *aplicação e interpretação do Teste de Apercepção temática*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
64. VICENT, C.E. (1975): Communicating with couples presenting sexual problems. *Medical Aspects of Human Sexuality*, p. 116-38, March.

# Anexo I

## Instituto H. Ellis

### Centro Multidisciplinar para Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade

- Avaliação Psicológica – Entrevista Estruturada Masculina

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Escolaridade: 1º G ( ) 2º G ( ) 3º G ( ) Completo: \_\_\_\_\_

Atividade profissional: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Prática S ( ) N ( )

Status marital: \_\_\_\_\_ Parceira: \_\_\_\_\_

Filhos (número, idade e sexo): \_\_\_\_\_

- Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

DEobt ( ) DEmnt ( ) DEamb ( ) situ ( )

EP1ª ( ) EP 2ª ( ) EP2ªDE ( ) situ ( )

IDS1ª ( ) IDS2ª ( ) IDS2ªDE ( ) situ ( )

- História da disfunção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Desenvolvimento psico-sexual (infância, puberdade, adolescência)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Masturbação atual: \_\_\_\_\_ - frequência: \_\_\_\_\_ / sem culpa: \_\_\_\_\_

Iniciação sexual - Idade: \_\_\_\_\_ anos - com \_\_\_\_\_

Namoro: \_\_\_\_\_

Casamento - tempo: \_\_\_\_\_ anos - clima conjugal: \_\_\_\_\_  
 após \_\_\_\_\_ anos de namoro / sexo pré-conjugal: \_\_\_\_\_

Fases sexuais: Desejo sexual: \_\_\_\_\_

Ejaculação: \_\_\_\_\_

EP ( ) 1ª ( ) Tempo intracoital para ejaculação = \_\_\_\_\_

Impotência - sentimentos: \_\_\_\_\_

ansiedade para com o desempenho sexual ( )

antecipação do fracasso ( )

Atividade profissional: \_\_\_\_\_

satisfatória?: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

Atividades físicas: \_\_\_\_\_

Estado emocional: ansiedade ( ) depressão ( ) \_\_\_\_\_

- Psicoterapia anterior: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Prognóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Indicações complementares: - entrevista com parceira ( )
- Inventário I. H. E. Sex. Masculina DE III
- Inventário I. H. E. Sex. Masculina EP I
- EAS ( )
- BDI ( )
- Testes de Personalidade - TAT ( )
- CPS ( )

- Dados de relatório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Praça Charles Miller, 80 - Pacaembu - São Paulo - S.P. - Brasil**

**Fone: 55-11-262-1333 - Fax: 55-11-864-1805**

# Resumos Comentados

---

The Sexual Brain, Simon LeVay,  
A Bradford Book, 1993,  
Massachusetts Institute of  
Technology **1**

---

Tradução e comentários de Mônica Maia<sup>1</sup>

Simon LeVay é neurobiólogo e seu livro tem como objetivo principal focar os mecanismos cerebrais responsáveis pelo comportamento sexual e pelos sentimentos, bem como as bases biológicas da diversidade de comportamentos sexuais. Em 1991, LeVay publicou um trabalho (*Science*, vol. 253, pp. 1034-1037), no qual descreve as diferenças da estrutura cerebral entre homens homossexuais e heterossexuais, assumindo a possibilidade de bases biológicas para o comportamento sexual. Neste livro, LeVay faz uma mea culpa no sentido de rever sua crença na dicotomia “psicológico” e “biológico”, ou seja, ele assume a que a dicotomia inexistente a partir do momento em que todos os aspectos da vida mental apresentam, em última instância, um substrato biológico.

Para defender sua tese, LeVay discorre, no segundo capítulo (“Evolução do sexo e do comportamento sexual”) sobre os prováveis motivos da escolha do sexo como forma preferencial de reprodução. No início da existência da vida sobre a terra, a forma de reprodução dos organismos era a assexual, ainda existente em vários organismos, entre eles flores e lagartos. Por esta forma de reprodução, um organismo origina seus descendentes sem a colaboração de um parceiro, e toda a progênie é geneticamente igual à geração parental, exceto por eventuais mutações.

---

1. Bióloga e Educadora Sexual do Instituto Cavalcanti.

Algumas bactérias, entretanto, começaram a trocar gens com parceiros da mesma espécie. É a forma mais arcaica de reprodução sexual que se conhece. Atualmente, a maioria dos organismos vivos se reproduz sexuadamente. Mas qual a razão para isso?

A explicação mais genérica para este fato é a da geração da diversidade possibilitada pela reprodução sexual. O sexo embaralha gens, ou seja, dois organismos da mesma espécie misturam seu material genético de tal forma que a progênie apresenta uma carga genética diferente de seus pais e de seus irmãos. Esta diversidade é a matéria prima da evolução e apresenta uma grande vantagem a longo prazo para a espécie.

Entretanto, bens não se preocupam com benefícios a longo prazo. Então, quais seriam os benefícios a curto prazo da reprodução? Existem atualmente duas classes de hipóteses. A primeira considera a vantagem na relação do indivíduo com o seu ambiente, através do aumento das chances de sobrevivência, por três motivos básicos:

1. Em um ambiente mutável, quanto maior a diversidade dos organismos, maior a chance de sobrevivência em condições adversas.
2. A diversidade diminui a luta por recursos limitados.
3. A diversidade diminui a susceptibilidade da população a patógenos.

A segunda enfoca o sexo como um mecanismo de escape das mutações prejudiciais. Quando uma população se reproduz assexuadamente, o número de mutações prejudiciais não pode se reduzir abaixo do menor número carregado por qualquer indivíduo da população em questão. Esse mecanismo “tipo catraca” foi analisado por Mulher na década de 60. Em contraste, espécies que reproduzem sexuadamente podem liberar a catraca: a recombinação aleatória dos gens de dois pais gerará descendentes com menos mutações prejudiciais do que qualquer um deles. Evidentemente, a reprodução sexual permite descendentes altamente vantajosos (bem como descendentes altamente desvantajosos), quando comparados com os reproduzidos assexuadamente. Essa hipótese torna-se mais plausível quando, a partir das modernas técnicas em biologia molecular, calcula-se que em cada geração produzam-se centenas de novas mutações no pool genético da população. Além disso, mutações nocivas atuam em cooperatividade e não em aditividade, ou seja, duas mutações nocivas são mais do que duas vezes prejudiciais do que uma (sinergismo).

E claro que estamos nos referindo aqui ao sexo enquanto mecanismo genético. O sexo foi adquirindo inúmeros outros significados durante o processo evolutivo das espécies. Entretanto, acredito que é sempre muito importante conhecermos nossas origens. Se hoje usamos o sexo para dizer “eu te amo”, no início essa não era a sua finalidade.