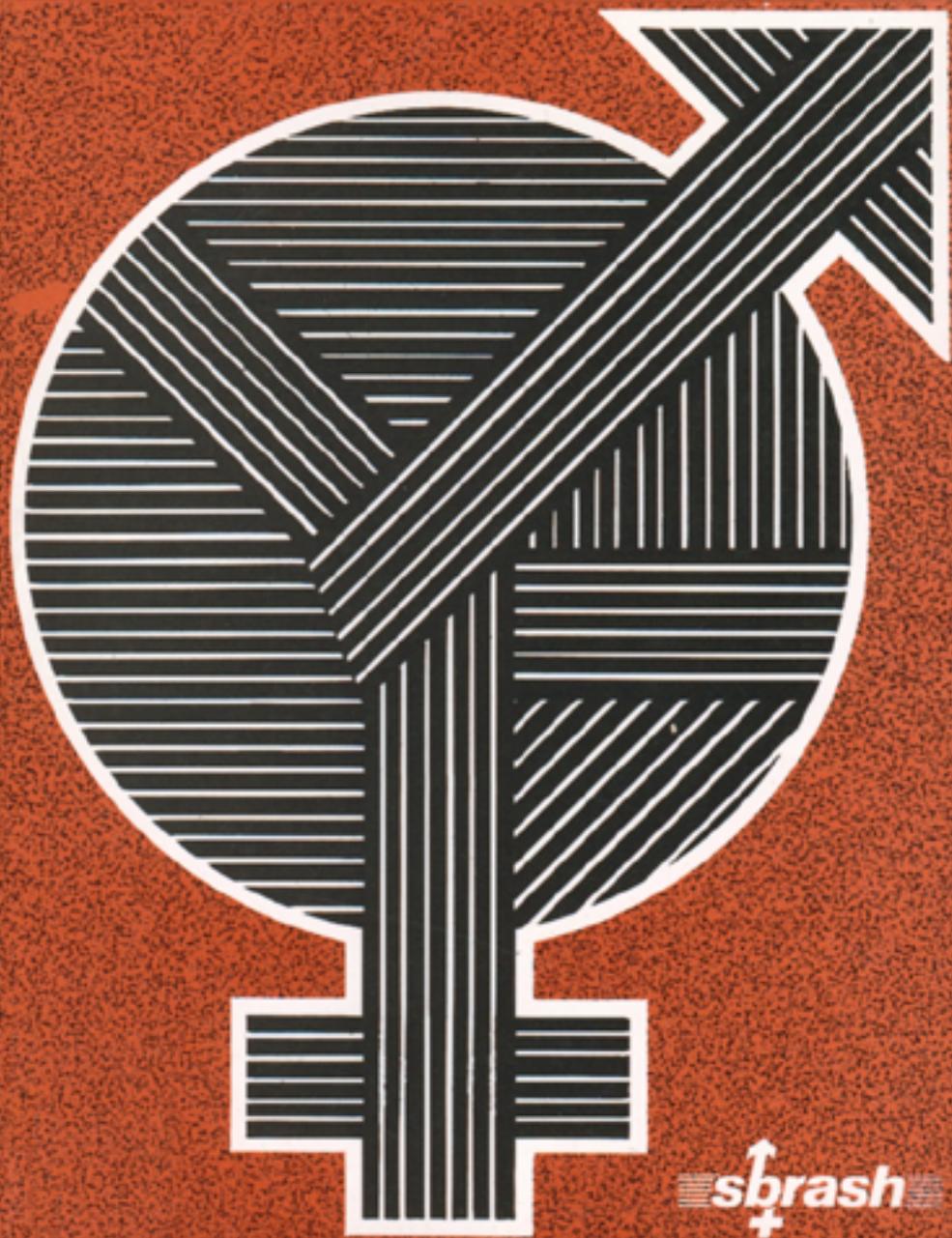


REVISTA BRASILEIRA DE

SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME 10 - Nº 2 - 1999

ISSN 0103-6122 - CODEN RBSHE5



The logo for 'sbrash' features the word 'sbrash' in a lowercase, sans-serif font. Above the letter 'r' is a stylized female symbol (a circle with a vertical line and a horizontal crossbar). The logo is flanked by horizontal lines on both sides.

Revista
Brasileira
de
Sexualidade
Humana

Volume 10 - Número 2 - Julho a Dezembro de 1999
Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH

Sumário

Editorial	151
------------------------	-----

Trabalhos de Atualização e Opinativos

1. Sangue e sexo	155
2. O prazer sexual da mulher: processo ainda em evolução	165
3. O sexo e a morte asseguram a evolução das espécies	186
4. A educação moral	191

Trabalhos de Pesquisa

1. Ejaculação precoce: sintoma ou mito?	207
2. Comportamento sexual: estudo fenomenológico com pessoas portadoras do HIV	217
3. Sexualidade, psiquismo e a educação sexual entre pai e filhos adolescentes	237

Estudo de Caso

1. Uma ótica das disfunções da excitação sexual: um estudo de caso de disfunção erétil.....	253
---	-----

Resumo Comentado

1. Disfunção sexual e seu tratamento em pacientes com Diabetes Mellitus.....	275
--	-----

Editorial

A ética e o juízo profissional

Há algumas décadas vimos lutando para que os diversos segmentos da sociedade reconheçam a necessidade em se tratar a sexualidade humana com clareza, objetividade e com a delicadeza que ela requer (assim como qualquer contexto afetivo-sexual o merece). Temos visto crescer as publicações em temas afeitos à sexualidade, pesquisas científicas que envolvem reprodução humana, cursos de formação profissional, serviços de atendimento por telefone e Internet, consultoria em jornais e revistas, programas de rádio e televisão. Certamente a SBRASH, tem conquistado seus objetivos previstos em estatuto, que intentam em primeiro plano estimular o estudo da sexualidade humana promovendo o intercâmbio científico entre os profissionais, através de cursos, seminários, eventos e outras atividades, bem como publicar e apoiar outras publicações e materiais de boa qualidade que tenham propostas educativas, de orientação e informação. É com satisfação que temos compartilhado com muitos de nossos associados a conquista de seu empenho profissional, seja este uma obra, um artigo para jornal, ou ainda um caso atendido em consultório.

Se a conscientização de uma necessidade (que Vitiello tão bem nomeou de “A educação sexual necessária”) e a estimulação da formação dos profissionais que buscam qualificação nesta área, tem sido nossa constante preocupação, parece-nos que no início deste novo milênio a discussão também apontará para a questão ética do profissional em sexologia. A começar pelo termo “sexólogo”, amplo o suficiente para apropriações indevidas (inclusive matéria do editorial de nosso Boletim Informativo Ano XI - nº 04 - 1999), a qualificação profissional e mais precisamente, as vertentes que compõem a atuação destes profissionais tem sido tema de discussão em correspondência direta ao desenvolvimento dos conceitos que envolvem a noção de cidadania.

Temos observado que outras entidades, muitas delas parceiras da SBRASH, tem também traçado alguns perfis interessantes. O Conselho Federal de Psicologia, por exemplo, publicou uma resolução em 23 de março deste ano que estabelece “...normas para que os psicólogos contribuam para acabar com as discriminações em relação à orientação sexual” (resolução do CFP nº- 1/99). Também a WAS - World Association for Sexology, divulgou em agosto deste ano a “Declaração dos Direitos Sexuais” que desde 1997 vem sendo elaborada por seus associados.

Outras temáticas tem sido levadas a público demonstrando a preocupação com a necessidade do tracejado ético que envolve a vida do ser humano, levando em consideração a sua individualidade, sua interação com o meio e sua constante evolução. Abordam desde questões que envolvem a biogenética como a escolha dos gametas para a reprodução ou cirurgias para mudança de sexo, a possibilidade legal de aborto eugênico ou ainda a liberdade do uso do computador “plugado” na Internet para troca de imagens eróticas de qualquer ordem.

A palavra ética assim está descrita no mais que conhecido dicionário Aurélio da língua portuguesa: “Estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal”. Embora esta descrição contenha até um certo viés maniqueísta (do bem e do mal) e possa ser objeto de outra reflexão e escrito, o que nos chama a atenção é a palavra *conduta*. Conduta como procedimento ou comportamento remete a ação de executar, mas também faz alusão a conduzir, direcionar. Nesse sentido acredito que temos nos empenhado em conduzir com esmero, os estudos da sexualidade humana para o âmbito social, educacional e político de nosso país. Há que se reforçar, no entanto, que nem sempre e infelizmente as discussões que envolvem o poder público buscam, nos profissionais da área da sexualidade, informação a apoio.

Em nossos “estudos de juízo” temos tentado avaliar as qualificações profissionais, formular um código de ética, publicar manuais de referência, auxiliar em uma especialização profissional de boa qualidade. Entretanto só isso não basta. Cada profissional deve ostentar também certo juízo para refletir sobre sua conduta ética. Assim poderá auxiliar na construção do processo ético de nossa sociedade, que esperamos esteja por ajuizar-se nos próximos anos.

Ana Cristina Canosa Gonçalves
Editora assistente

Trabalhos
de
Atualização
e
Opinativos

Esta conotação de vida e morte, de sagrado, mágico e misterioso deu ao sangue um poderoso significado que atravessa o tempo.

A mulher, com seu sangramento mensal, assumiu, através da história, papéis os mais diversos: vidente, conselheira, bruxa, feiticeira e, atualmente, é considerada, senão uma coitada, pelo menos alguém que sofre de um incômodo.

Menstruar pode produzir na mulher sentimentos bastante contraditórios. Ao mesmo tempo em que se sente satisfeita pelo fato de ‘tornar-se mulher’, sabe que o preço deste status pode ser alto. Possivelmente, enxaquecas, irritações nervosas e cólicas estão à espreita. Com relação ao humor feminino, é freqüente o comentário popular: ‘está assim nervosa porque vai ficar menstruada’. Ou, se é mais idosa, é por causa da menopausa. Esta visão da menstruação como algo desagradável e limitante impede que as mulheres vivam plenamente sua sexualidade e sua feminilidade.

Como a primeira menstruação tem ocorrido cada vez mais cedo, é significativo o número de mães que procuram os consultórios médicos queixando-se da menarca de suas filhas, lastimando que estas, tão precocemente, já tenham que assumir este incômodo.

Hoje o significado original de poder mágico e misterioso do sangue menstrual modificou-se. Entretanto, prevalece, ainda, a idéia de que a menstruação é impura, atrapalha e deve ser mantida em sigilo.

Neste sentido um antigo poeta inglês escreveu: “*ó mulher, teus mênstruos são uma praga de que seria preciso proteger a natureza*” (Apud BEAUVOIR, s/d:189). Jorge Amado, na capa do livro de autoria do médico Elsimar Coutinho (1996) “*Menstruação, a sangria inútil*”, assim se expressa: “*Mais do que um incômodo, a menstruação é um castigo*”.

1. A MENSTRUÇÃO ATRAVÉS DA HISTÓRIA

Na pré-história o sangue menstrual aparece como algo mágico e místico. As mulheres, e somente elas, em determinado período de suas vidas, eram possuidoras de algo que fluía espontaneamente durante alguns dias e, inexplicavelmente, não as deixava fracas, não era doloroso e muito menos mortal.

Menstruação era um fenômeno incompreensível e inexplicável, que gerava temor e, portanto, incorporou-se ao terreno da magia, da feitiçaria e da alquimia. Esta noção manteve-se até bem poucos séculos

atrás e, em alguns lugares do mundo, como no Tibete, mantém-se até os dias atuais.

Na antigüidade, judeus e pagãos acreditavam que o sangue menstrual era venenoso.

Plínio, “o velho” (79 DC), em seu tratado de *História Natural*, diz que a simples presença de uma mulher menstruada levaria o vinho novo a azedar, as sementes a se tornarem estéreis, os frutos a caírem das árvores e as plantas do jardim a murcharem. Segundo ele o fluido menstrual pode embotar uma lâmina de aço, matar um enxame de abelhas, enferrujar instantaneamente o ferro e o latão pelo odor ofensivo e, se, por acaso, os cães provassem do mesmo, enlouqueceriam e sua mordida seria venenosa e incurável.

No Egito, a mulher permanecia isolada durante o período menstrual. Muitas vezes ela era colocada no sótão de uma casa ou numa cabana fora da aldeia. Não se devia vê-la e nem tocá-la, nem ela própria devia tocar-se ou tocar os alimentos. Era proibida de comer. Em alguns casos, a mãe ou a irmã, por meio de um instrumento, alimentavam a menina menstruada. E todos os instrumentos, que porventura entrassem em contato com ela, deveriam ser queimados.

Na iniciação dos Chago, as mulheres são ensinadas a dissimularem cuidadosamente seu sangue menstrual, segundo Lévi-Strauss: “*não o mostres à tua mãe, ela morreria. Não o mostres às tuas companheiras, pode haver uma maldosa que se aposse do pano com que to enxugaste e teu casamento seria estéril. Não o mostres a uma mulher má que pegará o pano e colocará em cima de sua cabana... e não poderás mais ter filhos. Não jogues o pano no atalho nem no mato. Uma pessoa ruim pode fazer coisas feias com ele. Enterra-o no chão. Dissimula o sangue aos olhos de teu pai, de teus irmãos e de tuas irmãs. Deixá-lo ver é um pecado*” (Apud BEAUVOIR, s/d:191). Entre os Aleutas, o pai não pode ver a primeira menstruação da filha, pois esta pode ficar muda ou cega. Em Saigon, não se empregavam mulheres em fábricas de ópio, pois este tornava-se amargo em presença de trabalhadoras menstruadas. A população indígena Yurok, do norte da Califórnia, isolava as mulheres menstruadas por acreditar que elas estavam no auge de seus poderes.

Os aborígenes da Austrália acreditavam que uma mulher menstruada se tornava tão contagiosa que não podia aproximar-se de alguém ou de algum objeto útil. Ela ficava proibida de sentar sobre uma canoa ou cadeira durante o período menstrual. O coito também era proibido neste período. Uma vez ocorrida a contaminação, esta só poderia ser removida se a mulher fosse morta. Já os Walbiris, habitantes do deserto australiano central,

não têm qualquer restrição ao sangue menstrual e não existem crenças de que o contato com o mesmo traga algum perigo.

Os Mae Engas, do planalto central da Nova Guiné, temem o sangue menstrual. *“Acreditam que o contato com ele ou com uma mulher menstruada fará, na ausência de uma contra magia apropriada, adoecer um homem a causar vômitos persistentes, “destruirá “ seu sangue de modo que ele se tornará negro, corromperá seus fluidos vitais, de modo que sua pele escurece e se enruga, sua carne se estraga, suas faculdades mentais se embotam permanentemente e, eventualmente, conduz a um lento enfraquecimento e morte. “ (Meggitt, apud DOUGLAS, 1966: 180).*

Os Nyakyusas, que vivem ao norte do lago Niassa, bem como os Leles, da África, acham que o contato do sangue menstrual é perigoso para o homem, especialmente para um guerreiro que pode adoecer se a mulher menstruada cozinhar para ele.

Os anglo-saxões, no início deste século, não permitiam que as mulheres, durante o seu “curse” (maldição = menstruação), entrassem nas refinarias de açúcar, pois o mesmo pretejava. E, em 1778, o British Medical Journal publica: *“É indubitável que a carne se corrompe quando tocada pela mulher no período das regras “ (Apud BEAUVOIR, s/d: 190) baseado em dois casos de presuntos que se estragaram, quando em contato com mulheres menstruadas.*

Os primitivos costumes dos índios brasileiros e africanos mandavam que as moças prestes a menstruar fossem isoladas numa cabana especial. Depois de terminada a menstruação, seus corpos eram pintados e, com cantos e danças rituais, elas eram aceitas na comunidade feminina adulta.

