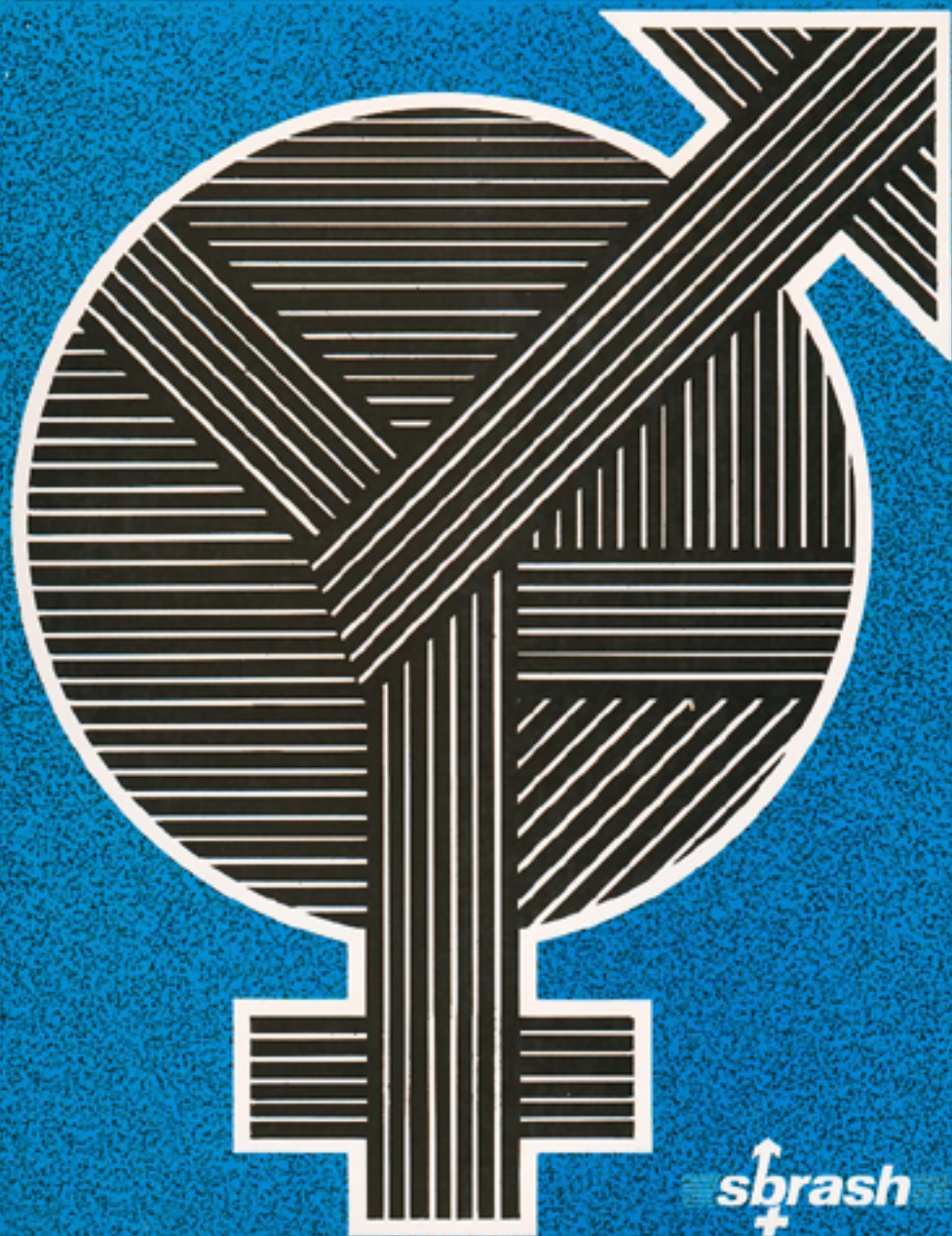


REVISTA BRASILEIRA DE
SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME 6 – Nº 1 – 1995

ISSN 0103-6122 – CODEN RBSHE5



sbrash

Revista
Brasileira
de
Sexualidade
Humana

Volume 6 - Número 1 - Janeiro a Junho de 1995
Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH

Sumário

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

Trabalhos de Atualização e Opinativos

1. A Educação Sexual Necessária	15
2. Cognições, Comportamento Sexual e AIDS.....	29
3. O Trabalho de Enfermeiras junto à Pais de Adolescentes através da Atividade Grupal.....	36
4. Sexualidade Humana: o despedir-se de uma visão puramente mentalista através do novo Paradigma da corporeidade viva.....	45
5. Sexo, Reprodução, Amor e Erotismo	51
6. Educação Sexual numa visão mais abrangente	60

Relato de Caso

1. Prótese Peniana em Paciente Esquizofrênico: Desestruturação ou Integração Emocional? Relato de um caso	69
---	----

Trabalhos de Pesquisa

1. Preferenciais Corporales Sexuales de Jóvenes con Instrucción Secundaria Completa y Superior de la Ciudad Lima - Peru.....	77
2. A Sexualidade Humana no Contexto da Assistência de Enfermagem	99
3. O Comportamento Sexual de Homens de baixa renda com disfunção erétil	114

Resumo Comentado

1. Behavior Patterns that Comprise Sexual Addiction as Identified by Mental Health Professionals.....	133
---	-----

Editorial

No momento em que estamos escrevendo este Editorial, para o número correspondente aos meses entre janeiro e junho de 1995, encontram-se em plena efervescência os preparativos para o V *Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana*, reunião científica maior da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH) deste biênio.

Além da justa homenagem ao colega Araguari Chalar Silva, recente e prematuramente falecido, com a adoção de seu nome para o *Prêmio SBRASH* ao melhor trabalho concorrente na área de terapia sexual, neste evento devem ocorrer mudanças marcantes em nossa Sociedade. A Assembléia Geral deliberará, entre outros importantes temas, sobre a criação de três novas Comissões, que devem influenciar o futuro da entidade.

A primeira delas, a Comissão de Atribuição de Certificados em Qualificação em Terapia Sexual e em Educação Sexual, será sem dúvida o primeiro passo para que se possa ter alguma ordenação quanto ao uso dos títulos de “Terapeuta Sexual” e de “Educador Sexual”, que hoje são, na maioria das vezes, auto-atribuídos.

A Comissão de Nomenclatura, cuja idéia de criação tem recebido entusiástico apoio, tentará propor um sistema de denominação para vários itens cuja nomenclatura ainda é pouco padronizada. Assim, tentar-se-á definir claramente conceitos tais como “sexólogo”, “educação a orientação sexual”, “desvios”, “parafilias”, e vários outros. Evidentemente a *SBRASH* não tem força - e nem se interessa - em criar obrigatoriedade de uniformização de conceitos. No entanto, havendo uma proposta de definição objetiva para tais termos, o bom senso indica que ao menos a maioria dos autores passe a utilizá-los.

Finalmente, a criação de uma Comissão Ética vem se fazendo necessária, em especial no que diz respeito ao relacionamento dos profissionais ligados à *SBRASH* com a imprensa.

Como se vê, esperamos grandes decisões dos participantes dessa Assembléia. Além de tudo isso, observando o Congresso pela ótica da Editoria da Revista, sem dúvida desse evento emergirão textos de elevada qualidade científica, que publicaremos com prazer e proveito.

Aguardemos.

Nelson Vitiello
Editor Chefe

Trabalhos
de
Atualização
e
Opinativos

A educação sexual necessária **1**

Nelson Vitiello¹

Não se pode negar que a civilização está vivenciando, neste final de século, uma situação de crise que se manifesta em várias frentes; vivemos uma época de crise dos valores morais e éticos, uma crise econômica e política, e várias outras. Essa situação é resultante de um sem número de fatos ocorridos em nossa história longínqua ou recente, que condicionaram o surgir da atual fase.

Assim, numa simplificação extrema e só para citarmos alguns dos mais importantes, lembremos que a segunda metade do nosso século vem assistindo um acelerado processo de urbanização, como nunca se viu antes na história da humanidade. A América Latina, por exemplo, há poucos 20 anos, tinha apenas três de cada 10 de seus habitantes residindo em cidades. Por um processo social complexo ocorreu uma rápida mudança e hoje tem ela 7 de cada 10 de seus habitantes morando em áreas urbanas. Grandes cidades, com mais de um milhão de habitantes, são cada vez

1. Ginecologista. Título de Especialista em Educação Sexual concedido pela FLASSES (Federação Latinoaméricana das Sociedades de Sexologia e Educação Sexual).

Recebido em 00.00.00

Aprovado em 00.00.00

mais comuns, chegando alguns centros, como São Paulo, à incrível concentração de quase seis milhões de habitantes por quilômetro quadrado. É claro que esse intenso processo de urbanização não se fez exclusivamente a custa do crescimento reprodutivo, mas também (e principalmente) pela migração de contingentes populacionais de áreas rurais para as cidades.

Essa urbanização assim acentuada trouxe conseqüências para o estilo de vida das pessoas. Os grandes problemas urbanos - moradia, segurança, transporte, etc. - se agudizaram, fazendo que com eles se dispenda (no trânsito, por exemplo) uma considerável parcela de tempo, que de outro modo poderia ser dedicada à família ou ao lazer. As pessoas tendem progressivamente a se enimesmar, cultivando um menor círculo de amizades; na realidade, temos cada vez mais *conhecidos* a cada vez menos *amigos*.

A própria constituição das famílias mudou. Daquela família estendida, em que conviviam num mesmo espaço três ou mais gerações, com grande número de indivíduos e vários colaterais e agregados, passou-se à família nuclear, na qual convivem somente os pais (quando ainda não se separaram) e um ou dois filhos, que freqüentemente apenas se vêem rapidamente, na maioria dos dias. Essa mudança da estrutura familiar afrouxou os laços de união entre seus membros e trouxe, como conseqüência, a quase total abolição da transmissão de conhecimentos, tradições e costumes entre as gerações. A *cultura*, em seu conceito antropológico, deixou de ser transmitida de geração à geração, pela crescente perda de prestígio das gerações mais idosas, que vêem seu papel de transmissor cultural cada vez mais ocupado pelos meios de comunicação de massa.

Esses meios - em especial a televisão - também se constituem em importante fator modificador da sociedade. Nunca antes em sua história a humanidade havia se defrontado com tão poderosos veículos de comunicação, que atingem sua máxima eficácia com a vulgarização a nível planetário da televisão, com a tecnologia dos satélites geo-estacionários. Pode-se hoje, em qualquer local do mundo, receber em casa (ou até mesmo na cama) imagens de fatos que estão ocorrendo ou que ocorreram a poucos minutos, no outro lado do mundo.

Os fatores aqui tão superficialmente citados contribuem, todos eles, para uma nova maneira de viver; não nos cabe (nem teria qualquer sentido) um julgamento de valores, no sentido saudosista de louvar os *velhos tempos*, ou de entoar loas às conquistas tecnológicas de nossa época. O que desejamos é, tão somente, assinalar que a sociedade mudou, e com ela mudamos todos nós adultos, crianças e adolescentes.

Dentre essas mudanças, sem dúvida assumem grande importância aquelas ocorridas no padrão de exercício da sexualidade, em especial entre os jovens. É muito difícil, senão impossível, estabelecer o número de adolescentes de ambos os sexos que vem se iniciando sexualmente nessa fase

da vida. Os métodos de pesquisa empregados, principalmente quando se baseiam em informações fornecidas pelos próprios adolescentes, tendem a não refletir os números reais, pelo temor que os jovens tem sobre como serão usados os dados levantados por entrevistadores. Numa estimativa bastante modesta, a julgar pelas conseqüências possíveis do exercício da sexualidade (número de gestações, doenças sexualmente transmissíveis, etc.), podemos afirmar que ao menos a metade das moças e a quase totalidade dos rapazes, em nosso meio, iniciam-se sexualmente durante a adolescência. E, na imensa maioria das vezes, essa iniciação sexual é feita sem qualquer preparo, formal ou informal, que possa diminuir as probabilidades do advento de traumas, experiências frustrantes ou mesmo conseqüências meramente orgânicas, como as doenças sexualmente transmissíveis ou a gestação inesperada.

No que toca a educação é importante que nos detenhamos, ainda que ligeiramente, sobre as origens de nossos sistema educacional.

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

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

Uma conseqüência curiosa que esse enfoque ainda conserva é o freqüente uso de crianças em peças publicitárias as mais diversas, mesmo

aquelas não dirigidas a um público infantil. Parte-se do princípio que, como é inocente, a criança não pode mentir; assim, se recomenda um determinado produto é por que ele é realmente bom.

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

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

ALGUNS IMPORTANTES CONCEITOS

Antes de podermos falar em “educação sexual”, é importante que se deixe bem claros os conceitos de “informação”, “orientação”, “aconselhamento” e “educação”, pois parece-nos haver muita confusão entre eles. Evidentemente a nomenclatura que propomos não é a única existente, e talvez nem mesmo a mais comum. No entanto, é a que nos parece mais funcional; por isso a adotamos.

A simples passagem de informações, embora muito relevante e de fundamental importância para o processo educativo não se constitui, em si mesma, nesse processo. Em outras palavras, fornecer a alguém informações sobre determinados fatos *não* é, isoladamente, um processo educativo, embora possa fazer parte desse processo. Informar é uma atividade de ensino, de instrução, e não de educação, ao menos enquanto a informação for passada isoladamente.

Já a orientação implica num mecanismo mais elaborado, segundo o qual, baseando-se em sua experiência e em seus conhecimentos, o orientador ajuda o orientado a analisar as diferentes opções disponíveis, tornando-o assim apto a descobrir novos caminhos.

Aconselhar, por outro lado, consiste em auxiliar o aconselhando a decidir-se por um ou por vários dos possíveis caminhos que ele próprio já conhece; em outras palavras, aconselhar significa “ajudar a decidir”.

Educar, finalmente, embora possa passar por informar, por orientar e por aconselhar, é mais do que a soma dessas partes isoladas. Educar, no sentido mais amplo, significa “formar”, não na acepção de que o educando seja uma cópia do educador, mas sim na de que o educador dá ao educando condições e meios para que cresça interiormente. A influência do educador, por isso mesmo, além de intensa precisa ser contínua e duradoura,

pois caso contrário não conseguirá seu intento, embora todo e qualquer contato humano possa ter uma conotação educadora.

Exemplificando, todos nós tivemos, em nossa formação escolar, dezenas de professores; no entanto, em sua maioria, foram eles quase sempre meros repetidores de informações. Apenas um, ou no máximo alguns poucos, deixaram em nossa lembrança marcas perenes, cuja influência nos acompanha no decorrer de toda a vida. Esse, ou esses poucos, foram para nós verdadeiros educadores.

Nesse sentido, a educação sexual sistemática só pode ser feita por familiares ou por professores, pois apenas a família e a escola, como instituições sociais, conseguem preencher os pressupostos que explicitamos antes, isto é, só elas conseguem atuar de maneira contínua e duradoura. Se essa educação é de boa ou má qualidade, se é ou não satisfatória, é outro problema; o que é indiscutível é ser ela a única a se dar de forma sistemática. Já a educação sexual assistemática, ocasional, pode ocorrer de forma espontânea, no seio da própria sociedade (em grupos de parceria, por exemplo) ou mesmo de forma proposital, quando o educando procura por iniciativa própria freqüentar cursos, ler matérias ou assistir conferências sobre o tema.

Num parêntese, parece-nos conveniente deixar claros os conceitos de “autonomia” e de “liberdade”, que são freqüentemente confundidos. Denomina-se de *autonomia* à aptidão para analisar as diversas opções de escolha disponíveis. Desde que desenvolva seu tirocínio e sua capacidade de pensar logicamente, está o jovem apto a fazer suas próprias escolhas. Isto não significa, no entanto, que possa ele *exercer* essa escolha, pois para isso lhe faltam condições materiais, financeiras, sociais, etc. Apenas quando adquirir essas condições poderá o jovem exercer livremente qualquer opção que tenha eleito; a isso se denomina habitualmente de “*liberdade*”. Assim, pode-se dizer, a grosso modo, que os adolescentes tem autonomia, mas ainda não tem liberdade, que só será conquistada com sua completa emancipação, inclusive econômica.

Voltando à discussão do tema do papel do profissional na educação sexual, queremos deixar bem clara nossa opinião de que o médico, a enfermeira, o psicólogo ou o assistente social, quando fazem palestras em escolas, não estão exercendo verdadeiramente a educação sexual, mas sim funcionando como meros informadores. Claro que essas bem intencionadas tentativas são meritórias e funcionam no sentido de desmistificar o tema; são entretanto absolutamente contraproducentes enquanto medidas educadoras. Esses profissionais podem e devem fazer informação, orientação, aconselhamento ou até mesmo (no caso de médicos e psicólogos) terapia sexual. Continuamos a insistir, no entanto, que o caminho real para a educação sexual não é levar profissionais de várias áreas às escolas, mas sim preparar professores interessados para a tarefa de fazê-la.

EDUCAÇÃO SEXUAL

Podemos agora, com esses conceitos firmados, passar a atratar especificamente da *educação sexual*.

É importante, inicialmente, que firmemos conceitos básicos, para bem situar o tema. Assim, tentaremos analisar o que se entende por educação sexual, pois se não tivermos claras idéias a respeito sem dúvida surgirão dificuldades no manejo do tema.

Como vimos, o processo de educação é bastante amplo, abrangente e complexo, compreendendo uma série de fases. Dentro dessa amplitude, que obrigatoriamente envolve o assumir uma série de atitudes, faz-se necessário que o educando também assuma comportamentos ligados à esfera da sexualidade, desempenhando um papel sexual. Educação Sexual seria, dentro desse amplo conceito, a parte do processo educativo especificamente voltada para a formação de atitudes referentes à maneira de viver a sexualidade.

Muitas vezes nos perguntamos, por exemplo, qual seria a causa de ainda existirem tantas gestações indesejadas e tantas doenças sexualmente transmissíveis, se o uso de métodos anticoncepcionais são na atualidade tão seguros, e o condom é tão simples, barato e de todos conhecidos. É-nos freqüentemente difícil explicar esses paradoxos.

Evidentemente não se trata apenas de falta de informação nem exclusivamente se falta de acesso ao uso desses métodos. O que falta é uma atitude, é um comportamento coerente de utilizá-los.

A atitude pode ser definida como sendo a disposição que uma pessoa tem para agir de forma favorável em relação a uma particular situação e depende não só de conhecimento mas também da forma como sentimos os fatos expressos por esse conhecimento. É dessa interação que se origina a maneira de agir, o comportamento de cada pessoa, pois a maneira de pensar de cada um depende muito de suas vivências e da maneira como decorreu seu aprendizado social.

Assim, se por exemplo alguém teve uma experiência negativa com o uso de um método anticoncepcional, ou se recebeu referências sobre efeitos desagradáveis de pessoas que estima e admira, este conhecimento e esta vivência terão um sentido particular para ela. Com base nessa particular maneira de sentir é que essa pessoa vai estruturar seu pensamento acerca desse método em particular, e até mesmo da anticoncepção em geral.

Não devemos nos esquecer que além do conhecimento, um processo que ocorre a nível consciente e racional, entram em jogo as crenças, que muitas vezes atuam no campo do irracional e até mesmo no do inconsciente. Enquanto o conhecimento apela para a lógica, a crença é baseada na aceitação acrítica de algo como sendo verdadeiro, independentemente de comprovações racionais.

Nossos valores pessoais, que se constituem numa espécie de traçador de nossas linhas de conduta, dependem muito de conhecimentos e crenças. Por isso, quando se valoriza alguma coisa - como a virgindade, por exemplo - tende-se a modelar a vida de acordo com este padrão de conduta, exigindo que as outras pessoas valorizem as mesmas coisas.

Além do conhecimento, entra também na formulação de nossas atitudes um forte componente afetivo, isto é, o sentimento ou reação emocional que um indivíduo apresenta com relação a um objeto ou situação. O que um adolescente pensa no tocante a anticoncepção em relação a estes temas. E o que o indivíduo pensa e sente é o motor de sua forma de agir.

Firmamos assim, mais uma vez, que a educação não pode se constituir só em informação, que é apenas um dos seus componentes. A educação, que compreende a modificação de atitudes, é algo bem mais amplo. Não é apenas fornecendo informações sobre a sexualidade que conseguiremos alterar os comportamentos das pessoas, pois conhecendo muitos fatos sobre sexualidade, contraceptivos ou métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, as pessoas podem continuar a não usá-los. Aliás, para demonstrar que a mera informação não tem o poder de mudar comportamentos, basta lembrarmos que, apesar de saber dos malefícios do tabagismo - exaustivamente divulgados - muitas pessoas (até médicos e educadores) continuam fumando.

Evidentemente a informação é importante no processo educativo, que por ela obrigatoriamente passa, mas a ela não se limitando. O processo educativo deve, como já dissemos propiciar um crescimento de dentro para fora, num processo reflexivo, enquanto que a instrução é processo de oposição, em que o informando tem aumentados seus conhecimentos, sem que apenas com isso assumam novas atitudes e comportamentos. Ao informarmos estamos apenas transmitindo conhecimentos, que não serão necessariamente utilizados; ao educarmos, entretanto, estamos preparando o educando para a vida e despertando o potencial de humanização. Aliás, Santo Tomas de Aquino já dizia que educação não é algo que se transmite ao aluno, mas sim algo que nele se desperta.

Nesse ponto talvez caiba uma digressão, para deixar claro que EDUCAÇÃO SEXUAL, vista como algo autônomo, seguramente não existe, pois o conceito que estamos explicitando de EDUCAÇÃO é amplo demais para ser assim setorizado. Parece-nos importante dizer, embora pareça óbvio, que evidentemente existe um componente sexual na educação, embora a setorização que o termo "educação sexual" possa trazer deva ser compreendido como uma figura de retórica.

Ficando dito que a educação sexual é a preparação do indivíduo para a vida sexual, importa agora refletirmos sobre os seus objetivos, pois afinal quem educa o faz com uma determinada finalidade. Inegavelmente,

per trás de todo processo educativo existe uma ideologia dominante, isto é, existem objetivos que se quer alcançar.

A educação, secularmente, tem sido utilizada pelos detentores do poder com a finalidade de nele se pertuarem, bem como de conseguir melhor exercê-lo. Regimes políticos mais democratizados, por outro lado, esforçam-se (ou ao menos deveriam se esforçar) para, através da educação, perpetuar o sentimento e a vivência das liberdades democráticas. De qualquer maneira, a educação pode ser usada para fins políticos, o que, na história da humanidade, é muito conhecido.

Outras vezes, a educação tem sido usada com finalidades religiosas ou sociais, ainda que com o risco de ser utilizada apenas para moldar as pessoas dentro de rígidos padrões culturais, aceitos pelo grupo dominante nessa sociedade em particular. Essa educação é extremamente sufocante e habitualmente infelicitante, não permitindo a contestação de valores e robotizando as pessoas.

No entanto, idealmente, devia a educação visar um processo de socialização e, ao mesmo tempo, preparar os indivíduos para assumirem o ônus dos processos de mudança, quando esses se fizerem necessários, o que seria uma posição equilibrada.

Evidentemente, a verdadeira educação deve ter um aspecto socializador, na medida em que prepara o indivíduo para viver em uma determinada sociedade. Ao mesmo tempo, entretanto, deve dotar a pessoa de instrumentos que permitam as mudanças culturais que se tornarem necessárias, aumentando sua capacidade crítica, para que ele seja capaz de, quando preciso, abandonar padrões e recriar a sociedade em moldes mais adequados.

GRANDES MODELOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Em linhas gerais, podemos identificar 4 grandes modelos de enfoque para a educação sexual, que já foram e ainda são utilizados.

Modelo Demográfico: baseado nas doutrinas malthusianas e neomalthusianas, prioriza os aspectos referentes ao ensino dos métodos de controle da natalidade. Embora idealmente não seja meramente repressor, este modelo é freqüentemente utilizado como meio de exercer repressão sexual. Note-se, aliás, que o ônus e os riscos inerentes às práticas anticoncepcionais recaem habitualmente sobre as mulheres, sendo exercido até mesmo como uma forma de controlar a sexualidade feminina.

Modelo Médico: enfatiza a necessidade de que se ensine aos jovens a importância dos procedimentos ligados à preservação da saúde. Inserem-se nessa linha os projetos educativos que visam fundamental-

mente a prevenção da AIDS. Frequentemente este modelo de Educação Sexual também é utilizado como forma de repressão sexual, tendo-se em vista que torna o exercício da sexualidade como algo de arriscado e ameaçador. Se no antigo modelo religioso repressor da sexualidade, sexo era associado ao pecado, nesse modelo sexo é associado à morte.

Modelo Feminista: prioriza a busca da equidade de gênero, buscando dar a mulher maior liberdade no uso de sua sexualidade a lutando contra os preconceitos que pesam sobre elas. Em seus arquétipos mais radicais transforma a luta pela igualdade numa luta pela supremacia feminina. Suas vertentes socialistas equiparam a luta pelos direitos da mulher com a luta de classes, identificando no capitalismo um inimigo tão virulento quanto o machismo.

Modelo Humanista: coloca o processo educativo como meio de atingir a felicidade, priorizando o sexo prazeroso e sem vítimas, isto é, sem que se provoque danos aos outros nem a si mesmo. É o enfoque que nos parece mais correto.

Em nossa opinião, a educação sexual deve ter o objetivo de promover a felicidade, preparando as pessoas para usarem de maneira responsável sua liberdade, sendo assim um agente de promoção da felicidade individual e coletiva. Deve, em outras palavras, estar a serviço não só do indivíduo mas também no da sociedade.

A educação sexual, por isso, não deve manter-se dentro dos estreitos - embora importantes - objetivos de evitar gestações indesejadas ou doenças sexualmente transmissíveis, mas sim promover a felicidade sexual das pessoas. Deve-se educar para uma liberdade responsável, que faça com que o indivíduo não apenas busque seu prazer pessoal, mas respeite a liberdade sexual, os limites e a integridade do outro. Dentro desse objetivo, promover a luta contra preconceitos, evitar a AIDS e gestações indesejadas serão conseqüências naturais.

Podemos dizer que idealmente a educação sexual deveria estar voltada para o amor, aqui não entendido simplesmente como mera atração física pelo outro, e nem mesmo como um amor romântico, que se conforma apenas em dar. Compreendemos o amor como um sentimento maduro, como um dar e receber, amar e se amado, enfim, como uma forma de comunicação e troca bilateral. Esse tipo de amor, que dignifica e torna muito mais prazeroso o exercício da sexualidade deve ser o alvo e a verdadeira finalidade de todo o preparo que envolve a educação sexual.

Considerando esses conceitos, analisemos qual seria a estrutura social que deveria assumir a responsabilidade da educação sexual.

Uma educação sexual feita de maneira informal e espontânea, sem planos rigidamente estabelecidos, é aquela propiciada pela família e por

outras estruturas sociais, como as religiões, por exemplo. Nesse tipo de educação busca-se que as pessoas passem a ter um comportamento assumido por imitação. Sem entrar na discussão mérito desse tipo de educação, se é boa ou se é má, certa ou errada, e nem mesmo em seu valor intrínseco, o fato é que, queiramos ou não, todos somos a ela submetidos. A família, principalmente, por ação ou por omissão sempre educa sexualmente suas crianças.

Na atualidade, os meios de comunicações de massa - notadamente a televisão - tem tido um importante papel como formadores de comportamentos os mais diversos, inclusive sexuais, tendo por isso mesmo um lugar de relevo nesse tipo de educação asistemática.

Por outro lado, a educação sexual formal, intencional, é aquela que é fornecida pelo sistema institucionalizado de educação, seja pela pré-escola, pela escola, pela Universidade, enfim, por qualquer das instituições de ensino formalizado. Nesse modelo se observam características de intencionalidade, além de estratégia de ordenação gradativa de conhecimentos e toda uma tecnologia educacional.

Um meio termo entre esses dois tipos é aquela educação que, embora intencional, é promovida por estruturas que não fazem parte do sistema institucionalizado de educação, sendo oferecida através de conferências, cursos ou palestras para grupos interessados.

Todas estas modalidades educativas podem ser compatíveis.

Parece-nos claro que a melhor educação seria a que fosse propiciada pelos próprios pais, pois nenhuma estrutura social consegue atuar tão precocemente, com adultos tão significativos, por tanto tempo e de forma tão importante sobre o ser humano em sua fase de formação de personalidade, como a família.