Bronislaw Malinowski (1983) afirma que os nativos das ilhas Trobriand, em pleno Oceano Pacífico, não têm repulsa nem receio pelo sangue menstrual. No entanto, um homem não coabita com a mulher ou a amante durante suas regras, mas permanece na mesma cabana e faz as refeições com ela. Ele apenas se abstém de deitar a seu lado na mesma cama.

No penitencial do Arcebispo Theodore de Canterbury, aplicava-se penitência de três semanas de jejum a qualquer mulher secular ou religiosa que entrasse na Igreja ou comungasse menstruada. Durante a Idade Média, a santa comunhão foi quase sempre proibida às mulheres. E as que quisessem participar dos ofícios divinos eram expulsas de seu lugar na liturgia e no altar sagrado, devido à sua impureza.

No Antigo Testamento, no Levítico, Livro 3 do Pentateuco, Capítulo 15, Versículos 19 a 24, ao se referir às impurezas sexuais, o Senhor disse a Moisés a Aarão: *“quando uma mulher tiver sua menstruação, ficará impura durante sete dias. Quem a tocar ficará*

impuro até à tarde. O lugar em que ela deitar ou sentar, enquanto está impura, ficará impuro. Quem tocar o leito dela deverá lavar as próprias roupas e tomar banho; ficará impuro até à tarde. (...) Se um homem tiver relações com a mulher menstruada, a impureza dela a atingirá, e ele ficará impuro durante sete dias. A cama em que ele se deitar ficará impura”.

Entre os judeus ortodoxos, é costume que um homem não durma, pratique sexo ou toque em sua mulher enquanto ela estiver menstruada ou durante os sete dias de limpeza ou dias “brancos”, que se seguem ao último dia do período menstrual. Após o último dia “branco” ela toma o banho de purificação ritual, o MIKWAH, e pode, então, retomar suas relações com o marido.

Os homens fiéis do Islã e instruídos pelo Alcorão devem manter-se longe das mulheres menstruadas e o coito só pode ser reiniciado depois que a mulher tomou seu banho ritual de purificação.

As antigas concepções sobre a menstruação e a mulher menstruada, embora com algumas alterações, sobreviveram à passagem dos séculos.

2. MENSTRUÇÃO: Mitos e tabus

O novo dicionário da Língua Portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, define menstruação como “*o tempo de duração do fluxo menstrual*”. Ainda no mesmo dicionário “*mênstruo*” significa fluxo sanguíneo, em regra mensal através das vias genitais da mulher.

O mênstruo tem como sinônimos: catamenio, menorreia, regras e na linguagem popular recebe as seguintes denominações: boi, chico, conjunção, costume, pingadeira, escorrência, bode, incômodo, lua, mês, pacote, período, pingadeira do mês, sangue, veículo, visita, volta da lua, etc.

Michel Carrera, no seu livro “*Sexo.- os fatos, os atos e os prazeres do amor*” (1983) enumera os seguintes mitos sobre a menstruação:

- deve-se evitar lavar a cabeça durante a menstruação;
- sangue menstrual é lesivo ao penis;
- deve-se evitar praticar atletismo e natação durante a menstruação;
- as mulheres devem evitar tomar decisões importantes pouco antes ou durante o seu período menstrual;
- ao menstruarem as mulheres limpam mensalmente o corpo do sangue que não lhes serve;

- a menstruação deixa a mulher suja, de modo que ela deve fazer uma ducha após seu período menstrual;
- as cólicas menstruais são todas de fundo emocional.

James Leslie McCary (1971) coletou uma longa lista de tabus a respeito da menstruação, de autoria do Dr. F. M. Paulsen do George Peabody College, um perito no campo do folclore:

- se um homem impotente praticar cunnilingus com uma mulher menstruada, recuperará sua potência;
- uma mulher frígida pode ser levada a vários orgasmos se mantiver relações sexuais durante sua regras;
- os animais domésticos não atenderão ao chamado de uma mulher menstruada;
- os cães alimentados por uma mulher menstruada ficarão com vermes;
- tirar os pêlos pubianos à noite garantirá à mulher um período menstrual indolor;
- no cabelo de uma mulher menstruada não “pegará” o permanente e o cabelo ondulado não pode ser alisado durante o período menstrual;
- as dores menstruais desaparecem enquanto uma mulher está sendo acariciada; a dor passará para o seu amante.

É importante ressaltar que essas informações não foram recolhidos entre pessoas analfabetas e provincianas, mas entre universitários contemporâneos de várias regiões dos Estados Unidos.

Aqui, no Brasil, uma lenda popular diz que se um namorado tomar cafezinho, servido pela sogra, misturado com o sangue menstrual da filha, este ficará enfeitiçado e casará com a moça. Ainda em nosso país, em algumas regiões do interior, muitas proibições são mantidas e as jovens são ameaçadas com alusões do tipo:

- lavar a cabeça durante a menstruação não pode pois o sangue sobe para a cabeça;
- banhos de mar, rios ou piscinas;
- comer determinadas frutas como: banana, abacaxi, abacate;
- tomar bebidas muito geladas ou comer sorvete;
- alguns peixes considerados “carregados” como bagre e marisco;
- andar sem sapatos, “de pé no chão”.

3. MENSTRUÇÃO E RELAÇÃO SEXUAL

Assim como a menstruação, as relações sexuais, neste período, também foram cercadas de inúmeros tabus, muitas vezes não recomendadas, e até mesmo proibidas através dos tempos.

A grande preocupação da época é que as relações fossem férteis, que não houvesse perda ou desperdício de esperma. Portanto, o período considerado mais fecundo do ciclo menstrual era aquele situado logo após as regras e os médicos aconselhavam suas clientes baseados nestes conceitos.

Os médicos da antiguidade, como Soranos (IAC), em Roma, em *seu Tratado das Doenças das Mulheres*, recomendava que as relações sexuais deveriam ocorrer não antes da menstruação “*pois assim como o estômago cheio de alimento fica disposto a rejeitar aquilo que o sobrecarrega, a vomitar e a rejeitar qualquer tipo de alimento, assim também o útero cheio de sangue. Não durante as evacuações menstruais que constituem uma espécie de vômito natural onde o esperma se arriscaria, ele também a ser levado. Nem também quando o fluxo cessa completamente: o útero assim seco e frio, não está mais em estado de receber o sêmen. O momento favorável é quando o fluxo está em vias de cessar, quando o útero está ainda sangüinolento, penetrado de calor, e, por esta razão, turgescendo de apetite para acolher o esperma. Este apetite que renasce no corpo, após a purgação, se manifesta na mulher por um desejo que a leva relação sexual*”. (Apud FOUCAULT, 1985: 129).

Filon (II DC) argumentava que o sangue menstrual fresco mantinha o útero úmido e a “*umidade não só debilita a vitabilidade do sêmen como o anula por completo*”. (Apud HEINEMANN, 1988: 33)

Plínio, o velho (79 DC), proibia a relação sexual durante a menstruação pois “*os filhos dela advindos eram doentes, ou tinham soro sangüíneo purulento ou eram natimortos*”. “ (Apud HEINEMANN, 1988: 33)

Heinemann, em seu livro *Eunucos pelo reino de Deus*, mostra com clareza o comportamento sexual dos fiéis exigido pela igreja. Segundo ele, os padres da igreja católica Clemente de Alexandria (215 DC) e Orígenes (254 DC) alegavam que as crianças concebidas durante a menstruação nasciam deficientes. Jerônimo (420 DC) escreveu: “*Quando um homem mantém relações sexuais neste período, os filhos nascidos desta união são leprosos e hidrocefálicos, e o sangue corrompido faz com que os corpos de ambos os sexos dominados pela peste, ora sejam muito pequenos, ora muito grandes*”. (Apud HEINEMANN, 1988: 33)

“*Quem mantiver relações sexuais com a esposa durante a menstruação*” adverte o arcebispo Cesário de Arles (542 DC) “*terá filhos que ou serão leprosos ou epiléticos, ou possuídos pelo demônio*”. (Apud HEINEMANN, 1988: 33)

Para os teólogos Tomás de Aquino, Alberto Magno e Duns Scoto, o coito com mulheres menstruadas era considerado pecado mortal, devido ao mal causado aos filhos.

Bertoldo de Rogensburgo (1272), famoso pregador da época, alerta aos fiéis: “*Não tereis qualquer alegria com filhos concebidos durante a menstruação. Porque ora serão afligidos pelo demônio, ora leprosos ou então epiléticos, ou corcundas, ou cegos, ou de pernas tortas ou surdos ou idiotas ou terão a cabeça em forma de macete*.” (Apud HEINEMANN, 1988: 34)

Nos séculos seguintes, a noção de deficiência foi-se modificando. No século XVI, o cardeal Caetano (1534) considerava o coito durante a menstruação como “pecado venial”. Tomás Sanchez (1610) teólogo moralista, já aceitava a relação sexual, em certas circunstâncias, sem considerá-la pecaminosa, se fosse para superar forte tentação carnal, ou atenuar brigas conjugais.

Como se pode perceber, a igreja exercia um grande poder, a ponto de, segundo o abade Reginon de Prüm de Eifel (915) e Bucardo de Worms (1025), os padres, no confessionário, deveriam indagar sobre as relações sexuais de seus fiéis durante o período menstrual.

Na Idade Média a medicina não tinha acesso ao corpo feminino para exames, a noção de anatomia era transmitida aos médicos pelas parteiras e pelas próprias mulheres.

A literatura científica da época no livro *Anatomia Magistri Nicolai Fhisici* descrevia uma veia “fêmea” cujo papel era o de conduzir uma parte do sangue menstrual à matriz e a outra parte às glândulas mamárias a fim de que fosse transformado em leite para assegurar a alimentação da criança.

Foi Hipócrates (450 AC) na sua obra *Corpus Hipocrático*, quem definiu as primeiras noções de biologia, anatomia e fisiologia. Nesta época, como não havia ainda dissecação de cadáveres, a idéia que se tinha do útero é que fosse subdividido formando inúmeros compartimentos e saliências, contendo tentáculos e ventosas. Trompas e ovários não eram conhecidos. Hipócrates foi também o primeiro a estudar o fenômeno menstrual e, baseado no alívio que as mulheres sentiam após a menstruação, estendeu-o a outras patologias indicando a sangria como tratamento de muitas enfermidades. Esta noção perdurou até quase os nossos dias.

Somente no século XX é que se conheceu e se definiu corretamente a fisiologia menstrual, com a descoberta da síntese dos hormônios sexuais pelos ovários e a atuação dos mesmos no útero.

Posteriormente, a produção laboratorial destes hormônios e o aprimoramento dos métodos anticoncepcionais deram à mulher o controle da “magia”, e, pela primeira vez, a possibilidade de desvincular a relação sexual da gestação. Hoje, a mulher, se quiser, controla exatamente o seu sangramento e as suas gestações.

A ciência, portanto, libertou a mulher, mas as primitivas idéias do sangue como algo “impuro” e “vergonhoso” persistem para a maioria, atrapalhando a vivência tranqüila e prazerosa das relações sexuais neste período.

Num levantamento desprezencioso e sem qualquer rigor científico, realizado em meu consultório, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, com 340 mulheres entre 14 e 48 anos no período de julho de 1997 a dezembro de 1997 sobre relações sexuais no período menstrual, verifiquei que somente 20% delas tinham relações durante o mesmo. Apesar de um número bem maior destas mulheres revelar desejo sexual nesta época alegavam que por “nojo” ou “vergonha” não se sentiam à vontade para o ato sexual. Observei também que entre as adolescentes a frequência de relações neste período era maior pois a menstruação funcionava para elas como método anticoncepcional.

Como se pode perceber, o período menstrual é rico em preconceitos, alimentados historicamente por aspectos sociais, culturais e religiosos. Ainda hoje, é muito grande o peso e as limitações que os tabus menstruais impõem à conduta sexual das pessoas.

Parece que a menstruação de outrora, mágica e inexplicável, capaz de deificar faraós, passa, hoje, à trágica e inaceitável, mantendo-se assim valores culturais que nem mesmo a ciência consegue modificar.

BIBLIOGRAFIA

1. BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. São Paulo, Difusão Européia do Livro, s/d. (Vol. 1).
2. CARRERA, M. *Sexo: os atos e os prazeres do amor*. São Paulo, Círculo do Livro, 1983.
3. COUTINHO, E. *Menstruação, sangria inútil*. São Paulo, Gente, 1996.
4. DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo, Perspectiva, 1996.
5. DUBY, G. *História das mulheres*. São Paulo, Afrontamento, 1990.

6. FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1985 Vol III.
7. GREGERSEN, E. *Práticas sexuais: a história da sexualidade humana*. São Paulo, Roca, 1983.
8. HEINEMANN, U. R. *Eunucos pelo reino de Deus*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1988.
9. MALINOWSKI, B. *A vida sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
10. MCCARY, J. L. *Mitos e credices sexuais*. São Paulo, Manole, 1971.
11. MEAD, M. *Sexo e temperamento*. São Paulo, Perspective, 1979.
12. NOVAES, F. A. *História da vida privada no Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras, 1997.
13. PRIORI, M. D. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo, Contexto, 1997.
14. ROUSSELLE, A. *Pornéia*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
15. TANNAHILL, R. *O sexo na história*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.

Os sentimentos assumidos compulsoriamente pela mulher, simplesmente pelo fato de ser mulher, favorecem o surgimento de inúmeras dificuldades no campo relacional, seja diante de si mesma, de seus desejos, seja diante do outro, diante da necessidade de tornar real o que para o outro é fantasia, desejo. Diante dos inúmeros impasses relacionais provocados por esta problemática, os autores sugerem como possível solução o desenvolvimento de uma consciência de que a mulher precisa, em sua relação diária com seu parceiro, reeducar-se no tocante ao ser mulher, bem como à compreensão e mudança de atitude diante de sua prática sexual. Daí entenderem que o prazer, o orgasmo, não pode ser considerado no momento como uma habilidade natural da mulher, mas algo a ser desenvolvido como fruto de uma prática educacional, na qual os parceiros se coloquem ao mesmo tempo tal e qual sujeitos e objetos na relação que os envolve.

*“Não haverá uma verdadeira emancipação feminina, se, paralelamente, não acontecer a pouca mencionada emancipação masculina.”
“É mais satisfatoriamente que as pessoas se envolvam eroticamente, quando existe entre elas um mínimo de afetividade.”*

Simone de Beauvoir

Inferioridade feminina: um problema em questão

Em nossa prática clínica, temos observado um número significativo de pacientes do sexo feminino apresentando dificuldades relativas à vida sexual, principalmente no que tange ao orgasmo. Tal dificuldade parece ser decorrente da interferência de vários fatores ligados aos aspectos religiosos, biológicos, culturais e educacionais; fatores que desenvolvem distorções na maneira de pensar, da mulher, bloqueando o estabelecimento normal das relações conjugais, dificultando o alcance do prazer e, conseqüentemente causando conflitos.

Poderíamos nos perguntar: porque é a mulher quem mais está comprometida por esta problemática, na sociedade brasileira? É conveniente nos lembrarmos de que não são as mulheres que se organizam em pequenos grupos ou gangues, à espreita, aguardando a passagem de um homem a quem possam violentar. Na relação matrimonial, quando se fala em sacrifícios pelo bem da família, é normalmente a mulher que deixa de perseguir seus sonhos,

para tornar possível os sonhos dos filhos e do marido. E ainda, quando um marido tem um caso extraconjugal, sua esposa tende a afirmar que ele foi vítima da sedução perpetrada por uma mulher sem escrúpulos; ou, como em muitos outros casos, se lança numa busca neurótica por seus erros cometidos, motivadores da infidelidade do marido.

Pode-se observar que, o peso da culpa recai, sempre, sobre os delicados ombros femininos, enquanto o forte ombro masculino ocupa um lugar menos culposo. Convém nos perguntarmos: que fenômenos socio-culturais contribuíram para elevar a dor feminina para além das dores do parto de que a mulher é herdeira compulsória? Haveria alguma saída, pela qual poderia a mulher, também como o homem, poder usufruir dos prazeres disponíveis ao longo de sua existência, sem ter que por isso assumir alguma culpa?

Uma percepção histórica do desenvolvimento do sentimento de inferioridade

Parece-nos que a questão do sofrimento feminino é tão antiga quanto a própria criação da humanidade. Segundo o mito da criação “O Senhor Deus formou, pois, o homem do barro da terra, e inspirou-lhe nas narinas um sopro de vida e o homem se tornou um ser vivente” (Gênesis 1, 7). O sopro de Deus, confirma o caráter divino do homem e, ainda, sua criação em primeira mão, colocando-se segundo a perspectiva social, mais próximo de Deus do que poderia estar a mulher. Observa-se que, mesmo na instituição Eclesiástica, os padres são os representantes diretos de Cristo, enquanto que às freiras lhes é reservado um lugar de destaque, abaixo daqueles que possuem como missão espalhar a “Boa Nova”. Também a mulher foi criada por Deus, é verdade. Mas é preciso nos perguntarmos, em que lugar e em que condições?

Ainda, segundo o Mito da Criação “O Senhor Deus disse.- ‘Não é bom que o homem esteja só; vou dar-lhe uma ajuda que lhe seja adequada’... Então o Senhor Deus mandou ao homem um profundo sono; e enquanto ele dormia, tomou-lhe uma costela e fechou com carne o seu lugar. E da costela que tinha tomado do homem, o Senhor Deus fez uma mulher; e levou-a para junto do homem” (Gênesis 2, 18-22). Dentro dessa perspectiva, temos que o homem é fruto do desejo divino, e que a mulher é criada em função da necessidade do homem de possuir uma companheira. Na perspectiva cristã, portanto, o papel feminino passa a ser o de fazer companhia ao homem e lhe agradar. A partir de então, fica determi-

nado o papel da superioridade masculina em relação ao sexo feminino. Como nos relata Gikovate “Os homens não poderiam ter pensado de modo diferente, pois é antigo o seu orgulho com relação à sua condição de suposta superioridade.” (GIKOVATE, 1989, pág. 11)

A idéia da superioridade masculina não se restringe apenas à história da criação do mundo contada pela Bíblia; existe também um aspecto mitológico que marcou bem essa questão. De acordo com a mitologia grega, a mulher é possuidora de uma vantagem sobre o prazer sexual. O mito da “superioridade” masculina foi desvendado pelo velho Tirésias que, por obra divina, viveu tanto sob a condição feminina quanto pela condição masculina. Numa discussão entre os deuses Zeus e sua esposa Hera, a respeito da polêmica sobre quem teria maior prazer num ato de amor, o homem ou a mulher, convidado a opinar por ser considerado, no momento, a pessoa mais indicada a fazê-lo, Tirésias, respondeu sem hesitar: “se um ato de amor pudesse ser fracionado em dez parcelas, a mulher teria trove e o homem apenas uma. Hera furiosa o cegou, porque havia revelado o grande segredo feminino e sobretudo porque, no fundo, Tirésias estava decretando a superioridade do homem, causa eficiente dos nove décimos do prazer feminino. Hera compreendeu perfeitamente à resposta patrilinear do adivinho tebano: ao dar-lhe a “vitória”, nove décimos de prazer, estava, na realidade, traçando um perfil da superioridade masculina, da potência de Zeus, simbolizando todos os homens, Únicos capazes de proporcionar tanto prazer à mulher” (Brandão, pág. 176). Sua resposta causou sua cegueira pela revolta de Hera e seu poder de profecia foi uma compensação por parte de Zeus.

Outro aspecto histórico que reforçou a idéia da superioridade masculina foi a filosofia de Platão, quando desvalorizou a mulher; considerou-a um ser sem alma. Para ele, a alma era definida como princípio da vida a que essa, era apenas possuída pelo homem. Aristóteles como seu discípulo, reafirmou esse pensamento científico de sua época sustentando: “É a semente masculina que fornece o princípio ativo, ou forma, e portanto, a alma sensível e racional. A fêmea, que é passiva, fornece a matéria sobre a qual age o sêmem, porque a fêmea é, de certo modo, um macho mutilado, e a menstruação é o sêmem, mas impuro (...) porque há ulna coisa de que elas (as fêmeas) carecente - o princípio da alma.” (Tosi, pág. 28)

Segundo Lúcia Tosi, esse pensamento perdurou por muitos e muitos anos, e mesmo as descobertas científicas posteriores a respeito da reprodução humana, da anatomia e da fisiologia, não derrubaram por completo essa desvalorização da mulher. Para Tosi, esse pensamento “acabou por se formar, assim, uma categoria de cientistas “especializados “ em justificar

ou até estimular a sujeição da mulher à tirania da família, do estado e da religião... e fundamentaram a noção da inelutabilidade de seu destino biológico: procriar, permanecendo confinada ao lar e na dependência dos homens” (pág. 28).

Com o surgimento do Cristianismo, marcadamente influenciado pela moral judaica no tocante às relações entre os sexos, desenvolve-se uma educação severa sobre as questões ligadas à sexualidade, tanto em seus aspectos práticos como teóricos. SNOEK entende que *“A moral sexual no cristianismo é particularmente rigorosa. Só tolera o prazer sexual dentro do contexto do matrimônio e dentro de uma normalidade basicamente de ordem biológica. Além do mais, tia área da sexualidade (e somente nesta área), não se admite pecado leve: toda procura intencional de prazer sexual, mesmo o mais leve, é logo tida como pecado mortal”* (Snoek, 1981, pág. 110). Nelson Vitiello compartilha esse modo de percepção e acrescenta que, sendo o prazer sexual considerado pecado, gera até nossos dias o sentimento de culpa. Entende ele que, historicamente, segundo o próprio relato bíblico, aos homens era reservado o privilégio do prazer em suas práticas sexuais, além da função de procriação (Vitiello, 1998).

O escritor francês Charles Expilly em uma de suas viagens pelo mundo, passou uma temporada no Brasil no ano de 1852 e dedicou em uma de suas literaturas relatos sobre a condição da mulher no tempo do Império. De acordo com sua observação, a mulher era criada para cumprir um papel de subalterna. De acordo com seu registro: *“Uma mulher já é bastante instruída, quando lê corretamente as suas orações e sabe escrever a receita de goiabada. Mais do que isso, seria um perigo ao lar”* (Expilly, 1977, pág. 269).

Acompanhando o percurso histórico do Brasil, nota-se que a dominação sexual do homem sobre a mulher vem acontecendo desde os tempos da colonização, quando emergiu a família patriarcal, como uma possibilidade de controle social. Fato esse observado no seguinte relato: *“A estrutura dual a diferenciação sexual implicavam em que o patriarca mantinha relações sexuais não apenas com sua esposa, mas também com amantes e concubinas, fato que deu à estrutura patriarcal da vida em fazenda um Tom de Harém, adaptado ao processo de mistura racial. Já as atividades sexuais das mulheres eram rigidamente controladas pelo próprio patriarca. Sua esposa branca devia estar disponível para procriação de herdeiros e as concubinas-mulatas deviam atender prontamente o seu chamado de natureza sexual. “* (Azevedo (M.) e Guerra (V.), 1998, Carta Novembro, pág. 13).

Nesse período da história, o controle da ordem social era imposto apenas sobre a mulher. Mesmo em se tratando de uma estrutura familiar, a mulher tinha total dependência do poder ilimitado do homem. Constituiu-se portanto, desde a colonização do Brasil, uma hierarquia do relacionamento entre os sexos, estabelecendo uma dominação do homem sobre a mulher. Além disso, existe uma erotização da mulher que é considerada objeto sexual. Sobrou, então, para o ser feminino, um comportamento fruto de duas vertentes: maternidade e sedução sexual.

Freud, em seus estudos sobre a teoria da sexualidade, considerou a vida sexual da mulher um campo obscuro e impenetrável. Assim escreveu: *“a vida sexual dos homens somente, se tornou acessível à pesquisa. A das mulheres... ainda se encontra mergulhada em impenetrável obscuridade... Em consequência de circunstâncias desfavoráveis, tanto de natureza externa quanto interna, as observações seguintes se aplicam principalmente ao desenvolvimento sexual de apenas um sexo - isto é, o dos homens... Sabemos menos sobre a vida sexual das meninas que sobre a dos meninos. Mas, não precisamos nos envergonhar dessa distinção; afinal de contas, a vida sexual das mulheres adultas constitui um continente obscuro para a psicologia. “ (Freud, 1925, pág. 273-274). Pode-se perceber, ainda, que Freud, através do estudo do inconsciente, manteve a mulher num segundo plano na formulação de suas teorias sobre a sexualidade, dando ênfase ao estudo sobre as questões relacionadas ao sexo masculino. Mesmo em se tratando de sua teoria para explicar como a criança do sexo feminino se torna mulher; sua linguagem evidencia o universo de compreensão masculino. O marco principal dessa consideração está no fato de que Freud, ao falar do Complexo de Édipo, refere-se à mulher como se ela tivesse inveja do pênis do homem. De acordo com a teoria: *“As consequências da inveja do pênis, na medida em que não é absorvida na formação reativa do complexo de masculinidade, são várias e de grande alcance. Uma mulher, após ter-se dado conta da ferida ao seu narcisismo, desenvolve como cicatriz um sentimento de inferioridade... Mesmo após a inveja do pênis ter abandonado seu verdadeiro objeto, ela continua existindo.- através de um fácil deslocamento, persiste no traço característico do ciúme. “ (FREUD, 1925, pág. 282).**

Freud reconheceu que, realmente, existe uma manifestação de um sentimento de inferioridade na mulher frente ao homem. Essa situação, baseada num aspecto social e cultural, demonstra esse comportamento da mulher, mas que pode estar relacionado à posição de privilégio que o homem tem diante do papel que desempenha e para o qual é estimulado. Seria, esse então, um dos motivos da mulher sentir ciúmes do homem, do lugar que ele ocupa? Talvez nem seja essa a questão. A mulher, não neces-

sariamente, quer o lugar do homem, ela sim, acredita que necessita de ocupar o seu próprio lugar enquanto mulher, num contingente mais amplo; quer ocupar um lugar enquanto ser humano, possuidora de sonhos, fantasias a independência em todos os aspectos, seja ele social, econômico ou sexual.

Baseando-se no conceito de base comportamental - cognitiva, os bloqueios que interferem na resposta sexual representam uma disfunção sexual. Vários fatores contribuem para essa disfunção sexual, e podem ser considerados em duas categorias: "*causas socioculturais (família, religião, revolução sexual, tabus e credences sexuais) e causas comportamentais (vivências destrutivas e relações didáticas inadequadas)*". (Cavalcanti, pág. 305).

As causas socioculturais são as responsáveis pela educação, a pela transmissão das regras e normas do meio em que a pessoa está inserida. A partir delas, são aprendidos os papéis que deverão ser desempenhados por cada membro da sociedade. Há, porém, uma consideração importante a se fazer referente à Revolução Sexual, que vem, de certa forma, contradizer todos esses comportamentos aprendidos. Essa evolução não atinge toda a esfera social de maneira homogênea, passando a existir, portanto, três grupos sociais com respostas comportamentais diversificadas, os quais Cavalcanti (1992) denomina de zonas, sendo elas: "*zona do epicentro (famílias que já incorporaram um número crescente de traços inovadores. As jovens são incentivadas a usar roupas ousadas, a assumir atitudes liberais e a tomar certas "liberdades" no contato com o sexo oposto); zona de equidistância (onde se delinea os primeiros sinais de uma "nova moral" que, advogando a liberdade do sexo e a igualdade dos gêneros, defende o desempenho sexual como sendo a prática do "sexo sem vítimas", isto é, sem que ela decorra prejuízos para os parceiros); e, zona de marginalização (formada por famílias tradicionais absolutamente integradas na moral ortodoxa.* " (págs. 308 e 309).

Heloneida Studart (1989, pág.12) aborda a questão da inferioridade feminina como fruto de um processo de divisão do trabalho, ocorrido no período pré-histórico, Para ela, a mulher, ainda na idade da pedra, "*sofreu uma derrota quando ficou na caverna e o homem saiu à caça e estabeleceu novas relações com o mundo*". Desde então, a superioridade tomou marco em todas as esferas da vida perpassando de geração em geração. O fator biológico se tornou nesse processo um trunfo suplementar para o estabelecimento da desigualdade. Studart afirma, ainda, que "*O grande handicap da mulher foi um fato histórico. Aconteceu quando o homem saiu à caça e ela se deixou ficar na caverna, cozinhando e procriando, em plena vegetatividade. O homem lutou, cresceu, criou a charrua e, depois, a*

astronave. A ação assegurou o seu desenvolvimento mental. Enquanto isso, a mulher, sempre na caverna (que passou a se chamar de lar), esperava, imutavelmente, a volta do caçador” (pág. 10). Seguindo essa mesma linha de pensamento, Patrícia E. Santo (1999) entende que, historicamente, é perceptível que a divisão de trabalho fez com que o papel da mulher fosse definido diferenciando-a também no aspecto biológico: “... a divisão do trabalho deixou as diferenças biológicas entre o homem e a mulher e começou a estruturar as maneiras de ser de um e de outro. Ao homem, a caça o tornou agressivo e ágil; à mulher, sobrou a maternidade e os cuidados com a prole. “ (pág. 4).

Atualmente, é grande o contingente de mulheres que ainda ficam à espera do caçador, fechada em um mundo limitado, desenvolvendo uma atividade de menor aventura, na qual a rotina se desenvolve em torno da criação dos filhos e a arrumação da casa, apesar de considerarem essa atividade desgastante e, muitas vezes, frustrante. A valorização do trabalho gerador de bens financeiramente avaliáveis, dentro da moderna sociedade capitalista, contribuiu ainda mais para a desvalorização daquelas que exercem tal atividade.

Pode-se, então, perceber que, em todos os tempos, em nenhuma parte da história, houve uma preocupação com a mulher no que diz respeito à importância do seu trabalho e menos ainda a sua sexualidade. Vemos que essa questão não se restringe apenas aos tempos da história passada. Ainda hoje, segundo Studart (1989), há uma tendência de muitos homens e da sociedade em geral, em ver a mulher como *dona de casa* por excelência, mesmo que ela exerça outra atividade fora do lar. A função principal não deixou de ser a de zelar pelo bem-estar do homem.

O que é, como deve ser e qual a finalidade do *ser mulher* é delineada, culturalmente, conforme demandas específicas da sociedade em um dado período de tempo. De fato, não existe uma definição precisa a respeito do ser feminino, tal como ocorre com o ser masculino. Dessa forma, a mulher desenvolve um sentido de ambivalência, tanto no pensar quanto no agir. Sob essa perspectiva, podemos citar Gikovate (1984) quando nos diz: “*De uma mulher se espera o recato sexual e uma atitude completamente reprimida; ao mesmo tempo, se espera que ela seja muito bonita e atraente para os homens. Ou seja, ela tem que ser desejada, desejável, mas não deve desejar.* “ (pág. 30). Desde a infância, à mulher é ensinado o modo de se vestir e se comportar de maneira tal que chame a atenção dos homens, por outro lado, ela não deve desejar o que está despertando, deve conter-se. O contínuo bloqueio de seus desejos produzirá em sua vida sexual futura, efeitos responsáveis pelas dificuldades vividas em sua atividade sexual.