No entanto, como regra geral, os pais tem notória dificuldade em falar de sexo com os seus filhos, embora possam ter facilidade para dar esclarecimentos a orientações, em geral liberais e liberalizantes, para os filhos dos outros; quando chega o momento de ensinar os próprios filhos, entretanto, surge importante inibição. São dificuldades de cunho cultural, que somente serão superadas com muito esforço pessoal e grandes lutas internas pois nós, adultos, somos inegavelmente filhos de nosso meio e de nossa época, sendo ao mesmo tempo agentes e vítimas dos preconceitos vigentes.

Assim sendo, pelas dificuldades enfrentadas pelos pais, somos obrigados a nos valer do ensino formal, que nos parece ser, a médio a longo prazo, a solução mais viável no momento histórico que nossa sociedade está vivendo. E mais, como as pessoas estão tendo sua iniciação sexual cada vez mais cedo, se quisermos que a educação idealmente atue de forma preventiva, devemos pensar em instituí-la precocemente, motivo pelo qual deve ser priorizada já no ensino de primeiro grau.

A metodologia a ser utilizada em educação sexual, como em outras áreas, é preferivelmente a do ensino participativo, através de dinâmicas de grupos e discussões cujos temas devem ser escolhidos pelos próprios educandos, que muitas vezes tem necessidades de conhecimentos diferentes daquelas que nós, adultos, julgamos prioritárias.

No entanto, quem pode preparar adequadamente os educadores? Em outras palavras, QUEM EDUCA O EDUCADOR? Este parece-nos ser o ponto mais importante para a entrada em cena dos estudiosos da Sexualidade Humana sob seus vários aspectos, pois como todos sabemos, os cursos profissionalizantes, de maneira geral, muito pouco (ou talvez nada) ensinam sobre sexualidade, sequer sobre os preceitos mais básicos da anatomia e da fisiologia, quanto mais quanto ao comportamento. Nesse sentido, nossa participação na formação desses educadores é de enorme relevo.

A educação sexual nas escolas não deve, ou ao menos idealmente não deveria, se constituir em uma disciplina com provas, mas sim ser propiciada por um professor especialmente treinado, como educador que é, para a discussão participativa dos problemas ligados à sexualidade humana, sem a assumir postura de julgador do que é “certo” ou “errado” em matéria de sexo. Em nossa maneira de entender, a metodologia a ser utilizada para a educação sexual deve ter as seguintes características:

Participativa: deve haver comunicação horizontal entre todos os participantes, tendo todos iguais direitos de serem ouvidos e terem suas dúvidas discutidas. O ensino tradicional, baseado em douradas exposições teóricas e onde um (professor) ensina a os outros (alunos) aprendem, é reconhecidamente incapaz de promover mudanças de comportamento. Por isso, tanto os cursos de formação de educadores quanto os de educação sexual propriamente dita devem se lastrear principalmente em técnicas de dinâmicas de grupo.

Dialógica: o núcleo de atenção dessa metodologia deve ser livre diálogo, sendo todos os aspectos dos temas discutidos com ampla participação. Deve-se partir do princípio que todos, inclusive o “educador”, tem algo a ganhar com o diálogo.

Baseada na realidade sócio-cultural: as situações devem ser apresentadas e analisadas dentro de um contexto sócio-cultura em que se valorize o cotidiano dos participantes. Assim, cada projeto de programa para educação sexual deve ser formulado após o conhecimento da realidade em que a comunidade alvo está inserida. Em outras palavras, de nada adiantam as fórmulas “prontas”, importadas de outros meios.

Desenvolvida com criatividade: não devem existir fórmulas prontas, mas sim um roteiro genérico onde irão se inserindo, com criatividade, soluções para situações emergentes das discussões.

Infimista: todos os participantes devem ter suas vivências pessoais compartilhadas, sem censura e sem julgamentos. Evidentemente, como em qualquer processo educacional, devem ser colocados limites. Estes, no entanto, devem ser sempre explicitados quando se formulam as bases do que será o “contrato didático” entre as partes.

Lúdica: finalmente, é importante que se acentue o lado lúdico da educação. É importante que fique claro para todos que o ganho de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes não precisa ser um processo aborrecido e desagradável. Devemos sempre lembrar que pode-se dizer sisudamente grandes asneiras e que, sorrindo, também se pode expressar grandes verdades.

Importa ainda realçar que a educação sexual somente alcançará o máximo de seus objetivos se a Escola, como uma instituição, a ela se dedicar. Devem idealmente receber treinamento todos os participantes do grupo social, do porteiro ao Diretor. Além disso, para maior alcance desses objetivos, são recomendáveis as reuniões prévias com os grupos de pais, que quando devidamente esclarecidos, na imensa maioria das vezes vêm com entusiasmo (e até mesmo com certo alívio) a iniciativa.

Dentre os atributos desejáveis para um educador sexual, podemos destacar:

Adequação sexual própria

O tipo de preferência ou o modelo de exercício da sexualidade do professor não são de importância, desde que o mesmo esteja a ele adequado, sentindo-se feliz, e não tente apresentar esse modelo particular como o único correto aos seus educandos. Essa adequação pode ser encontrada até mesmo em pessoas com os denominados desvios sexuais, como os homossexuais, por exemplo, ou entre indivíduos que, por convicções religiosas se abstenham de relações sexuais, como os Padres da Igreja Católica. Desde que o educador esteja satisfeito com sua própria sexualidade e não tente impô-lo aos outros, está ele qualificado, a nosso ver, para exercer uma educação sexual adequada. Deve ainda ele ter a coragem de desafiar seus próprios tabus e preconceitos, reconhecendo suas próprias falhas.

Facilidade de contato com jovens

Em nossa opinião, o professor deve ser treinado para fazer o curso de educação sexual, é aquele que normalmente é o mais procurado pelos

alunos para um conselho ou um esclarecimento, qualquer que seja a disciplina que ele habitualmente ministre, pois o simples fato de ser alvo de confiança dos jovens já demonstra possuir ele credenciais que o capacitam para exercer a atividade de educador sexual, devendo apenas ser adequadamente treinado.

Abertura intelectual, moral e aféti

É fundamental que o profissional que se disponha a praticar educação sexual tenha abertura suficiente para não se arrogar o direito de julgar o que é certo ou errado no comportamento alheio, reconhecendo que ninguém é dono de verdades absolutas e eternas. A capacidade para amar o trabalho e os jovens sob sua orientação é uma valiosa qualidade, que deve ser prezada, preservada e até estimulada. Assim, é fundamental que o educador tenha sua adolescência perto de si - qualquer que seja sua idade cronológica - e que conserve sua capacidade de amar.

Tolerância

Conseguir conviver com modelos de comportamento diferentes do seu, conseguindo compreendê-los e aceitá-los é fundamental para que não se julguem, a priori, erradas outras formas de exercício da sexualidade. Deve o educador por isso cultivar em alto grau a tolerância, furtando-se do julgamento fácil.

Conhecimentos adequados

Propositamente deixamos este item para o final, não por julgá-lo menos importante mas sim por sabermos ser ele o de mais fácil aquisição, pois atualmente é fácil conseguir acumular conhecimentos corretos sobre aspectos diversos da sexualidade. Julgamos mais problemático é o aspecto de como utilizar e como vivenciar esses conhecimentos. Por isso mesmo não é obrigatório, como habitualmente se pensa, que o melhor professor para fazer educação sexual seja sempre o de biologia, que aliás está frequentemente muito comprometido com os aspectos biológicos da sexualidade. É preferível, para exercer essa atividade, uma pessoa que tenha uma visão mais ampla do tema, porque se o sexo é biológico, a sexualidade é sobretudo cultural. E claro que existem professores de biologia que tem essa visão, sendo excelentes educadores sexuais, o que queremos dizer, no

entanto, é que a educação sexual pode ser exercida por professores de qualquer formação. O que é importante é que essas pessoas, qualquer que seja sua área de atuação (matemática, línguas, educação física ou outra qualquer) recebam as informações adequadas para que bem possam exercer as atividades de educadores sexuais.

Cognições, comportamento sexual e AIDS 2

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

Há dez anos, ainda no início da divulgação sobre o síndrome de imunodeficiência adquirida, era comum homens com queixas sexuais virem à consulta com preocupações e ansiedades sobre o desempenho sexual responsabilizando a gonorréia e a sífilis por seus medos sexuais. Embora fáceis de tratar, estas doenças sexualmente transmissíveis serviam para vários pacientes se justificarem de não terem relacionamentos sexuais, fossem fora do casamento ou fossem, no caso de solteiros descompromissados, com quaisquer pessoas. A emoção sendo encoberta por uma justificativa pensada, por uma cognição.

Uma cognição encobrendo as dificuldades sexuais e sustentando-as.

Comum era ouvir paciente homens com queixas de disfunção erétil justificarem seu comportamento de esquila com o “perigo” de contraírem uma doença sexualmente transmissível.

O medo aparentemente mudou no mundo do sexo com a divulgação da Aids. As justificativas mudaram!

1 . Psicólogo atuando em terapia sexual junto ao Instituto H. Ellis. Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (S.P.); Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH); mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP

Desde o final da década de 80, pacientes com as mesmas queixas se apresentam com o medo de Aids. Assim justificam não fazerem sexo. Pensam sobre o perigo da Aids, e sentem medo e não fazem sexo. Ao sentirem medo e, mesmo assim, tentarem fazer sexo, o desempenho fica prejudicado pela emoção adrenérgica, o que se torna nova justificativa reforçada deste medo.

Vejamos um exemplo do papel da cognição e a ação sobre o comportamento sexual realacionados com a Aids.

O estudante universitário G., 22 anos, apresenta-se com queixas de *“falta de desejo e excitação sexuais/impotência/necessidade de reavaliação da minha vida e parâmetros sexuais/busca de um maior envolvimento afetivo-emocional”*. As queixas duravam à 5 meses, quando percebeu declínio do desempenho sexual com a namorada da época, com a qual posteriormente rompera para não manter a existência do problema com ela. A situação iniciara-se três meses antes ao fumar *Cannabis sativa* com um grupo de amigos. Neste grupo, soube uma semana mais tarde, um dos rapazes era portador do vírus HIV. A partir de então inicia a pensar sobre poder ter contraído o vírus pelo cigarro compartilhado com o grupo.

Nos 5 meses de duração da queixa, fez dois exames para constatar HIV, os quais foram negativos. Consultou-se com um urologista sobre a queixa eretiva, quando fez exames de sangue (glicemia, prolactina, FSH, LH e testosterona) com resultados normais, ao que o médico prescreve cloridrato de ioimbina* por 50 dias em duas tomadas de 5 mg, sem resultados.

Apresenta-se referindo repetidos pensamentos sobre poder estar com HIV. Diariamente olha-se ao espelho procurando sinais na pele que possam indicar início de algum sarcoma de Kaposi; verifica número de fios de cabelo que lhe caem diariamente, imaginando-se ficando careca; pesa-se com frequência para cuidar de não estar perdendo peso... Todos os sinais são tomados como indícios, fios de cabelo no pente, peso abaixo em algumas dezenas de gramas, espinhas surgindo no rosto... O pensamento repetindo a possibilidade de ter contraído HIV.

G. lê tudo que lhe cai às mãos sobre Aids e sexualidade, tendo lido “vários” livros de Flávio Gikovate e “O relacionamento amoroso”, de Masters e Johnson (12). Matérias em jornais e

* Alcalóide extraído de uma espécie de árvore africana e/ou americana conhecida há cerca de 300 anos como tendo propriedades afrodisíacas, sendo vasodilatador periférico e estimulante do sistema nervoso central. Os efeitos sobre a ereção são no mínimo discutíveis, com pesquisas contraditórias desde a década de 60.

semanários são devorados à procura de informações sobre a infecção pelo HIV. Redunda cada vez mais o Pensamento de estar contaminado.

Torna-se erquivo de contatos com mulheres desde 4 meses antes da primeira consulta. O episódio constitui-se de um relacionamento único com uma garota, referida como bonita, e que se dizia tão envolvida que iria brigar com o namorado para ficar com ele; estavam em uma festa, bebera e fumara *Cannabis*. Ao se perceber sem ereção durante a festa com os abraços e troca de carinhos e beijos, evitou sair com ela da festa para um relacionamento sexual. Concedeu-se a incapacidade de ter relações sexuais, atribuindo-a, confusamente, a poder estar com Aids.

Ao pensar-se aidético, promove sentimentos e emoções negativas associadas ao sexo. Ansioso com relação ao desempenho sexual, diminui as chances de ter ereções pelo mecanismo adrenérgico que provoca a contração das trabéculas dos corpos cavernosos (13).

A busca de leitura de assuntos sexuais não o auxiliou a obter ou desenvolver cognições que produzissem o efeito contrário. Não se tratava de trocar cognições errôneas por outras adequadas ou corretas. O efeito positivo da biblioterapia (8, 18) não podia ser alcançado individualmente.

No linguajar de Beck e Clark (5) este paciente desenvolveu esquemas negativos, assemelhando-se a pacientes deprimidos. Neste caso não havia depressão, constatada pelo Inventário Beck de Depressão (3, 4), com pontuação dentro dos parâmetros de normalidade (7 pontos) (22). A ansiedade mostrou-se presente tanto na entrevista, na verbalização ansiosa, como também, através da Escala de Auto-eficácia Sexual (11, 20, 21), quando refere diretamente pensar na relação sexual de modo ansioso e com medo, apresentando falta de confiança no executar tarefas sexuais comuns a homens adultos (construto de auto-eficácia de Bandura - 1,2). G., em seu esquema ansioso, trazia a percepção de uma ameaça física (Aids), e numa sensação exagerada de vulnerabilidade. Assemelhando-se a pacientes depressivos, G. demonstrava a tendenciosidade em recordar os aspectos e fatos negativos. G. não havia desenvolvido qualquer estratégia de evitação voluntária da ansiedade, embora o comportamento de evitação de situações sexuais estivesse já instalado e o assustasse mais ainda.

A diferença de G. com outras pessoas que não apresentam o mesmo comportamento e nem desenvolvem a mesma resposta encontra-se em seus processos de pensamentos. G. apresentava processos de pensamento que sustentavam as formas dos problemas sexuais que surgiram e da ansiedade associada à Aids e ao sexo.

Ao se identificar enquanto homem, G. assimilou os papéis sexuais de um homem em nossa cultura de modo a ter que desempenhar sexo sempre

que solicitado. Em sendo filho mais velho e sentindo-se com responsabilidades em satisfazer as necessidades dos pais, G. não podia se conceber com a Aids. Estar, possivelmente, com Aids, implicava em trazer problema para os pais, descumprir as obrigações de filho. Ao pensar assim, G. sentia-se ansioso, e com redundância do pensamento de estar com Aids e das catástrofes que traria para a família. Suas obrigações seriam descumpridas. Assim, G. desenvolveu um sistema de crenças doentio, crenças negativas e destrutivas, irracionais e contrárias aos interesses de G. De acordo com as premissas de Ellis (6, 7) G. apresenta-se para psicoterapia em estado de pânico por estabelecer pensamentos que podem ser traduzidos como a exemplo de:

- *“Eu faço as coisas de forma boa e devo ser reconhecido por isso, ou então não valho nada “;*
- *“Eu não posso pegar Aids, pois assim as pessoas deixarão de me considerar um bom rapaz”;*
- *“Eu não posso ter uma namorada, pois se ela pegar Aids por minha culpa, eu não devo mais ser considerado, por isso nunca mais poderei ter uma namorada “;*
- *“Eu devo cumprir as expectativas de meus pais ou eles não mais gostarão de mim, pois não valerei mais nada”;*

Assim G. desenvolveu emoções incompatíveis com o desempenho sexual: ansiedade, a causa imediata das disfunções sexuais. Emoções com reações claras a definidas sobre o desempenho sexual sem a percepção voluntária que lhe permitisse reverter a situação sexualmente disfuncional, devido à mediação por cognições que o mantinham atento a circunstâncias dispersivas de seus sentimentos por si mesmo e pelo mundo.

A divulgação da Aids favorece o aparecimento de problemas sexuais em pessoas cujas estruturas cognitivas permitam o desenvolvimento de ansiedades intervenientes na função sexual, deteriorando o desempenho.

OUTROS COMPORTAMENTOS SEXUAIS E AIDS

Com a divulgação das coisas sobre a Aids, as pessoas tenderam a incorporar ao seu cotidiano idéias e preocupações que puderam surtir comportamentos de esquiva das situações de preocupação. Este comportamento de esquiva pode equivaler aos mecanismos de repressão da expressão sexual. Ao reprimirem a si mesmos em sua expressão sexual costumeira, normal, estas pessoas desenvolvem novos comportamentos para a satisfação sexual. Os comportamentos alternativos conduzem a desvios a parafilias. As alternativas são de inibição do desempenho sexual através das disfunções sexuais, a exemplo da disfunção eretiva ou inibições do desejo sexual.

Ao se esquivarem das situações ansiógenas sexuais, as pessoas encontram-se expressando-se através de variações antes não tão comuns. As parafilias são muito variadas em suas formas e dependentes do histórico de vida. Podemos ter extensa variação da expressão sexual parafilica (16, 17, 18).

A obtenção de excitação e prazer sexuais através de serviços telefônicos era praticamente inexistente e desaprovada socialmente no Brasil há apenas poucos anos. Pessoas que obtinham prazer sexual através de ligações anônimas (tele-escatofilia e/ou cropolalia), o faziam de modo ilegal, discando a qualquer pessoa, excitando-se quando percebiam o desconcerto da outra pessoa, ou estabulando conversação que não traria conseqüências em suas vidas com compromissos sociais. Os trotes, embora corriqueiros, nem sempre eram considerados enquanto jogos sexuais, mas como “trotes”. Este comportamento parafilico já mais conhecido em outros países, alastrou-se com o advento da Aids e a repressão do sexo genital.

A expressão parafilica como esquiva de situações potencialmente perigosas, conduz e é conduzida por substratos cognitivos que a sustente. Ao pensar a possibilidade de telefonar a alguém e obter satisfação sexual entabulando conversação de cunho sexual, a pessoa reproduz e repete o ato que conduz a prazer sexual sem o concomitante medo de adquirir uma doença incurável. Ao se pensar salva, a pessoa retoma indefinidamente o mesmo comportamento prazeroso.

Pelos jornais, pode-se perceber o quanto este comportamento se alastrou: crianças e adolescentes desenvolveram o hábito de excitar-se sexualmente ao telefone; guardas noturnos e funcionários públicos e de empresas privadas passaram a usar esta nova fonte de prazer.

Serviços, sempre com o consentimento e contratos legais com a TELESP, pelo Disque 900, prometem sexo seguro por telefone e arrebanham milhares de tímidos sociais e pessoas que buscam evadir-se da possibilidade de contrair Aids, evitar a ansiedade que o relacionamento sexual passou a significar. Um destes serviços, ainda atuantes no segundo semestre de 1994, é o número 900-0269 com anúncios pelos canais de televisão em horários noturnos, a exemplo da rede Bandeirantes de Televisão.

Por decisão unilateral e autocrática, a própria TELESP anunciou o fim de tais serviços por considerá-los problema à instituição devido ao número de reclamações surgidos de proprietários de linhas telefônicas. Pretende-se até o fim do ano de 1994 que todos os vários serviços sejam extintos.

Outros serviços tem sido criados para substituir os serviços telefônicos sexuais da linha 900 da TELESP. Anúncios em jornais diários ainda prometem estes serviços, como é o caso do “SEXOFONE”, pelo número 940-9000, com funcionamento restrito entre 7 e 22 horas, anunciando cobrança de impulsos por tarifas telefônicas normais (9); na mesma página texto anuncia o mesmo número como fone erótico para telenamoro.

Serviços telefônicos sexuais anunciando no Brasil mas baseados em outros países (Estados Unidos e Portugal, por exemplo) tem ganho o espaço deixado pela TELESP. “SEXYFONE-24 horas”, com “experiências quentes!”, ou “sexo ardente” (9) é um exemplo, mais comum em revistas eróticas.

Alternativas sem a divulgação de intenção sexual explícita tem proliferado com a consideração de legalidade (10, 14, 15). Surgem os Dique-namoro, Telemamide, ou simplesmente anunciam o número do telefone com a foto de uma moça conduzindo subliminarmente à busca de satisfação de necessidades, agora, inconfessáveis.

Este mecanismo de lidar com a ansiedade eliciada pela informação sobre a Aids pela mídia leiga, pode ser generalizada para outras parafilias, embora não se possa afirmá-lo sem pesquisas consistentes mostrando o aumento de parafilias. Somente no caso do “Sexo pelo telefone” temos um fenômeno em proporções sociais a sobre os quais podemos tecer considerações claras a diretas sobre os mecanismos cognitivos de formação de comportamentos parafilicos (diferenciando-os de parafilias exclusivistas).

POR CONCLUSÕES

Faz-se de extrema importância salientar que não se trata de divulgar ou não os fatos relacionados (ou não) à Aids. A estrutura cognitiva anterior, já desenvolvida pelo indivíduo é a que será responsável pela reação que a pessoa terá. Nem a Aids, nem a divulgação, seja da Aids ou qualquer outra doença sexualmente transmissível, será responsável pelo desenvolvimento de comportamentos sexuais disfuncionais ou parafilicos.

O fato externo facilita a expressão das ansiedades do indivíduo. A divulgação de doenças ou de outros fatos facilitam a expressão através de estados sexualmente disfuncionais ou de comportamentos parafilicos.

Devemos considerar a importância da divulgação de fatos a descobertas cognitivas em prol daquelas pessoas que não apresentam estas estruturas cognitivas que se justificam erroneamente através dos fatos divulgados através da mídia pela classe científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: toward unifying theory of behavioral change, *Psychol. Rev.*, 84:191-215.
2. BANDURA, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency, *Amer. Psychol.*, 37:122-47.

3. BECK, A. A.; WARD, A. J.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4:561-71.
4. BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. (1982): *Terapia cognitiva da depressão*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
5. BECK, A. T.; CLARK, D. A. (1988): Anxiety and depression: an information processing perspective, *Anxiety Research*, 1:23-36.
6. ELLIS, A. (1977): Rational-emotive therapy: research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy, *Counseling Psychologist*, 7(1):2-43.
7. ELLIS, A. (1979): Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy, Monterey (Calif.), Brooks/Cole.
8. ELLIS, A. (1982): Tratamento da disfunção erétil, in LEIBLUM, S. R.; PERVIN, L. A.: *Princípios e prática da terapia sexual*, Rio de Janeiro, Zahar Editores S.A.
9. Folha de S. Paulo (1994): Classifolha Tudo/empregos/veículos, Folha de S. Paulo, ano 74 (23946), 25 de outubro de 1994, 7º caderno, pág. 13.
10. Folha de S. Paulo (1994b): Classifolha Tudo/empregos/veículos. Folha de S. Paulo, ano 74 (23946), 25 de outubro de 1994. 7º caderno, pág. 12.
11. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, L.; FITCHEN, C. S.; AMSE, R.: The SSES-E - a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning, *Journal of Sex and Marital Therapy*, II (4):233-47, 1985.
12. MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R. (1982): *O relacionamento amoroso*, Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.
13. PUECH-LEÃO, P. (1990): A impotência sexual masculina, in PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.: *Os órgãos de Adão*, São Paulo, Editora Marco Zero.
14. Revista da Folha (1994a): Anúncios, Revista da Folha, ano 3(129):48.
15. Revista da Folha (1994a): Anúncios, Revista da Folha, ano 3(137):67,69,71.
16. RODRIGUES JR., O. M. (1991): *Objetos do desejo, das variações do comportamento sexual, perversões a desvios*, São Paulo, Iglu Editora,
17. RODRIGUES JR., O. M. (1992): O sexo diferente: dos desvios a perversões às parafilias, in LOPES, G.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. (org.): *Sexologia integral*, Curitiba, Relisul.
18. RODRIGUES JR., O. M. (1992): Biblioterapia em terapia sexual e disfunção erétil, in LOPES, G.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. (org.): *Sexologia integral*, Curitiba, Relisul.
19. RODRIGUES JR., O. M. (1994): El sexo que pocos hacen. Anais do VII Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual (FLASSES), La Habana, novembro.
20. RODRIGUES JR., O. M.; DiSESSA, S. R.; COSTA, M.; HADDAD, S. (1991): Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para disfunção erétil, *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6):352-6.
21. RODRIGUES JR., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARRELLO, C. V. (1992): Autoconfiança sexual em estudantes universitários: um estudo piloto descritivo de prevalência, *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1), 95:111.
22. SILVA, A. C.; ROSA, T. (s/d): *Padronização do Inventário Beck de Depressão*, São Bernardo do Campo (SP). Instituto Metodista de Ensino Superior, mecanografiado.

O trabalho de enfermeiras junto à pais de adolescentes através da atividade grupal

3

Maria Aparecida Tedeschi Cano¹
Maria das Graças Carvalho Ferriani¹
Denize Bouttelet Munari²

RESUMO

A implementação de ações educativas junto à adolescentes mostra-se como importante fator de contribuição no desenvolvimento do ser humano nessa fase do processo vital. A enfermagem brasileira parece atenta a essa questão, e vários são os trabalhos desenvolvidos junto a essa clientela. Mais recentemente, encontram-se também experiências voltadas não só para os adolescentes, mas para a sua família. Os autores procuraram através desse trabalho relatar suas experiências na discussão de aspectos da adolescência normal junto à pais de diferentes estratos sociais. Trabalhou-se em duas escolas de primeiro grau (uma pública e outra pri-

1. Profa. Dra. do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2. Profa. Assistente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

vada) e em igreja católica a convite das mesmas, com grupos de pais interessados (43 mães e 08 pais). Estabeleceu-se a formação de grupos de 12 a 15 participantes programados para encontrarem-se pelo menos duas vezes por três horas no próprio local onde se requisitou a atividade. Utilizou-se técnicas grupais para mediar esses encontros buscando a sensibilização, a integração e o estímulo da criatividade dos pais.

O resultado desse trabalho possibilitou a apreensão de que, assim como para os adolescentes, a maior preocupação dos pais é em relação a sexualidade. Verificou-se ainda que, independentemente do estrato social, os pais conversam pouco com seus filhos e têm limitações para lidar com a rebeldia do adolescente. Essa experiência mostrou ainda o quanto os pais necessitam de espaço para trocaram idéias sobre seus filhos, apontando que a ação educativa voltada para o adolescente pode ser mais efetiva se os pais tiverem oportunidade de reflexão e troca de experiências sobre a adolescência.

Unitermos: adolescente - pais - grupos.

SUMMARY

The implementation of actions towards teenagers is an important factor contributing to the development of the human being in the phase of life process. Brazilian nursing seems to be attentive to this issue, and several studies have been carried with this clientele. Lately, experience directed at teenagers as well as their families is also to be found. Through this work, the authors seek to report their experience in the discussion of normal adolescence aspects with parents of different social levels. The work was carried out at two first grade school (one public and the other private) and in a Catholic church, by their request, with groups of interested parents (43 mother and 08 fathers). Groups with 12 to 15 participants were formed and scheduled to meet at least twice for three hours in the same place where the activity was requested. Group techniques were employed to mediate these meetings, aiming at the sensitization, integration and stimulation of parents' creativity.

The result of this work revealed that the greatest concern for the teenagers, as well as for their parents, is sexuality. It was also verified that, no matter social level the parent have few talks with their children and have limitations in dealing with teenagers rebelliousness. This experience also showed how much parents are in need for places where they could exchange ideas about their children, pointing out that the educational action for teenager can be more effective if parents have the opportunity to reflect and to exchange experiences about adolescence.

Unitherms: teenagers - parents - groups.

INTRODUÇÃO

A adolescência nos últimos anos tem sido explorada cientificamente por diferentes áreas do conhecimento que buscam um maior entendimento dessa fase da vida do ser humano, onde os valores e vicissitudes do mundo infantil começam a se conflitar com aqueles do mundo adulto. (4) (6) (9) (10) (13)

Essa etapa, como um processo de crescimento e desenvolvimento, depende de vários fatores que estão em movimento no sentido da transformação do ser humano em direção a sua maturação biológica e sócio-cultural. As características psicológicas desse processo evolutivo são dependentes da cultura e da sociedade onde o adolescente se desenvolve.

Por outro lado, a adolescência se constitui em um período de muitos conflitos, dúvidas e convivência tumultuada com as coisas que vão emergindo no cotidiano do viver a adolescência, essas contradições e divergências caracterizam o adolescente como um ser instável emocionalmente, contestador e insatisfeito. (11)

ERICKSON (5), entretanto, aponta que essas características do adolescente são necessárias dentro do movimento do seu desenvolvimento, podendo resultar em um ser mais saudável, mais maduro e preparado para enfrentar a vida adulta.

Todo esse processo, no entanto, não se constitui em um momento solitário e exclusivo das vivências do adolescente, mas é intensamente partilhado no contexto social, principalmente com a família que o acompanhará nas suas crises, mudanças e descobertas.