O ser mulher na atualidade - dificuldades de superar a condição de mero objeto

Marta Suplicy, em *Conversando Sobre Sexo* (pág. 46) diz que “a educação e expectativas que se tem em relação às pessoas do sexo masculino e feminino começam desde o nascimento. É homem! É mulher! E uma série de atitudes e sonhos é tomada que não tem nada a ver com aquela criança que nasceu, e sim, com o sexo dela... E assim, os dois sexos vão crescendo e formando imagens a seu próprio respeito. Essa educação diferenciada é muito mais repressora para a mulher do que para o homem!” (Suplicy, 1985). Tendo a mulher como objetivo fundamental, na relação a dois, o de manter o relacionamento garantindo o prazer masculino, a atenção sobre si mesma fica em último plano. Mesmo infeliz, a mulher não se revela, pois teme que, ao fazê-lo, o homem se sinta menos homem, o que pode trazer instabilidade no relacionamento conjugal. Michael (pág. 132) analisando a questão feminina, entende que “A mulher de hoje, mesmo vivendo uma geração de grande emancipação, ainda não consegue resolver essas questões de bloqueios sexuais. “

Apesar das tentativas educacionais para a redução da discriminação entre as várias relações mantidas no seio da sociedade, existem provérbios que contribuem para desqualificar a moral feminina, desvalorizando-a tanto como ser humano quanto como mulher. Como exemplo, citaremos alguns provérbios relatados em inúmeras literaturas sobre o assunto, como também ouvidas diariamente em programas humorísticos, reuniões de amigos e outros:

- “Mulher é como bife, quanto mais bate, mais macia fica!”
- “É como cinzeiro, tem que mandar brasa!”
- “É como Cheeps, impossível comer um só!”
- “O homem é quem pensa, a mulher é quem trabalha.”
- “Mulher tem três sentidos, dois errados e um perdido.”
- “A mulher tinha tudo para ser um ser perfeito, só não é porque abre a boca.”

Mesmo tendo esses provérbios, o objetivo primordial de entretenimento, não deixam de representar um modelo de educação informal, facilitando o desenvolvimento de estereótipos quanto ao papel e ao ser do sujeito feminino. Não é raro ou difícil encontrarmos, dentro do contexto sociocultural brasileiro, homens e mulheres capazes de admitirem que o

lugar da mulher é na cozinha, cuidando dos filhos e, não, exercendo atividades produtivas fora de casa.

O homem em geral não percebe a mulher como um ser que tem um desejo sexual próprio. Para ele, o desejo feminino é apenas uma forma de satisfazê-lo. Parece-lhe que a mulher está ali para aprender o que o homem deseja dela e, por isso, a imagina como uma “criança pura”, “inocente”. Não é essa a realidade. A mulher, tanto quanto o homem, possui seus próprios desejos com relação à prática sexual. Em uma pesquisa realizada em 11/96, com 1006 mulheres, foi constatado que, dentre suas fantasias sexuais, as mais comuns são: *“ter relações com um estranho; dominar o parceiro; transar com mais de um parceiro; ter as roupas rasgadas; fazer sexo com pessoas mais novas; transar com homens de outra raça; transar com outra mulher; fazer troca de casais; ser observada enquanto faz sexo.*” (*Brasmark*, op. cit. *ISTO É*, dez. 96, número 1418, pág. 134). Essas fantasias não levam a supor que, se o desejo sexual da mulher se vê adormecido, não se deve à sua falta de interesse, mas, a alguma experiência desastrosa em relação à sexualidade. Essa falta de interesse é, em geral, erroneamente interpretada, como se sua inapetência sexual fosse própria da mulher, e não, em função de um trauma vivenciado em relações anteriores ou um comportamento desenvolvido mediante uma educação represora.

Os anos 70 foram marcados pela explosão feminina, pelo reconhecimento e valorização da mulher como pessoa capaz; porém, essa emancipação ficou apenas no aspecto profissional. Ela participa de uma grande fatia do mercado de trabalho e, ainda, continua sem conquistar um espaço merecido, nas relações extra profissionais. Andreia Michael e Cilene Pereira (1996) entendem que essa revolução social experimentada pela mulher não foi capaz de libertar a mulher sexualmente. A mesma mulher que encontra satisfação no universo profissional, não consegue levar esse avanço para sua intimidade. Ela ainda continua com sérias dificuldades quando se diz respeito ao sexo, não conseguindo vivenciar experiências sexuais plenas por não se sentir segura de si bem como com o próprio prazer.

uma de nossas pacientes, confeccionista profissional, detentora considerável de sucesso em todo o mercado na região em que atua, e em várias outras cidades do País, relata: *“não consigo me satisfazer sexualmente. Estou casada há treze anos e tenho dois filhos, ainda hoje, não sei o que significa sentir prazer sexual com meu marido. Nunca tentei falar com ele desse meu bloqueio e, por isso, não imagino sua reação. Essa é uma questão que vem, a cada dia, dificultando meu relacionamento conjugal. Por isso, procuro dispendar o máximo de meu tempo em favor de meu tra-*

balho. Até mesmo em finais de semana me ocupo com viagens de negócio, sendo que essa poderia ser delegada a um outro profissional da fábrica“.

A emancipação feminina fez, sim, com que algumas mulheres conquistassem um espaço no mercado de trabalho, mas só isso não bastes. Para que ela viva de modo autêntico, necessita também de sua liberdade sexual, pois, o bem estar do adulto estando atendidas suas necessidades básicas, depende da integração de sua vida afetiva, sexual e profissional. *“A sexualidade é um dos componentes essenciais para esse bem estar, mas deve estar ligado aos outros aspectos da vida.”* (Suplicy, 1994, pág. 60).

Pesquisa realizada pela Sexóloga Marilene Varilene Vargas, com 420 mulheres entre 20 e 50 anos, revela que a mulher de hoje, sente dificuldade em sua sexualidade, mostrando índice como: *“sessenta por cento das mulheres até trinta anos têm dificuldade para atingir orgasmos; vinte e três por cento apresenta frigidez; dezoito por cento tem orgasmo clitoriano e não vaginal (só atinge pela masturbação), doze por cento chega ao orgasmo com um parceiro e não com outro; quinze por cento não tem tesão.”* (Núcleo de Estudos de Sexologia e Geriatria de Curitiba. Op. cit. ISTO É, 12/96, N° 1418, pág. 132).

Ao homem, desde seu nascimento lhe é atribuída a condição de superioridade. É criado de maneira tal que sua sexualidade não está atrelada aos processos amorosos. Ao crescer, sendo induzido à competitividade e agressividade, sua sexualidade se torna acoplada aos processos agressivos. *“Cresceu ouvindo que as meninas são mais delicadas, mais meigas e mais frágeis, e por isso mesmo, o destino a elas reservado é de natureza subalterna, seu papel é secundário. Elas se preparam para ser mãe e esposa.”* (Gikovate, 1989, pág. 293).

Durante a adolescência, o fator sexual aflora devido ao crescimento e desenvolvimento maturacional próprio dessa fase da vida. Essa explosão sexual acontece em ambos os sexos, só que a educação é diferenciada para moças e rapazes. Gikovate colocou bem essa questão quando diz: *“Aos rapazes, são impingidas experiências precoces. Às moças, é imposta uma castidade falsa e hipócrita, que provoca sentimentos de culpa e dificuldade em aprender a lidar com a sexualidade como um fenômeno biológico digno e gratificante. Essa culpa ligada ao despertar da sexualidade é um fator estimulado pela nossa cultura. A repressão da sexualidade feminina tem sua intenção de bloquear a prática sexual até o casamento.”*

Existem diferenças importantes entre o homem e a mulher com a questão da relação sexual. Uma delas, como observes Gikovate(1989) diz

respeito à sociedade sexual. Esta, experimentada pelo homem após a ejaculação, é acompanhada de uma fase de desinteresse. Isso acontece porque o homem, pela sua própria natureza, tem mais facilidade para excitação dando a ele uma maior quantidade de prazer, enquanto a mulher necessita de mais carinhos, mais toque em suas partes mais sensíveis antes da relação. No comportamento sexual entre o homem e a mulher, para ele, sexo e amor estão estrategicamente dissociados, enquanto para ela estão, com base na educação recebida, intimamente ligados. Como consequência, o homem é capaz de manter uma relação sexual, mesmo após uma briga, o que, normalmente, não ocorre com a mulher. E ainda, ele é capaz de obter prazer com uma mulher que não ama e não conseguir com a mulher que ama. De certa forma, como nos mostra Ribeiro (1991), o afeto parece ser uma característica específica da mulher. Culturalmente, é repassada à mulher a idéia de que só pode se relacionar sexualmente com quem ama. A partir daí, o prazer sexual é associado ao sentimento de amor. Daí, o fato de algumas mulheres terem dificuldades em assumirem sua falta de prazer, pois estariam assumindo a inexistência do seu amor pelo parceiro. Essa questão pode ser adequadamente ilustrada mediante o seguinte caso clínico:

Trata-se de uma jovem de vinte e dois anos, casada há cinco anos e mãe de dois filhos. Adotiva, filha única, recebeu uma educação severa, não tendo liberdade para conviver com outras pessoas de sua idade. Sua vida se restringia à escola, com poucas amizades, e à convivência com os seus pais. Na adolescência, conheceu um rapaz que era seu vizinho, tendo sido permitido o namoro desde que fosse apenas em casa. Mesmo assim engravidou. Suas primeiras experiências sexuais foram furtivas, quando raramente ficavam a sós. Devido à gravidez, se casaram rapidamente, antes que a barriga crescesse. Romântica, tinha grandes expectativas da vida a dois. Acreditava que, após o casamento, poderia sentir prazer na relação sexual. Relata que sentia muito desejo, mas não sentia prazer na época do namoro. Atribuía essa questão à falta de liberdade, acreditando que seu namorado não se manifestava romanticamente por não ter tempo para isso nas rápidas relações sexuais, essas, na maioria das vezes aconteceram em pé, sem conforto para os dois. Mas o tempo passou e o romantismo esperado por ela não apareceu; e continuou sem sentir prazer sexual. Considerava que sua dificuldade de se relacionar sexualmente significava na realidade, falta de

amor. Então, fingia que sentia prazer, pois não queria que sua vida conjugal ficasse comprometida. Veio o segundo filho, e com dezessete dias de resguardo, o marido insistiu numa relação sexual. Como não estava física, e nem emocionalmente preparada, sentiu ainda mais repulsa para com ele. Passou a evitá-lo e a se irritar com sua presença física em seu corpo. Por outro lado, ao perceber que ela o evitava, seu marido passou a procurá-la com mais frequência, dando-lhe a impressão de que ele estava relacionando a sua falta de interesse ao seu mau desempenho sexual enquanto homem. Segundo seu relato: *“Meu marido de uns tempos para cá tem insistido muito mais na frequência de nosso relacionamento sexual. Como eu estou sempre o evitando, imagino que ele deve estar pensando que eu não esteja gostando dele como um homem sexualmente potente. Ele chega em casa após o trabalho e fica o tempo todo me pegando, tentando me excitar, mas ele não é nada romântico, e a maneira como me toca, me incomoda e me sinto cada vez mais irritada. “Toda essa dificuldade foi sentida por ela, sem que tivesse um mínimo de coragem para falar de seus desejos de mais romance e de mais carinho nas relações sexuais.*

No início da terapia, o conceito que tinha de si mesma demonstrava uma baixa auto-estima. Apenas com vinte a dois anos, já se sentia velha para recomeçar a vida enquanto mulher, para ter sonhos. Não se percebia como pessoa capaz de crescer e de se tornar independente financeiramente, e principalmente, do marido. Isso pode ser percebido na seguinte fala: *“Sinto que realmente não amo o meu marido. Não consigo sentir prazer com ele. O pior é que estou perdida. O que vou fazer da minha vida? Já estou com 22 anos, tenho dois filhos, me sinto completamente incompetente. Não consigo voltar a estudar, pois, estou muito velha para isso. Não consigo trabalhar, pois, não tenho nenhuma experiência. Não tenho mais nada o que fazer na minha vida. Me sinto muito infeliz, pois, nem posso deixar esse meu marido; e depois, quem vai me querer? Não tenho mais capacidade para recomeçar uma vida nova.”*

O seu campo de existência, quando criança e adolescente foi estritamente limitado de experiências. Ao se casar, seu campo vivencial se ampliou enquanto papel de mãe e de dona do lar, mas não se realizou enquanto mulher sexualmente ativa. Está vivendo uma grande incongruência, pois, ocorre uma discrepância entre o que realmente está sentindo e o que está

experienciando a nível sexual. Não se sente capaz e nem com coragem para expressar suas emoções e seus sentimentos de insatisfação para o marido.

A maneira como foi educada, sendo impedida de manifestar seus desejos e sonhos de juventude, carrega até hoje. Sente medo de se expressar. Para ela, é uma questão difícil de superar.

É compreensível, que dada a educação sexual recebida pela mulher ao longo de seu desenvolvimento, e não obtenção do prazer seja a tônica geral durante suas primeiras experiências sexuais. Então, todas as fantasias que tinha em seu pensamento, estarão tão bloqueadas que ela não vai sentir realmente a relação sexual. Pensará que se enganou, que não amava aquele homem. Cria o fantasma de um não amor pela falta de prazer. Ao passo que o homem não terá esse problema. Ele sempre terá prazer com a mulher que tiver, amando-a ou não.

Durante uma relação sexual, para que ocorra uma satisfação plena, tanto para o homem quanto para a mulher, é necessária a fusão de dois aspectos de estimulação para atingir o orgasmo: *“Um caráter bem físico, orgânico, que é a estimulação de zonas erógenas principais que, via medula, enviam estímulos para o cérebro; outra, completamente psicológica, deriva das fantasias, ou da percepção da situação erótica que se está vivendo (clima de envolvimento emocional, percepção da exaltação do parceiro, do corpo do outro, cheiros, etc).”* (Gikovate, 1984, pág. 56).

Para o homem, a fusão desses dois aspectos é muito mais facilitada pela própria educação recebida, pela estimulação da sexualidade e pela liberdade de colocar em prática a relação sexual. Além disso, a simplicidade do funcionamento de sua fisiologia sexual muito contribui para esse aspecto. Para a mulher, essa fusão exige maior estimulação física, mesmo num clima psicológico propício.

Outro aspecto psicológico que interfere no alcance do prazer para a mulher, que é transmitido pela educação, relaciona-se ao início da atividade sexual. Essa é esperada com muita dor, expectativa e medo devido ao rompimento do hímem. A dor que envolve a primeira relação não se deve, em sua maioria, ao rompimento em si, mas, ao estado de ansiedade que impede a lubrificação vaginal, tornando difícil a penetração do pênis. A tensão emocional, por sua vez, provoca a contração na musculatura da região vaginal e na parte superior da coxa, dificultando ainda mais a realização prazerosa do ato sexual. Portanto, um estado emocional abalado interferirá no aspecto fisiológico da relação sexual da mulher, e essa experiência negativa poderá ficar marcada como uma cicatriz interna para seu relacionamento futuro.

A comunicação é outro fator preponderante para o convívio e um bom relacionamento do casal. É comum, por parte da mulher, o ocultamento de sua insatisfação sexual. Ela não consegue dialogar a respeito de sua intimidade. Não consegue expressar assertivamente seus sentimentos de insatisfação. Daí, a necessidade do homem aprender a compreender sua parceira além das palavras, ou seja, mediante a observação de comportamento revelador, da existência de um acúmulo de tensões ou da inexistência de relaxamento e satisfação. Como observa Michael “*É necessário que o parceiro diga o que está percebendo, mas de maneira compreensiva, sem culpá-la, querendo compartilhar esse momento tão especial é tão importante para a relação a dois.*” (pág. 133).