A esse respeito CADETE (3) coloca que *“as mudanças ocorridas nesse período se mesclam, levando o adolescente a uma nova postura diante de si, de seus pais, de seus amigos e do mundo. Isso faz com que cada adolescente seja único, plasmado na sua história de vida e da incessante busca inerente a todo ser humano: o perene vir a ser”*.

Nesse sentido a crise do adolescente não é somente dele enquanto ser em mudança, mas também vivenciada pelos pais. ABERASTURY (1) comenta que *“esse processo da vida cujo estino é o despreendimento definitivo da infância tem sobre os pais uma influência não muito valorizada até hoje”*. Para essa mesma autora o enfoque da adolescência será sempre incompleto enquanto *“não se levar em conta o outro lado do problema - a ambivalência e a residência dos pais em aceitar o processo de crescimento* .

Enquanto enfermeiras trabalhando com adolescentes nos preocupamos com essa temática, pois já há alguns anos, notamos ao desenvolvermos trabalhos educativos com essa clientela que a problemática do relacionamento pais e filhos é uma constante.

Isto nos levou a fazermos um investimento junto aos pais de adolescentes, buscando um melhor entendimento desses conflitos e de quais seriam os fatores dificultadores desse relacionamento e os pontos de maior dificuldade e conflito, por acreditarmos que esse seja um aspecto a ser considerado no planejamento de trabalhos voltados para essa clientela.

A EXPERIÊNCIA VIVIDA

Esse trabalho desenvolveu-se na cidade de Ribeirão Preto-SP. Uma igreja católica e duas escolas de primeira grau nos convidaram para “conversar” com os pais sobre a adolescência. O motivo do convite, segundo os dirigentes dessas instituições, era que freqüentemente eles se deparavam com atitudes, comportamentos e dúvidas que os adolescentes traziam para a instituição e que refletiam a dificuldade dos pais em lidar com seus adolescentes em casa. Os convites nos foram endereçados em épocas diferentes do ano, a partir do conhecimento dos dirigentes com relação às nossas atividades no Programa de Saúde Escolar (PROASE); desenvolvido no município de Ribeirão Preto.

Considerando a natureza dessa solicitação e de nossas experiências anteriores com grupos de adolescentes, optamos por planejar um trabalho voltado para a ótica grupal enquanto um recurso que produz um clima bastante rico, que propicia troca de experiências a partir da perspectiva do participante.

Acreditamos com isso no potencial do próprio grupo enquanto uma fonte de elementos para a resolução de problemas comuns e, principalmente, para desmistificar a impressão de que os problemas dos pais com os filhos sejam exclusivos de uma família ou outra.

Utilizamos para isso, algumas técnicas de abordagem grupal; que foram adaptadas por nós de algumas sugestões de FRITZEN (8) e ANDREOLA (2) para o trabalho com grupos.

Em um primeiro momento, trabalhamos no sentido da sensibilização dos pais para a discussão com vistas a uma integração e aquecimento iniciais. Para essa etapa usamos uma apresentação individual e posteriormente uma apresentação em duplas rotativas promovendo uma aproximação do grupo como um todo.

No primeiro dia da atividade, o grupo se apresentava individualmente através da escrita. Cada pessoa colocava em uma tira de papel o motivo do seu interesse pela reunião, essas tiras foram colocadas em bexigas coloridas que após estarem cheias eram jogadas para o ar, onde solicitávamos que os participantes as mantivessem no alto em movimento até que se misturassem. Em seguida pedíamos que cada um pegasse uma bexiga e estourasse, liberando o conteúdo que era lido em voz alta para os demais.

Em seguida formávamos “duplas rotativas” com o intuito de propiciar um diálogo informal, de troca de idéias sobre a adolescência. A cada dois minutos as duplas eram trocadas e iniciava-se um novo diálogo, e assim sucessivamente até que todos tivessem conversado. Ao final formávamos um grupo maior com todos os participantes para onde estimulávamos a discussão da experiência fazendo uma comparação com aspectos vividos na própria adolescência dos participantes.

Na segunda reunião, o grupo já estando trabalhando sob um clima de confiança a intimidade, passamos a estimular a discussão de temas que preparamos, os quais eram as principais queixas e dificuldades apresentadas por ocasião da solicitação dessa atividade.

Nesse segundo momento dividimos o grupo em três sub-grupos, para trabalharmos com uma redação coletiva que versava sobre os temas. Cada um trabalhava um tema específico, que era posteriormente apresentado aos demais e aberto para a discussão junto com o grupo todo. Os temas trabalhados foram:

- I - Como eu lido com a rebeldia do meu filho adolescente;
- II -No meu dia a dia em que momento eu troco afeto e/ou ouço o meu filho adolescente;
- III- Como eu lido com a sexualidade do meu filho adolescente.

Cada sub-grupo então, trabalhava com o tema específico desenvolvendo-o coletivamente e ao término do tempo destinado a essa etapa, era feita a proposta de reunirmos o grupo todo.

Nessa fase então, os resultados obtidos da redação eram expostos a todos os elementos do grupo a estimulada a discussão de acordo com a vivência, realidade e visão de mundo dos participantes.

A nossa tarefa enquanto coordenadores dessa atividade, era trabalhar com os elementos trazidos pelos pais, evitando julgamentos ou conselhos, mas sim mostrando que a existência dos problemas a dificuldades não era de exclusividade de ninguém em particular, mas que era compartilhado com os demais, já que as questões colocadas eram comuns a grande parte dos participantes.

Por outro lado, as possibilidades de soluções dos problemas que emergiam das discussões deveriam emergir também do próprio grupom sendo o nosso papel, o esclarecimento de dúvidas relacionadas aos aspectos do desenvolvimento fisiológico, psicológico e social do adolescente, e a manutenção do grupo para a tarefa proposta.

Ao final da discussão procurávamos fazer uma avaliação da atividade, destacando a oportunidade de reflexão, de revisão de situações passadas pelos pais com seus filhos, entre os próprios pais, da família como um todo, e sobretudo da importância do diálogo e discussão como uma maneira de compreendermos melhor os aspectos que envolvem o desenvolvimento do ser humano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificamos que os 51 pais que participaram desses grupos pertenciam a diferentes estratos sociais; 27 deles tinha um nível universitário, 06 haviam completado o segundo grau, 09 tinha o primeiro grau completo e outros 09 tinham o primeiro grau incompleto. Quanto a atividade que exerciam: médicos (03), professores (12); dona de casa (22); administradores de empresa (03); comerciantes (3); motorista (01); pedreiro (01); advogado (01); psicólogo (01); dentista (01); terapeuta ocupacional (01); agente de turismo (01).

A idade variou de 30 a 60 anos, sendo que 29 estavam na faixa etária de 30-40 anos, 17 na faixa de 41-50 a 05 entre 51-60 anos.

O motivo alegado por 30 pais para participar dos grupos, segundo as anotações na tira de papel foi *“para aprender a lidar ou entender o adolescente”*, os demais 21 pais procuraram o grupo, pois preocupavam-se em *“como conversar com os adolescentes”*; *“o que é a adolescência”*; *“como lidar com a rebeldia do adolescente”*; *“como conversar sobre namoro e sexo”*; *“o problema das drogas”*; *“os amigos do adolescente”*.

Essas questões estão entre as preocupações dos pais, independente de seu grau de escolaridade ou nível sócio-econômico. Segundo SUPPLY (12) que trata especificamente de questões ligadas à sexualidade, ... *“antigamente os pais não tinham muitos problemas em saber o certo ou errado, o que deviam permitir ou condenar; os valores eram absolutos. Hoje, é difícil haver um consenso sobre um sistema de valores...”*

A técnica das “duplas rotativas” foi, segundo a avaliação dos pais, muito importante para que eles percebessem que não são os únicos que enfrentam dificuldades para “lidar com o filho adolescente”, que outros pais passam pela mesma situação. A frase de um dos pais marca bem essa percepção: *“Antes de vir aqui, eu me sentia no mato sem cachorro, hoje eu vejo que somos muitos no mato...”*

Essa técnica ainda possibilitou aos pais a discussão da “importância do diálogo”. A cronometragem do tempo permitiu que eles percebessem que é possível trocar informações e bater papo em 2 minutos.

A recordação da própria adolescência trouxe lembranças e sentimentos que muitos já não a lembram mais: o primeiro namoro, o cigarro, as roupas, a rebeldia, entre outros.

A técnica da redação coletiva possibilitou aos pais maior discussão com relação ao tema proposto e utilização da própria realidade como meio de aprendizagem.

1º Tema - Com relação ao tema: “No meu dia-a-dia em que momento troco afeto ou ouço meu filho”, verificamos que de uma maneira geral os pais tem seu tempo limitado para conversar com os filhos em função de inúmeras atividades:

“Não tenho tempo para fazer o que gostaria, pois meu dia-a-dia é muito corrido”;

“Tenho refletido que o tempo que reservo para os meus filhos é muito pequeno, a maior parte do dia dedico ao meu trabalho”.

Por outro lado, encontramos várias sugestões para tentar resolver a questão:

“Dar atenção quando eles nos procuram com alguma ansiedade ou dúvida, procurar ouvi-los”;

“Na hora do almoço ou jantar quando temos mais tempo, escutar o que eles têm para contar. fazer desse horário um momento agradável”;

“Na hora de ir dormir”; “Durante um passeio “.

Essas questões foram debatidas e todos concordaram com a necessidade de ouvir os filhos, falar um pouco de si mesmo, de suas vidas, infância, juventude.

Em reportagem da Folha de São Paulo (7), sobre uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto e algumas cidades da região sobre o diálogo entre pais e filhos adolescentes a respeito de homossexualismo, AIDS e drogas, constatou-se que há incoerências entre a resposta dos pais entrevistados que dizem conversar sobre esses assuntos com os filhos e a dos filhos que referem não ter esse tipo de diálogo com os pais. Estes são alguns trechos da reportagem:

“Falar sobre o sexo, drogas, homossexualismo, AIDS entre amigos não é problema, mas contar para os pais já não é característica dos meninos e meninas entrevistados- “

“Os pais têm que se colocar no lugar dos fillos e vice-versa”.

“Dizer que vai sentar para conversar e a conversa passa a ser um monólogo nem sempre leva a uma evolução do relacionamento”...

2º Tema - Com relação ao tema: “Como eu lido com a sexualidade do meu filho adolescente” foi um dos mais polêmicos e de uma maneira geral, o que eles têm mais dificuldades em abordar.

“Acho muito difícil, falar sobre sexo com ele, talvez porque não tive esse assunto com meus pais”;

“Não sei como poderia conversar com eles sem parecer que estou me intrometendo em suas vidas, pois sexo é a particularidade que eles mais velam “...;

“Noto que ela se fecha quando tento falar sobre sexo”...;

“Em casa a conversa é aberta, franca, mas sobre sexualidade não há o aprofundamento”...

Segundo SUPPLY (12), *“a visão da sexualidade mudou muito rapidamente nas últimas décadas. Essa mudança deixou os pais meio perdidos, porque eles vêm de uma geração onde tudo era proibido e agora deparam com uma liberdade que não entendem e que desperta muito medo”.*

Para ABERASTURY (1), não só o adolescente padece ao longo do período de *“crise da adolescência”*, mas também os pais têm dificuldades para aceitar o crescimento dos filhos e experimentam um sentimento de rejeição frente à genitalidade e à livre manifestação da personalidade que surge dela. *“Esta incompreensão e rejeição se encontram muitas vezes, mascaradas debaixo da concessão de uma excessiva liberdade que o adolescente vive, como abandono, e que o e, na realidade”.*

Mas os grupos chegaram a alguns pontos que consideramos que precisam ser abordados quando se fala em sexualidade:

“Falar e mostrar que cremos em Deus e somos co-criadores e responsáveis pela vida... “;

“Dar oportunidade para que os filhos se manifestem, digam o que pensam... “

3º Tema - Com relação ao terra: *“Como eu lido com a rebeldia do meu filho adolescente”*, os pais, em suas redação, várias vezes se colocaram como pessoas bravas, enérgicas e exigentes. Colocam também que:

“Os filhos acham que sempre têm razão”, quando então aumenta a área de atritos. Outra questão que aparece:

“O pai passa para a mãe e vice-versa, a resolução de algum problema e não se chega a um acordo”. Mas aparece também que: *“O conflito entre pais e filhos decorre da diferença de valores, os pais querem preservar aqueles que consideram importantes”*.

Como solução para essas questões sugerem *a paciência e o saber ouvir* assim como *ter algumas regras básicas como horários para sair e chegar, dias da semana para passear e estudar e elogiar o filho quando ele faz alguma coisa positiva.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensamos que ao oferecer aos pais um espaço para a discussão das questões da adolescência normal, com as quais eles têm dificuldade para lidar no dia-a-dia, facilitamos seu relacionamento com filhos ou propiciamos a oportunidade para que comecem a refletir sobre suas atitudes frente aos filhos adolescente que precisam de ajuda e apoio com uma grande dose de compreensão e afeto. A família tem a responsabilidade de preparar o jovem para a vida adulta transmitindo-lhes o seu padrão cultural. Pensamos que grupos educativos com pais facilitem essa tarefa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.: Adolescência Normal, 9ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
2. ANDREOLA, B. A.: Dinâmica de Grupo: jogo da vida e didática do futuro, 2ª ed., Petrópolis, Vozes, 1983.
3. CADETE, M. M. M.: Da Adolescência ao Processo de Adolescer, Ribeirão Preto, 1994. Tese (doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
4. DIMENTEIN, G. Meninas da Noite, 5ª ed., São Paulo, Ed. Ática, 1992.
5. ERICKSON, E. H. Identidade, Juventude e Crise, Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1972.
6. FERRIANI, M. G. C.; CANO, M. A. T.; SILVA, M. A. I.; UBEDA, E. M. L.: Opinião de escolares adolescente sobre a realização de grupos de discussão, Rev. Bras. Sexualidade Humana, v. 5, n° 2, jul./dez., 1994.
7. Folha de S. Paulo: Homossexualismo é tabu da família, Folha Nordeste SP, 17 out. 1993, p. 10-1, 10-5, 10-6.
8. FRITZEN, S. J.: Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo e de Relações Humanas, 6ª ed., Petrópolis, Vozes, 1976.
9. LOLIO, C. A. et al: Mortalidade de Adolescentes no Brasil: 1977, 1980, 1985 - Magnitude e tendências, Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 24, n° 6, p. 481-9, 1990.
10. MARCONDES, E.; COLLI, A. S.; SETIAN, N. (coord.): Adolescência, São Paulo, Sarvier, 1979.
11. OSÓRIO, L. C.: Adolescente hoje, Porto Alegre, Artes Médica, 1991.
12. SUPPLY, M.: Conversando sobre Sexo, 17ª ed., Rio de Janeiro. Vozes, 1991.
13. VITIELLO, N.: CONCEIÇÃO, I. S. C.: O Exercício da Sexualidade na Adolescência. RBSH, v. II, n° 1, p. 15-24. 1991.

Sexualidade Humana: o despedir-se de uma visão puramente mentalista através do novo paradigma da corporeidade viva **4**

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque*

“Nada está separado de nada, e o que não compreenderes em teu próprio corpo, não compreenderás em nenhuma outra parte”.

Carlos Drumond de Andrade

O ser humano sempre teve dificuldade em ver claramente e sem preconceitos seu próprio corpo. De maneira geral, sempre houve uma tendência em explicar o corpo não como uma unidade integral mas como composto de duas partes diferentes: uma parte física (material) e uma alma (espiritual e consciente). Essa visão dualística do corpo, assume uma dupla separando a mente do corpo.

Essa dicotomia aparece desde a filosofia Grega, no pensamento de Platão (século V a.C.) até os nossos dias. Alguns estudiosos da corporeidade viva tentam a superação dessa dicotomia ao afirmarem que o corpo é o primeiro momento da experiência humana. Keleman enfatiza “*não habito o meu corpo, eu sou o meu corpo*”¹.

* Mestre em Educação. Docente da Univ. Federal de Alagoas, Dep. Enfermagem.
Recebido em 17.02.95 Aprovado em 25.02.95

1. Ver Keleman, S. (1994). Realidade somática. São Paulo. Summus.

O sujeito, antes de ser um “ser que conhece”, é um “ser que vive e sente”, que é a maneira de participar, pelo corpo, do conjunto da realidade. Pelo corpo, me engajo diante do real de inúmeras maneiras possíveis: por meio do trabalho, da arte, do amor, do sexo, da ação em geral.’

Sempre houve uma tendência em considerar o sexo separado da totalidade da existência, no entanto, a sexualidade é parte integrante do nosso ser total. Ela não é apenas expressão do corpo biológico, não é apenas resultado do funcionamento glandular. Ela deve ser vista como a expressão do ser que deseja, que escolhe, que ama, que se comunica com o mundo e com o outro. *Ela é uma “linguagem”* que será tanto mais humana quanto mais pessoal for.

Ao longo da história humana o corpo assume sucessivas e diversas formas influenciado pelas culturas, as ideologias e as organizações. Mas, raramente, descobrimos corpos vistos como sujeitos históricos que realmente, sofrem, gozam, vivem e morrem. As imagens corporais sequestraram a substância dos corpos reais³.

Precisamos nos despedir do dualismo: mente suposta dona do corpo. É bem verdade que os cientistas convergem numa visão nova do corpo. Mas sabemos o que significa despedir-se dos dualismos?⁴

Em seu livro a nova terapia do sexo, Kaplan dedica o segundo capítulo ao tema cérebro e sexo, nesta abordagem persiste o mentalismo na sexualidade: ela refere-se ao sistema nervoso como uma unidade básica, com células altamente especializada com numerosos terminais adaptado para prover as intrincadas conexões anatômicas, possibilitando as complexas relações funcionais. Os neurônios geram recebem e transmitem impulsos a outros neurônios através de conexões e sinapses, por meio de microtransmissão de substâncias neurotransmissoras⁵. O conceito de íntima associação neural ao prazer tem recebido apoio de diversos estudiosos do tema, que ainda insistem em uma visão mentalista da resposta sexual da seguinte forma:

“O controle neural do funcionamento sexual é organizado de tal maneira que a resposta sexual está recíproca e intrincadamente influenciada por todos os níveis do cérebro. Os órgãos genitais e os centros cerebrais do sexo enviam e recebem impulsos, virtualmente, de todos os centros e circuitos neurais. Esta é a base neuroanatômica para a profunda influência que a sexualidade e a necessidade da conservação da espécie exercem sobre todos os aspectos do comporta-

-
2. ARANHA, M. L. de A. a MARTINS, M. H. P. (1986). *Filosofando: introdução a filosofia*, São Paulo. Ed. Moderna
 3. ASSMAN, H. (1994): *Paradigmas educacionais e corporeidade*, Piracicaba. UNIMEP p. 75.
 4. ASSMAN, H.: *Op. cit.*, p 71,
 5. KAPLAN, H. S. (1974): *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

mento. Inversamente, é também verdade que a resposta sexual está sujeita a influências de inúmeras fontes: lembranças, experiências, emoções, pensamentos e associações. As influências são capazes de inibir ou reforçar. Por isto, os reflexos sexuais podem, prontamente, ser prejudicador por múltiplas influências inibitórias potenciais, como medo ou ódio; ao contrario, a responsividade sexual pode ser aumentada por outras forças psíquicas, tais como amor e a fantasia”.⁶

A organização funcional do sistema nervoso não se restringe a sua organização neural, deve-se abandonar as concepções a respeito do cérebro do homem como apenas constituído “por milhares de milhões de neurônio ligados entre si por uma imensa rede de cabos e conexões, de que nos seus filamentos circulam impulsos eléctricos ou químicos inteiramente explicáveis em termos moleculares ou físico-químicos e de que qualquer comportamento se explica pela mobilização interna de um conjunto topologicamente definido de células nervosas.”⁷

No cérebro há processos de carácter privado que não se manifestam necessariamente por uma conduta aberta para o mundo exterior como sensações ou percepções, a elaboração de imagens ou de conceitos, o encadeamento de objetos mentais em pensamentos”⁸

Os que defendem o neurológico insistem em invocar os estados mentais independentes dos estados fisiológicos do sistema nervoso.

A sexualidade humana está estritamente relacionada ao corpo e, no entanto, é lastimável, a persistência da dicotomia homem-cérebro na resposta sexual, a corporeidade não é vista como centro desse critério. Tudo que nos acontece, acontece-nos corporalmente, corpo-alma pertencem à mesma realidade biológica. A relação do homem com a sua sexualidade pede uma nova leitura.

No entanto, temos a influência dos aspectos cultural, ideológico, econômico, organizacional que busca construir um corpo sexual “adequado” de diversas formas:

a) Corpo Sexual Biológico através do⁹:

- Sexo Genético - significa que o sexo está presente nas células do corpo através dos cromossomos sexuais XX e XY;

- Sexo Gonádico - neste contexto as gônadas são as glândulas sexuais. Homem - testículos, Mulher - ovário;

6. KAPLAN, H. S.: OP. cit. p 59.

7. CHANGEUX, J. P. (1991) O homem neuronal. Lisboa. Dom Quixote.

8. CHANGEUX, J. P.: Op, cit. p. 274.

9. VASCONCELOS, N. de (1985): Amor sexo na adolescência. 11ª ed.. São Paulo. Moderna.

- Sexo Genital -reducionismo da sexualidade através da hipergenitalização. Mulher - vulva, Homem - pênis:

- Sexo Hormonal responsabilizado pelo desenvolvimento das gônadas, desejo sexual masculino e feminino. Homem - testosterona, mulher - estrógeno.

- Sexo Morfológico - Ligado a forma (no sentido de enformar) do corpo como masculino e feminino. Culto ao corpo, Homem - musculoso, ombros largos..., mulher - seios rígidos, cadeiras largas, pernas torneadas...

b) Corpo Sexual como Mulher:

- Sedutor com o fascínio do corpo bonito, comprado pelo proprietário “companheiro”, depreciado, ignorado, fértil obrigatoriamente, irracional, leviano, objeto sexual, passivo, fraco, sublimado, belo obrigatoriamente, culpado, vulgar.

c) Corpo Sexual como Homem:

- Personifica os valores da sabedoria e da ordem, dignidade moral, poder, sucesso, proprietário, reduzido ao valor do pênis.

d) Corpo Sexual como Pecado:

- Dualismo entre corpo e espírito, espírito bom e corpo lado mal (pecado, carne) que corrompe o ser humano, sensual.

e) Corpo Sexual como mercadoria:

- Comercialização do sexo através da indústria pornográfica, sexualização do comércio para aumentar o consumo com manipulação do desejo sexual (usa-se o corpo para vender).

f) Corpo Sexual como Corpo:

- O nosso eu é primeiramente biológico, nos coloca em condições de existir e de participar de tudo, cada corpo tem uma conformidade diferente sendo único, considerar que sexualmente o corpo apresenta uma gama de sensibilidade (não genitalizá-lo) e que a resposta sexual pertence a cada corpo individualmente.

O corpo é descrito em termos ligados à velha física com objeto, robô com espírito, como já foi dito dualismo mente/corpo, como acidente mecanicista. Mas o ser humano não é máquina com uma mente ou um espírito. É um complexo processo biológico que possui muitas instâncias de via de experiência.¹⁰

No entanto, quando nos concebemos como processo vivo, podemos falar sobre os aspectos que percebemos como parte do nosso funcionamento

10. KELEMAN, S.: Op. cit., p. 21 .

vivo: pensamento, sentimento, cestos, satisfação, sexualidade, dependência, individualidade, senso de comunidade, amor e visão interior¹¹.

Temos a capacidade de formar muitos corpos, eus, personalidades e de ter muitas vidas no curso de nossa vida, mas a maioria de nós foi educado a se reconhecer por uma imagem ou papel estático e dizemos esse sou eu; esse corpo me representa e não, eu sou o meu corpo.

O corpo é caracterizado pelo fluxo de metabolismo dos tecidos que continuamente se forma e reforma como nossos corpo, é o que Keleman identifica como excitação.

A excitação é a base da experiência. O corpo é basicamente excitação biológica, que se manifesta como impulsos a desejos, gerando novas formas e movimentos em direção à satisfação.¹²

No caso do amor, necessitamos encará-lo como um processo biológico:

Freqüentemente se fala de amor como um ideal, um estado, mas raramente como um processo biológico que passa por mudanças e transformações. Quanto mais profundamente vivemos a vida de nossos corpos, mais profundo é o jorro do amor... É o reconhecimento do outro como parte do processo vital. O que chamamos amor é o processo de como nos relacionamentos nosso ser biológico e social, como modulamos nossas respostas e estabelecemos conexões que nos dão continuidade, satisfação¹³...

Conseqüentemente, quando amamos ou estamos apaixonados, compartilhamos nossa abundância bioquímica, nosso desejo, sentimento a nossa reação corporal que pode manifestar-se com uma série de respostas auto-organizativas do vivo, poderá ser percebidas pelos sentidos (lubrificação dos genitais, respirar cada vez mais forte, tensão muscular, espasmos, clímax ...) ou pela mobilização interna do conjunto de células corporais.

A guisa de conclusão necessitamos emergir no novo paradigma da corporeidade viva que concebe o ser humano, não como uma entidade cristalizada, estática, que vive dualisticamente, mas como um processo biológico que pensa, sente, tem necessidade, é capaz de respostas altamente especializadas, sonhar, agir, explodir no orgasmo...

“... somos uma cadeia de eventos, todo um sistema ecológico com muitos ambientes vitais, desde lacunas pulsantes e arcaicos oceanos

11. Op. cit., p. 21.

12. Ibid., p. 27.

13. Ibid., p. 82.

bioquímicos até altamente complexos sistemas de ação do cérebro-órgãos. Estamos continuamente em movimento, continuamente em formação, reorganizando a nós mesmos e aquilo que nos cerca¹⁴...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANHA, M. L. de A. e MARTINS, M. H. P.: *Filosofando: introdução e filosofia*, São Paulo, Moderna, 1986, p. 443.
2. ASSMAN, H.: *Paradigmas educacionais e corporeidade*. São Paulo, UNIMEP, 1994, p. 123.
3. CHANGEUX, J. P.: *O homem neuronal*, Trad. Artur Jorge Pires Monteiro, 2ª ed., Lisboa, Dom Quixote, 1991, p. 309.
4. HIGHWATER, J.: *Mito e sexualidade*, Trad. João Alves dos Santos. São Paulo, Saraiva, 1992, p. 200.
5. KAPLAN, H. S.: *A nova terapia do sexo*, Trad. Oswaldo Barreto e Silva, 6ª ed., Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1974, p. 494.
6. KELEMAN, S.: *Realidade somática*, Trad. Myrtes Suplicy Vieira. Regina Frave, Rogério Sawaya, São Paulo. Summus, 1994, p. 95.

14. Ibid. p. 94.

Sexo, reprodução, amor e erotismo 5

Amparo Caridade¹

“Para os gregos clássicos, o corpo era o locus de uma beleza idealizada; para os primeiros sexólogos, influenciados pela visão mecanicista da ciência, o corpo era uma máquina de prazer-dor. em nossa própria era de uma capitalismo consumista, o corpo é mercadoria sexualizada”.

Highwater

As palavras estão relacionadas a contextos significativos. Sexo, por exemplo, vem do verbo latino “secare” que significa “cortar”, “separar”. Araguari (1) acha que o termo sexo foi utilizado para uma abordagem mais biológica, sendo um conceito limitado. De fato, desde o século XIX, o vocábulo refere-se às relações físicas entre os sexos, “fazer sexo”. Com a necessidade de uma conceituação mais ampla, surgiu o termo “sexuali-

1. Psicóloga.
Recebido em 0.02.95

dade” que não é um fenômeno primordialmente natural, mas antes um produto de forças sociais e históricas, e que inclui, além do biológico, o impulso e a emoção que o sexo pode produzir. Reprodução, erotismo e amor, também se contextualizam em meio as concepções originárias dos seres humanos e seus valores, quase sempre expressos por mitos. São termos estreitamente vinculados às origens e significados do existir humano.

Pensando na origem dos seres vivos, F. Jacob (2) faz uma análise a respeito das vantagens e dos inconvenientes do processo de reprodução sexuada e assexuada, e questiona por que há de ser preciso juntarem-se dois para fazer um terceiro. Por que é que de todas as funções do croço, somente a reprodução é assegurada por um órgão de que um indivíduo possui uma metade, o que obriga a gastar muito tempo e energia para encontrar a outra metade. Na origem a reprodução é assexuada, e muitos organismos não têm sexo, reproduzem-se por cissiparidade ou gemulação. Um só organismo é suficiente para produzir dois idênticos. Por que os animais e as plantas devem acasalar-se para chegarem ao mesmo resultado? Passamos por tanto trabalho para juntar nossos genes aos de um outro para estarmos seguros de que o nosso filho será diferente de nós mesmos e de nossos outros filhos. O autor parece responder a esta questão da escolha mais complexa para a reprodução, com o fato de que a junção de dois possibilita o surgimento de um terceiro que é diferente de ambos. O sexo torna-se então essa máquina de fazer o diferente.

A partir desse complicado intercâmbio questiono aonde pode conduzir-nos, o termos sido feitos suficientes em se tratando da reprodução a da sexualidade? Por que somos precisantes de um outro? Que conseqüências isso traz ao existir? A dimensão biológica não é suficiente para explicar a sexualidade humana. Precisamos da função simbólica da linguagem para penetrar na estrutura complexa do relacionamento sexual do Homo Sapiens, totalmente dependente de seus mitos e valores.

O Banquete, em Platão (3), narra o mito da origem dos seres humanos e do amor. Segundo esse mito, os homens tinham, na sua origem, órgão duplos, formas arredondadas, quatro mãos, quatro pernas, dois órgãos de geração, duas faces, quatro orelhas e uma só cabeça. Havia três sexos distintos que correspondiam ao masculino, ao feminino e ao andrógino, que participava do masculino e do feminino. O masculino vinha do sol (Hélio), o feminino, da terra (Géia) e o andrógino, da lua (Selene). Os humanos eram redondos como os astros, seus progenitores, o que os tornava robustos e muito velozes. Também eram muito audaciosos e um dia resolveram alçar aos céus e atacar os deuses. Zeus, enfurecido, enfraqueceu-os, dividindo-os ao meio. Diz o mito que, a partir de então, cada metade pôs-se à procura da outra. Seus órgãos que antes era posteriores e só podiam fecundar com a terra, foram colocados na frente e começaram a procriar entre si, homens e mulheres. Em relação ao amor isso difexia, porque o encontro de uma metade com qualquer outra, dava um estado de

felicidade. Mesmo assim, isso não correspondia ao estado de plenitude anterior, de seres integrados na sua totalidade. Essencialmente o homem ficou sendo um ser dividido e incompleto, desejante de um objeto capaz de resgatar-lhe a integridade. Permanecemos seres da falta.

Homens a mulheres, somos hoje essas metades ambulantes, desejantes de totalidade. Este é um sonho andrógino, e dele nos aproximamos pela vivência sexual, quando machos e fêmeas rendemo-nos aos nossos limites e nos deixamos “completar”, fundir, superar, por breves instantes orgásticos. Em torno dessa façanha, proliferam inúmeros discursos, mas como o desejo nunca é satisfeito, porque não existe um objeto capaz disso, também esses discursos jamais se esgotam, e a verdade sobre o desejo jamais se totaliza. É por isso que, repetidamente, falamos e escrevemos sobre sexo, reprodução, erotismo e amor. São temas que nos definem como animais humanos.

A dualidade sexual apontada por F. Jacob, tem conseqüências especiais no relacional humano. O fato é que, nossa incompletude, não apenas biológica, fatalmente nos remete ao outro, e buscá-lo torna-se o destino. Desde o mito da origem, a vacuidade gerada pela falta do outro, provoca uma caçada silenciosa, uma busca ilimitada desse outro. Resultamos em seres pulsionais marcados pelo desejo, acima de tudo, pelo desejo de ser desejados. É o que canta Caetano Veloso: “Pois quando eu te vejo, eu desejo o teu desejo”. Isso nos atormenta e também nos aproxima da possibilidade de preenchimento da falta primordial, de seres cindidos porque, só o desejo de um outro humano nos refaz.

Nesse relacional, procriar não se torna meta para todos os indivíduos. Existem pessoas que por motivos diversos, não se propõem a ter filhos. Se remontarmos à história, compreenderemos que a humanidade oscilou desde a necessidade de se gerar filhos para a multiplicação da mão de obra para o trabalho, ou para o serviço militar, até a necessidade atual de se fazer um controle reprodutivo, já que a superpopulação constitui uma das ameaças contemporâneas. Saímos pois da necessidade para a possibilidade, para a liberdade de procriar. Isso muda em muito o sentido das coisas. Ter um filho hoje deve ser tanto a expressão do desejo do indivíduo, como a resultante análise de condições sócio-econômicas para fazê-lo. Procriar hoje, deve ser um ato pensado, desejado, significativo, não apenas um ato cumprido. O contraceptivo viabilizou essa revolução tão necessária ao espírito humano, sobretudo ao feminino que, felizmente, já tem condições de não submeter-se à idéia da fatalidade biológica de procriar.

Procriar implica na noção da mortalidade. Prever a descendência, é também reconhecer o efêmero da passagem. Porque somos racionais, temos consciência da morte, e por ter essa consciência, a recusamos. Queremos a imortalidade, buscamos meios de nos perturbar. A paternidade/maternidade é a grande tentativa humana de superação da finitude, uma busca de imortalização, e a mais clara recusa da morte.

A prontidão psicológica para procriar supõe a lida do indivíduo com seu desejo. Somos seres do desejo, e desejar ter ou não um filho faz muita diferença. Esse desejo marca profundamente as relações que se estabelecerão entre o pai, a mãe e a criança. As coisas ficarão mais positivas e significativas, se a criança for desejada a puder ser bem-vinda ao mundo. São essas relações primeiras que vão estruturar o emocional do futuro adulto.

A Antropologia revela uma grande variação cultural frente a procriação. Essa variação oscila de acordo com cada grupo étnico, com a época vivida e os costumes adotados. Isso está exemplificado por Elizabeth Banditer em seu livro: *Um Amor Conquistado - O Mito do Amor Materno*. (4) É curioso observar, que um livro polêmico como esse, surgiu exatamente na França, país notadamente ambivalente frente ao sentimento procriativo. No livro, Banditer defende a tese de que o amor materno não é um sentimento inato, mas um sentimento que se desenvolve ao sabor das variações culturais e sócio-econômicas da história, podendo portanto ser incerto e frágil. É claro que um livro assim, semeador de dúvidas, questionador de uma certeza arraigada ao arquetípico, inquieta, ameaça, deixa em desamparo os filhos de Eva. O fato é que alguns dados de seu trabalho, fundamentam questionamentos feitos por ela: em 1780, de 21.000 crianças, menos de 1.000 eram amamentadas, 1.900 viviam nas casas das amas de leite, e 1.000 tinham uma casa. Muitas crianças morriam na casa das amas, e no mais das vezes os pais sequer iam ao enterro. Banditer pergunta pelo “amor inato” destes pais. Nessa análise a autora considera o amor materno como uma construção cultural que não pode ser confundido com instinto materno.

Contudo o sexo está para além da simples reprodução. Sua importância pode ser facilmente detectada numa rápida visualização teórica. E curioso observar, como são os autores que alcançam mais fundo a questão humana, que dão ênfase maior à força e à importância da sexualidade, do erotismo, e do amor, na vida das pessoas. Mostram como essas dimensões são básicas à vida e à existência humana, e como elas possibilitam sermos nós mesmos e irmos além de nós mesmos. Freud é um desses estudiosos da intimidade humana, que persegue a compreensão do desejo, fazendo incursões pelo inconsciente do indivíduo, lá, onde reside o mistério, o desconhecido, o quase inacessível, o que nos escapa. Para ele, o sexual não se ancora apenas no evidente, no genital, na mecânica das diferenças, mas também no emaranhado de emoções, sensações, anseios e sentimentos que o sexo potencializa. O sexual está na sedução, no olhar que atinge e que adivinha o desejo do outro, no toque (quase sem querer), na fantasia, no afeto, na poética, na metáfora, como no alvoroço da anatomia face ao objeto desejado: aí ela se excita, se faz apta, se revela disponível, ávida de cópula, de troca, de fusão e partilha, de democracia de gestos e intimidades. É real e simbólico esse discurso do orgânico prestes ao prazer, sentimentos à flor da pele e da razão, falência da lógica, vitória do abandono. O corpo é o possibilitador da experiência;

quando ele é negado, cria-se o discurso da perversão, porque a sexualidade não encontra o seu caminho natural. A sexualidade realiza-se na corporeidade, em completa sintonia com o psiquismo.

Foi a psicanálise que favoreceu o salto qualitativo do olhar mantido sobre o sexo, deslocando a referência, do instinto para a pulsão. Freud evidenciou a sexualidade no que ela difere da procriação, no que ela transpõe o genital, no que ela se torna uma invenção do espírito humano. Isso possibilitou que as pessoas vivessem sua sexualidade independentemente da reprodução. A sexualidade agora é colocada também a serviço do prazer, do bem estar emocional das pessoas. Vista assim, pela ótica da pulsão, a sexualidade é regida pelo desejo, não pelo instinto. Este, opera num regime de circularidade fechada. Quando o corpo precisa de algo, é impelido a agir para obter o que lhe falta, mas o faz por caminhos pré-traçados em direção ao seu objeto, que também é pré-estabelecido. Mesmo assim, no corpo humano, o nível sócio-etológico não se encerra nessa circularidade plena. “O homem é animal que porta a possibilidade, o poder, e o dever ético de ascender ao funcionamento correto da ordem simbólica.” (5) Enquanto ser da possibilidade, o homem tem aberto o objeto sexual, que no caso, se dissocia da ordem biológica da reprodução. Esse prazer dissociado do procriativo fica evidente, quando entramos em devaneio ao ler um poema, quando somos olhados com sedução, ou quando observamos o bebê que acaba de mamar e suga a chupeta. O chupar o seio lhe dá um prazer além da ingestão do leite e da conservação do corpo. Isso já é da ordem do regime pulsional.

A pulsão visa, não a satisfação da necessidade, mas ao prazer. É por puro prazer que o bebê continua a sugar mesmo que esteja satisfeito. A pulsão é um “Fator que impulsiona o sujeito na direção do objeto”. (6) Ela atua como uma força constante, porque diferentemente do instinto, há algo nela que não se esgota e continua exercendo pressão. Ela torna-se representação, porque o psiquismo se compõe de representações, e o sujeito emerge quando algo do real consegue se fazer representar no campo do simbólico. É neste sentido que o conceito de pulsão determina a especificidade do sujeito.

O corpo funciona segundo leis e ordens estabelecidas, mais ou menos fixas, mas que são passíveis de perturbações e modificações resultantes de outro nível de funcionamento da pessoa. Muitas vezes o desempenho sexual está impedido nas pessoas, mesmo quando nelas está estabelecida a ordem corporal. Registros da ordem do simbólico, procedentes do educacional, do religioso, do experiencial, do traumático, do relacional, podem estar se interpondo em prejuízo do exercício sexual. Assim, concepções negativas internalizadas acerca do sexo, considerando-o como pecado, coisa feia, perigosa ou nojenta, podem impedir a entrega necessária à experiência amorosa.

É por ser dessa dualidade de ordens, do instinto e da pulsão, do biológico e do psíquico, do animal e do humano, do real e do simbólico, que a sexualidade assume tanta importância na vida do indivíduo. Por ela

tornamo-nos animais humanos com pretensões divinas, porque é nessa pluralidade de ordens e dimensões que o humano se supera e fere os limites da finitude. Por isso quando polarizamos a sexualidade em uma dimensão exclusiva, fazemos reduções e empobrecimentos. Sexo, é apelo de totalidade não de dicotomização. Bataille torna claro que uma dimensão conduz à outra: “O animal abre em mim uma profundidade que me atrai e que me é familiar. Essa profundidade, num certo sentido, eu a conheço: é minha.” (7) O autor parece dizer que a superação do animal em nós, supõe a plena vivência da própria animalidade. Quando ela é negada, há uma exasperação do desejo e uma exaltação das partes animais. Não podemos contudo coagular nessa dimensão. A condição animal, biológica, é necessária mas não suficiente. Como seres de possibilidades, somos capacitados a fluir para além de nós mesmos.

O erotismo pode ser o grande caminho da superação, porque, ao contrário do que se pensa, ele é uma dimensão da interioridade da pessoa, não de sua exterioridade, do seu visual. O externo, apenas evoca esse interior. “... o que entra em jogo é freqüentemente um aspecto indivizível, não uma qualidade objetiva dessa mulher, que talvez não tivesse, se ela não nos tocasse o ser interior, nada que nos forçasse a escolhê-la” (8). É que a concretização do erotismo visa exatamente atingir esse mais íntimo do ser. O erótico implica numa procura psicológica independente do fim natural da reprodução. Por aí se vê que ele é da ordem do desejo, da pulsão, não da ordem do instinto. Por aí também se compreende que só os homens são eróticos em sua atividade sexual. Enquanto um aspecto da interioridade do indivíduo, o erotismo é mais metáfora que evidência, mais simbólico que real. Mas Bataille lembra que a sexualidade nos homens, não é necessariamente erótica. Ela só o é, quando não for rudimentar, quando não for simplesmente animal. A escolha humana se diferencia do animal, exatamente porque o homem apela para uma mobilidade interior, infinitamente complexa.

Valença (9) também situa o erotismo, na intersecção do humano com o animal. Enquanto aspecto fundamental do humano ele é um além de si, diz ela, e critica a identificação do erótico/sexo-visual, feita pela mídia, em cuja representação predomina o visível que nutre o voyeurismo da cultura. No contexto de mostrar-revelar, diz ela, o corpo absorve o fetiche que caracteriza a mercadoria. Na verdade a imagem exerce fascínio. Se corresponder à realidade, serve ao desejo humano. Do contrário, gera profunda decepção, porque o produto é vendido pela embalagem, não por seu conteúdo. A expressão “loraburra” de Gabriel (o pensador), mostra a confusão da essência com a aparência, bem típica dessa cultura que valoriza a superfície, a maquiagem, em detrimento da interioridade. Por tudo isso acontece a morte da sedução, porque seduzir é um jogo à distância, que a excessiva proximidade compromete. Não se seduz o que está muito próximo, colado, evidenciado, exposto. “... a sedução começa quando o outro é posto

como desejo, mas por vias e desvios que lhe escapam, e que atravessam a área de inconsciente por onde ele “foge” e escapa de si mesmo”. (10)

O caminho epistemológico para estudar o erotismo, transpõe o paradigma positivista. Não se pode falar dele permanecendo no concreto, diz Valença. Bataille já se defrontava com essa questão, e dizia que, ao falar de uma experiência interior como é o erotismo ele não podia fazê-lo como cientista, porque o erótico transpõe o científico, está para além de qualquer teoria. Como o erotismo, o amor também escapa de conter-se em qualquer paradigma. É na representação que ele pode ser tangenciado. É na dimensão simbólica, própria da linguagem, que o amor se deixa anunciar. Por isso, dele falam melhor os poetas e os filósofos.

O Banquete, de Platão, é um elogio ao amor. Mas para debater esse tema, nem mesmo Sócrates falou por si só, preferindo invocar Diotima, sua inspiração, a quem questionava mentalmente: o que seria o amor? E ela responde: “...um meio-termo entre mortal e imortal”. Seguidamente questionada, ela diz ainda: “Um grande espírito Sócrates: realmente, todo espiritual situa-se entre o divino e o mortal... o amor nunca está na miséria e nunca na opulência. Também fica a meio caminho entre o saber e a ignorância”. (11) Assim, Sócrates, através de Diotima, deixa a questão no ar, ficando sem resposta concreta a grande interrogação humana. As coisas nesse terreno são da ordem do indefinível. Certamente do imaginário humano. A imaginação para Bachelard, não é apenas a faculdade de formar imagens da realidade, mas de “...formar imagens que ultrapassam a realidade, que cantam a realidade. É uma faculdade de sobre-humanidade” (12).

É dessa faculdade de sobre-humanidade que falam poetas e apaixonados. E dizem eles que o amor mora em nós em estado de “emoção inaugural”, que seria a sensação de ser eterno no provisório. Que esse amor é “uma corrida apressada até o fim e o mais alto do outro”. Que a grandeza do amor está na impossibilidade de catalogá-lo, cristalizá-lo, defini-lo, porque ele está sempre “além de onde o colocamos”. Que ele “não é vitória, é descoberta! É funda afinidade inexplicável”. Que o amor maduro “É mais definido, colorido e poetizado”, que vive os problemas da felicidade, porque na felicidade está o “encontro de peles”... (13) Quem vive o amor sabe do alvoroço existencial que ele causa, da deliciosa inquietação que ele promove, do espreguiçamento espiritual que dele resulta. Encantados, até nos tornamos “inadvertidos poetas da simplicidade” (14). E embora se fale de algo indefinível, há sugestão de infinito quando se tangencia esse desconhecido, que assimilamos em sucessivas gotas de espanto e encantamento.

Roland Barthes, outro ser enfeitado pelo amor, fala da “doçura do abismo”, onde sob efeito de uma fusão...”morremos juntos de tanto amar”. É no terreno da metáfora que os apaixonados conseguem dizer do amor. Falando da conversa amorosa, diz Barthes: “A linguagem é uma pele: esfrego minha linguagem no outro. É como se eu tivesse palavras ao invés

de dedos, ou dedos na ponta das palavras. Minha linguagem treme de desejo." (15) Por fim ele explode na conclusão de que, falar amorosamente, é como "praticar uma relação sem orgasmo".

A partir do mito da origem da humanidade, tenho falado da busca feita pelo ser humano bipartido, de sua outra metade. Uma idéia de completude é veiculada no texto, mas jamais deve servir à idéia de possessividade tão própria da cultura. A posse, opõe-se ao amor. A partir do mito, penso se terá sido apenas para enfraquecer-nos, que Zeus dividiu os seres andróginos, ou se foi por saber da beleza maior da vida e das relações, quando conseguimos viver como paralelas encantadas, que se encontram depois em espasmos de vida e ternura. A beleza toca o infinito, se pudermos ser como o contato de duas poesias, a fusão de dois devaneios.

Porque qualquer forma de simbiose astixia o amor, faz-se necessário espaço entre os amantes. É esse espaço de liberdade e de individualidade entre os pares amorosos que estrutura e saúde relacional, e que se faz epifania de uma nova suavidade para as relações.

"Que haja espaços na vossa junção. E que os ventos do céu dancem entre vós. Amai-vos um ao outro, mas não façais do amor um grilhão: Que haja, antes, um mar ondulante entre as praias de vossa alma. Dai o vosso coração, mas não o confieis à guarda um do outro. Pois somente a mãe da Vida pode conter vosso coração. E vivei juntos, mas não vos aconchegueis demasiadamente: Pois as colunas do Templo erguem-se separadamente. E o carvalho e o cipreste não crescem à sombra um do outro." (16)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, A. C.: Terapia do Sexo e Dinâmica do Casal. Espaço e Tempo, Rio de Janeiro. 1989.
2. JACOB, F: O Jogo dos Possíveis.
3. PLATÃO: Diálogos. Cultrix. São Paulo.
4. BADINTER, E.: Um Amor Conquistado. O Mito do Amor Materno. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 1985.
5. WINE. N.: Pulsão e Inconsciente. A sublimação e o Advento do Sujeito, Zahar, Rio de Janeiro. 1992.
6. _____: Idem.
7. BATAILLE, G.: Teoria da Religião, Ática, São Paulo. 1993.
8. _____: O Erotismo, LPM. Porto Alegre. 1987.
9. VALENÇA, A. M.: O Amor é o Fim do Cerco. O Erotismo em História do Cerco de Lisboa, de José Saramago, Tese mestrado, PUC, Rio Grande do Sul, 1993.

10. SIBONY, D.: *Sedução. O Amor Inconsciente*, Brasiliense, São Paulo, 1991.
11. PLATAO: *Idem*.
12. BACHELARD, G.: *O Direito de Sonhar*, Difel, São Paulo, 1986.
13. TÁVOLA, A.: *Do Amor. Ensaio de Enigma*, Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1983.
14. TRINCA, W.: *A Etérea Leveza da Experiência*, Siciliano, São Paulo, 1991.
15. BARTHES, R.: *Fragmentos de um Discurso Amoroso*, Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1989
16. GIBRAN, K.: *O Profeta*, Record, Rio de Janeiro.

Educação sexual numa visão mais abrangente **6**

Maria Alves de Toledos Bruns¹
Maria Virginia F. C. Grassi²
Carlos França³

A sexualidade, entendida com o transcendente ao ato sexual, enquanto fonte de prazer ou desprazer e que se relaciona e se confunde com a história pessoal de cada ser humano, tem sua prática submetida a uma série de normas, valores e regras construídas ao longo do processo histórico-cultural de cada sociedade. A este conjunto de “*intercondições, permissões, normas, valores e regras estabelecidas histórica e culturalmente, para controlar o exercício da sexualidade*”, dá-se o nome de Repressão Sexual. (Chauí, 1984:9).

O homem, enquanto ser cultural, teve que reprimir seus instintos para que as civilizações pudessem existir, surgindo com isso a instauração das leis, normas, proibições. Estas proibições visavam ao controle, princi-

-
1. Doutora em Psicologia Educacional - Docente do Depto. de Psicologia e Educação da F. F.C.L. da USP -Campus de Ribeirão Preto.
 2. Psicóloga-Mestrada do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Unicamp.
 3. Doutor em Psicologia Educacional - Docente da Faculdade de Educação da Unicamp.
- Recebido em 11.03.95 Aprovado em 15.03.95

palmente, da atividade sexual e dos impulsos agressivos, para que a sociedade, assim como a conhecemos, se tornasse possível.

Ao que tudo indica, o homem, com medo de sua própria sexualidade e da força que o erotismo faz suscitar, procurando não conviver com sistemas autoritários, convenceu-se, por bem do sistema de trabalho produtivo, de que essa parte poderosa de sua personalidade deveria ser severamente controlada.

O trabalho, socialmente entendido enquanto força de produção, não somente torna-se um freio para o sexo, mas promove a dessexualização e deserotização do corpo. Segundo Marcuse (1969), a sexualidade é retirada de sua amplitude inicial, na qual faz parte de todas as ações humanas e passa a se restringir a momentos isolados, nas horas vagas. Além disso, é submetida a um controle, para que a procriação seja considerada fundamental, sendo reduzida à genitalidade. Até porque, seu descontrole poderia acarretar excesso populacional, ou mesmo a geração de filhos oriundos de relações irresponsáveis, acarretando maiores ônus para a sociedade na manutenção de crianças abandonadas pelos pais.

Esse processo de interdições, observado na história da humanidade, é registrado na literatura há muito tempo. Desde os tempos de Platão (séc. V a.C.), a alma, dicotomizada do corpo e superior a ele, deveria controlar os desejos e paixões suscitados por este. Era uma moral estética, na qual o belo apreciado era ter domínio de si mesmo.

Na Era Cristã (Séc. 1), a sociedade romana priorizava as práticas ascéticas com o objetivo de reproduzir virtudes morais. O prazer é controlado pela promoção de uma moral culposa e condenável, na qual ceder à sexualidade era perder a vida espiritual e afastar de si o paraíso e a civilização. Daí em diante, a Igreja, na Idade Média, apodera-se de qualquer tentativa de libertação consciente da sexualidade, reservando para si o direito da educação moral e espiritual dos homens no Ocidente.

A história da civilização se repete na educação de cada criança, onde se espera que, satisfatoriamente, ela vá se adequando às normas e leis sociais. Desde o primeiro momento de vida, o homem está inserido num contexto histórico, sendo que as próprias relações com o recém-nascido seguem um padrão que cada sociedade estabeleceu com o correto.

Para a organização social, aliás, habitualmente, a família é uma miniatura da sociedade. Segunda Bernardi (1985:25) “a família tende a imprimir na personalidade dos subordinados uma determinada estrutura psíquica, aprovada pela sociedade, e para isto vale-se de meios sugeridos pela própria sociedade”. Em sua versão tradicional, a família desenvolve as funções de impor a própria autoridade, controlar a sexualidade dos filhos e de se apresentar como o modelo ideal de comportamento sexual. A identidade sexual e social de cada um de nós é construída, portanto, segundo este contexto no qual estamos inseridos.

Essa visão de mundo que recebemos dos pais através de seus sistemas de valores, para Lane (1981) só irá ser confrontada no processo de socialização secundária, através da escolarização e profissionalização. Esse questionamento acontece principalmente na adolescência, época em que o jovem contesta os valores, crenças e normas. Não por ser a adolescência uma fase natural de contestação, como muitos estudiosos pretendem, mas porque através de outros laços afetivos, do desenvolvimento do pensamento lógico e de experiências sociais diferenciadas, o jovem se depara com outras alternativas, com outras visões de mundo, que o levam a questionar aquela que lhe foi apresentada como sendo a única possível.

É na escola, também, que o jovem entra em contato com outros valores e significados. Daí a importância de falarmos da sexualidade nas escolas, visto que é através dos valores confrontados que o homem elaborará sua própria conduta. A relevância está em discutir a educação sexual com os jovens como transmissão da realidade sentida por eles. E isto é importante porque a família, esquivando-se dos assuntos e vivências sexuais dos jovens, acaba por não lhes oferecer uma orientação sexual que realmente os auxilie em suas dúvidas e/ou dificuldades, delegando para a escola tarefas primordialmente suas.

Para Bernardi (1985), na família descomprometida com suas tais funções, o prazer da relação interpessoal é substituído pelos falsos prazeres do consumismo, a transposição afetiva e a emoção cedem o lugar à segurança de estabilidade econômica e social, a excitação se exaure numa monotomia sem esperança, a aventura transforma-se em odiosa rotina, a criatividade e a invenção naufragam na mecanização do comércio conjugal, o dar-se generosamente, torna-se possuir ciumosamente, a fidelidade recíproca é suplantada pelo contrato matrimonial. Nestes moldes, a família, no que toca à sexualidade, tem muito pouco para ensinar.

Em relação à escola, portanto, restar-nos-ia a esperança de oferecer aos jovens uma realidade diferente daquela que a família descomprometida lhe mostraria. Contudo, tal como a família, a escola, nos moldes tradicionais que a conhecemos, é uma instituição que tende a conservar a si própria e a reproduzir o descomprometimento da família. Mesmo porque se pensarmos em quem constitui a escola, saberemos que são seres humanos oriundos do contexto anteriormente exposto e, portanto, passíveis dos mesmos vieses a respeito da sexualidade.

O que temos, pois, é mais uma instituição que se alinha ao sistema social a às suas regras, no mais das vezes, inadequadas ao desenvolvimento de uma sexualidade sadia. O que fazer então? Será que o que nos resta é fechar os olhos à consciência do que já nos ofuscou a visão? Como abordar a sexualidade adequada se esta estiver ausente no próprio educador?

Entender de sexualidade, sem antes compreender como a mesma se processo ou, em outras palavras, como a vivenciamos em nós próprios, fica muito difícil. É difícil entendê-la, mas muito mais é oferecer, enquanto educador, algo adequado aos outros, no caso, os alunos.

A sexualidade, como um todo, é a forma pela qual realizamos a existência do nosso corpo, sendo este o modo pelo qual entramos em contato com o mundo e que nos percebemos como sendo. Não temos outro meio de conhecer o corpo humano senão vivendo-o.

Nosso corpo simboliza a nossa existência porque a realiza e é sua atualidade. É por isto que quando falamos de sexualidade, remetemo-nos ao corpo a mesmo que se refira às descrições enfadonhas de órgãos e seus funcionamento, não podemos subtrair ao corpo a atividade que manifesta a sua dinâmica, portanto, o que sente, deseja e busca satisfazer. “A sexualidade é parte integrante do nosso self total. Ela não é apenas expressão do corpo biológico, não é apenas resultado do funcionamento glandular. Ela é a expressão do ser que deseja, que acolhe, que ama, que se comunica com o mundo e com o outro. Ela é uma “linguagem” que será tanto mais humana quanto mais pessoal for” (Aranha, M. L. H. e Martins, M. H. P, 1987:348).

Desta forma, o que é tido em algumas escolas como “educação sexual” é apenas uma informação que, às vezes, tende a ser impessoal e enfadonha, não atingindo o âmago da sexualidade humana, mas apenas dando continuidade às assexuadas regras e normas vigentes. Isto para não falarmos da quase total ausência desta ineficiente informação. Trata-se de uma educação adulta, madura e fisiológica, concentrada nos órgãos sexuais, eliminando a sexualidade humana de todo o corpo, que é definida como perversa a imatura. O corpo é relegado a uma zone, a uma região e, portanto, toda a imagem corporal que leva à própria identidade pessoa fica fragmentada, suja, incomplete. Essa educação, ao deixar de lado o mistério do prazer, corre o risco de colocar o homem no mesmo plano “dos galos e das violetas”.