Um possível caminho para o encontro da mulher com sua sexualidade

Para que a mulher consiga superar esse bloqueio sexual, é necessário um novo aprendizado. Da mesma maneira que levou anos adquirindo uma educação sexual inibidora de seus impulsos e desejos naturais, precisará também de tempo para essa conquista. E não dependerá apenas de seu querer, mas também de uma grande parcela de participação do parceiro. Isso envolve toda uma problemática em torno do social e do cultural. Segundo Machado (1998, pág. 60) “*A sexualidade é um instrumento gerador de prazer, a nível sexual e a nível relacional. O exercício dessa sexualidade depende de um aprendizado para a mulher, pois, pela sua educação, cresce apenas fantasias e, quando chega ao concreto, torna-se um caos. É necessário que esse aprendizado aconteça gradualmente para que a sexualidade aconteça plenamente e de modo bem sucedido. A busca de prazer deve ser compartilhada a dois num contexto de doação, onde tanto o homem, quanto a mulher contribuam para uma auto-descoberta do corpo e do prazer.*” Isso só poderá acontecer quando a mulher vencer o medo de magoar o homem e expor realmente o que quer, que fantasias deseja realizar durante o ato sexual. Quando sentir liberdade de pedir que demore mais nas carícias, que quer ser mais tocada, mais beijada, que deseja também exercer um papel ativo e não apenas ficar presa numa posição passiva. Indubitavelmente, e libertação feminina no tocante ao prazer implicará em mudanças na conduta sexual masculina. Será necessário que o homem aceite e compreenda que uma mulher necessita de mais estimulação e que essa deve ser gradativa. Além da ereção e potência sexual mas-

culina, é necessário também que ele seja gentil, sensível, sabendo fazer uso das carícias de forma gradativa, isto é, dos primeiros toques, beijos e abraços até a penetração. O prazer compartilhado dependerá da possibilidade de se estabelecer um aprendizado a dois, onde nem a mulher se sinta invadida em sua individualidade, e nem o homem ameaçado em sua masculinidade.

Os mistérios da sexualidade feminina são difíceis de compreensão, até para a própria mulher. A fisiologia do seu corpo, ligada à sua sexualidade, faz com que ela sinta medo de não conseguir viver sua feminilidade de acordo com ela mesma e com a expectativa da sociedade. *“Ela tem medo de conhecer e dominar um corpo cheio de mistérios que não entende. Ela vislumbra seus segredos na menarca, na gravidez, na lactação e na menopausa; essas coisas tão estranhas que lhe acontecem e a modificam tão profundamente, quer queira ou não. Todas essas coisas ligam-se aos seus genitais - a vagina, o seio - tem relações com o sexo, e seus desejos sexuais tornam-se então, mais complicados, porque lhe ensinaram que mulher não pode falar de sexo, não pode mostrar seus genitais, nem exprimir seus desejos eróticos. Tem que ser recatada e pura enquanto solteira, mas exímia na cama se tiver um companheiro.”* (Monteiro, 1990, pág. 39).

Esses mistérios da sexualidade feminina são envoltos por tantos aspectos já descritos e, além deles, pesa muito a experiência de vida pessoal da mulher, que dependendo da maneira como se percebe, poderá causar-lhe uma dissolução de seus sentimentos e fantasias sexuais, podendo assim fracionar cada um deles, tentando buscá-los em diferentes parceiros. Esse é um fato que pode ser ilustrado por um caso clínico, onde a pessoa não consegue colocar de maneira ordenada suas idéias sobre a própria sexualidade, vivendo incongruentemente, causando-lhe transtornos sexuais e vários sintomas devido ao estado depressivo em que vivencia sua sexualidade.

Refere-se a uma pessoa que, aparentemente, teve infância e adolescência “normais”, iguais a tantas outras pessoas. Porém, certos acontecimentos causaram-lhe impactos desastrosos, sentindo indignação por certas lembranças do passado. Entre tantos fatos marcantes para ela, relatou fantasias que tinha com relação à vida a dois quando iniciava a adolescência. Seus pais sempre brigavam muito. Nesse período, lia fotonovelas. Ela fazia uma ligação do final feliz das fotonovelas com a vida conturbada de seus pais. O resultado é que fantasiava um grande amor romântico, cheio de prazeres, mas sempre com

um final trágico. Segundo suas palavras: *“era um sofrimento adorável, onde rolavam cenas eróticas e muitas lágrimas”*. Aos dezesseis anos, conheceu o atual marido, com quem se casou devido a uma gravidez não programada. Desde então, viveu um relacionamento conflituoso. Sempre manteve relações extraconjugais por não encontrar no marido aquilo que esperava de um homem; estava em busca, segundo ela, *“de um príncipe encantado.”* Quando chegou ao consultório trouxe como queixa principal um medo terrível de chuva, mas todas as suas falas se restringiam as questões sexuais e aos relacionamentos que mantinha com o marido e mais dois amantes. No início, havia certa confusão quando se referia ao marido; dizia que ele era lindo, inteligente, gentil, que conseguia sentir prazer sexual com ele, mas não o amava e seu objetivo era um dia se separar dele. Insatisfeita com essa questão, encontrou nos outros homens aspectos que pareciam atender suas expectativas: um era romântico, carinhoso; o outro, excelente parceiro na cama; e o terceiro, por ele, sente amor, gosta do cheiro e do contato com o corpo dele.

Mesmo se relacionando com esses três, e dizendo que o que falta em um encontra em outro, sentia um vazio imenso, uma insatisfação consigo mesma e com a vida em geral. A cliente sentia-se completamente confusa com tudo o que relatava. Às vezes demonstrava segurança no modo como conduzia sua vida, e, em outras, demonstrava angústia por esses mesmos atos. Esse seu comportamento diante de si mesma demonstra uma incoerência em sua vivência; uma maneira autêntica de se expressar e compreender seus verdadeiros sentimentos. Havia uma discrepância entre o que queria e o que estava experienciando; o que pode ser percebido nos seguintes relatos: *“gostaria de encontrar um homem com as qualidades dos três com quem estou me relacionando, ou seja, a inteligência e a beleza de um, o romantismo do segundo e o cheiro e contato físico gostoso do terceiro.”* “Ao longo do processo de terapia foram surgindo outras questões relacionadas a si mesma como: *“não sei o que está acontecendo comigo, as vezes me sinto perdida. Minha vida é um tédio; às vezes penso em separação, mas não tenho coragem de enfrentar a vida e perder a mordomia; tenho vontade de fazer alguma coisa, mas, acho difícil enfrentar as durezas da vida”*. Essa percepção que começava a sentir a respeito de si mesma demonstra que estava tomando consciência de sua vivência e do

mundo à sua volta. Estava voltando para si mesma, era um início de crescimento pessoal. Estava desenvolvendo um auto-conhecimento de sua insatisfação com seu modo de vida. Outro fato que a fez tomar consciência de seus sentimentos, foi quando se viu ameaçada por uma possível separação. Pela primeira vez, o marido concordou com seu pedido e, diante disso, se sentiu estranhamente infeliz, insegura, a tal ponto que todos os seus sintomas de depressão tomaram uma dimensão maior, com o aparecimento de outros, como perda de apetite e emagrecimento rápido, o que lhe custou um aumento da dose de medicamentos. Diante dessa eminência de separação, percebeu pela primeira vez que não estava com ele só pela segurança financeira, mas que também existia um sentimento de afeto, mesmo não sendo um amor verdadeiro. Tomou a iniciativa de relatar o relacionamento, pois, realmente ele exercia influência marcante em sua vida. Esse acontecimento contribuiu para uma tomada de consciência maior, e para o seu processo de mudanças e crescimento. Pôde perceber uma parcela de responsabilidade no problema que vivenciava e passou a buscar alternativas para melhorar sua relação com o marido.

Numa sessão seguinte, trouxe uma novidade que confirmou o seu processo de tomada de consciência, quando disse que estava à procura de um emprego, pois queria se sentir útil, viva e capaz. Nesse relato, demonstrou um movimento para chegar a um objetivo; sentiu-se feliz por tomar essa iniciativa e por querer enfrentar obstáculos. Houve, ainda, uma melhor compreensão de suas dificuldades, de seus sentimentos de insatisfação. Já percebe que não vai encontrar um príncipe encantado. Continua com seus relacionamentos extraconjugais, mas demonstra saber que não encontrará uma completude neles e que essa é a causa do imenso vazio que sente. Procurará preencher esse vazio investindo em si mesma.

Quando uma pessoa nasce, torna-se um ser humano de acordo com o meio no qual está inserido, independente de ser do sexo masculino ou feminino. O rumo de sua vida será de acordo com o campo experiencial em que for lançado. Ela não escolhe esse campo, mas, todos os outros dependerão da escolha dela própria. Para isso far-se-á necessário perceber o que está acontecendo consigo mesma e à sua volta, no que realmente acredita e se está vivenciando de um modo congruente ou não suas escolhas.

Percebe-se, então, que a sexualidade da mulher sofre interferências biológicas, psicológicas, socioculturais; fatores esses que estão na própria história de vida de cada uma. Partindo-se desse ponto de vista, para que a mulher consiga exercer sua sexualidade de maneira autêntica é necessário enfrentar suas dificuldades e vencer os diversos tabus que orientam sua vida. Estando ela envolta em uma série de fatores psicológicos ligados aos vários papéis que desempenha, que interferem na busca do prazer sexual, sobram pouco espaço e energia para o desempenho do papel de mulher possuidora de fantasias de desejo sexual. Essa busca do seu prazer sexual é considerada difícil, porque envolve aspectos complexos: físico (crescimento e desenvolvimento), religioso (sexo considerado pecado), educacional (considerado sujo), biológico (funcional) e social (carregado de preconceitos e machismo pelo homem e muitas vezes pela própria mulher). Além disso, existe uma ambivalência pois embora a mulher goste de se sentir sensual, sente que não pode vivenciar essa sensualidade de modo prazeroso; por isso se reprime, desenvolvendo bloqueios que interferem na vida sexual.

Para vencer esses bloqueios ela necessita, inicialmente travar uma luta consigo mesma, para se aceitar enquanto mulher, e depois, algumas outras: com o homem, pela dominação sexual, financeira e social, e com outras pessoas, pelo papel de filha e de mãe, por exemplo. Mas, a luta mais desafiante refere-se à sua própria sexualidade e os mistérios que a rodeiam, devido a vários contingentes do passado e do presente.

A revolução dos anos setenta foi realmente um marco em direção à conquista da libertação da mulher em vários aspectos, mas, com relação à sexualidade, aconteceu uma nebulosa; essa apenas superficial. A mulher ainda não estava preparada para assumir sua sexualidade plenamente, por não depender apenas dela mesma, mas também do homem para aceitar a mudança sexual da mulher de modo natural.

Pode-se perceber que a emancipação feminina teve como finalidade libertar a mulher dos bloqueios e tabus sexuais que a impedem de se realizar de forma plena. Sem dúvidas, mudanças em qualquer aspecto na vida do ser humano ocorrem de maneira gradativa, e a busca do prazer sexual da mulher não aconteceria de forma diferente, já que todas as mudanças causam conflitos. A mulher precisa considerar seu potencial de prazer sexual, pois, com a experiência, é possível melhorar sua forma de expressão sexual, sentir-se mais satisfeita com o próprio corpo e com o contato do corpo do homem, e confiar mais em si mesma, tornando-se livre e senhora de seu próprio desejo. Mas, tudo isso só poderá acontecer se, e somente se, houver a participação do parceiro numa

ajuda recíproca, onde poderá vivenciar um prazer sexual com qualidade e intensidade a dois.

No entanto consideramos que, se por um lado a mulher está querendo também sentir prazer e luta por ele, por outro, está o homem que não esperava essa mudança tão rápida por parte da mulher e que pode ser contrário a ela. Embora, essa situação traga desconforto para ambos, tanto um quanto outro terão que aprender a se comportar nesse novo contingente de atitude sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MICHAEL, A. e PEREIRA, C., Traídas pelo desejo. In: ISTO É, 12/96, n° 1418, pág. 132.
2. AZEVEDO, M. e GUERRA, V. (1998), *Infância e violência doméstica*. São Paulo, USP.
3. BEAUVOIR, S. (1994), *O segundo sexo*. São Paulo, Círculo do Livro, vol. 2.
4. BRANDÃO, J. (1997), *O mito de Narciso -Mitologia grega*. Rio de Janeiro, Vozes, Vol. II, Cap. VI, pág. 173 a 177.
5. CAVALCANTI & CAVALCANTI, (1992), *Tratamento clínico das inadequações sexuais*, São Paulo, Roca.
6. DORAIS, M. (1994), *O erotismo masculino*. São Paulo, Loyola.
7. EXPILLY, C. (1977), *Mulheres e costumes do Brasil*. São Paulo, Nacional.
8. FERREIRA, R. (1993), *Sociologia da educação*. São Paulo, Moderna.
9. FRAGER, R. (1986), *Rogers e a perspectiva centrada no cliente*. FADIMAN, James. Teorias da Personalidade. São Paulo, HARBRA, cap. 8, pág. 221-258.
10. FREUD, S. (1925), Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: *Obras psicológicas completas de Freud, vol. XIX, 1° reimpressão*. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
11. GIKOVATE, F. (1989), *Homem: o sexo frágil?*. São Paulo, MG.
12. GIKOVATE, F. (1984), *Sexo e amor*. São Paulo, MG.
13. GIKOVATE, F. 07/95, n° 07. Revista Cláudia.
14. GRAY, J. (1997), *Homens são de Marte, mulheres são de Vênus*. Rio de Janeiro, Rocco.
15. MACHADO, J. (1998), *Sexo com liberdade*. Rio de Janeiro, Vozes.
16. AZEVEDO, M. e GUERRA, V., (1999), Infância e Violência Doméstica - Carta Novembro, in: *Telecartas*, São Paulo, USP.
17. MIRANDA, C. e MIRANDA, M. (1995), *Construindo a relação de ajuda*. Belo Horizonte, CRESCER.
18. MONTEIRO, M. (1990), *Mulher: profissão mulher*. Rio de Janeiro, Vozes.
19. RIBEIRO, M. (1991), Conversando sobre sexualidade masculina. In: *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, IGLU, Vol. II, pág. 35-37.

20. SANTO, P. (1999), Sexualidade - Condição feminina. In: *Jornal Estado de Minas - Caderno Feininino*, 07/03/99.
21. SNDEK, J. (1981), *A sexualidade humana - Ensaio da ética sexual*. São Paulo, Paulinas.
22. SUPLICY, M. (1985), *Conversando sobre sexo*. Rio de Janeiro, Vozes.
23. SUPLICY, M. (1994), Sexualidade ao longo da vida. In: *Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
24. VITIELLO, N. (1998), Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. In: *Revista Brasileira de Medicina*. 11/98, vol. 55, Edição Especial, pág. 5 a 9.
25. STUDART, H. (1989), *Mulher objeto de cama e mesa*. Rio de Janeiro, Vozes.
26. TOSI, L. (1991), A ciência e a mulher, In: *Ciência Hoje*, vol. 13, número 75.
27. VITIELLO, N. e ISC, C. (1991), O Exercício a sexualidade na adolescência. In: *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, SBRASH. São Paulo, IGLU, vol. II, pág. 15-24.

O sexo e a morte asseguram a evolução das espécies 3

Patrícia Espírito Santo*

Ser um organismo vivo pressupõe, em via de regra, nascimento, reprodução e morte. Mas, desde que Darwin postulou a teoria da evolução, no século passado, tomou-se a consciência de que esses três atos da vida só acontecem em seres que possuem um verdadeiro núcleo: os eucariotas.

Até que estes seres complexos surgissem, o planeta era povoado por formas vivas elementares, as bactérias ou procariotas. O ciclo de vida desses seres é simples. Sua reprodução é feita pela divisão celular. Ao atingir um certo tamanho, a célula se divide em duas, que crescem separadamente e, mais tarde, também se dividem e assim continuamente.

O procariota não necessita do outro para se multiplicar. Faz uma reprodução solitária, assexuada. Isto faz com que, de certa forma, ele goze da imortalidade, uma parte de seu organismo estará sempre presente no mundo. Porém, o impede de ser um indivíduo, ele não se distingue em relação aos outros organismos da espécie à qual pertence, são idênticos uns aos outros.

Para o procariota, não existe a morte natural, apenas a morte por algum efeito externo, como alguma interferência hostil do meio ambiente.

* Jornalista, pós-graduada em Educação Sexual pela SBRASH.

Recebido em 25.07.99

Aprovado em 05.08.99

A “imortalidade” pode estar assegurada, mas esses seres não “saem do lugar”, ou seja, não evoluem, estão fadados ao imobilismo. Este tipo de reprodução assegura apenas a conservação da espécie.

A individualização, em termos de estrutura corporal, está presente nos organismos que se reproduzem sexualmente, que possuem gametas sexuais, células reprodutoras masculinas ou femininas. Ao se fundirem, os gametas dos dois sexos dão origem a um ovo, uma célula única. Nenhuma outra será igual a ela, isto porque os gametas que a formaram possuem cargas genéticas variáveis que permitem inúmeras combinações. E é exatamente esta variedade de combinações que torna a reprodução sexuada capaz de adaptar os organismos às modificações do meio ambiente onde vivem.

A sexualidade não multiplica os indivíduos. Ela viabiliza o remanejamento do seu patrimônio genético, dando origem a uma nova vida, distinta, indivisível, portanto mortal. Animais que procriam morrem, o que torna a morte inseparável do sexo e da individualidade. Para Michel Foucault, *a morte é o preço que, pagamos pela individualidade. E o sexo é o meio pelo qual a individualidade se desenvolve e é conservada*².

Por ser racional, apenas a espécie humana tem consciência de que um indivíduo nasce, se reproduz e morre; reconhece a sua finitude no tempo e no espaço. Só o homem é capaz de projetar-se no futuro, ao contrário dos animais irracionais que têm somente consciência do perigo imediato, fato que os leva a agir por instinto.

O homem sabe que seu corpo se transforma ao longo da vida. O corpo da criança adolece, amadurece e envelhece. Se o curso natural for seguido, o homem morre quando atinge o máximo de sua competência. “Desaparece” quando soma um número imensurável de conhecimentos. Seria justo?

Sabemos que somos filhos do sexo e da morte a que a morte, salvo por acidente, não é repentino. O ser humano ‘maduro’ dá lugar ao jovem através da procriação e do repasse de seus conhecimentos e habilidades; a morte dos mais velhos abre espaço a outras visões e ao desenvolvimento de novas idéias, muitas vezes, baseadas nas antigas. Para Jaques Ruffié, *a existência de uma faculdade de comunicação lógica permitiu ao homem, desde muito cedo, colocar os seus conhecimentos em comum, primeiro por tradição oral depois fixando-os na escrita. Seu volume constituiu a cultura. O cruzamento das gerações, devido à longevidade humana, favoreceu a transmissão cultural e, portanto, sua expansão*¹.

A imortalidade mais familiar ao homem é a religiosa, que prega a vida após a morte. Ele é mortal, porém sua alma é eterna. Já a visão da imortalidade não teológica reside na possibilidade de deixar registros de

sua existência no mundo; através dos filhos de seus filhos, o homem acredita estar deixando um pouco de si, significa ser lembrado pelos seus atos por pessoas que jamais conheceu ou ser reverenciado, como um ancestral, por seus sucessores na cadeia familiar. Há também a imortalidade alcançada pelas obras realizadas em vida.

A natureza é onipotente sobre o homem em relação ao sexo e a morte. Esses são os tributos que pagamos pela nossa evolução, que nos torna superiores à uniformidade dos outros animais.

Vivemos com muitos objetivos. Não nos contentamos em manter-nos apenas vivos. Necessitamos nos expandir. A energia que o corpo humano consome, através da transformação dos alimentos e do oxigênio, num primeiro momento, é canalizada para o crescimento, o desenvolvimento do corpo e do organismo. Quando o crescimento atinge seus limites naturais, os níveis de energia excedem e ela passa a ser canalizada para outros fins. No caso dos procaríotas, isso assume a forma de um modo assexuado de reprodução, a simples divisão celular. Nos homens, o excedente de energia é descarregado na função sexual, como descreveu Wilhelm Reich: *maturidade significa que a energia que (interiormente era necessária ao processo de crescimento está então disponível para ser descarregada através da função sexual*³.

Os animais irracionais se unem na relação sexual por instinto, para que ela lhes dê descendentes perpetuando suas espécies. Alguns têm o tempo de vida limitado a um único acasalamento. Na comunidade das abelhas, o zangão, macho reprodutor, morre após cumprir a missão de fecundar a rainha. Já entre os peixes, o salmão morre logo após a desova.

O ciclo de vida oferece muitas oportunidades de acasalamento entre outras espécies animais. A maioria dos vertebrados só se acasala em determinada época do ano, quando ocorre o cio da fêmea. O resto do tempo, machos e fêmeas convivem lado a lado sem o “desejo” de procriarem.

Apesar de polêmico, não há como negar que o comportamento sexual humano vai muito além da função reprodutiva. Como ser racional, ele tem sentimentos, desejos. O sexo envolve atração, excitação, jogo de sedução, fantasias, escolhas. O acasalamento exige um contato físico, íntimo. Qualquer que seja o período do ano, homem e mulher podem estar dispostos a um encontro.

Joaquim Motta comenta, em seu livro “O Orgasmo Sentimental”, que *a atração sexual originalmente orientada para a reprodução biológica, seria o embrião do amor, que se desenvolveria, até uma fase mais avançada, integralmente aprofundada no campo sentimental. Dessa nova*

*base reprodutiva animal, desenvolveríamos todo o infinito contingente de encontros humanos prazerosos e afetivos*⁴.

Sabe-se que os laços que unem os seres humanos são, sobretudo, de ordem cultural e dependem mais da sua educação do que do património biológico. O homem escolhe seu objeto sexual, é flexível, “criativo”, canaliza o apetite sexual de diversas formas. Para Ernest Becker, o homem não quer ser um mero animal fornicador como qualquer outro. *Ele quer ser um herói cósmico, com uma especial contribuição para o universo isso é o significado para a vida no mundo*⁵.

Quando o sexo reverte o processo de individualização

Está claro que o sexo é um fator imprescindível para a individualização e que morremos porque somos indivíduos, temos uma estrutura singular. Porém é a própria sexualidade que inverte o nosso processo de individualização. Perdemos o sentido de nós mesmos quando mergulhamos no outro ser durante o ato sexual para depois retornarmos como indivíduos. A sexualidade é a antítese da estrutura. Devolve-nos à fonte de nosso ser, a célula única da qual proviemos². O sexo representa a conscientização da espécie e, como tal, a derrota da individualidade⁵.

*O corpo de minha companheira deixa de ser uma forma e converte-se numa substância disforme e imensa na qual, ao mesmo tempo, me perco a me recobro. Nós nos perdemos como pessoa e nos recobramos como sensações. À medida que a sensação se faz intensa, o corpo que abraçamos se faz mais e mais intenso... O abraço carnal é o apogeu e a perda do corpo. Também é a experiência da perda da identidade, dispersão de formas em mil sensações e visões... Só podemos perceber a mulher amada como forma que esconde uma alteridade irreduzível ou como substância que se anula e nos anula*⁶.

Octavio Paz⁶ nos lembra de que, ao nascer, fomos arrancados da totalidade; no amor, sentimos-nos voltar à totalidade original. Por isso, as imagens poéticas transformam a pessoa amada em natureza - montanha, água, nuvem, estrela, selva, onda, mar. É uma reconciliação com a totalidade que é o mundo.

Vivemos assim como num vai e vem entre o ser único e o ser dentro de um todo; o ser individual e o ser parte de um social. A nossa noção de indivíduo esbarra também com a de liberdade. O ser humano, que havia deixado de ser a cópia da divindade, agora também deixa de ser um resultado da evolução natural e ingressa na ordem da produção industrial: é uma

fabricação. *Esta concepção destrói a noção de indivíduo e assim ameaça os valores e crenças que têm sido o fundamento das civilizações e das instituições sociais e políticas. Nossa tradição acreditava que cada homem e cada mulher eram um ser único, “irrepetível”; nós, os modernos, os vemos como órgãos, funções e processos*⁶.

Referências Bibliográficas:

1. RUFFIÉ, J. O. *O sexo e a morte*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1988.
2. FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Volume 11, 7ª edição, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1994.
3. REICH, W. *A função do orgasmo: problemas econômicos-sexuais da energia biológica*. São Paulo, Círculo do Livro, 1989.
4. MOTTA, J. Z. B. *O orgasmo sentimental*. São Paulo, Iglu Editora, 1995.
5. BECKER, E. *A negação da morte*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Editora Record, 1995.
6. PAZ, O. *A dupla chama: amor e erotismo*. 2ª edição, São Paulo, Siciliano, 1994.

A educação moral **4**

Maria Luiza Macedo de Araujo*

Resumo

O homem é um ser sexuado, portanto, a sexualidade faz parte de toda sua vida e das relações interpessoais, ainda que possa optar por não exercer a sexualidade genital. A moral também implica na relação do homem com o seu meio social e os estudos têm se desenvolvido no campo da Filosofia, da Psicologia e da Religião. Este trabalho discute a educação moral do ponto de vista da psicologia do desenvolvimento a partir das abordagens piagetiana e kohlberguiana relacionando-as à problematização da sexualidade no Brasil. Enfatiza-se a necessidade do debate ético nas questões sexuais inserindo-as num contexto de relevância social e de pesquisa, onde a universidade participa com a produção de saber e discussões acerca da sexualidade humana.

* Psicóloga. Mestre em Psicologia. Doutora em Filosofia, Professora do Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (RJ).

Recebido em 05.08.99

Aprovado em 25.08.99

Desde os tempos mais remotos o homem, vivendo em sociedade, estabeleceu regras de conduta impondo limites a fim de levar em conta o seu semelhante. A partir do momento em que estabeleceu um conjunto de regras tidas como incondicionalmente válidas, precedidas de larga tradição oral, estava criada a moral.

Um dos temas centrais da Psicologia do Desenvolvimento diz respeito ao desenvolvimento moral da criança. Por moralidade entendemos “o conjunto de regras culturais que foram internalizadas pelo indivíduo” (Biaggio, 1983, p. 176). A moralidade permeia todo o campo de ação do homem e o comportamento moral é aquele que obedece às regras de conduta social internalizadas. Lalande (1993) define moral (adjetivo) como “referente quer aos costumes, quer a regras de conduta admitidas numa sociedade determinada” e moral (substantivo feminino) como “conjunto de regras de conduta admitidas numa época ou por um grupo de homens”... “conjunto das regras de conduta tidas como incondicionalmente válidas”... “teoria arrazoada do bem e do mal. Ética. A palavra, neste sentido, implica sempre que a teoria em questão visa conseqüências normativas” (p. 704705). Moral e Ética se complementam, sendo que Moral se refere aos costumes e Ética geralmente é definida como a ciência que se ocupa dos objetos morais - a Filosofia Moral. Embora não seja fácil uma distinção entre os sistemas morais, que é o objetivo de estudo da Ética, e o conjunto de normas e atitudes de caráter moral predominantes em uma sociedade num dado momento; geralmente, se limita o estudo da Ética às idéias de caráter moral que têm uma base filosófica (Mora, 1988). A definição de moral acima sugere algumas questões: como o homem criou determinadas regras de conduta que visam a sua ação em relação ao seu semelhante? Que limites foram impostos para que pudesse sobreviver em sociedade? Com certeza houve necessidade de que algumas regras básicas existissem para garantir a sobrevivência individual, da prole e do grupo.

Para sobreviver às condições adversas dos primórdios da humanidade, o homem precisou desenvolver certas habilidades e adaptar o ambiente às suas necessidades. Por exemplo, ao observar que as sementes caíam na terra e se transformavam em novas plantas, passou a plantar e iniciou o processo de agricultura (Taylor, 1997; Tannahill, 1983), isto só foi possível porque o ser humano tem um intelecto que o capacita a estabelecer relações causais entre diversos fenômenos. Das espécies vivas, somente o homem tem a capacidade de modificar a natureza para as suas necessidades ou prazer, criando a cultura. Certas regras básicas de conduta deveriam ser observadas para garantir a própria sobrevivência, estas regras se

transmitiam de geração para geração e se internalizaram, tornando-se válidas em todos os aspectos (ex. tabu do incesto). Desta forma, a moralidade é um requisito básico para que a sociedade possa existir, ou seja, a natureza humana é dotada da capacidade de agir moralmente; de outra forma, nossa espécie já estaria destruída. Assim, a humanidade do homem depende da moralidade. Seguindo esta linha de raciocínio, passamos a estudar o desenvolvimento moral, que procura explicitar como a capacidade de fazer julgamentos morais e agir moralmente são internalizados pelo sujeito. O desenvolvimento da moralidade implica em responder primeiramente como as regras são interiorizadas (consciência). Em segundo lugar, não basta que a criança conheça as regras, ela deve ser capaz de seguir as regras internalizadas inibindo os impulsos contrários às mesmas e finalmente, deve aprender a fazer julgamentos morais, ou melhor, ter a capacidade para fazer julgamentos morais. Por outro lado, para que as regras sejam internalizadas, devem ter algum valor para o sujeito, caso contrário ele apenas as seguirá com medo da punição.

A Psicologia deu uma grande contribuição à educação ao discutir a moral de um ponto de vista do desenvolvimento do ser humano. Podemos distinguir três linhas de raciocínio que nos darão explicações diferentes, de acordo com pressupostos teóricos diversos: 1) Para Freud, a criança desenvolve a moralidade a partir da resolução do Complexo de Édipo, através do processo de identificação, que é o processo de incorporação, em sua totalidade, das regras pelas quais os pais operam (maturacionismo). 2) Se considerarmos o enfoque da aprendizagem, os trabalhos enfatizam quase que inteiramente o estudo do Comportamento moral e de seus antecedentes e não sobre as regras internalizadas. 3) Os autores que seguem uma linha de desenvolvimento cognitivo estão interessados em estudar os julgamentos morais (Bee, 1977) e, neste sentido, Piaget se torna fonte de referência obrigatória ao lançar a fundamentação para as pesquisas sobre desenvolvimento e julgamento moral, ou seja, o desenvolvimento das cognições sobre “questões morais - suas compreensões das regras, suas crenças e julgamentos” (Mussen, Conger, Kagan e Huston, 1995, p. 403). Para ele, a base cognitiva na qual se desenvolvem as demais possibilidades de interação entre a criança e o mundo é inata e se apresenta organizada em estágios nos quais um é pré-requisito do outro. Desta forma o indivíduo pode passar por todos e atingir o mais elevado, ou então se fixar em algum e não atingir os subseqüentes. Assim, o desenvolvimento se dá em estágios que representam transformações de estruturas cognitivas primárias aplicadas ao mundo externo e, no curso desta aplicação, elas se acomodam. Ele diz que:

“1. Os estágios implicam diferenças qualitativas distintas das crianças no modo de pensar ou de resolver os mesmos problemas em diferente idades.

2. Estas diferentes formas de pensar formam uma seqüência, ordem ou sucessão invariável no desenvolvimento do indivíduo. Enquanto os fatores culturais podem apressar, atrasar ou parar o desenvolvimento eles não modificam sua seqüência.

3. Cada uma destas diferentes e seqüenciais formas de pensamento formam um ‘padrão estruturado’. Um dado estágio de resposta (a given stage response) numa tarefa não representa uma resposta específica determinada pelo conhecimento e familiaridade com tal tarefa ou tarefas similares: mais que isso, representam uma organização de pensamento subjacente...

4. Os estágios cognitivos são organizações hierárquicas. Os estágios formam uma ordem de estruturas progressivamente diferenciadas e integradas para completar a mesma função” (Piaget, 1960, apud Kohlberg, 1972, p. 4, tradução livre).