Pare Merleau-Ponty (1971), o sexual não é o genital, a vide sexual não é um simples efeito dos processos cujo centro são os órgão genitais, a libido não é só um instinto, isto é, uma atividade orientada para fins determinados. Ela é o poder geral que tem o sujeito de aderir a diferentes meios e fixer-se por diferentes experiências, de adquirir estruturas de conduta, ela é o que fez com que o homem tenha uma história. Se a história sexual de um homem dá a chave de sue vide, é porque na sexualidade do homem se projeta a sua maneira de ser com relação ao mundo, isto é, com relação ao tempo e aos outros homens.

Neste sentido, ao dirigirmos o olhar nessa direção, percebemos que somos “lançados” ao mundo sob o prisma moralístico e repressor. Embora assistindo a muitas modificações nestas últimas décadas, a sexualidade continua ainda muito velada, não obstante tenha sempre estado presente nas relações entre os seres humanos, mesmo que de um modo não consciente.

Sob a perspectiva de que, junto com as mudanças de valores e crenças na sociedade, ocorrem mudanças de atitudes e modificações no modo de sentir e ser, Bruns e Grassi (1991) realizaram um estudo com jovens de classe média, de 13 a 18 anos, intencionando conhecer o nível de diálogo sobre o sexo com os pais, e compreender as concepções próprias dos jovens em relação à virgindade, heterossexual idade e homossexualidade.

Os resultados evidenciaram que a instrução sexual é mais difundida e aberta aos rapazes, e mais concentrada na família, e mais reservada para as garotas. Os rapazes vêm com mais preconceito do que as garotas, o corpo de alguém do mesmo sexo. Em relação à atração pelo sexo oposto, este estudo mostrou que as garotas são atraídas, em primeiro lugar, por características de personalidade, a atração física ocorre após um grau maior de envolvimento com o parceiro. Para os rapazes, apesar da valorização do corpo da mulher, a busca é por uma mulher mais integrada, que além de possuir um corpo belo, seja carinhosa, sensual e autêntica. Percebe-se, também, nesse estudo, a reformulação dos antigos valores conservadores em relação à virgindade e à masturbação.

Assim, a busca de identidade, característica dessa fase, leva os jovens a uma redefinição, para ambos os sexos, de valores e conceitos aprendidos. Desse modo, esse estudo contribuiu para a compreensão de que, atualmente, rapazes e moças estão tentando superar, reformular conceitos, normas e preconceitos legados por gerações anteriores, em que as “marcas” das proibições e repressões eram “ênfáticas” e “cobradas” como normas de condutas e comportamentais.

Hoje estão se lançando em buca de uma realização sexual mais aberta, satisfatória, menos desigual, e, de certa forma, “permitida” pelo próprio momento histórico, e porque não dizer, mais autêntica? Fechar os olhos a estas mudanças, fazer de conta que os jovens são assexualizados, parece-nos que tem sido a atitude de muitos pais e da escola, visto o numero assustador de mais e pais adolescentes. A gravidez precoce é a evidência concreta do desejo, do tão velado mistério do prazer. E tem causando pânico e desespero para várias famílias, levando mães e pais jovens a experienciarem um modo de viver altamente conflituoso e desgastante.

Quase sempre é a mãe jovem, a garota, a única responsável por um momento de prazer vivido a dois. Cabe-lhe solucionar o “problema” via aborto e/ou assumindo sozinha o fruto do desejo. Para poucas famílias que se preocupam em oferecer informação sexual para os filhos - fica a surpresa, a perplexidade - e se perguntam: “por que minha filha ficou grávida? Eu lhe oferecia livros e respondia a todas as suas questões sobre sexo”.

Responder questões sobre sexo, parece-nos que não tem sido suficiente. Informar é preciso, para o vivenciar a sexualidade no seio familiar é ir além das informações, mesmo porque as informações, assim como as palavras e os signos, não dão conta do vivido. Há um excedente no senti-

do proveniente da experiência do ir-à-coisa-mesma” (Ricoeur, 1979:16). Assim, quando o jovem vai em busca de si mesmo para encontrar no outro com sua identidade sexual, o que leva consigo, mais que informações, são as impressões das vivências de seus relacionamentos primários no meio familiar. É o excedente não dito mas tão sutilmente captado por nossas “inocentes” crianças.

Com falta de informação e formação sexual, o jovem vai se encontrar com o mistério do prazer, com o desejo não elaborado, não discutido, não refletido, não trabalhado nem na família e nem na escola. E, no mais das vezes, permitir-se o novo no extraordinário momento de estar com o outro, sem contudo saber conduzir suas próprias emoções, seus limites e até definições do que busca realmente, perdendo-se em conflitos e imprevidências.

Em pesquisa realizada por Bruns e Grassi (1993), as jovens se sentem inseguras por não terem uma definição do que realmente é “namorar”, “ficar”, “transar”, por terem modificado Padrões, mas ainda não colocarem em substituição algo que lhes dê segurança, certeza, ou por não contarem, também, com informações esclarecedores que as auxiliariam em sua formação como mulher, seguras de uma identidade própria, sexuada, apropriada para enfrentar os desafios e inconstâncias de um novo tempo vivido.

Enquanto, pela vida afora, a busca do outro continua, levando as pessoas a se procurarem, a se precisarem mutuamente para se encontrar, a sexualidade continua moralmente silenciada, velada no vulcão das emoções de cada um de nós. Mantê-la inerte já nos causou anos de escravidão mental, danos físicos, “courage corporais” a alienação de nós mesmos. E o quanto a educação de todos nós não será mais bela e real, quando formos inteiros, repensando nossa sexualidade em diálogo aberto e franco com nós mesmos e com os outros, para sermos mais humanos enquanto educadores...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANHA, M. L. A. e MARTINS, M. H. P.: *Filosofando- Introdução à Filosofia*, São Paulo, Moderna, 1987.
2. BERNARDI, M.: *A Deseducação Sexual*, São Paulo, Summus, 1985.
3. MARIA, A. T. B. e GRASSI, M. V. F. C. Sexualidade: discurso do corpo: um estudo de caso, *in Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, vol. 11, 1991, pp. 79-92.
4. BRUNS, M. A. T. e GRASSI, M. V. F. C.: Mulher e Sexualidade: o desejo de continuidade, *in Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, vol. IV, 1993, pp. 88-103.
5. CHAUI, M.: *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

6. LANE, S. T. M.: O que é Psicologia Social, São Paulo, Brasiliense, 1981.
7. MARCUSE, H.L.: Eros e Civilização, 4ª ed. Rio de Janeiro. Zahar, 1969.
8. MERLEAU-PONTY, M.: Fenomenologia da Percepção. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1971.
9. RICOEUR. P.: O Conflito das Interpretações, Rio de Janeiro, IBRAP, 1979.

Relato
de
caso

Prótese peniana em paciente
esquizofrênico: desestruturação
ou integração emocional?

Relato de um caso

Penile prosthesis implant in
esquizofrenic patient:
emocional integration yes or
not? Case report

1

Laura Meyer da Silva¹

O implante de Prótese Peniana é uma eficaz alternativa terapêutica para a disfunção erétil masculina.

A autora descreve o caso de um paciente Esquizofrênico com disfunção erétil, que após terapia sexual sem êxito foi submetido a implante de Prótese Peniana. A idéia de suicídio era uma constante para o paciente.

Procedeu cirurgia protética após longa avaliação emocional. O paciente permaneceu em acompanhamento psicológico por dois anos após a colocação da prótese, apresentando-se compensado e gratificado sexualmente.

1. Psicóloga clínica, psicoterapeuta e terapeuta Sexual. Coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica da Santa Casa de Porto Alegre.

Recebido em 26.10.94

Aprovado em 01.11.94

A Prótese Peniana em indivíduos impotentes de etiologia não orgânica pode ser adequada, desde que seja feita extensiva avaliação.

ABSTRACT

The author describes a case of an Esquizofrenic and impotence male whose sexual psychotherapy failed. He was quite depressed and the suicide was always present in this mind.

So he underwent a Penile Prothesis Implant after having had a deep emotional evaluation. He was followed for two years and he is doing well.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica é extremamente sucinta no que tange à respeito de prótese peniana em pacientes esquizofrênicos. Há referência de terapia sexual em pacientes esquizofrênicos sem uso de prótese e alguns poucos casos de prótese em pacientes com impotência de origem emocional, mas não esquizofrênicos.(1), (2), (3), (4), (5).

Munjack (5), Kusnetzoff (3), concordam quanto ao uso de prótese peniana em disfunção de origem psicológica após a tentativa de terapia sexual específica.

Schmidft (4), sugere pouco benefício em pacientes psicogênicos que não responderam a terapia sexual. O autor não informa se estes pacientes eram neuróticos ou psicóticos.

Kaplan (2), só aceita para terapia sexual um paciente esquizofrênico com parceira, que esteja emocionalmente estável e quando o tratamento não vai atrapalhar seu equilíbrio. Afirma ainda que é conveniente a terapia do sexo para o esquizofrênico compensado, pois este tem a possibilidade de responder bem à terapia e não corre risco de desestruturação psíquica. Para ela, as disfunções sexuais não são sintomas de esquizofrênia e a incapacidade sexual pode servir para defender o paciente de uma súbita irrupção da sua doença. Por isso, o tratamento destes pacientes representa um risco para sua compensação. "Os esquizofrênicos contribuem pesadamente para os raros desastres psiquiátricos causados pela terapia do sexo". (2) Kaplan lembra ainda que aumenta os riscos quando o esquizofrênico está em estado vulnerável da sua doença e quando o sintoma sexual constituir um importante mecanismo de defesa psicológica. A autora ressalta que: "Alguns esquizofrênicos são muito angustiados pelos seus problemas sexuais. Assim, a disfunção sexual pode, realmente agravar a sua esquizofrênia;

e quando os problemas sexuais são resolvidos, sentem-se melhores e o alívio rápido dos problemas sexuais não prejudica esses pacientes; antes, melhora realmente o seu ajustamento geral”.

CASO CLÍNICO

A., 36 anos, branco, solteiro, natural de Porto Alegre, mora com os pais e um irmão (único irmão), em bairro de classe médio baixa. É aposentado devido a problemas psiquiátricos, recebendo uma pensão (salário mínimo).

Apresenta Esquizofrenia Paranóide (DSM III R), iniciada aos 13 anos com crise psicótica, sendo internado por três meses. Aos 23 anos tem sua segunda internação de dois meses de duração e a última, com 30 anos, tendo permanecido durante um mês internado.

Vem encaminhado ao Setor de Psicologia, pela Andrologia da Santa Casa para avaliação psicológica, devido a queixas de Impotência e Ejaculação Precoce, há mais de 8 anos. A investigação psicológica é um exame de rotina, bem como os exames laboratoriais, os quais foram realizados e encontravam-se normais.

A namorada é quem lhe incentiva a buscar tratamento. Iniciou o namoro há um mês atrás. Porém a mesma desconhece a doença psiquiátrica de A. Conta que quando jovem sua vida sexual era mais ativa, tinha namoradas, chegando mesmo a noivar, mas “não deu certo”. Diz que jamais teve problemas quanto ao sexo anteriormente, mas de 8 anos para cá foi espaçando as relações por medo de não conseguir ereção. Fazem três anos que não tenta mais ter relações e evita qualquer contato sexual.

E em função de querer levar adiante este namoro é que, incentivado pela namorada decidiu querer resolver esta situação.

Não está tomando corretamente sua medicação anti-psicótica, o que lhe faz ter alucinações cinestésica (sente mãos lhe tocarem), visuais (vultos que querem pegá-lo), auditiva (gritos), delírios persecutórios a afrouxamento associativo. Carece de auto-iniciativa e não consegue responsabilizar-se por nada que exija demasiadamente dele. Há dificuldade nos relacionamentos interpessoais e afastamento social. Os sintomas que mais lhe incomodam, são as alucinações, a desconfiança e muitos pesadelos que o fazem acordar gritando.

De seu estado pré-mórbido consta ser desconfiado, introvertido, retraído e impulsivo.

Segundo o paciente, ambos os pais são emocionalmente comprometidos, mais o pai que tem o mesmo diagnóstico que ele, e que não toma medicação por não admitir ser doente. O irmão é alcoolista.

MANEJO CLÍNICO DO CASO

Nos primeiros meses, após a avaliação do paciente, iniciou-se uma psicoterapia de apoio, com o objetivo de que tomasse corretamente a medicação e preparando-o para a Terapia Sexual.

Seis meses após, chegamos a conclusão que o paciente encontrava-se compensado e que o distúrbio sexual não parecia estar protegendo-o da sua esquizofrenia, pelo contrário, sua impotência ameaçava uma relação que lhe era benéfica e estava servindo de apoio.

A namorada foi convidada a participar das sessões com objetivo de iniciar uma “Dessensibilização Sistemática” e de prepará-los para uma futura relação sexual propriamente dita, com penetração.

“Dessensibilização Sistemática” é um método utilizado na Terapia Comportamental onde progressivamente utiliza-se os estímulos adequados a cada indivíduo ou casal, de forma lenta e progressiva a fim de que consiga(m) superar sua(s) dificuldades sexuais.

Após o processo que durou aproximadamente dois meses eles tem uma primeira relação, mal sucedida, não conseguindo ter ereção devido a ansiedade e ao medo do mau desempenho. Outras tentativas e técnicas foram aplicadas, mas também sem sucesso.

O casal começou a distanciar-se. Ele muito desconfiado alegava que ela esta estava evitando-o em função de sua impotência. Começa a deprimir-se muito a diz sentir-se inútil como homem.

Realiza-se, após discussão do caso com a equipe da Andrologia, o teste de Papaverina, droga que se injeta no corpo cavernoso com o objetivo de enrijecer o pênis. O teste é positivo e A. procura a namorada, que passa a aplicar-lhe a injeção no pênis quando querem ter relações. Meses depois A. relata que a namorada anda novamente afastada dele e que ele mesmo não tem coragem de aplicar-se a injeção. Assim não procura outras mulheres apesar de desejar muito.

Passa novamente a deprimir-se. Refere desejo de matar-se, “pois a vida sem sexo não tem sentido”.

Nesse momento, pela gravidade do quadro, é feita uma reunião de equipe na qual se avalia a possibilidade de colocar uma prótese peniana no paciente. A. aceita prontamente a indicação para a cirurgia.

A impotência de A. não é uma defesa contra uma franca patologia. A disfunção começa a agravar sua esquizofrenia, podendo levá-lo ao suicídio, como vem trazendo nas sessões com frequência.

Segundo Kaplan (2), a disfunção sexual pode agravar a esquizofrenia e, quando os problemas sexuais são resolvidos, o paciente sente-se melhor: o alívio rápido dos problemas sexuais não é danoso e pode levá-lo ao ajustamento.

Como a colocação de prótese em paciente esquizofrênico é inédita em nosso meio, com este tipo de caso, as opiniões são divergentes:

“Colocar prótese levaria à descompensação ou à integração do paciente?”

Alguns membros da equipe concordam com Chester (4), que: “poucos pacientes com impotência psicogênica que não responderam a psicoterapia tem colocado prótese com bons resultados.” (p. 184)

Outros alinham-se com o ponto de vista Kusnetzoff (3) e Munjack (5), e são a favor da colocação de prótese quando houve tentativa anterior, como a terapia sexual e que tenha fracassado depois de um período de aplicação e espera.

A equipe considerou que o risco de colocação da prótese era inferior ao do risco de suicídio.

Antes da cirurgia, observa-se o paciente durante um mês para ver como a aproximação da cirurgia poderia afetá-lo. Qualquer evidência de descompensação seria motivo para a interrupção do plano cirúrgico. A medida em que se aproximava da data, A. torna-se mais tranqüilo, falava que estava mais feliz e chegava a controlar-se sem a medicação psiquiátrica que teve de interromper devido a cirurgia.

Realiza-se então a cirurgia. Com a cicatrização, após um mês retorna ao acompanhamento psicológico. Relata sentir-se como se tivesse renascido. Como não está mais de namoro com a ex-namorada, começa a procurar novas parceiras sexuais, agora que tem condições de manter relações sexuais.

O caso tem follow-up de dois anos após a colocação da prótese. O paciente segue em atendimento, mas em função de sua esquizofrenia. Tem tomado a medicação psiquiátrica corretamente e está compensado.

A. afirma que a melhor coisa que já aconteceu em sua vida foi ter colocado a prótese, pois sente-se um homem novamente. Lamenta apenas que em função de sua doença, jamais vai poder casar-se e ter filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente o paciente não possuía melhor alternativa do que a colocação da prótese.

Um possível suicídio justificou o procedimento, não obstante revelar investigações.

O bom vínculo entre paciente e terapeuta permitia avaliar sua ideia suicida como factível.

A carência de literatura requer uma ligação estreita na confiança e na compreensão entre paciente e terapeuta.

É imprescindível a participação da equipe na avaliação e tratamento de um caso como este.

O intuito precípua desta publicação é o de alertar profissionais de diferentes áreas para esta alternativa terapêutica eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. CLARO, Joaquim de Almeida et al: Resultados do implante de prótese peniana no tratamento da impotência, UNICAMP, Campinas, São Paulo, "Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual", realizado de 15 a 17 de agosto de 1991 em São Paulo, SP, pela ABEL.
2. KAPLAN, Helen Singer: A nova terapia do sexo, 5ª ed., Nova Fronteira, Rio de Janeiro, RJ, 1977.
3. KUSNETZOFF, Juan Carlos: O homem sexualmente feliz, 2ª ed., Nova Fronteira, Rio de Janeiro, RJ, 1987.
4. MEYER, Juan K. et. al: Clinical managment of sexual disorders, 2ª ed., Ed. An Psychiatric, 1986.
5. MUNJACK, Dennis J. M. D.: Sexologia, diagnóstico e tratamento, Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1984.

Pesquisa

Preferencias corporales sexuales de jóvenes con instrucción secundaria completa y superior de la ciudad de Lima-Peru **1**

Artidoro Cáceres Velásquez¹
Artidoro Cáceres Le Breton¹

RESUMEN

Se investiga mediante una encuesta a una muestra predominantemente joven con nivel de Instrucción de Secundaria Completa y Superior en la ciudad de Lima, con la finalidad de poder relacionar la prosopognosis y su desarrollo en el niño como factor de “impronta” con el emparejamiento entre los sexos. El estudio demuestra que la población investigada prefiere el rostro al resto del cuerpo, centrándose el interés de las mujeres en los ojos y el de los hombres en la boca. Esto nos permitió deducir la importancia del rostro como atractivo sexual de lo que inferimos su gran valor como estímulo temprano en el recién nacido.

SUMMARY

“Preferences sexuals corporals of youngs with instruction level in Complete School and High School from the City Lima-Perú in 1993.”

1. Instituto de Neuropsicología. Comunicación y Sexología-Jr. Libertad 269. LIMA 18-PERU-Telefax 456431.

Recibido em 19.11.94

Aprovado em 18.12.94

Its research by means an poll to ne model young prevoilment with instruccion level in complete school and high school from the city of Lima-Perú with the purpose of to relate the prosopognosis and his development in the child like factor of impríntig in look for pair between the sexes. The study prove that researched population prefer the human face to the rest of the body, the womens center the interest in the eyes and of the mens in the mouth. This we permitted to deduce the importance of the human face like sexual attractive of that we infer his grat valor like early stimulus in the newborn baby.

INTRODUCCION

Ante la ausencia de estudios que permitieran conocer que parte del cuerpo humano era más atractiva para los peruanos, desde el punto de vista sexual, disenamos un estudio que investigara este conocimiento en una muestra de jovenes de la ciudad de Lima, capital del Perú.

Una importante hipótesis de trabajo fué demostrar que el rostro es el principal atractivo para el emparejamiento entre los sexos, y la hipótesis se basó en el conocimiento neuropsicológico del desarrollo del niño, en el que se ha establecido que la “prosopognosis” (reconocimiento del rostro) se establece en los primeros dias de vida del recién nacido como un factor de “impronta” (“imprinting”) necesario para el desarrollo y adaptabilidad del nuevo ser.

No es nuestra intención generalizar estos resultados a toda la poblacion por ser la muestra pequena. Pero la metodologia seguida y el carácter del estudio por muestreo y piloto es suficiente para dar las pautas generales y justificar un posterior análisis más extenso y más profundo a nivel nacional.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un muestreo mediante um modelo de encuesta aplicado a estudiantes universitarios y profesionales, tanto en la via pública como en algunos centros de estudios y de trabajo de la ciudad de Lima, temendo el cuidado de distribuir equitativamente las encuestas en cada lugar escogido.

El estudio se realizó en Noviembre de 1993, la encuesta tuvo el carácter de anónima con preguntas específicas y respuestas claras para marcar, considerándose como variables: el sexo, la edad, el grado de instrucción (sólo se encuestaron personas con secundaria completa y estudios superiores), el nivel socio-económico (alto, medio y bajo), la preferencia sexual (preferencia hacia los hombres y preferencia hacia las mujeres).

Se incluyó en la encuesta las siguientes INSTRUCCIONES: “Le rogamos ayudarnos en la investigación de nuestra conducta sexual. Desearíamos que marque Ud. la alternativa que se aproxima a su gusto, o preferencia, en to que respecta al sexo que le atraiga. Em. Si Ud, es varón atracción por las mujeres responderá la pregunta relacionada à mujeres, si Ud. es mujer y le atraen los hombres responderá la pregunta relacionada a ellos. Si Ud. es homossexual responda el género que le atraiga. Si Ud. es bisexual responda en uno de los géneros que será el que más le atrae.”

Las preguntas y sus alternativas fueron las siguientes:

- 1 – ¿Qué parte del cuerpo de una MUJER le es más atractiva? (SOLO UNA)
 - Manos: Pies: Brazos: Piernas:
 - Senos: Rostro: Nalgas: Espalda:
 - Genitales:
 - ¿Qué parte del cuerpo de un HOMBRE le es más atractivo? (SOLO UNA).
 - Manos: Pies: Brazos: Piernas:
 - Tórax: Nalgas: Espalda: Genitales:

- 2 – ¿La cara de un MUJER le es?
 - Muy atractiva: Poco atractiva: Nada atractiva:
 - ¿La cara de un HOMBRE le es?
 - Muy atractiva: Poco atractiva: Nada atractiva:

- 3 – ¿Qué parte del rostro de una MUJER le es más atractiva sexualmente? (SOLO UNA)
 - La frente: Los ojos: La nariz: La boca:
 - El mentón: Las orejas:
 - ¿Que parte de el rostro de un HOMBRE le es más atractivo sexualmente? (SOLO UNA)
 - La frente: Los ojos: La nariz: La boca:
 - El mentón: Las orejas:

- 4 – ¿Qué sector del rostro de una MUJER le es más atractivo sexualmente? (SOLO UNO)
 - El superior: El inferior: El derecho:
 - El izquierdo:
 - ¿Qué sector del rostro de un HOMBRE le es más atractivo sexualmente? (SOLO UNO)
 - El superior: El inferior: El derecho:
 - El izquierdo:

- 5 - ¿Un rostro FEMENINO le es atractivo con: (SOLO UNO)
 Maquillaje: Sin maquillaje:
 Sólo con lápiz labial: Sólo con sombras en los ojos:
 Con aretes: Sin aretes:
 Um rostro MASCULINO le es atractivo con:
 Bigote: Barba: Sin bigote ni barba:
 Con bigote y barba: Con arete:
 Con bigote y arete: Con barba y arete:
 Con bigote, barba y arete:

Los encuestados debían responder con un aspa en el espacio de su preferencia.

Durante todo el estudio siempre hubieron personas capacitadas para absolver cualquier duda sobre las características de las preguntas en relación a su formulación.

El procesamiento de datos fué hecha por análisis en computadora.

RESULTADOS

Se presentan los resultados mediante tablas en las cuales se analizan las respuestas por preferencia sexual y grupo etéreo, por alternativa de respuesta en cifras absolutas y porcentuales (Tablas del #6 al #15).

Se presentan además datos generales de distribución por sexo, grupo de edades, nivel socio económico, grado de instrucción y preferencia sexual (tablas del #1 al #5).

Además se presentan 6 gráficas que dan una mejor perspectiva de los resultados por preferencia sexual.

DISCUSION Y COMENTARIOS

- En relación a la muestra, se validan las encuestas de 219 mujeres y 215 varones dando un total muestral de 434 individuos (tabla #1). El grupo etéreo más significativo se encuentra ente los 15 y los 24 años (tabla #2). El nivel socio-económico (ver tabla #3) mas significativo es el medio (366 encuestas), seguida por el bajo (65 encuestas), siendo el nivel alto insignificante (3 encuestas). El grado de instrucción (ver tabla #4) más representativo es el que se encuentra en estudios superiores (378 encuestas) contando solo con 56 la muestra de secundaria completa. Dentro de la preferencia sexual (ver tabla #5) sólo se contó

con un homosexual varón, siendo por lo tanto muy poca su representatividad para el análisis.

- En la pregunta ¿Qué parte del cuerpo de una mujer le es más atractiva? En las personas con preferencia sexual femenina (es decir en nuestra muestra sólo varones) (tabla #6) observamos que el 34,6% de los varones prefieren el rostro, seguido por las piernas (20.6%) y los senos (20.1%).

- En la pregunta ¿La cara de una mujer le es? En los que tenían preferencia por las mujeres, es decir en este caso varones (tabla #7), observamos que “les es muy atractiva” al 71% de la muestra, seguida por la respuesta “poco atractiva” con un 26%.

- En la pregunta ¿Qué parte del rostro de una mujer le es más atractiva sexualmente? En los que tenían preferencia por las mujeres, es decir varones en nuestra muestra el 46.3% prefirió la boca, seguido de un 45.8% que prefirió *los ojos* (ver tabla #8 y figura #3).

- En la pregunta ¿Qué parte del rostro de una mujer le es más atractiva sexualmente? En los que tenían preferencia por el sexo femenino, es decir varones, en nuestra muestra el 50.9% prefirió la inferior, seguida del 40.2% que prefirió la superior (ver tabla #9).

- En la pregunta ¿Un rostro femenino le es atractivo con:? en los que preferían sexualmente a las mujeres, es decir varones en la muestra, observamos que el 49.1 % las preferían sin maquillaje, y el 23.4% con maquillaje (ver tabla #10 y grafica #5).

- En la pregunta ¿Qué parte del cuerpo de un hombre le es más atractivo? En los que preferían varones, es decir mujeres en nuestra muestra, observamos que el 45.5.% preferían el rostro, seguido por el tórax con un 19.1% (ver tabla #11 y gráfica #2).

- En la pregunta ¿La cara de un hombre le es? En los que tenían preferencia por el sexo masculino, es decir mujeres de nuestra muestra, observamos que el 51.8% considera poco atractivo (lo cual cubre casi toda la gama de respuestas que no incluían al rostro en la pregunta anterior), mientras el 43.6% considera muy atractivo (ver tabla #12). Sin embargo es muy importante determinar que estos resultados corresponden a personas entre 15 y 34 años. Las que se sitúan entre 35 y 40 años invierten los resultados: el 75% dicen que el rostro les es muy atractivo. Recordamos, no obstante, el poco valor cuantitativo de la muestra.

- En la pregunta ¿Qué parte del rostro de un hombre le es más atractivo sexualmente? En los que tenían preferencia por los hombres, es decir mujeres en nuestra muestra, vemos que el 60% prefería los *ojos*, seguida por la boca con 30.9% (ver tabla #13 y grafica #4).

- En la pregunta ¿Qué parte del rostro de un hombre le es más atractivo sexualmente? A los que preferían varones, es decir mujeres en la muestra, el 50.9% prefiere la superior, seguida por un 37.3% que prefirió la inferior (ver tabla #14).

TABLA 1
Distribucion por Sexo

SEXO	TOTAL	%
FEMENINO	219	50.46%
MASCULINO	215	49.54%
TOTAL	434	100.00%

TABLA 2
Distribucion por Grupo de Edades

GRUPO	FEMENINO	% F	MASCULINO	% M	TOTAL
15-19	110	50.23%	90	41.86%	200
20-24	76	34.70%	89	41.40%	165
25-29	25	11.42%	23	10.70%	48
30-34	4	1.83%	4	1.86%	8
35-39	4	1.83%	9	4.19%	13
TOTAL	219	100.00%	215	100.00%	434

TABLA 3
Distribucion por Nivel Socio-economico

N.S.E.	FEMENINO	% F	MASCULINO	% M	TOTAL
ALTO	1	0.46%	2	0.93%	3
MEDIO	192	87.67%	174	80.93%	366
BAJO	26	11.87%	39	18.14%	65
TOTAL	219	100.00%	215	100.00%	434

TABLA 4
Distribucion por Grado de Instruccion

GRADO INSTR.	FEMENINO	% F	MASCULINO	% M	TOTAL
SECUNDARIA	30	13.70%	26	12.09%	56
COMPLETA	189	86.30%	189	87.91%	378
SUPERIOR					
TOTAL	219	100.00%	215	100.00%	434

TABLA 5
Distribucion por Preferencia Sexual

SEXO	PREFERENCIA				TOTAL
	FEMENINO	% F	MASCULINO	% M	
FEMENINO	219	99.55%	0	0.00%	219
MASCULINO	1	0.45%	214	100.00%	215
TOTAL	220	100.00%	214	100.00%	434

TABLA 6
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 1
¿Que parte del cuerpo de una mujer le es mas atractiva?