Segundo Piaget, a moralidade na criança caminha do realismo moral ou moralidade heterônoma (em torno de 3 a 10 anos) para a moralidade de cooperação ou moralidade de reciprocidade (após 9 ou 10 anos) ou seja, da heteronomia para a autonomia. No primeiro período, a criança acredita que as regras morais são fixas, imutáveis e eternas, ainda não consegue entender a relatividade das regras morais, aplicando o mesmo raciocínio das regras dos jogos àquelas. A característica principal desta fase é o julgamento pelas conseqüências, com absolutismo dos julgamentos a consideração de uma conexão incondicional entre fazer algo errado e a punição. Com o avanço da idade este tipo de raciocínio dá lugar ao estágio que Piaget denomina de moralidade de cooperação ou moralidade de reciprocidade, no qual a criança passa a compreender que as regras são mantidas por algum tipo de acordo social e podem ser mudadas. O declínio do egocentrismo é progressivo e dá lugar à compreensão de que pode haver vários pontos de vista para um dado assunto e que a punição não significa que a ação seja intrinsecamente certa ou errada, seus julgamentos já incluem a intenção e não apenas as conseqüências.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Kohlberg (1963, 1968, 1971, 1972 A, 1972 B, 1976) se dedicou ao estudo do desenvolvimento, julgamento e educação moral. Ele postula que, tal como o desenvolvimento cog-

nítive, o desenvolvimento moral se dá em estágios ordenados; criando uma base inata que dotaria o sujeito com a capacidade de julgar moralmente, a cultura criaria a especificidade na qual o desenvolvimento moral aconteceria e os julgamentos morais seriam efetivados. Kohlberg validou esta teoria com estudos longitudinais e transculturais, sua abordagem cognitivo-comportamental possui algumas pressuposições básicas que se contrapõem ao relativismo moral, que são:

1. Frequentemente tomamos decisões diferentes e mantemos os mesmos valores morais básicos.

2. Nossos valores são originados internamente (gerados dentro de nós mesmos) enquanto processamos nossa experiência social.

3. Em toda cultura e sub-cultura do mundo, os mesmos valores morais básicos e os mesmos passos em relação à maturidade moral são encontrados. Enquanto o meio social produz diretamente crenças específicas (por exemplo fumar é errado, comer porco é errado) elas não geram diferentes princípios morais básicos (por exemplo considerar o bem estar dos outros; tratar as pessoas igualmente, etc).

4. Embora os valores básicos difiram, isto é grandemente porque nós estamos em diferentes níveis de maturidade em pensamento sobre padrões morais e sociais básicos. O contato com os outros mais maduros nos ajudam a estimular a maturidade em nossos próprios processos de valoração. Somos, entretanto, seletivos em nossas respostas aos outros e não incorporamos automaticamente os valores dos mais velhos e autoridades importantes para nós. (Kohlberg, 1972, p. 34-35, tradução livre)

Dentro da visão cognitivo-desenvolvimental, a Psicologia Educacional postula que o professor tem um papel importante como aquela pessoa que irá facilitar o processo de desenvolvimento moral da criança (e do aluno em geral) colocando questões que estejam dentro da sua compreensão e possibilidade de julgamento. Além disso, a aprendizagem e o desenvolvimento infantis deveriam ser realizados no contexto de uma ideologia educacional ligada a uma filosofia da educação aliada à ética filosófica. Todo professor deveria ter conhecimento dos princípios éticos e Psicológicos a fim de transformar a educação num processo de desen-

volvimento global do ser humano e não apenas no desenvolvimento cognitivo. A educação moral não deve ser confundida com educação religiosa nem com doutrinação pois, assim estaria traindo seu objetivo principal que é a estimulação em direção a julgamentos mais maduros, que culminam com um entendimento claro dos princípios universais de justiça seguindo a seqüência natural de cada criança e não o desenvolvimento intelectual moral por mera aceleração. A educação que estimula o desenvolvimento infantil não é imposta, ela simplesmente impulsiona para o novo patamar que naturalmente está sendo construído dentro da capacidade do educando. Para isso, o professor deveria ter conhecimento dos estágios de desenvolvimento moral e cognitivo, estimulando a transição para o próximo estágio, antes que ele se fixe naquele em que estiver (Kohlberg, 1972). Como já foi dito, desenvolvimento não significa mudança ao longo do tempo, é somente transformação que é seqüencial ou ordenada, mais diferenciada, adaptativa, e assim por diante (Kohlberg, 1968). O desenvolvimento em estágios implica no seguinte critério:

1. A mudança é irreversível. Uma vez que tenha ocorrido, não pode ser desfeita, esquecida ou substituída sob condições normais.

2. A mudança é geral, sobre um conjunto de respostas e situações.

3. A mudança é uma transformação em forma, padrão ou qualidade de resposta, não meramente na frequência de sua correção de acordo com um critério externo.

4. A mudança é seqüencial; ela ocorre numa série invariável de passos.

5. A transformação é hierárquica, isto é, formas mais tardias de resposta dominam ou integram as formas mais primitivas (Kohlberg 1972 p. 13, tradução livre).

Os estágios de desenvolvimento moral podem ser comparados aos estágios de desenvolvimento cognitivo de Piaget, pois seguem a mesma abordagem, além disso, é postulado que a cognição é importante para seu pleno desenvolvimento.

A tabela abaixo compara os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget aos estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg: (1972, p. 45, tradução livre), que postula uma correspondência entre o desenvolvimento cognitivo e o moral. Para o desenvolvimento moral é necessária uma base cognitiva, mas a recíproca não é verdadeira.

Estágio lógico	Estágio moral
Pensamento intuitivo, simbólico	Estágio 0. O bom é o que eu quero e gosto
Operações concretas: Sub-estágio 1: Classificação categorial	Estágio 1 Orientação punição obediência
Operações concretas: Sub-estágio 2: Pensamento concreto reversível	Estágio 2. Hedonismo instrumental e reciprocidade concreta
Operações formais: Sub-estágio 1: Relações envolvendo o inverso do recíproco	Estágio 3. Orientação para relações interpessoais de mutualidade
Operações formais: Sub-estágio 2	Estágio 4. Manutenção da ordem social, regras fixas e autoridade
Operações formais: Sub-estágio 3	Estágio 5A: Contrato social, perspectiva utilitária da estrutura legal
	Estágio 5B: Orientação para superioridade da lei e consciência
	Estágio 6. Orientação para princípios éticos universais

Embora a teoria de Kohlberg tenha sido replicada e obtido resultados que a referendem, não ficou imune às críticas e as mais sonoras foram as que

...disseram que Kohlberg na verdade não está falando sobre todos os aspectos do 'raciocínio moral'. Em vez disso, como o próprio Kohlberg reconheceu em seus escritos posteriores (Kohlberg e colaboradores, 1983), ele está falando sobre o desenvolvimento do raciocínio acerca da justiça e honestidade. E o que podemos dizer sobre o raciocínio moral a respeito de fazer o bem, o raciocínio baseado em alguma ética diferente da justiça, tal como uma ética baseada na preocupação com os outros e os relacionamentos? (Bee, 1996, p. 357)

O trabalho de Kohlberg tem uma aplicabilidade muito grande se for relacionado às questões sexuais, Pois sexo é mais que genitalidade (Araujo, 1985, 1995, 1997) e torna-se necessário que se encare o homem num sentido holístico, onde as variáveis que interferem no seu comportamento são múltiplas, sendo que aquelas ligadas ao raciocínio moral tornam-se muito importantes pois os relacionamentos interpessoais estão diretamente ligados à sexualidade. Questões ligadas ao gênero, à liberdade, à violência física e psicológica, à cidadania, à ética, dentre outras, são pontos importantes a serem considerados ao se trabalhar com este tema e fazem parte dos

parâmetros curriculares, nos quais a sexualidade e a ética são tratados de forma transversal. Se considerarmos os questionamentos ligados à sexologia clínica, da mesma forma teremos que levar em consideração os relacionamentos interpessoais e seus desdobramentos, fatalmente passando pelas mesmas questões mencionadas anteriormente.

Os dilemas morais são freqüentes em todos os trabalhos com sexualidade humana (Kohlberg, 1972 A), sejam eles na clínica, na educação ou em projetos sociais. Por exemplo: Como é possível exercer a sexualidade para o crescimento e realização pessoal sem levar em conta o outro? Que limites nós temos enquanto seres sexualizados e livres e, portanto, responsáveis pelas nossas escolhas?

Temas controvertidos tais como: aborto, virgindade, sexo seguro, controle da natalidade/planejamento familiar, etc. suscitam dilemas morais e não podem ter soluções impostas. Além disso, extrapolam os limites do indivíduo para se inserir num campo mais amplo que é o da educação, saúde e políticas públicas. Exemplificando: como harmonizar o novo papel sócio-sexual da mulher sem infra-estrutura familiar e doméstica? Em outras palavras: o que fazer com os filhos pequenos quando se precisa ou quer trabalhar fora? Além disso, não foi só o papel sócio-sexual feminino que mudou mas também o masculino. Qualquer trabalho em educação ou terapia sexual que não passe pela discussão dos papéis sócio-sexuais está fadado ao fracasso. Como discutir papéis sócio-sexuais sem (re)pensar a sexualidade (e não apenas sexo/genitalidade)? Como falar de sexo/sexualidade para crianças pequenas? Que tipo de material utilizar? Como orientar os professores que lidam com crianças para abordarem temas sexuais, ou responderem às perguntas de seus alunos? As perguntas são muitas e necessita-se de mais estudos nesta área com embasamento psicológico, filosófico, antropológico e sociológico.

Por outro lado, a tradição cultural brasileira evidencia uma estrutura verticalizante onde a moral não foi discutida e sim imposta por instâncias superiores (Estado/Igreja). Nossa crítica se refere não à religião em si nem ao Estado enquanto poder, mas à ação tuteladora que impediu a discussão ética entre nós em tempos passados. Ora, como foi dito acima, na problematização da sexualidade isto se torna evidente até porque os dilemas morais existem de forma muito concreta e a liberdade com responsabilidade e compromisso se torna um alvo difícil de atingir no país do “jeitinho”. O assunto é de tanta relevância que a Ética é um dos temas que estão presentes nos parâmetros curriculares e a orientação sexual também se insere como um dos pontos importantes que devem ser tratados. Questões simples tais como o conhecimento e funcionamento do próprio corpo, às vezes se tor-

nam carregadas de tabus impedindo que muitas pessoas tenham acesso à informação correta ou a distorçam envolvendo os próprios valores na educação. Em outro trabalho (1997) discutimos a formulação da moral sexual no Brasil e como o sexo deixou de possuir o sentido de existência para se transformar em matéria, sinônimo de pecado, resultando ao longo dos séculos, numa visão restritiva de sexo genitalizado e reprodutivo.

Ao longo de nossa história, a educação moral significou passar para a criança e para o jovem a idéia de que a elevação moral estaria ligada à virtude. Se considerarmos a educação sexual, este posicionamento fica ainda mais claro. Somente no século XX, com os trabalhos de Piaget, na Psicologia, e Dewey, na Educação, procurou-se repensar o ser humano como tendo uma capacidade de se desenvolver em interação dinâmica física, intelectual e moral. Porém, temos uma tradição cultural que nos leva a perceber como as crenças e valores em relação à sexualidade estão carregadas da visão de que o sexo se justifica pela procriação e, portanto, o prazer não precisa fazer parte da educação. Apenas para ilustrar, lembremos que até bem pouco tempo, quando se falava em educação sexual o discurso era invariavelmente ligado às doenças sexualmente transmissíveis, fecundação e gravidez (Araujo, 1995, 1997). A medicina endossou posicionamentos pseudo-científicos a deu um *status* de ciência ao discurso moralista (Costa, 1983, Araujo, 1985, 1995, 1997), como exemplo, citaríamos trabalhos de dois médicos que reafirmam posicionamentos moralistas com ares de ciência. José de Albuquerque, publicou em 1930 um livro que se chama *Moral sexual*. Ele afirma:

A função sexual, quando realizada dentro dos preceitos da boa ética, sem ser desviada de sua verdadeira finalidade, sem ser transformada em objeto de prazer, respeitando a todos os preceitos da moral sexual, (...) nada tem de imoral, como nenhuma imoralidade existe em qualquer função do organismo, quando orientadas, conforme já vimos, de acordo com os preceitos da fisiologia e da higiene.

O fim de todas as funções é o mesmo, garantir a conservação do organismo, tendo além deste, a função sexual um outro, que é o de garantir a conservação da espécie. (p. 19-21)

Neste livro a questão sexual não é vista como a possibilidade de interação entre duas pessoas, mas sim como uma forma de aliviar uma necessidade premente nos homens, porque, segundo o autor, as mulheres que são honestas não têm tais necessidades. Ele compara a sexualidade a

qualquer atividade fisiológica, tal como a digestão. Além disso, repete Santo Agostinho dizendo que o sexo não deve ser praticado por prazer. Sua posição não fica coerente quando diz que, em períodos nos quais a esposa não pode se relacionar com o marido ele deve procurar uma prostituta, pois não é saudável reprimir a função sexual, ou seja, a masturbação é um dos comportamentos mais abobináveis, segundo o autor. Outro médico, José Gonzaga Franco Filho, apresentou uma tese em 1946 da qual transcrevemos um pequeno trecho apenas para ilustrar seu discurso:

...o pecado contra a Castidade é, sem dúvida, a maior e mais perniciosa fonte dos males que minam a saúde e a vida da Humanidade () A virtude cristã, muito sabiamente, costuma indicar com grandes, incalculáveis proveitos físicos e morais para todos da família, os seguintes tempos de viverem como irmãos, guardando a nobreza da continência conjugal

1° Os dois primeiros meses de casados. (...)

2° Aos Domingos e Dias Santos de guarda. (...)

3° Durante o tempo da Quaresma, isto é, de Quarta-feira de Cinzas até a Páscoa. (...)

4° Durante as quatro semanas do Advento, isto é, do Primeiro Domingo até o Natal. (...)

5° Nas temporadas de Pentecostes e nas de Setembro, isto é, nos dias de Quarta-feira, Sexta-feira e Sábado da Semana depois de Pentecostes ou dia do Divino e da Semana depois da Exaltação da Santa Cruz, 14 de Setembro. (...)

6° Nos três dias de Rogações ou Ladainhas que precedem o dia da Gloriosa Ascensão do Senhor. (...)

7° Nas quatro vigílias principais, a saber: - 1° da véspera do Divino (Pentecostes); 2° da véspera da Assunção da Senhora; 3° da véspera de São Pedro a São Paulo e 4° da véspera de Todos os Santos... (p. 17, 52-53)

Em ambos observa-se que o discurso médico apenas referenda o discurso moralista da época, onde não havia uma fronteira clara entre posicionamentos morais e religiosos (no último o discurso é medieval). Embora nos países adiantados já se estivesse discutindo a moral de um ponto de vista social e não religioso, aqui ainda se repetia a velha fórmula de aliar a moral à virtude e ser bom seria observar alguns posicionamentos religiosos. A formulação da moral sexual de um ponto de vista de desenvolvimento do juízo moral é ainda bem recente entre nós e significa lidar-

mos com liberdade e responsabilidade para nos comprometermos corriqueiramente com nossas escolhas e discutirmos a noção de justiça, bem e felicidade enquanto meio e/ou fim do homem. Num mundo de dúvidas talvez tenhamos apenas uma certeza, que é a de que não podemos passar nossos valores como se fossem a única verdade, como foi feito outrora.