(entra TABLA 6)

EDAD	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	MANOS	PIES	BRAZOS	PIERNAS	SENOS	ROSTRO	NALGAS	ESPALDA	GENITALES	NO SABE / NO RESPONDE	TOTAL	%
15-19	1 1.1%	0 0.0%	1 1.1%	22 24.4%	14 15.6%	39 43.3%	9 10.0%	1 1.1%	2 2.2%	1 1.1%	90	100.0%
20-24	2 2.3%	1 1.1%	0 0.0%	16 18.2%	19 21.6%	28 31.8%	17 19.3%	0 0.0%	3 3.4%	2 2.3%	88	100.0%
25-29	0 0.0%	1 4.9%	0 0.0%	5 21.7%	4 17.4%	5 21.7%	6 26.1%	0 0.0%	1 4.3%	1 4.3%	23	100.0%
30-34	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	4	100.0%
35-39	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 44.4%	2 22.2%	3 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9	100.0%
TOTAL	3 1.4%	2 0.9%	1 0.5%	44 20.6%	43 20.1%	74 34.6%	35 16.4%	2 0.9%	6 2.8%	4 1.9%	214	100.0%

(entra TABLA 7)

TABLA 7
Preferencia: Femenino
PREGUNTA N° 2
¿La cara de una mujer le es?

EDAD	% MUY ATRACTIVA	% POCO ATRACTIVA	% NADA ATRACTIVA	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	67 74.4%	20 22.2%	0 0.0%	3 3.3%	90 100.0%
20-24	63 71.6%	24 27.3%	1 1.1%	0 0.0%	88 100.0%
25-29	14 60.9%	9 39.1%	0 0.0%	0 0.0%	23 100.0%
30-34	2 60.0%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	6 66.7%	3 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%
TOTAL	152 71.0%	56 26.2%	3 1.4%	3 1.4%	214 100.0%

TABLA N° 8
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 3:
¿Que parte del rostro de una mujer le es mas atractiva sexualmente?

(entra TABLA 8)

EDAD	% LA FRENTE	% LOS OJOS	% LA NARIZ	% LA BOCA	% EL MENTON	% LAS OREJAS	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	0 0.0%	45 50.0%	3 3.3%	39 43.3%	2 2.2%	1 1.1%	0 0.0%	90 100.0%
20-24	1 1.1%	38 43.2%	3 3.4%	43 48.9%	2 2.3%	1 1.1%	0 0.0%	88 100.0%
25-29	0 0.0%	14 60.9%	0 0.0%	8 34.8%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	23 100.0%
30-34	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%
TOTAL	1 0.5%	98 45.8%	7 3.3%	99 46.3%	6 2.8%	3 1.4%	0 0.0%	214 100.0%

(entra TABLA 9)

TABLA N° 9
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 4
¿Que parte del rostro de una mujer le es mas atractiva sexualmente?

EDAD	% LA SUPERIOR	% LA INFERIOR	% LA DERECHA	% LA IZQUIERDA	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	40 44.4%	42 46.7%	2 2.2%	2 2.2%	4 4.4%	90 100.0%
20-24	33 37.5%	47 53.4%	3 3.4%	1 1.1%	4 4.5%	88 100.0%
25-29	8 34.8%	12 52.2%	0 0.0%	1 4.3%	2 8.7%	23 100.0%
30-34	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	3 33.3%	6 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%
TOTAL	86 40.2%	109 50.9%	5 2.3%	4 1.9%	10 4.7%	214 100.0%

TABLA N° 10
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 5
¿Un rostro femenino le es atractivo con:

EDAD	% MAQUILLAJE	% SIN MAQUILLAJE	% SOLO CON LAPIZ LABIAL	% SOLO CON SOMBRAS EN LOS OJOS	% CON ARETES	% SIN ARETES	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	24 26.7%	44 48.9%	16 17.8%	5 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	90 100.0%
20-24	15 17.0%	47 53.4%	12 13.6%	11 12.5%	2 2.3%	0 0.0%	1 1.1%	88 100.0%
25-29	5 21.7%	11 47.6%	4 17.4%	2 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	23 100.0%
30-34	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	5 55.6%	3 33.3%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%
TOTAL	50 23.4%	105 49.1%	34 15.9%	20 9.3%	2 0.9%	0 0.0%	3 1.4%	214 100.0%

(entra TABLA 11)

TABLA N° 11
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 1
¿Que parte del cuerpo de un hombre le es mas atractivo?

EDAD	% MANOS	% PIES	% BRAZOS	% PIERNAS	% SENOS	% ROSTRO	% NALGAS	% ESPALDA	% GENITALES	% NO SABE / NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	7 6.4%	0 0.0%	4 3.6%	8 7.3%	25 22.7%	55 50.0%	3 2.7%	7 6.4%	0 0.0%	1 0.9%	110 100.0%
20-24	6 7.8%	0 0.0%	2 2.6%	13 16.9%	11 14.9%	31 40.3%	4 5.2%	8 10.4%	2 2.6%	0 0.0%	77 100.0%
25-29	2 8.0%	0 0.0%	2 8.0%	1 4.0%	5 20.0%	10 40.0%	3 12.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%	25 100.0%
30-34	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 100.0%
TOTAL	16 7.3%	0 0.0%	8 3.6%	23 10.5%	42 19.1%	100 45.5%	10 4.5%	15 6.8%	5 2.3%	1 0.5%	220 100.0%

TABLA N° 12
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 2
¿La cara de un hombre le es?

(entra TABLA 12)

EDAD	% MUY ATRACTIVO	% POCO ATRACTIVO	% NADA ATRACTIVO	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	50 45.5%	55 50.0%	2 1.8%	3 2.7%	110 100.0%
20-24	34 44.2%	39 50.6%	3 3.9%	1 1.3%	77 100.0%
25-29	8 32.0%	16 64.0%	0 0.0%	1 4.0%	25 100.0%
30-34	1 25.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
TOTAL	96 43.6%	114 51.8%	5 2.3%	5 2.3%	220 100.0%

(contra TABLA 13)

TABLA N° 13
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 3
¿Que parte del rostro de un hombre le es mas atractivo sexualmente?

EDAD	%		%		%		%		%		%		%			
	LA FRENTE	LOS OJOS	LA NARIZ	LA BOCA	EL MENTON	LAS OREJAS	NO SABE	NO RESPONDE	TOTAL							
15-19	0	0.9%	76	69.1%	2	1.8%	30	27.3%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
20-24	0	0.0%	43	55.8%	3	3.9%	24	31.2%	4	5.2%	2	2.6%	1	1.3%	77	100.0%
25-29	1	4.0%	10	40.0%	1	4.0%	10	40.0%	2	8.0%	0	0.0%	1	4.0%	25	100.0%
30-34	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
35-39	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
TOTAL	2	0.9%	132	60.0%	6	2.7%	68	30.9%	8	3.6%	2	0.9%	2	0.9%	220	100.0%

TABLA N° 14
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 4
¿Que parte del rostro de hombre le es mas atractivo sexualmente?

(entra TABLA 14)

EDAD	% LA SUPERIOR	% LA INFERIOR	% LA DERECHA	% LA IZQUIERDA	% NO SABE NO RESPONDE	% TOTAL
15-19	59 53.6%	39 35.5%	4 3.6%	2 1.8%	6 5.5%	110 100.0%
20-24	40 51.9%	26 33.8%	4 5.2%	1 1.3%	6 7.8%	77 100.0%
25-29	10 40.0%	12 48.0%	1 4.0%	0 0.0%	2 8.0%	25 100.0%
30-34	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
35-39	1 25.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
TOTAL	112 50.9%	82 37.3%	9 4.1%	3 1.4%	14 6.4%	220 100.0%

(entra TABLA 15)

TABLA N° 15
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 5
¿Un rostro masculino le es atractivo con:

EDAD	% BIGOTE		% BARBA		% SIN BIGOTE NI BARBA		% CON BIGOTE Y BARBA		% CON ARETE		% SIN ARETE		% CON BIGOTE Y ARETE		% CON BARBA Y ARETE		% CON BIGOTE, BARBA Y ARETE		% NO SABE NO RESPONDE		% TOTAL			
15-19	6	5.5%	1	0.9%	94	85.5%	2	1.8%	4	3.6%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	0	0.0%	110	100.0%
20-24	3	3.9%	5	6.5%	65	84.4%	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	1	1.3%	77	100.0%
25-29	5	20.0%	0	0.0%	15	60.0%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	1	4.0%	25	100.0%
30-34	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
35-39	2	50.0%	0	0.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
TOTAL	16	7.3%	6	2.7%	179	81.4%	8	3.6%	4	1.8%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.4%	2	0.9%	220	100.0%

GRAFICO N° 1
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 1
¿Que parte del cuerpo de una mujer le es mas atractiva?

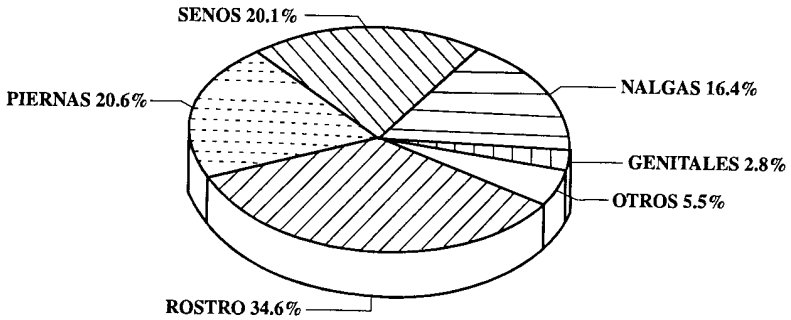


GRAFICO N° 2
Preferencia Masculino

PREGUNTA N° 1
¿Que parte del cuerpo de un hombre le es mas atractivo?

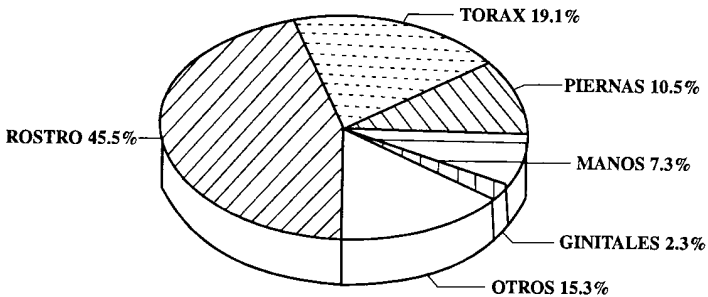


GRAFICO N° 3
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 3
¿Que parte del rostro de una mujer le es mas atractiva sexualmente?

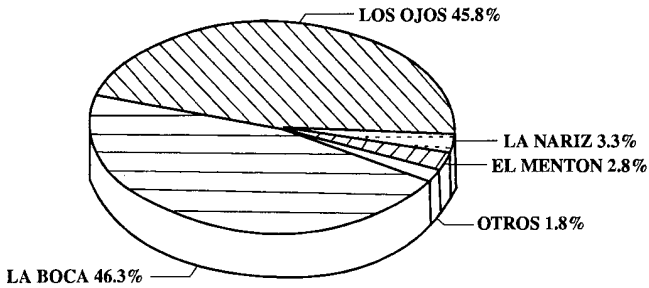


GRAFICO N° 4
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 3
¿Que parte del rostro de un hombre le es mas atractivo sexualmente?

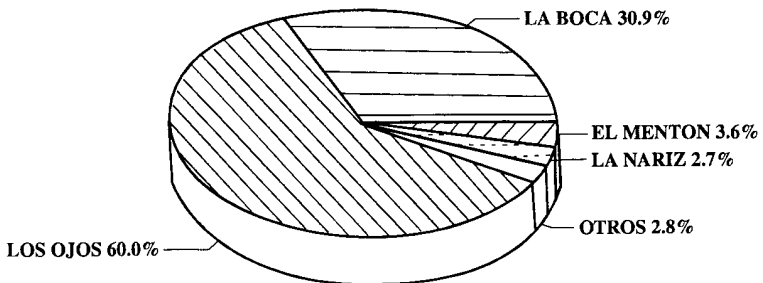


GRAFICO N° 5
Preferencia: Femenino

PREGUNTA N° 5
¿Un rostro femenino le es atractivo con:

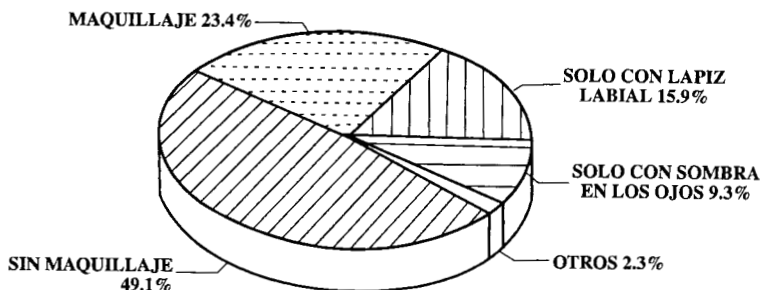
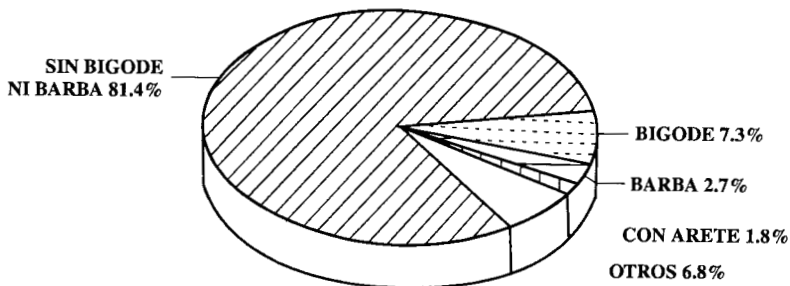


GRAFICO N° 6
Preferencia: Masculino

PREGUNTA N° 5
¿Un rostro masculino le es atractivo con:



- En la pregunta ¿Un rostro maculino le es atractivo con:? En los que preferían varones, es decir mujeres en nuestro estudio, se observó que el 81.4°% los preferían sin bigote ni barba, seguido muy de lejos por la respuesta “con bigote” que tema un 7.3% (ver tabla #15 y grafica #6).

CONCLUSIONES

- La muestra es homogenea en cuanto a la distribución por sexos.
- Se trata de una población predominantemente joven, con un nivel educativo de secundaria completa, estudios superiores, y heterosexual.
- El estudio demuestra qye la poblaci3n masculina investigada prefiere en primer lugar el rostro, y de éste, la pane inferior siendo predominante la atenci3n en la boca y, a la mayoría de epos nos les agradan las mujeres maquilladas.
- El estudio demuestra que la poblaci3n femenina estudiada prefiere del cuerpo del hombre, al rostro y de éste la pane superior, siendo predominante la atracci3n por los ojos. En su mayoría los prefieren sin bigote ni barba.

COMENTARIO

A pesar de ser una muestra pequeña, hay indicadores de la importancia que tiene el rostro como factor atrayente en el cortejo sexual, por lo que inferimos que es probablemente de gran valor el estímulo temprano querecibe el recién nacido por parte de sus padres a través de la mirada y de los gestos faciales. Sobre la “impronta” neuropsicológica se injerta una erotizaci3n que sexualiza la relaci3n comunicanete agregando el semente bucal al visual hasta tal vez competir y desplazarlo, asunto a investigar en el futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOPERA, F.; ARDILA, A.: Prosopamnesia and visuolimbic disconnection syndrome: A case study, *Neuropsychology*, vol. 6, n° 1, 3-12. 1992.
2. BOWER, T. G. R.: El mundo visual de los infantes. En *Psicología Contemporanea*, Edit. Blume, Espana, 1975.
3. BOWER, T. G. R.: El mundo visual de los niños. En *Psicología Evolutiva*. Fontanella, Barcelona, 1976.
4. DAMES, R.: EI lenguaje de los rostros, Edit. Sudamericana, B. As., Argentina, 1991.

5. GREGORY, R. L.: *L'Oeil et Le Cerveau*, Hachette, Paris, 1960.
6. HECDEN, H.: *Neuropsychologie de la Perception visuelle*, Masson, Paris, 1972.
7. LOPERA, F: *Apprentissage et Reconnaissance des visages*, Univer. Cathol. de Louvain, Brussels, Belgium.
8. LOPERA F.; BRUYER, R.: *Aprendizaje y memoria de rostros en niños*. En *neuropsicología* D. Pineda, A. Ardila, Prensa Creative, Colombia, 1991.
9. TZAVARAS, A.: *La Reconnaissance du visage humain et les lésions Hémisfériques*. En Hecaen H. *Neuropsychologie de la perception visuelle*, Massons, Paris, 1972, pp. 251-264.

A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem **2**

Nilza Tereza Rotter Pelá¹
Alexandra de Souza Melo²
Waldirene Marta Salgueiro Santana²
Antonio Lucas Nhamba²

RESUMO

Identificou-se entre 149 enfermeiros de Hospital Escola o quanto, em suas percepções, estavam eles instrumentalizados para assistir o cliente como “ser sexuado”. Os dados obtidos evidenciam que os profissionais carecem de informação na área de sexualidade humana, dificultando sua vivência profissional cotidiana, quando a questão do cuidado exige estarem instrumentalizados para lidar com a dimensão sexual de seu cliente. Concluem os autores que os profissionais não estão preparados

-
- 1 Prof. Dr. da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP-Especialização Livre em Sexualidade Humana pelo Instituto H. Ellis-SP (1993).
 - 2 Graduandos de Enfermagem ligados ao Programa de Iniciação Científica da EERP-USP.
- Recebido em 04.12.94 Aprovado em 08.01.95

para cuidar do seu paciente como “ser sexual”, e nem tem subsídios para refletir sobre sua própria sexualidade.

Unitermos: sexualidade humana, assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A literatura em Enfermagem tem enfatizado a importância do cliente ser atendido dentro de uma visão holística na qual a pessoa é percebida na sua individualidade, portanto o planejamento da assistência de Enfermagem deve pautar-se pelas singularidades desta individualidade (1, 3, 5).

Em um olhar pela história da Enfermagem, podemos ver que, originariamente, a assistência aos pacientes era compreendida como um serviço a Deus embora em contraste, na fase anterior a Nightingale, fosse exercida na Inglaterra por prostitutas.

Com o advento da Enfermagem moderna, as regras de Florence Nightingale impunham um padrão de comportamento às enfermeiras, no qual a sexualidade era suprimida (1, 4).

HOGAN (1) e KRIZINOFSKI (2) apontam o fato de tradicionalmente a Enfermagem ter a permissão social de tocar qualquer parte do corpo do cliente para atender a exigência da manutenção da higiene a para prestar cuidados, mas pessoalmente quem assiste mantêm-se “puro” uma vez que o assistido é concebido como ser assexuado.

SOBRAL (6) lembra que, uma vez internado, o cliente “passa a ser percebido e tratado apenas como objeto da doença-cura e não mais como objeto do prazer”.

Para MIRANDA (4) e SOBRAL (6) as enfermeiras ao ignorarem as necessidades sexuais de seu cliente tornam-se “purificadas” e desta forma têm “uma enorme dificuldade de interagir terapêuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria”.

MC FARLONE & RUBENFELD (3) recomendam que para a elaboração de um plano de assistência de enfermagem que envolva a integridade sexual do paciente é imperativo que o enfermeiro identifique suas limitações e capacidades para trabalhar nesta área. Esta avaliação envolve sua maneira de ser, conhecimentos, crenças, atitudes e valores.

Dentro desta ótica é necessário que a enfermeira determine o seu envolvimento no processo de aconselhar seus clientes na esfera da sua sexualidade.

O modelo PLISSIT* proposto por Annon (apud RIEVE (5)) propõe 4 níveis de interação do profissional com o paciente no que diz respeito à sua sexualidade.

- 1 - Permissão** Neste nível de interação, o profissional é capaz de gerar um clima favorável para o paciente se expressar e discutir sobre suas preocupações sexuais.
- 2 - Informações limitadas** Neste nível de interação o profissional é capaz de prover informações limitadas, tipicamente educacional e pessoal, relacionando a saúde sexual, em termos gerais.
- 3 - Sugestões Específicas** Neste nível de interação o profissional tem conhecimentos específicos sobre sexualidade e disfunção sexual. Aqui, a história sexual deve ser obtida do cliente e do seu parceiro. O profissional deve ter domínio cognitivo sobre a sexualidade bem como, conhecer as patologias que interferem com a sexualidade do cliente. O profissional assiste o casal a estabelecer a alcançar metas específicas.
- 4 - Terapia intensa** Neste nível de interação o profissional é capaz de auxiliar psicologicamente o paciente. Isto implica em domínio e habilidade de psicodinâmica, habilidade em assimilar e interagir com as respostas pessoais e da família.

Para RIEVE (5) todo enfermeiro deveria estar apto para atuar no nível 1 e deveria estar capacitado para intervir de maneira confortável e efetiva no nível 2. Preparação especial seria necessário para atuação nos níveis 3 e 4.

A literatura nacional tem escassez de publicações com dados referentes ao tema Sexualidade Humana no Contexto da Assistência de Enfermagem, assim o presente trabalho tem como objetivo identificar em enfermeiros de um Hospital Escola do interior paulista o quanto, na sua percepção, eles estão instrumentalizados para assistir o paciente como “ser sexuado”.

* P -Permission
LI - Limited information
SS - Specific suggestion
IT -Intensive Therapy

METODOLOGIA

A população em estudo constitui-se do total dos enfermeiros de um hospital escola do interior do estado de São Paulo que mantém uma unidade no Campus com aproximadamente 600 leitos, e uma unidade no centro da cidade com aproximadamente 250 leitos.

Desta população participaram do estudo todos os enfermeiros que estavam no exercício regular de suas funções sendo, portanto excluído os afastados para tratamento de saúde, os que estavam em gozo de férias assim a amostra foi composta de 169 enfermeiros.

A estes profissionais foi solicitado que respondessem um questionário auto-administrado com 17 itens que contemplavam as seguintes questões: identificação pessoal, informações sobre sexualidade obtidas durante o curso de graduação em enfermagem; vantagens destas informações a desvantagens acarretadas pelo conteúdo não ter sido ministrado; percepção da necessidade do conhecimento; qual disciplina ofereceu o conteúdo; assuntos abordados; vivência na prática que exigisse conhecimento na área; “distúrbios” sexuais que encontrou na prática; posição no “modelo PLISSIT” relativo ao seu preparo e sua percepção de qual deveria ser este preparo; interesse em cursos sobre Sexualidade Humana no Contexto da Assistência de Enfermagem; e comentários.

O questionário original foi submetido a uma validação aparente e de conteúdo, com a participação de 6 enfermeiros que participam de um grupo de estudo em Sexualidade Humana. Após as modificações propostas, foi realizado um estudo piloto com 10 enfermeiras, 5 da rede básica e 5 da unidade de internação que não pertenciam ao hospital em estudo, e o questionário foi avaliado como adequado para obter as informações que se pretendiam.

RESULTADO

Foram distribuídos 169 questionários sendo que 5 profissionais se recusaram a aceitá-lo e 15, embora tendo aceito, não o responderam. Além da clássica desculpa de falta de tempo para responder, outros argumentaram que, em sua prática, não tinham possibilidade de vivenciar a questão da sexualidade humana, uma vez que trabalhavam em centro-cirúrgico e/ou central de material. Outro argumento usado para não responder foi que não saberiam como fazê-lo uma vez que no curso de graduação não tiveram informações específicas sobre o assunto. Argumentavam ainda que, embora os pesquisadores assegurassem sigilo, sentiam-se constrangidos em ter que “falar” sobre esta questão.

Assim a amostra em estudo passou a ser de 149 profissionais. As características desta amostra estão apresentadas no Quadro I.

Quadro I – Características da amostra estudada.

CARACTERÍSTICA MAIS FREQUENTE	F	%	VARIABILIDADE
Sexo feminino	137	91,95	(8,05%) masculino
Idade de 30 a 40 anos	95	63,75	23 a 53 anos
Solteira	79	53,02	(42,28%) casada (0,67%) viúva (0,67%) desquitada (2,68%) divorciada
Católica	108	72,48	(14,09%) espírita (2,01%) cristã (0,67%) budista (2,68%) protestante (0,67%) deísta (1,34%) espiritualista
Até 12 anos de formada	87	58,39	1 a 32 anos
Trabalho em unidade médico cirúrgica	83	55,70	(10,07%) pediátrica (5,37%) psiquiátrica (6,04%) neurológica (9,40%) ambulatório (6,04%) ginecológica e obstetrícia (3,36%) berçário (2,68%) moléstias infecciosas (0,67%) dermatológica
Enfermeira	118	79,19	(5,37%) diretora de serviço (12,08%) enfermeira chefe

Os resultados acima apresentados evidenciam o perfil de uma população predominante feminina, como já era esperado. Predomina também na amostra a categoria enfermeira ou seja aquela que presta assistência direta aos pacientes, portanto com um repertório de vivência profissional bastante rico o que sem dúvida lhes facultava contacto diuturno com a dimensão sexual de seus clientes.

Após os dados da identificação a primeira questão posta foi “ter tido conteúdo sobre sexualidade humana na sua formação acadêmica” responderam: não 86 (57,72%); não lembro - 31 (20,81 %); e sim - 32 (21,48%). Dos que responderam sim, 19 (59,37%) lembram-se em que período do curso tiveram esta informação que foi, em 10 (52,63%) dos casos, ministrada no penúltimo ano de sua formação. Destacam-se as disciplinas: Enfermagem Obstétrica, Psicologia, Enfermagem Psiquiátrica, Ética e Introdução à Enfermagem como sendo as mais citadas por terem ministrado o conteúdo.

Dos 32 enfermeiros que tiveram conteúdo de sexualidade na sua formação acadêmica, 28 (87,50%) mencionaram 10 vantagens de ter recebido esta formação. O Quadro II apresenta a frequência das 10 vantagens mencionadas pelos 28 sujeitos.

Quadro II – Distribuição das 10 vantagens, por terem recebido conteúdo sobre sexualidade humana durante a graduação, mencionados por 28 enfermeiros.

VANTAGENS	F
Favorece a interação paciente-enfermeiro	17
Facilita a orientação de clientes	14
Facilita a compreensão da vida pessoal e familiar	7
Olhar a sexualidade como aspecto normal da vida	5
Facilita a orientação da equipe de enfermagem	3
Facilita identificar a necessidade do paciente	2
Facilita avaliar o comportamento do paciente	1
Facilita o atendimento de pacientes com patologias envolvendo órgãos genitais	1
Quebra preconceitos	1
Facilita a prevenção de D.S.T.	1

Pelas respostas evidencia o caráter facilitador do conhecimento sobre sexualidade humana no processo de relação interpessoal enfermeiro-paciente bem como destaca-se no Quadro II que a desinformação dificulta este mesmo relacionamento interpessoal. Assim dos 86 enfermeiros que não receberam qualquer informação sobre sexualidade humana na sua formação acadêmica, 68 (79,06%) mencionaram 12 desvantagens deste evento. Um enfermeiro (sexo masculino) mencionou que não via qualquer desvantagem em não ter tido conteúdo específico sobre sexualidade humana na sua formação acadêmica.

O Quadro III apresenta as frequências das 12 desvantagens mencionadas pelos 68 sujeitos.

Quadro III – Distribuição das 12 desvantagens, por não terem recebido conteúdo sobre sexualidade humana durante a graduação, mencionadas por 68 enfermeiros.

DESVANTAGENS	F
Dificuldade para conversar e/ou orientar cliente e família sobre o assunto	40
Falta de conhecimento específico	39
Insegurança	13
Constrangimento, falta de espontaneidade e inibição	8
Dificuldade para esclarecer dúvidas próprias	6
Dificuldade de atender às necessidades dos pacientes	5
Não ver a sexualidade como aspecto normal	3
Não poder esclarecer a equipe de enfermagem como lidar com estas questões	2
Não estar atento para o assunto	1
Não saber como agir em "certas" situações	1
Dificuldade para que o paciente não confunda a atividade sexual com libertinagem	1
Timidez	1

Nos Quadros II e III onde predominam vantagens e desvantagens relativas à dimensão profissional sugerem a limitação dos entrevistados em se colocarem como pessoas que também necessitam de conhecimentos para sua compreensão como pessoas. Entretanto a maioria dos profissionais, 146 (97,99%) declara ser necessário que se adquira conhecimentos sobre sexualidade humana durante a formação profissional. Destes profissionais, 125 (83,89%) justificaram essa necessidade. Quadro IV apresenta estas justificativas.

Quadro IV – Justificativa da necessidade de formação acadêmica na temática Sexualidade Humana.

JUSTIFICATIVA	F
Conhecimento indispensável para o bom trabalho sem constrangimento	55
Facilita esclarecer dúvidas, fazer orientações	48
A sexualidade faz parte da natureza humana	28
Compreensão da vida pessoal e familiar	14
Identificar necessidade do paciente	5
Na vida profissional temos freqüentes contatos com este assunto	3
Necessidade de orientar equipe	3
Área pouco abordada com o paciente	2
Enfrentar melhor “certas situações”	2
Porque é um assunto interessante e atual	2
Facilita a entrevista com o paciente	2
Dificuldade de lidar com grupos específicos	1
Total	165*

* Alguns sujeitos deram mais que uma resposta

Também aqui prevalecem os aspectos profissionais sobre os pessoais corroborando a já apontada dificuldade.

A reprodução humana, o desenvolvimento da personalidade, doenças sexualmente transmissíveis e desvios de comportamento sexual foram mencionados com maior freqüência como tendo sido os conteúdos ministrados durante a formação acadêmica. Muito pouco mencionados, aparecem o homossexualismo, a impotência, a frigidez, a fisiologia da resposta sexual, a masturbação, a sexualidade e hospitalização, a sexualidade de grupos específicos, e os abusos sexuais.

À questão “Você vivenciou alguma situação profissional que exigisse conhecimento sobre sexualidade humana”, 91 (61,07%) enfermeiros responderam sim; 52 (34,89%) não; 1 (0,67%) não se lembra; e 5 (3,35%) não deram resposta.

Dos 91 enfermeiros que responderam sim, 69 (75,82%) mencionaram 37 eventos que compreendiam situações e comportamentos conforme apresentado no Quadro V.

Quadro V – Situações vivenciadas por 69 enfermeiros relativas à dimensão sexual de clientes.

SITUAÇÕES	F
Esclarecimentos e orientação de paciente envolvendo questões sexuais	39
Paciente psiquiátrico com distúrbio sexual	9
Paciente referindo impotência	8
Paciente se masturbando	8
Atendimento de cliente homossexual	7
Paciente internado referindo necessidade de satisfazer-se sexualmente	5
Paciente referindo frigidez	5
Paciente com priapismo	4
No momento do procedimento de enfermagem paciente com ereção	4
No momento da tomada de sua história paciente colocando sua dimensão sexual	3
Paciente ansioso pelo longo período de abstinência sexual decorrente da internação	3
Assistência de enfermagem a paciente com amputação de pênis	3
Assistência de enfermagem a paciente que colocou prótese peniana	3
Atendimento a criança vítima de estupro	2
Paciente com alteração de imagem corporal	2
Atração sexual de um paciente por um membro da equipe	2
Atração sexual de um paciente por uma paciente	2
Outros*	20

* Outros (com frequência 1): Criança com crescimento de pêlos por uso de medicação; Surpreender um casal de pacientes tendo relações sexuais; Criança com má formação genital; Paciente com curativo oclusivo por queimadura solicitando que alguém o masturbasse já que não podia fazê-lo; Paciente relatando relativamente extra-conjugal; Paciente falando a todo momento sobre sexo; Paciente que, na internação, manifesta-se preocupado com o período de abstinência sexual no hospital; Paciente recusando tratamento envolvendo órgãos genitais; Paciente com a libido aumentada; Paciente queixando-se de problemas conjugais; Cliente com sexualidade afetada pela doença do filho; Paciente com dificuldade de retorno à atividade sexual pós-cirurgia; Fazer parte do grupo clínico denominado "RN com sexo indeterminado"; Paciente fazendo gesto obsceno; Paciente que fugia do hospital para ter relações sexuais; Constrangimento da paciente para submeter-se ao exame ginecológico; Revolta de um paciente submetido a quimioterapia quando soube que ficaria estéril; Funcionário que abusou sexualmente de uma paciente; Tentativa de suicídio por carência afetiva; Paciente com trauma nos genitais.

Quando solicitados para mencionarem os comportamentos e situações vivenciadas onde o paciente apresentou "distúrbio sexual", 88 (59,06%) sujeitos deixaram o item sem resposta e 61 (40,93%) mencionaram 29 situações e/ou comportamentos que entendiam ser distúrbio conforme apresentado no Quadro VI.

Quadro VI – Comportamentos e/ou situações envolvendo pacientes e entendidos como distúrbio sexual pelos profissionais.

SITUAÇÃO E/OU COMPORTAMENTO	F
Homossexualidade; bissexualidade; travestismo	18
Inadequacidade sexual de pacientes psiquiátricos ou neurológicos	8
Paciente se masturbando em público	7
Paciente referindo impotência	5
Paciente se masturbando em situação de privacidade	4
Paciente com libido aumentada	4
Paciente deprimido com impotência	3
Exibicionismo	3
Paciente falando a todo momento sobre sexo	2
Paciente com priapismo	2
Esposa de paciente procurando ajuda para manter relações sexuais com seu marido internado	2
Paciente paraplégico e tetraplégico	2
Paciente estuprada	2
Outros*	16

* Outros (com frequência 1): Paciente estimulando continuamente os órgãos genitais; Paciente que referia relações sexuais pela colostomia; Paciente que se dizia mulher grávida; Paciente com alteração de imagem corporal; Paciente com bexiga neurogênica; Paciente que chega ao hospital com trauma de pênis; Paciente com rejeição pelo filho; Paciente homossexual masculino tentando manipular genital de profissional homem; Paciente ansioso pela abstinência sexual durante a internação; Paciente com amputação de pênis; Assistência a cliente com ficha policial de estupro; Paciente com patologia nos órgãos genitais; Paciente verbalizando fantasias eróticas.

Solicitou-se que os respondentes se situassem dentro do modelo PLISSIT quanto à percepção de seu preparo real e ideal para interagir com o cliente no que diz respeito à sexualidade. Os resultados acham-se apresentados no Quadro VII.

Quadro VII – Percepções do profissional quanto ao seu preparo para interagir com o cliente com respeito a sexualidade deste, segundo o modelo “PLISSIT”

NÍVEIS DO MODELO PLISSIT	PREPARO REAL	F %	PREPARO IDEAL	F %
Permissão	43	28,85	11	7,38
Informações limitadas	65	43,62	9	6,04
Sugestões específicas	12	8,05	46	30,87
Terapia intensiva	2	1,34	63	42,28
Nenhum	24	16,10	8	5,36
Sem resposta	3	2,01	12	8,05
Total	149	100,00	149	100,00

Ao se colocarem em nível de preparo real 108 (72,46%) dos sujeitos entrevistados consideraram-se capazes de atuar e dar pelo menos algumas informações básicas sobre sexualidade humana e seus clientes. Preocupa-nos esta posição uma vez que ficou evidenciado que durante a graduação pouca informação sobre sexualidade humana é oferecido aos estudantes.

Quanto a uma futura participação em cursos que versarem sobre a temática sexualidade, 132 (88,58%) profissionais manifestaram interesse; 9 (6,04%) não se interessaram e 8 (5,37%) não responderam.

Dos 149 respondentes 71 (47,65%) acrescentaram comentários no final do questionário conforme apresentado no Quadro VII.

Quadro VIII – Comentários feitos por 71 respondentes

COMENTÁRIOS	F
O profissional necessita de preparo nesta área	31
Assunto importante, mas pouco trabalhado no dia a dia	14
Espero por um curso	12
Há necessidade de diminuir os tabus e preconceitos	7
Assunto que mexe com todos e incomoda a maioria	5
Todos têm curiosidade	5
Necessidade de um curso que além de teoria dê subsídios para atuação profissional	5
Quero saber o resultado desta investigação	4
Seria importante trabalhar com esta questão, entretanto há deficiência numérica de pessoal para se preocupar com este assunto	4
Minha área de atuação não levou-me a conviver com o assunto	3
Procurei ser auto-didata no assunto	3
Outros*	13

* Outros (com frequência 1) Necessidade de melhorar o nível de educação sexual no país; este é um assunto que deve ser tratado extensivamente para classes baixas; preocupo-me com o retorno à atividade sexual pós-cirúrgica dos pacientes; não me interessou o assunto; acho difícil trabalhar com homossexual; profissional tem pouca oportunidade de frequentar curso; tive oportunidade de conversar com pacientes que apresentavam impotência e compareceram ao hospital para avaliação; paciente interessado sexualmente pela enfermeira que deve ser desencorajado sem ofender; vivência junto a pacientes renais crônicos com impotência sexual; a realização de um curso sobre o tema me ajudará muito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recusa de respostas e a não devolução de questionários remetem para a percepção da temática em estudo como área difícil de ser trabalhada, percepção esta pela alta incidência de questões sem resposta ou com a resposta não lembro.

A maioria das vantagens mencionadas pelo fato de ter tido algum preparo durante a graduação, diz respeito à atividade profissional. Entretanto, pode-se constatar nas respostas dos enfermeiros a percepção de que ter algum conhecimento na área de sexualidade humana ajuda o indivíduo a visualizar a sua própria dimensão sexual (olhar a sexualidade como aspecto normal da vida; compreensão da vida pessoal e familiar).

A desvantagem mais citada (dificuldade para conversar e/ou orientar o cliente a família sobre o assunto) sem dúvida é consequência da falta de conhecimento específico mencionado por 39 enfermeiros, o que também pode estar levando à insegurança mencionada por 13 profissionais.

Embora de forma tímida, aparece a referência de 6 enfermeiras das repercussões deste despreparo na sua própria vida sexual.

As justificativas da necessidade de formação acadêmica na temática de sexualidade humana evidenciam que o constrangimento frente a este aspecto do cliente é uma preocupação de proximidade um terço dos profissionais estudados, mesmo que paradoxalmente destes um quarto assinala que a sexualidade “faz parte da natureza humana”; ou seja, é natural mas é constrangedor.

Será assim tão constrangedor que 38,91% dos profissionais estudados, negam, não respondem ou não se lembram de ter tido situações profissionais onde houve necessidade de relacionar-se com o cliente em sua dimensão sexual. Confirma-se aqui a argumentação de HOGAN (1), MIRANDA (4) e SOBRAL (6) que os enfermeiros ao ignorarem as necessidades sexuais de seus clientes tornam-se “purificados” e desta forma têm “uma enorme dificuldade de interagir terapêuticamente com a sexualidade dos outros e a sua própria”.

Contudo, não tão negra é a situação visto que 69 (46,30%) profissionais relatam 38 situações vivenciadas onde a dimensão sexual do paciente foi pelo menos identificada (Quadro V). A maioria dos profissionais mencionaram mais que uma situação, nos permitindo supor que quando a sexualidade do cliente não é negada pelo profissional ela é possível de ser identificada como todas as outras necessidades do ser humano.

Pretendia-se com a pergunta “teve a oportunidade de entrar em contato com algum paciente que apresentou distúrbio sexual? sim, não, se sim, qual distúrbio?”, resgatar a percepção que os sujeitos têm de “distúrbio sexual”. As respostas sugerem que assim é compreendido uma variedade de comportamentos ou situações que envolve desde desinteresse ou diminuição da libido, impedimentos físicos ou emocionais até exacerbação da sexualidade, desvio do padrão de expressão sexual socialmente aceito. O fato da grande maioria de respostas apontar o homossexualismo, bissexualismo e o travestismo como distúrbio sexual evidência o preconceito e a não aceitação da diversidade sexual como uma opção individual da pessoa.

Mesmo depois de terem declarado despreparo e dificuldade para assistir o cliente em sua dimensão sexual, 14 (9,39%) enfermeiros se auto atribuíram aptidão para atuar nos níveis 3 e 4 do modelo PLISSIT. Mais preocupante ainda nos parece o fato de que 109 (73,15%) enfermeiros tenham considerado que o preparo ideal para atender o cliente deva alcançar os níveis 3 e 4 do referido modelo. Isto se deve pura e simplesmente à ingenuidade decorrente do desconhecimento acerca do assunto ou à

ingenuidade da onipotência que permeia a noção de que devemos, enquanto enfermeiros, ser “bons” em tudo o que fazemos.

Concluindo, podemos considerar que os profissionais não só carecem de informação como aspiram por preparo na área de sexualidade humana. O despreparo, evidenciado nas respostas ao questionário tem dificultado sua vivência profissional cotidiana quando a questão do cuidado exige estarem eles instrumentalizados para lidar com a dimensão sexual de seu cliente. Assim o cliente estaria sendo (des)assistido, ou seja assistido de forma a ignorar sua dimensão sexual. Por outro lado, este despreparo anula a capacidade do profissional para refletir sobre sua própria sexualidade.

ABSTRACT

Human sexuality in the context of nursing care

The study identified among 149 nurses of an university's hospital how much in their perceptions, they were instructed to assist the client as a “sexual being”. The data showed that the nurses have information deficiency in human sexuality area, what difficults their professional daily experience when nursing care delivery requisit that they are skilled in order to provide care to the sexual dimension of their clients. The authors concluded that the professionals are not prepared to take care of their clients as a “sexual being” and neither have bases to reflect about their own sexuality.

Uniterms: human sexuality, nursing care.

RESUMEN

La sexualidad humana en el contexto de la asistencia de enfermería

Se ha identificado entre 149 enfermeros de Hospital Escuela, cuanto, en sus percepciones, ellos estaban preparados para asistir el cliente como “Ser sexuado”. Los datos obtenidos evidencian que los profesionales carecen de información en el área de la sexualidad humana, dificultando su vivencia profesional cotidiana, cuando la cuestión del cuidado, exige estaren preparados para lidiar con la dimensión sexual de su cliente.

Concluyen los autores, que los profesionales no estan preparados para cuidar de su paciente como “ser sexual”, y tampoco, tienen subsidios para reflectar sobre su propia sexualidad.

Unitermos: sexualidad humana, asistencia de enfermeria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOGAN, R.: Human sexuality-A nursing perspective, 2^a ed. Appleton, Century, Crofts. Connecticut, 1991.
2. KRIZINOFSKI, M. T.: Human sexuality and nursing practice enfermeira - The Nursing Clinics of North America, vol. 3, n^o 4, dec. 1973.
3. MC FARLANE, E. A.; RUBENFELD, M. G.: The need for sexual integrity. YURA, H. & WALSH, M. B.: Human needs 3 and the nursing process, Appleton, Century, Crofts. Connecticut, 1983, pág. 185 a 233.
4. MIRANDA, C. M. L.; SOBRAL, V. R. S.: Sexualidade e enfermagem. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v. 3, n^o 1, pp. 27-34, janeiro a junho de 1992.
5. RIEVE, J. E.: Sexuality and the adult with acquired physical disability. Nursing Clinics of North America, vol. 24, n^o 1, pp. 265-276, 1989.
6. SOBRAL, V. R. S. et al: A navegação da sexualidade nas práticas assistenciais de enfermagem. Cadernos de Enfermagem, v. 2, 2-6, 1989.

O comportamento sexual de homens de baixa renda com disfunção erétil **3**

Laura Meyer da Silva¹

ABSTRACT

The sexual Behavior of Law Income men with Erectile malfunction.

The aim of this was to design the profile of the low income patient with Erectile malfunction tha comes to Santa Casa de Misericórdia (charity Hospital).

The Patients who took part in this research were outpatient sent from the Department of Andrology to the Department os Psychology of Santa Casa de Misericórdia of Porto Alegre.

One hundred patients were interviewed and, in according with literature, it was observed the profile of low income patient does not entirely differ from that of other social classes. However, it bears ots ows peculiarities.

¹ Psicóloga Clínica, coordenadora do Departamento de Psicologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

We felt the need to approach the patient in order to better understand him, thus providing adequate treatment as well as preventive care. Professionals of parallel areas might also profit from the information of this paper.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de elaborar um perfil do comportamento sexual de homens de baixa renda com disfunção erétil.

Os pacientes que participaram deste trabalho eram encaminhados pelo Ambulatório de Andrologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre para o Setor de Psicologia Clínica da mesma Instituição.

Cem pacientes foram entrevistados e, de acordo com a literatura, foi observado que não existem diferenças entre eles e outras classes sociais. Entretanto encontrou-se características peculiares desta amostra.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o paciente com disfunção erétil, proveniente da classe social de baixa renda, caracterizando-o quanto à idade, à frequência da prática do coito e suas dificuldades na hora da relação sexual e demais fatores que estão relacionados com a disfunção, tais como: problemas de saúde, familiares, fantasias, desejos etc...

Os dados foram alcançados através de escolhe aleatória de entrevistas realizadas de cem (100) pacientes de classe baixa que são encaminhados pelo ambulatório de Andrologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com queixa de disfunção erétil, para o ambulatório de Psicologia da mesma Instituição.

A experiência clínica que formou o processo terapêutico iniciado pelas dificuldades relativas ao tratamento de problemas sexuais de clínica procedentes deste ambulatório, permitiu que as entrevistas com os pacientes resultassem nesta pesquisa sobre a disfunção erétil que, dentre as disfunções sexuais, é a que provoca maior número de complicações para o homem na sua sexualidade.

As limitações conseqüentes acabam causando perturbações em todas as áreas de sua vida. O homem ao se reprimir, limitando sua sexualidade, distorce a realidade, deixando-se levar então por atitudes, fantasias, e sentimentos negativos, podendo levá-lo ao desequilíbrio interior afetando sua saúde mental, física e emocional.

Neste sentido, é essencial engajar-se na luta por uma sexualidade melhor, de tal modo que desistir disso é desistir de ser pessoa. A potência do homem e o orgasmo da mulher passam a ser mais que direitos: são *deveres*. A terapia do sexo, de uma ou de outra forma, está sendo empregada nas desordens sexuais, pois se preocupa principalmente com o aperfeiçoamento das funções sexuais.

A DISFUNÇÃO ERÉTIL

O potencial para o prazer erótico parece começar com o nascimento e não deve extinguir-se até a morte. Entretanto, a idade ajusta, de maneira significativa, o componente biológica da nossa sexualidade, de forma que a intensidade e a qualidade da resposta sexual variam consideravelmente nas diferentes idades.

Os dados de Kinsey indicam e os estudos de Masters e Johnson confirmam que os homens experimentam o pico da capacidade e responsividade sexuais ao redor dos 17 e 18 anos e, daí em diante, demonstram um declínio constante. Os componentes da resposta sexual são diretamente afetados pela idade.

Para o homem, a dificuldade erétil é quase sempre de ordem psicológica, entretanto causas mais profundas e mais remotas, como conflito inconsciente ou desarmonia conjugal, podem freqüentemente ser a base das transações tensas que causaram o problema sexual específica e continuar a evocar a ansiedade quando os pacientes tentarem fazer amor.

A *disfunção Erétil ou Impotência* é a dificuldade do homem ficar com o pênis ereto.

Esta dificuldade pode ser ocasionada por problemas orgânicos e/ou psicológicos. Pode ser primária, quando o homem nunca funcionou, bem, ou secundária, que é a mais comum. A secundária é quando funcionava bem, mas passa a ter dificuldades depois.

Kaplan (1977, 0.249) diz que a taxa de incidência da disfunção erétil não parece ser afetada por fatores raciais ou sócio-econômicos, “*A procura da terapia sexual é tão premente no gueto como na Park Avenue.*”

Conforme Wincze e Carey (1991, p. 28), citando a última edição do DSM III R, os critérios para o diagnóstico das disfunções eréteis masculinas (302.72) são: A. ou (1) ou (2):

A.

- 1) Fracasso persistente ou recorrente, parcial ou completo do homem, em atingir ou manter ereção até a conclusão da Atividade Sexual.

- 2) Falha da sensação subjetiva, persistente ou recorrente, de excitação sexual e de prazer no homem durante a Atividade Sexual.

B. Ocorrência não exclusivamente durante a evolução de um outro Distúrbio do Eixo I (outro que não uma Disfunção Sexual), como Depressão Maior.

Para Masters e Johnson (1985, p. 100) o homem com disfunção erétil primária nunca é capaz de obter e/ou manter uma ereção com qualidade suficiente para alcançar a união coital bem sucedida. Se a ereção se estabelece e então é perdida sob distrações reais ou imaginatórias relacionadas com o ato sexual, a ereção geralmente se dissipa antes da resposta ejaculatória.

“Nenhum homem é considerado impotente primária se obteve sucesso em qualquer tentativa de introdução, tanto em relacionamento heterossexual como homossexual”. (Masters Johnson, 1985, p. 100).

Ainda citando Masters e Johnson (1985, p. 114), padrão comum de impotência secundária é o sucesso na primeira relação sexual e performance efetiva que continue nos primeiros cinquenta, cem ou mesmo mil ou mais encontros sexuais, até se registrar um episódio fracassado na união coital.

O primeiro fracasso pode se tornar *precursos*, e conforme a apreensão cresce durante os epidódios de ereção, um forte padrão de falha erética pode estabelecer-se subsequente.

“Quando a média de fracassos na união coital bem sucedida se aproxima de 25% das oportunidades, deve-se aceitar o diagnóstico clínico de impotência secundária” (Masters e Johnson, 1985, p. 115).

Kaplan (1977, p. 250) diz que em geral o prognóstico, tanto para o tratamento como para remissão espontânea, está diretamente relacionado com a duração do sintoma. Ainda, quanto ao prognóstico: é melhor para a impotência secundária pois esta é propensa a associar-se a sérios distúrbios psiquiátricos subjacentes ou endócrinos.

“A impotência pode ser devida a fatores, físicos ou psicológicos. A impotência psicogênica pode estar associada à perda geral da libido e a dificuldade ejaculatória, mas a patologia essencial é a falha do reflexo erétil. Especificamente o mecanismo do reflexo vascular deixa de bombear sangue suficiente nos corpos cavernosos do pênis para torná-lo firme e ereto. O homem impotente, embora capaz de sentir-se estimulado e excitado numa situação sexual e queira fazer amor não fica com o pênis ereto. Os reflexos eréteis

e ejaculatório são dissociáveis e alguns homens são capazes de ejacular apesar de seu pênis flácido. “Kaplan (1977, p. 129).

Para Masters e Johnson (1982, p. 50), aproximadamente 10 à 15% dos homens com impotência parecem ter base primordialmente orgânica enquanto que 85 à 90% parecem ter origem primariamente psicogênica.

Suplicy (1987, p. 239), analisando as causas da dificuldade de ereção, cita em seu livro “Conversando sobre Sexo”, que os estudos acreditam que 90% dos casos de Disfunção Erétil são de ordem psicológica. Diz ainda que a origem pode ser por conflitos intra-psíquicos inconscientes, como ter vontade de sentir prazer erótico e ter medo da punição, medo de castração se tiver relação, até algo situacional como, por exemplo, tabus sexuais ou medo de fracassar.

Alguns pacientes alegam que só vêm buscar ajuda porque tem medo de que suas mulheres procurem outros homens para se realizarem.

Kusnetzoff (1978, p. 27) diz que: “O *distúrbio sexual embora esteja alojado em um dos membros do casal, no homem, este caso, nunca é apenas desse membro. O problema sexual é sempre de ambos*”.

Para Masters e Johnson (1988, p. 214). ‘o conceito cultural de que o homem deve aceitar total responsabilidade no estabelecimento da união sexual bem sucedida colocou sobre cada homem o peso psicológico do processo de coito e aliviou as mulheres de qualquer sugestão de responsabilidade similar no seu sucesso.’

Falando sobre o papel da mulher, Masters e Johnson (1988. O. 214) ressaltam:

“A mulher precisa estar apenas fisicamente disponível para a união coital ou mesmo para propagar a raça (...) Durante o coito, a mulher tem apenas que permanecer deitada para ser fisicamente potente. Enquanto esse papel de total passividade não é mais uma abordagem psicológica aceitável, em vista da qual necessidade de participação feminina ativa, é ainda um fato psicológico irrevogável que a mulher precise ficar deitada para ser potente”.

Masters e Johnson (1988, 0.215), analisando a questão da dupla moral, salientam que esta leva o homem a assumir a responsabilidade de ser especialista em sexo. Que seja o responsável e controle a situação a que leve a perceber ao orgasmo. Enquanto esta assume uma posição onde não possui sentimentos sexuais (pois é “direita”) o homem fzz sexo na mulher para suas satisfação, não encorajando a troca entre o casal.

A dupla moral e suas variações podem criar vários problemas sexuais, A mulher por exemplo, pode desenvolver uma concepção, estre-

ita da integração sexual. Achando que deve impelir o homem de conseguir tudo o que quer”, seu potencial de prazer diminui devido à suas necessidade de estabelecer limites. O homem, por outro lado, pode sentir-se compelido a provar sua masculinidade fazendo avanços sexuais mesmo quando não está especialmente com vontade nem sente atração por sua companheira”. (Masters e Johnson, 1988, p. 215).

Os mesmos autores colocam que existe ainda a crença de que o homem tem mais interesse por sexo que a mulher e que assume um papel ativo, enquanto as mulheres são passivas.

Também que a excitação sexual masculina ocorre rápida e automaticamente, enquanto as mulheres necessitam de mais tempo, palavras doces e tratamento especial e que mesmo assim têm dificuldade de se excitar.

Masters e Johnson (1988, p. 216) afirmam queL *“Em geral os homens tentam atender às expectativas culturais e as mulheres freqüentemente aceitam a idéia de que são cidadãs de segunda classe do ponto de vista sexual”*.

“Quando a mulher abertamente manifesta sua repugnância para com a relação sexual e frigidamente submete-se a ela porque considera uma obrigação conjugal, o marido percebe esta atitude, e na medida em que considera importante a participação da mulher no diálogo sexual, pode sofrer o terror de não ser suficientemente potente para satisfação da mulher e posteriormente pode surgir uma verdadeira impotência. “ (Colombino, 1978, p. 167).

Para Munjack (1984. p. 221), a novidade do início do relacionamento contribue para a interação sexual e que com o ocorrer dos anos os casais deixam de explorar alternativas e acham que já fizeram tudo. Sentem-se entediados com a rotina. Alguns utilizam a mesma posição, o mesmo cômodo da casa, o mesmo horário cada vez que mantém relações. Esta falha de variação leva ao tédio e ao decréscimo do desejo sexual.

Kaplan (1983. p. 345), citando mulheres frígidas, diz que esta é a mais severa das inibições femininas. Muitas mulheres não responsivas consideram angustiante a experiência sexual, embora variem na extensão desta aversão a tais experiências. Alguns toleram o contato sexual apenas para manter o casamento; outras, que na verdade repelem o contato sexual, que acham-no assustador e repugnante, vão a grandes extremos para evitá-lo.

Ainda um terceiro grupo de mulheres frígidas, que não experimentam sensações eróticas em resposta à estimulação sexual, é capaz, a despeito disto, de gozar os aspectos físicos não eróticos do contato sexual, tais como as carícias e a intimidade que envolvem o coito.

“As diferenças do sexo na reação psicológica à disfunção sexual são determinadas pela cultura” (Kaplan, 1977, p. 347). Espera-se que o homem funcione sexualmente e quando tal não acontece, esta disfunção é encarada com patológica. As mulheres não recebem tal pressão e por isso em muitas culturas não espera-se reações sexuais. Ainda hoje em nossa sociedade, a mulher deve proporcionar prazer ao homem e ter filhos.

Quando estas mulheres queixam-se de sua incapacidade de experimentar orgasmo, muitos médicos ainda orientam que a sua falta de resposta é normal e aconselham-nas a aceitá-la e ajustar-se a esta situação.

Kaplan (1977, p. 129) coloca que a história sexual de um número considerável de casais com disfunção revela que eles praticam técnicas sexuais pobres, insensíveis e ineficientes. As técnicas inadequadas são particularmente capazes de prejudicar as respostas das mulheres e homens mais velhos que, quase sempre, requerem uma excitação mais extensiva e mais sensível.

Em alguns casos, os padrões inadequados de fazer amor são apenas resultados de má informação ou ignorância, ao passo que em outros, isso parece ser o produto de sentimentos de culpa e conflitos sexuais, dos quais o casal, geralmente, não tem consciência.

Lima (1976, p. 70) encontrou uma explicação para este tipo de comportamento. Ele acha que o homem que inicia suas relações sexuais com prostituta e acha variações de comportamento clássico papai e mamãe são premíscuos e que para manter a autoridade patriarcal que a sociedade lhe confere, estabelece normas para si e para sua parceira nas relações conjugais.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme os dados encontrados em nossa pesquisa através dos cem (100) pacientes, constata-se que o machismo incide sobre o comportamento sexual de homens e mulheres. Sentindo-se ameaçados pelo fantasma da impotência, muitas vezes de fantasias castrativas, dúvidas, desinformações, os homens buscam auxílio especializado.

Alguns mais machistas ou com maiores dificuldades emocionais fogem de situações em que podem se comprometer ao se verem obrigados a manter relação sexual. Outros utilizam álcool como válvula de escape.

Alguns levam anos para buscar ajuda e só o fazem quando temem perder sua mulher, ou quando outra esteja se insinuando e que não querem desapontar.

Observa-se, na pesquisa, que a idade média equivale a 48 anos, variando dos 17 anos aos 73 anos. Destes, 83% tem parceira permanente, ganham em média três salários mínimos e possuem na maioria 2 filhos.

Para Kaplan (1977, p. 249), as dificuldades eréteis podem ocorrer em homens de todas as idades, nos rapazes que estão começando a explorar o mundo da sexualidade, nos homens que estão no auge do vigor sexual, e nos septuagenários, que segundo a autora, podem temer que a idade lhes tenha roubado para sempre a vitalidade.

Dos pesquisadores que disseram ser fácil obter ereção quando a mulher lhes tocava, encontramos 46% que dependeria da parceira e 39% se esta participasse da relação. Podendo-se supor que no total 85% espera da mulher o estímulo para a ereção.

Dos pesquisados, 61%, possuem ereção quando acordam; 30% obtêm ereção durante o dia. Esses dados são importantes uma vez que mostram o quanto o homem dificulta sua ereção com seus pensamentos obsessivos e inseguranças. À noite não foi investigado porque é um dado muito subjetivo.

Acredita-se que para fazer uma investigação desta natureza seria necessário submeter estes pacientes ao Ambulatório do Sono. Três pacientes contaram que eram vigias noturnos o que dificultaria uma investigação também desta hora, pois dormem pouco pela manhã. (Tabela 12 e 13).

Quanto as práticas realizadas no coito, 97% apreciam beijos e carícias, 89% gostam de estimulação manual de órgãos sexuais (pênis e clitóris), 93% preferem a posição superior do homem sobre a mulher. (Tabela 24). Isso nos mostra quão pobres são estas relações sexuais. Sabe-se que a criatividade e fantasia são essenciais para uma boa relação sexual.

Concordamos com Délcio Monteiro de Lima (1976, p. 27), quando coloca que a falta de educação sexual básica, a ignorância e credíncias levam os jovens a fracassarem em suas tentativas sexuais. Coloca, ainda, que o conhecimento a respeito da genitália, técnicas que facilitem a excitação sexual e simples informações a respeito de tabus, ajudam no bom desempenho sexual.

Ainda a respeito de pouca informação, em nossa prática diária percebemos que muitos pacientes após os 40 anos desconhecem as modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento orgânico.

Lima (1976, p. 33) explica que a capacidade sexual não tem idade, o que acontece são variações na intensidade e na qualidade das respostas. O homem tem condições de usufruir de uma vida sexual até a morte. O importante é aceitar as modificações fisiológicas do envelhecimento orgânico e procurar tirar o melhor de cada encontro sexual.

Dos que gostam de masturbar-se ao mesmo tempo durante a relação, encontram-se 53% dos entrevistados, enquanto que 69% preferem a posição em que a mulher fica por cima e 53% gostam de fazer sexo de pé. Desses, 54% alegaram que a relação está tediosa e 61 % sentem-se contrangidos por não se sentirem bons amantes.

Muitas vezes é a partir deste tipo de sentimento, pelo medo do desempenho, medo de fracassar que se desenvolve um círculo vicioso onde o medo leva ao fracasso, a falta de confiança leva ao fracasso novamente e o homem começa a evitar envolver-se com mulheres, passando mesmo a fugir de qualquer situação mais íntima. A auto estima e a falta de segurança predominam a partir desta situação.

Alguns pacientes relatam que mulheres com roupas eróticas lhes deixam excitados, ter relações em lugares proibidos, arriscados, perigosos onde pudessem ser pegos em flagrante também era excitante. Mas estes tipos de fantasias são bastante raras nesta população. Em geral estes pacientes tem alguma dificuldade muito grande de serem criativos. E predominante o pensamento concreto e a incapacidade de abstrair.

Outros já disseram que preferiam ter relações em motel, de tarde ou de noite, ou pela manhã cedo, em outro local que não habitual, em lugares tranqüilos, escutando música, no quarto e bem escondidinho. Alguns relatam que iniciaram a dificuldade de potência alguns meses após pararem de beber.

Existe a idéia de que não têm mais ereção porque pararam de beber, e que talvez a solução seja voltar a beber. Não se dão conta do motivo que lhes fez começar a beber um dia e suas conseqüências. Quanto mais questionados sobre o assunto, acabam concordando que os problemas que tinham antes voltaram novamente ao pararem de beber.

Falando a respeito de alterações na fase do desejo, 47% alegam que houve uma diminuição em seu desejo, 5% perderam seu desejo, enquanto que 66% alegaram terem havido mudanças com relação ao desejo sexual. (tabela 33)

Segundo os pacientes, em relação aos fenômenos psicológicos relacionados com a impotência, (tabela 36) 49% sentem-se deprimidos, ou porque já eram antes da dificuldade erétil ou em função da dificuldade, 31% apáticos, 53% irritados, 55% ansiosos e 45% em fadiga, cansados não conseguem fazer nada. Um paciente contou que trabalha tanto que quando chega em casa está muito cansado. Outros, que esta situação esta lhes deixando irritados, ansiosos e deprimidos.

Kaplan (1977, p. 251) diz *“que em quase todas as culturas a grupos sócio-econômicos grande parte da auto-estima masculina apóia-se na ereção”*. Como decorrência disto, a depressão secundária é uma conseqüência comum da impotência.

É importante analisarmos sempre causas e conseqüências quando se fala em depressão e discórdias conjugais, para avaliar o desenvolvimento da origem da depressão X impotência, discórdias sexuais X impotência e viceversa.

Entre outros fatores relacionados (tabela 37), 9% alegam ter medo da velhice, medo que tenham que preocupar-se com eles, 49% têm problemas de saúde, 26% possuem problemas com seu trabalho, ocupação ou

aposentadoria, 36% problemas financeiros, 23% problemas familiares, preocupação com os filhos e 36% problemas relacionados com as parceiras, seja pela dificuldade de relacionamento ou com problemas relacionados com a menopausa.

Muitos falam que as esposas são doentes e, portanto, não têm condições de ter relações com elas, ficando então sem ter relações ou porque tem dificuldades em função da educação, ou por medo de pegar AIDS e outras doenças sexualmente contagiosas.

Alguns pacientes tentam ter relações com outras mulheres por medo de fracassar acabam falhando. Pacientes relatam sentirem-se culpados por procurarem outras mulheres. Esta é uma situação que por si só pode provocar impotência, mesmo que manifestem interesse por elas.

Nas manifestações psicosssexuais apresentadas por nossa amostra (tabela 38) 26% sentiram uma mudança repentina no comportamento sexual; 73% alegam que a mudança foi gradual; 29% falaram que não tinham interesse pela parceira; para 10% o desinteresse era geral; 86% tinham interesse por outras parceiras; 19% tem interesse por parceiras mais jovens e somente 1% disse ter interesse por parceiros do mesmo sexo.

Talvez esse número aumentasse, se o questionário não fosse feito em forma de entrevista, pois na prática diária percebe-se que sobre um assunto como este, o paciente, muitas vezes, só vai falar quando adquire confiança no terapeuta. Somente um paciente falou abertamente sobre sua homossexualidade. Ele era tanto ativo como passivo e estava encontrando dificuldades com o seu atual parceiro.

Nenhum paciente declarou ter interesse por parceiro do sexo masculino mais jovem e tão pouco que apresentava algum desvio de sua sexualidade. Acho que aqui também cabe a colocação feita acima quanto a confiança no terapeuta.

CONCLUSÃO

A importância de abrir ao máximo um espaço para o paciente clarear a queixa de impotência trazida à consulta é um dos fatores mais importantes nesta pesquisa. Muitas vezes somente com uma ou duas consultas já se resolve a disfunção oriunda de fantasias e desinformações a respeito de seu funcionamento sexual. O conhecimento de sua genitália, de técnicas para facilitar a excitação sexual e informações a respeito de tabus são responsáveis pela melhora da potência em grande parte dos casos.

Encontramos em nossa amostra o que outras pesquisas já constataram: 86% de queixas de disfunção erétil secundária, 3% primária, 9% ocasional (de vez em quando) e 2% específica (em determinada situação),

levando-nos a concluir que em todas as camadas sociais os problemas sexuais são os mesmos e nas mesmas proporções.

A masturbação também é outro tema que não diferencia nas classes sociais, iniciando-se aos 12 anos para a maior parte de nossa amostra a aos 16 anos para o início das relações sexuais.

A homossexualidade pouco encontrada, ou pelo menos declarada por somente 1 % de nossa amostra, é um tema interessante, uma vez que vivemos ainda hoje em uma cultura extremamente machista onde o homem deve corresponder a um “ideal de gaúcho”.

Apesar das perguntas variadas, percebemos falhas, tais como aprofundas mais o entendimento dos relacionamentos sexuais anteriores, podendo isto, no entanto, ser assunto de nova pesquisa, ou de aprofundamento desta.

Pensamos que a entrevista com a companheira seria de fundamental importância bem como a participação desta no tratamento, a fim de clarear as dificuldades a respeito da sexualidade humana a mais especificamente da disfunção erétil.

O que se percebeu é que o sexo ainda é visto como tabu. E é de fundamental importância desmitificá-lo. Quem sabe isso poderia ser feito através de informações nas escolas, em reuniões de bairros e outros locais em que as pessoas de classe baixa pudessem ter acesso.

Percebe-se que o bloqueio sexual pode ser o responsável por um grande número de frustrações, levando as pessoas ao desequilíbrio em suas vidas e comprometendo com isto suas saúde mental. como especialista em saúde mental coletiva, tenho a obrigação de atentar para este tema tão importante e divulgá-lo ao máximo para que tomemos providências o quanto antes tanto a nível primário, secundário como terciário.

A função do terapeuta é verificar se ele tem as ferramentas apropriadas para esse tipo de auxílio e se o processo todo lhe parece ético. No entanto, embora venha crescendo o número de pessoas a casais que buscam dar maior colorido à vida sexual, é ainda a ausência das reações sexuais “exigíveis”, como ereção ou dilatação e lubrificação vaginal, o que produz maiores abalos pessoais.

Os frutos que um casal pode colher da atividade sexual mal-feita ou bem-feita podem ter sabores mais sutis do que o doce do orgasmo. As lutas internas de poder, as culpas pela frustração própria ou do outro, além de toda uma história de vida anterior à relação atual, podem pesar tanto ou mais do que as sensações imediatas. Neste contexto, sexo funciona muitas vezes como sinal de alarme de que algo não vai bem, mesmo quando as aparências superficiais são de absoluta calma e compreensão.

Esse papel de denúncia de uma falsa paz cabe ao sexo, justamente porque ele se fundamenta em reações automáticas, que não podem ser fraudadas com facilidade, nem mesmo pela conveniência de manter uma relação calma. Por outro lado, sexo também é uma arma ponderável, e as

dificuldades sexuais podem ser usadas como formas de acusação, de vitimização ou até mesmo para compensar relações de dominação-submissão em outras áreas da vida em COMUM.

Nesta pesquisa não se levou em conta o estudo sistemático das relações do casal, pois o próprio conceito do que seja um casal pode se tornar bastante crítico e por certo falta muito ainda para que possa dizer que a dinâmica dessa relação especial entre duas pessoas é um fato cientificamente estudado.

Para o propósito da pesquisa sobre a disfunção erétil do homem de classe baixa, e sua compreensão creio que foram dados passos importantes, pois a pesquisa revela que não ocorrem diferenças significativas com outras já realizadas em camadas sociais mais elevadas. Dizemos então que a queixa de disfunção erétil ocorre em todas as camadas sociais e que os problemas apresentados são os mesmos, ou seja, não diferem significativamente.

Podemos ainda supor que o fator idade possa estar relacionado com a disfunção, pelo fato dos pacientes estarem na sua maioria na faixa da meia idade. “Pois nesta meia-idade, os homens “descobrem”, subitamente, que o mito da masculinidade é potência, e potência é poder. E estes se mantêm muitas vezes graças a máscara que oculta sentimentos, tensões e apreensões existentes.

Percebe-se que é muito importante esmiuçar ao máximo as queixas trazidas pelo paciente para compreender o que ele está tentando dizer. Muitas vexes é ignorância ao próprio aparelho sexual e seu funcionamento, fantasias e idealizações que o levam a pensar que ele é diferente ao comparar-se com outros homens, pelo que vê em filmes pornográficos, ou lê em revistinha eróticas ou mesmo escutando outros homens contarem vantagem.

O conceito de disfunção assemelha-se a uma espécie de “insatisfação de desempenho”, referindo-se aos casos em que o encontro sexual termina com algum nível de frustração.

Nas relações de longa duração, onde a falta de tempo, as desavenças, as muitas rotinas a mesmo a delimitação de espaço físico tornaram a prática sexual empobrecida, não se classificariam de disfunção. Todas as fases acontecem, talvez sem brilho, mas acontecem.

É preciso que os dois parceiros reconheçam o tédio que se insinua; seria bom de se ouvir os pensamentos mais profundos que ambos esconderam durante muito tempo, e que agora teriam um papel restaurador. A experiência também tem sua importância. E talvez só com a idade, quando a personalidade alcança seus últimos estágios de desenvolvimento, o sexo tem a possibilidade de se tornar maior do que em qualquer outra época da vida. Pode ser alegre e criativo, saudável e criador de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEE, Helen: A Criança em Desenvolvimento. 3° ed., Sao Paulo, 1984.
2. COLOMBINO, Andres Flore. Patologia y Clínica de la Impotência Sexual. Buenos Aires: Hormé (Paidós), 1978,
3. FUCS, Gilda Bacal. Manual Feminino: Masculino de Investigação Sexual. São Paulo: Nobel, 1985.
4. FOGEL, Lane et elli: Psicologia Masculina: Novas Perspectivas Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
5. GILLAN, Richard: A Terapia Sexual. 7° ed., Lisboa, 1988.
6. KAPLAN, Helen Singer: A Nova Terapia do Sexo, 5° ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
7. _____: O Desejo Sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
8. KUSNERTZOFF, Juan Carlos: O Homem Sexualmente Feliz. 2° ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
9. LIMA, Délcio Monteiro de.: Comportamento Sexual do Brasileiro. Rio de Janeiro, 1976.
10. _____: Manual de Medicina Sexual. São Paulo: Manole, 1982.
11. MASTERS, Willian H. & Johnsn, Virginia E.: A Resposta Sexual Humana. São Paulo, 1984.
12. _____: A Inadequação Sexual Humana. São Paulo: Roca, 1985.
13. _____: O Relacionamento Amoroso: Segredos de Amor e da Intimidade Sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
14. MITCHELL, Sandra K. & Bee, Helen: A Pessoa em Desenvolvimento. Rio de Janeiro, 1984.
15. MUNJACK, Dennis: Sexologia, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
16. HUSSEN, Conger e Kagan: Desenvolvimento e Personalidade da Criança. São Paulo: Harba. 4° ed., 1977.
17. SAPETTI, Adrian e Kaplan: Mário y La Sexualidad Masculina. Buenos Aires: Galerna, 1986.
18. SILVA, Chalar Araguari: Terapia do Sexo e Dinâmica do Casal. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 1989.
19. SUPPLY, Marta: Conversando Sobre o Sexo. Rio de Janeiro: Petrópolis. Vozes 15° ed., 1987.
20. WINCZE, John P. and Corey, Micchel P.: Sexual Disfunction: A guide for assessment and treatment. New York, Guil-For Press, 1991.

Número de Pessoas Entrevistadas: 100

1 - Idade

Mínima:	17
Média:	48
Máxima:	73

2 - Cor

Outras:	6
Negra:	13
Branca:	81

3 - Religião

Assembléia de Deus:	1%
Protestante:	1%
Episcopal:	1%
Mormon:	1%
Luterana:	2%
Judaica:	2%
Ateus:	3%
Umbanda:	4%
Espírita:	5%
Evangélica:	9%
Católica:	69%

4 - Estado civil

Viúvo:	2%
Separado:	3%
Desquitado:	7%
Solteiro:	15%
Casado:	73%

5 - Renda individual

Mínima:	1 salário mínimo
Médio:	2 salários mínimos
Máxima:	3 salários mínimos

6 - Renda do casal

Mínima:	1 salário mínimo
Média:	2 salários mínimos
Máxima:	3 salários mínimos

7 - Parceira permanente

Não:	17%
Sim:	83%

8 - Número de filhos

Mínima:	0
Média:	2
Máxima:	9

9 - Disfunção erétil

Específica:	2%
Primária:	3%
Ocasional:	9%
Secundária:	86%

10 - Perda de interesse sexual

Sim:	37%
Não:	61%

11 - Utiliza masturbação

Sim:	35%
Não:	65%

12 - Ereção matinal

Sim:	61%
Não:	39%

13 - Ereção diurna

Sim:	30%
Não:	70%

14 - Parceira coopera, é amorosa

Branços:	14%
Sim:	45%
Não:	41%

15 - Parceira gosta de sexo, sente prazer

Branços	14%
Sim	46%
Não	40%

16 - Início da atividade sexual

Mínima	7%
Média	16%
Máxima	52%

17 - Com quem teve início a atividade sexual

Êguas e bichos	1%
Prima	1%
Menino	2%
Esposa	3%
Empregada	6%
Vizinha	65%
Conhecida	8%
Namorada	8%
Amiga	18%
Prostituta	47%

18 - Início da atividade sexual teve sucesso					
Sim	94%			Preferência por determinados horários	24%
Não	6%			Falta de tempo para relaxar e desfrutar do sexo	25%
19 - Primeira masturbação				Discordância sobre a quem cabe a iniciativa	28%
Mínima	8%			Coito anal	29%
Média	12%			Desprazer com a natureza do sexo	29%
Máxima	17%			Discordância sobre freqüentes recusas às investidas do parceiro	33%
20 - Experiências heterossexuais				Estimulação oral	34%
Sim	99%			Discordância sobre qual o momento da relação	35%
Não	1%			Preferência por determinadas posições	39%
21 - Experiências homossexuais				Discordância sobre a freqüência da relação	41%
Sim	24%			Posição sentada	41%
Não	76%			Preferência por determinados locais	41%
22 - Desejo de copular				Falta de conhecimento ou habilidade sexual	45%
Variável	2%			Falta de conhecimento da técnica/ habilidade para excitar-se mutuamente	49%
Quinzenal	3%			Masturbação simultânea	53%
Semanal	4%			Posição de pé	53%
Dias alternados	7%			Tédio em relação ao sexo	54%
Raro	7%			Constrangimento por não se sentir bom amante	61%
Várias vezes ao dia	5%			Mulher em posição superior	69%
2 vezes por semana	14%			Estimulação manual - pênis e clitóris	89%
3 vezes por semana	19%			Preferência por uma relação hetero	94%
Todos os dias	39%			Homem em posição superior	93%
23 - Freqüência de coito				Beijos e carícias	97%
Várias vezes por semana	0%				
Dias alternados	1%			25 - Obtenção das ereções	
Todos os dias	5%			Apenas ereção matinal	08
3 vezes por semana	6%			Não consegue com determinado parceiro	08
Variável	7%			Fácil a estimulação olfativa	13
2 vezes por semana	14%			Difficil com determinada parceira	11
24 - Práticas do coito				Fácil a estimulação auditiva	19
Falta de privacidade doméstica para atividade sexual	00%			Difficil específico a uma parceira	20
Utilização de objetos	02%			Fácil mediante fantasias eróticas específicas	25
Preferência por relações homossexuais	03%			Nunca consegue com parceira	25
Uso de lubrificantes superficiais	10%			Fácil à estimulação visual	28
Preferência por determinadas situações	14%			Jamais consegue	30
Discordância sobre os tipos de atividades sexuais	15%			Não consegue com parceira específica	32
Preferência por determinadas ocasiões	15%			Difficil com qualquer parceira	36
Violência antes, durante e/ou após o coito	16%			Fácil a depender da parceira	39
Posição de lado	20%			Fácil a estimulação tátil	46
Fantasias eróticas específicas	21%				
Constrangimento por sentir que seu corpo não é sensual	22%				

26 - Manutenção da ereção

A = Fácil B = Difícil C = Não Consegue

	A	B	C
Com determinada parceira	01	09	06
Com determinadas parceiras	01	05	01
Com masturbação e penetração	03	10	15
Com todas as parceiras	06	16	26
Com masturbação	08	24	13
Com penetração	14	28	44
Na relação atual	14	28	52
Em relações anteriores	83	12	04

27 - Intensidade da relação

A = Fácil B = Difícil C = Não Consegue

	A	B	C
Com determinadas parceiras	01	01	07
Com determinada parceira	04	06	06
Com masturbação e penetração	07	12	06
Com todas as parceiras	15	19	18
Com masturbação	16	46	26
Com penetração na relação atual	17	50	24
Em relações anteriores	86	05	07

28 - Obtenção do orgasmo

A = Fácil B = Difícil C = Não Consegue

	A	B	C
Com determinadas parceiras	04	02	01
Com determinada parceira	09	06	01
Com penetração	24	05	02
Com todas as parceiras	31	12	02
Com masturbação	37	07	00
Com masturbação e penetração	37	20	07
Com penetração	61	20	07
Na relação atual	61	21	10
Em relação anteriores	93	06	01

29 - Tempo de obtenção de orgasmo

L = Longo S = Suficiente I = Insuficiente

P = Pouco Tempo

	L	S	I	P
Com determinada parceira	00	02	03	06
Com masturbação e penetração	01	12	07	11
Com masturbação	03	20	13	11
Com determinada parceira	03	07	02	04
Com todas as parceiras	06	13	11	16
Em relações anteriores	09	55	17	19
Com penetração	11	24	27	28
Na relação atual	11	25	29	26

30 - Duração do orgasmo

R = Rápido M = Médio D = Demorado

V = Variável

	R	M	D	V
Com determinadas parceiras	06	02	00	03
Com determinada parceira	09	05	01	01
Com masturbação e penetração	12	12	02	04
Com todas as parceiras	23	17	07	04
Com masturbação	23	39	03	04
Em relações anteriores	37	28	21	04
Na relação atual	45	28	10	04
Com penetração	48	27	09	06

31 - Intensidade do orgasmo

	A	B	C
Com determinadas parceiras	02	03	03
Com determinada parceira	05	05	05
Com masturbação e penetração	15	07	08
Com todas as parceiras	23	09	13
Com masturbação	24	08	14
Com penetração	41	22	27
Na relação atual	41	22	24
Em relações anteriores	82	06	10

32 - Quantidade do orgasmo

U = Único MU = Mais de um M = Múltiplos

P = Prolongado NT = Não tem

	U	MU	M	P	NT
Com determinadas parceiras	03	05	00	03	00
Com determinada parceira	08	06	00	02	00
Com masturbação e penetração	24	04	00	02	02
Em relações anteriores	30	66	04	00	00
Com todas as parceiras	32	11	00	02	01
Com masturbação	38	08	01	01	01
Na relação atual	67	13	00	01	10
Com penetração	72	14	00	00	01

33 - Alterações na fase do desejo

	Sim	Não
Perda	05	92
Inalteração	33	66
Diminuição	47	51
Aumento	82	17

34 - Alterações na fase da excitação

	Sim	Não
Perda da ereção peniana completa	09	90
Retardamento da ereção peniana completa	09	90
Aumento da período refratário	32	67
Retardamento da ereção peniana	44	55
Incapacidade de manutenção da ereção	85	15

35 - Alterações na fase orgásmica				38 - Manifestações psicosexuais			
	Sim	Não			Sim	Não	
Retardamento do controle ejaculatório	19	82		Interesse por parceiros mais jovens	00	98	
Diminuição do controle ejaculatório	33	65		Interesse por parceiro do mesmo sexo	01	98	
Diminuição da quantidade do ejaculado	36	62		Desinteresse geral	12	87	
Perda de controle ejaculatório	40	60		Interesse por parceiras mais jovens	19	81	
Que forcem a expulsão de líquido seminal	44	53		Desinteresse pela parceira	28	63	
Diminuição da frequência da contração do mercado	47	50		Mudança repentina no comportamento sexual	26	74	
Diminuição da intensidade das construções	45	52		Mudança gradual no comportamento sexual	72	27	
36 - Fenômenos psicológicos relacionados				Interesse por outras parceiras	84	12	
	Sim	Não		39 - Manifestações hipotálâmicas e/ou cardiovasculares "neurovegetativas"			
Apatia	32	67			Sim	Não	
Excitabilidade	45	52		Sudorese noturna	19	80	
Fadiga	46	53		Espasmos musculares	22	76	
Depressão	48	51		Sudorese acentuada	21	77	
Irritabilidade	55	44		Palpitações	24	75	
Ansiedade	54	45		40 - Manifestações metabólicas			
37 - Fatores relacionados					Sim	Não	
	Sim	Não		Aumento da taxa de LDL			
Medo da velhice	10	88		Aumento das taxas de colesterol	04	64	
Problemas familiares	23	75		Aumento da taxa de FSH	06	60	
Problemas com ocupação (aposentadoria)	25	74		Aumento das taxas de triglicéridos	14	55	
Problemas financeiros	36	63		Diminuição das taxas de testosterona	15	50	
Problemas relacionados a parceira	36	53		41 - Uso de medicações			
Problemas com saúde	47	51			Sim	Não	
				Androgêneos	4	55	
				Outros	31	62	

Resumo Comentado

Behavior patterns that comprise sexual addiction as identified by mental health professionals

por Julis P. Lundy

In *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1 (1): 46-56.

resumo e comentários por Oswaldo M. Rodrigues Jr.

O autor apresenta pequeno histórico da adição sexual, síndrome criada na década de 70 a partir de membros dos Alcoólicos Anônimos de Boston, pessoas que tinham comportamentos sexuais semelhantes aos dos dependentes de álcool e drogas. Termos diferentes foram usados desde o final da década de 60 para significar esta síndrome: hiperssexualidade, satiríase, ninfomania, desvio sexual e Donjuanismo; os padrões de comportamento foram identificados: obsessão, compulsão, distorção da realidade, ficar fora de controle, depressão, vergonha e medo.

O autor propõe o método “delphi” para possibilitar consenso grupal de opinião, onde apenas o pesquisador conhece os participantes, eliminando influência por indivíduos dominantes. Assim 130 profissionais de saúde

mental participam do primeiro turno da pesquisa, 101 do segundo e 93 do terceiro turno. O consenso de opinião foi obtido sobre os participantes e uma lista de 100 afirmações sobre as adição sexual que permitiu o pesquisador identificar 13 comportamentos considerados típicos de adição sexual:

- 1 - negação e dissociação;
- 2 - comportamentos de esquiva (devidos a vergonha, desespero ou medo);
- 3 - onipotência ilusória;
- 4 - narcisismo e decepção;
- 5 - obsessão sexual e comportamento compulsivo (perda de controle);
- 6 - comportamento arriscado;
- 7 - fantasia excessiva;
- 8 - levar perigo à família e à profissão;
- 9 - tolerar relacionamentos abusivos;
- 10 - levar vida dupla;
- 11 - comportamentos desesperados e irresponsáveis;
- 12 - falta de limites apropriados;
- 13 - diminuição da vida espiritual ou religiosa.

Assumir que esses comportamentos são os mesmos de outros comportamentos problemáticos de outros clientes/pacientes não aditos conduz à falha terapêutica segundo o autor.

O estudo colecionou opinião de profissionais de saúde para identificar padrões de comportamento que compreendem a adição sexual. O autor aponta a necessidade de investigação de modalidades efetivas de tratamento para a adição sexual.

A busca de caracterização de síndromes para melhor adequação terapêutica permite uma melhor comunicação entre profissionais. A terminologia comum entre os profissionais de saúde mental é uma necessidade, e o encontrar consenso entre as características de cada síndrome/problemas sexuais deveria ser um objetivo entre os profissionais brasileiros para que se facilitasse, não só a comunicação, mas a compreensão dos problemas e a solução destes para o bem estar de nossos clientes e pacientes.