Do nosso ponto de vista, sexualidade se insere na totalidade que é o ser humano e sua relação com o mundo que o cerca, sendo, portanto, parte importante da socialização (Araújo, 1997), já que educação sexual significa, acima de tudo, lidar com valores incorporados pela família ao longo de gerações. Precisamos entender e explicitar como o ser humano age e pensa pois ao se falar em sexualidade estamos lidando não apenas com o comportamento sexual ou com a psicofisiologia da sexualidade, estamos, acima de tudo, lidando com tabus, preconceitos e toda a bagagem cultural do sujeito e do grupo. Isto não se aplica somente à criança e ao adolescente mas sim a todos que vivem em sociedade e convivem com o outro, daí a abrangência do nosso estudo e a necessidade de se repensar a sexualidade do ponto de vista do desenvolvimento moral. Porém, nos deparamos com algumas questões: se, por um lado temos uma capacidade inata de agir moralmente a fazer julgamentos morais, por outro lado, a cultura estabelece certos padrões de certo/errado (bem/mal) que nos são passados através de gerações pela tradição. A linguagem aparece, então, como forma de transmissão cultural, daí alguns autores estudarem-na como forma de controle (Foucault, 1980) ou como forma de transmissão de regras, que podem ser prescritivas ou proscritivas, expondo a estrutura lógica da linguagem na qual o pensamento é expressado (Hare, 1964, 1967) criando a especificidade (crenças e valores) na qual os julgamentos morais se desenvolvem; para ele, as normas morais são imperativos universalizáveis. Kant (1948) postulou que a natureza humana é dotada de uma capacidade inata de agir moralmente e que o ato moral é aquele que é executado por dever. Ele se tornou fonte embasamento e referência obrigatória para todos aqueles que lidam com a questão da moralidade e influenciou nitidamente Piaget, Kohlberg, Hare e outros pensadores recentes.

Por capacidade inata de agir moralmente, entendemos “*o que é dado pela constituição biológica do indivíduo (...) as disposições, as tendências afetivas e ativas...*” (Piaget, 1995, p. 2) ou seja, uma predisposição que capacita o ser humano a interagir com o outro estabelecendo uma relação de reciprocidade. O meio fornece a especificidade na qual suas tendências se desenvolverão, por exemplo, nascemos com a capacidade para falar, mas o meio nos proporcionará os estímulos para desenvolvermos a nossa linguagem oral, assim falaremos em português, francês

ou inglês, mas em qualquer idioma poderemos pensar e fazer juízos morais. Nossa relação com os semelhantes propiciará meios para resolvermos nossos conflitos e dilemas morais.

Schiavo e cols. (1997) analisaram programas de televisão aberta veiculados em horário nos quais as crianças assistem e observaram que os mesmos passam mensagens negativas e/ou depreciativas em relação ao papel sócio-sexual feminino, reafirmando os estereótipos de gênero. Embora já existam alguns que veiculem o tema de forma tendendo a ser adequada, e muito poucos realmente educativos, concluíram que deve haver uma seleção por parte da família, ou seja, uma postura crítica em relação ao material veiculado, pois a TV é um poderoso meio de comunicação de massa. Neste sentido, a televisão se tornou um importante veículo de transmissão de crenças e valores, pois entra nos lares difundindo as mais diversas mensagens, geralmente sem fins educativos, apesar de ter um potencial muito grande de promover excelente material de cunho educacional. Assim, deveria obedecer a critérios éticos e educacionais, valendo-se de uma consultoria especializada, sem deixar de ter seu lado comercial, caso contrário não seria viável.

Temos uma pesquisa que está em fase de análise de dados na qual se procura reavaliar a atitude e comportamento sexual de estudantes universitários realizada em 1985. Trata-se de importante material pois estamos usando o mesmo instrumento e procedimentos utilizados há 13 anos e temos evidência que aconteceram algumas alterações importantes. Os primeiros resultados já podem nos remeter a questões sérias relacionadas à atitude e comportamento sexual. Deixamos para um outro trabalho estas considerações, pois extrapolam os objetivos deste artigo.

Como foi dito acima, há uma grande aplicabilidade para os estudos tanto de julgamentos morais como de desenvolvimento e educação moral ligados à sexualidade humana e esperamos, em um futuro bem próximo, trazer os resultados dos trabalhos desenvolvidos no Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho, no Rio de Janeiro.

Nosso trabalho foi norteado pela visão de que devemos lutar para que o debate ético seja ampliado em nossa sociedade, não ficando apenas no meio acadêmico, e que a educação seja planejada com a finalidade não apenas de desenvolvimento intelectual, mas que a Ética faça parte do crescimento global de professores e alunos. Além disso, cabe à universidade produzir um saber que procure suprir grande parte de nossas necessidades. Neste sentido somos pioneiros, pensando a sexualidade humana e debatendo-a no meio acadêmico, tendo a preocupação da nossa pesquisa atender à demanda da sociedade, desenvolvendo projetos de nítida relevância social.

Referências Bibliográficas

1. ALBUQUERQUE, J. *Moral sexual*. Rio de Janeiro, Tipografia Coelho, 1930.
2. ARAÚJO, M. L. M. *Moral sexual: um estudo sobre o pensamento católico e suas relações com a sociedade brasileira*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Universidade Gama Filho, 1995.
3. _____. M. L. M. *A sexualidade do universitário: uma pesquisa entre estudantes do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Universidade Gama Filho, 1985.
4. _____. M. L. M. *Sexo e moralidade: o prazer como transgressão no pensamento católico*. Londrina, UEL, 1997.
5. ALBUQUERQUE, J. *Moral sexual*. Rio de Janeiro, Tipografia Coelho, 1930.
6. BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Tradução de Antônio Carlos Amador Pereira e Rosane de Souza Amador Pereira. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1977.
7. _____. *A criança em desenvolvimento*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
8. BIAGGIO, A. M. B. *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis, Vozes, 1983.
9. COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
10. FOUCAULT, Michael. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
11. FRANCO FILHO, J. G. *A castidade nos três estados*. Fortaleza, 1946.
12. HARE, R. M. *The language of morals*. New York, Oxford University Press, 1964.
13. _____. *Freedom and reason*. New York, Oxford University Press, 1967.
14. INOUE, A. A., ABREU, A. R., NOGUEIRA, N. M. R. e cols. Parâmetros curriculares nacionais: convívio social e ética. Ministério da Educação e do Desporto: Secretaria de Ensino Fundamental. Versão preliminar, dezembro, 1995.
15. KANT, Emmanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Coimbra, 1948.
16. KOHLBERG, L. A cognitive-development approach to moral education. *The Humanist*, 1972-A, nov/dec, 13-16.
17. _____. L. Early education: a cognitive-developmental view. *Child development*, 1968, 39, 1013-1062.
18. _____. From is to ought: How to commit the naturalistic fallacy and get away with it in the study of moral development. In: MISHEL, T. S., ed, *Cognitive development and epistemology*. New York, Academic Press, 1971.
19. _____. The concepts of developmental psychology as the central guide to education: examples from cognitive, moral and psychological education. In: REYNNOLDS, M. C., ed. *Proceedings of the conference on psychology and the process of schooling in the next decade: alternative conceptions*. Washington, U. S. Office of Education, 1972-B.

20. _____. Moral stages and moralization: the cognitive-developmental approach. In: LICKONA, TH., ed. *Moral development and behavior*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1976.
21. LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. Tradução de Fátima Sá Correia et al. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
22. MORA, José Ferrater. *Dicionário de Filosofia*. Barcelona, Alianza Editorial, 1988.
23. MUSSEN, P. H., A. CONGER, J. J., KAGAN, J., HUSTON, A. C. *Desenvolvimento e personalidade da criança*. São Paulo, Harbra, 1995.
24. PIAGET, J. *O julgamento moral na criança*. Tradução de Elzon Lenardon. São Paulo, Mestre Jou, 1977.
25. _____. Os procedimentos da educação moral, in MACEDO, L. (org.) *Cinco estudos de educação moral*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.
26. SCHIAVO, M. e cols. Erotismo, sexualidade e relações de gênero na programação infantil das emissoras de TV. *Scientia Sexualis*. Rio de Janeiro, UGF, n° 3, 1997.
27. TANNAHILL, R. *O sexo na história*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
28. TAYLOR, T. *A pré-história do sexo: quatro milhões de anos de cultura sexual*. São Paulo, Campus, 1997.

Trabalhos
de
Pesquisa

Ejaculação precoce: sintoma ou mito? 1

Sheiva K. F. Cherman*

Resumo

Biológica e culturalmente, o homem em qualquer idade pretende o seguinte desempenho sexual: obter ereção na hora e com quem desejar; manter seu pênis ereto o máximo de tempo até a obtenção do orgasmo e conseguir o mais rápido possível uma nova ereção, visando um segundo orgasmo (1). Este é o padrão comportamental mais comum, com o qual um homem se sente sexualmente seguro. Quando isto não ocorre, ele tanto fica preocupado com o tempo de sustentação do pênis, como com o número de penetrações. Esta e outras ansiedades podem levar à “ejaculação precoce”, que contribui para o sintoma de disfunção erétil ou impotência sexual. Este estudo, realizado durante 15 anos a partir de questionários respondidos por 719 pacientes de diversas faixas etárias, tem dois objetivos: chamar a atenção para as causas do sintoma de “ejaculação precoce”, que certamente favorece o aumento do número de casos de impotência sexual e eliminar o critério: “precoce” do comportamento sexual masculino, já que as mulheres estão cada vez mais liberadas, obtendo orgasmo clitorianamente. Liberto da ansiedade com o tempo da ejaculação, viverá normal, sadia e prazerosamente a sua sexualidade.

* Psicanalista. Sexóloga e Escritora. Membro da International Society for Impotence Research.

Recebido em 29.05.99

Aprovado em 20.06.99

Introdução

Para entender como a ejaculação precoce leva à disfunção erétil é preciso analisar o comportamento sexual, ainda determinado por conceitos obsoletos. Diversos fenômenos sociais e históricos, que criaram dogmas a regras de comportamento sexuais, contribuem para as preocupações com o desempenho peniano, culminando em doenças sexuais. Iniciemos com a cultura do “falo” pênis ereto, pronto para penetração como sinônimo de *poder*, conquista, vigor e por último vitória (2). Ligado a isto, a cultura sexual obsoleta visa associar a atividade sexual à procriação, condicionando o homem, até os dias de hoje, a valorizar somente os orgasmos ocorridos na posição vaginal. Durante séculos, a cultura valorizou os homens que “possuíam” uma mulher e este comportamento era ratificado pelo ato sexual com penetração e orgasmos na posição vaginal. Qualquer padrão diferente era considerado socialmente desvalorizado, inadequado, indesejável e até pecado. Este padrão de intercurso sexual potencializa-se na busca do “*sexo ideal*” (3), estimulando o casal a obter orgasmos concomitantes. Sabemos que isto quando ocorre, é extremamente prazeroso, mas raramente acontece. Por isso quem busca este padrão de desempenho sexual, como o risco de viver no descompasso sexual, angustiado e frustrado orgânica e psicicamente, culminando na possibilidade de originar as mais diversas disfunções sexuais.

Historicamente o “falo” (o pênis) cumpre o papel de instituinte da cultura patriarcal, machista, representando a masculinidade (4). Também cobranças de padrões de desempenho; comprometimentos com imagens viris insustentáveis a desconhecimento de que a mulher necessita de mais tempo de excitação para atingir o orgasmo são outros fatores que tornam uma relação sexual insatisfatória a frustrante. Isto diminui a auto-estima e aumenta a angústia, que podem desencadear a “*ejaculação precoce*” e a impotência sexual.

A partir deste estudo os urologistas podem compreender melhor os fatores psicológicos responsáveis pelos problemas sexuais no sexo masculino e que, na maioria das vezes, não necessitam de tratamento com medicamentos ou cirurgias. O médico terá mais informações sobre o comportamento sexual do homem e poderá discutir com o paciente os aspectos psíquicos das disfunções sexuais. Quando o urologista consegue confirmar que a queixa sexual não é causada por um distúrbio orgânico, o mais importante é discutir com o paciente formas de repensar padrões sexuais totalmente inadequados, que só prejudicam a saúde sexual. O homem só poderá exercer plenamente sua sexualidade se estiver livre da preocupação

com a virilidade e entender que a vida sexual não se limita ao desempenho peniano.

A sexualidade é a área fisiológica-emocional que mais mobiliza o ser humano porque atua na libido, o instinto responsável pelo prazer sexual. A libido é irregular, imprevisível, atemporal, inconstante e progressiva, demandando ser atendida (5). Caso contrário se adocece. A partir da segunda metade deste século, as conquistas da mulher mudaram os padrões teóricos e comportamentais sexuais femininos, e a maioria dos homens se assusta com isto, como por exemplo, o fato de a mulher também exigir seu orgasmo, deixando de ter apenas uma atuação passiva. O medo de não corresponder às expectativas da parceira aumenta a preocupação do homem atual e seu desempenho sexual, potencializando se o temor de não ter uma ereção satisfatória e duradoura (6). Embora tenha ocorrido a revolução sexual, a maioria dos homens ainda busca desempenhos sexuais defasados na cultura e no tempo, distanciando-o dos anseios da mulher contemporânea, tais como os impostos por imagens viris insustentáveis, um ideal ultrapassado de “*poder*” e prazer sexual.

Estes e outros são fatores responsáveis pelo crescente número de queixas de “*ejaculação precoce*” e impotência sexual de origem psicológica nos consultórios de urologia. Muitas vezes o médico não está preparado para resolver o problema, pois não encontrando uma causa orgânica, frustra ainda mais o paciente, que deposita nele a expectativa de “cura milagrosa”.

Métodos

Esta pesquisa foi realizada em 15 anos de clínica, através de um questionário com 18 perguntas, que foi respondido por 719 pacientes (tabela 1). A maioria apresentava queixas de impotência sexual (520 casos ou 72%) e ejaculação precoce (199 casos, ou 28% - tabela 2). Foram estabelecidos critérios quanto à faixa etária, considerando *adolescentes* pacientes entre a puberdade e 18 anos (num total de 50 casos ou 7%); *jovens adultos*, de 18 a 25 anos (num total de 122 pacientes ou 17% dos casos); *adultos*, entre 25 e 40 anos, (num total de 223 pacientes ou 31 % dos casos); *adultos maduros*, entre 40 a 65 anos, (num total de 310 pacientes ou 43% dos casos); e idosos, maiores de 65 anos, (num total de 14 pacientes ou 2% dos casos). Quanto à avaliação dos questionários, foram usados os critérios: *importantíssimo*, *importante*, *pouco importante*, *nenhuma importância*, *sim*, *não* e *jamais cogitei isso*.

As perguntas do questionário implicando concertos desempenho e idade foram:

1. Quando você pratica masturbação solitária, preocupa-se com o tempo entre o aparecimento da ereção e sua sustentação, até a obtenção do orgasmo?
2. Você prioriza sua imagem viril através de seu desempenho peniano?
3. Você compete com sua parceira durante o ato sexual: *“quem é melhor na cama, eu ou ela?”*
4. Você compete com amigos parceiros dela: você costuma perguntar *“o outro lhe proporcionava mais prazer que eu?”*
5. Você considera fundamental o *“sexo-ideal”*, isto é, orgasmos simultâneos na posição vaginal?
6. Sua primeira preocupação é com sua ereção, tempo de duração x rigidez?
7. Sua primeira preocupação é se vai conseguir atingir o orgasmo?
8. Sua primeira preocupação é proporcionar orgasmo à parceira?
9. Você já teve alguma experiência que considerou como fracasso, temendo repeti-la?
10. Num mesmo encontro, você deseja ter mais de um orgasmo ou um só lhe basta?
11. Você considera que *“só possuiu uma mulher”* se for através de penetração vaginal?
12. Praticando sexo oral, você se preocupa com o tempo do aparecimento da ereção e sua duração até a obtenção do orgasmo?
13. Você já considera e computa o tempo de ereção na fase de excitação ou esta só passa a ser valorizada após a penetração?
14. As mulheres ardentes ou liberadas o assustam?
15. Ou ao contrário, este tipo de mulher o atrai e fascina?
16. Mulheres que tomam a iniciativa, conduzindo o ato sexual, abalam sua segurança e sua masculinidade?
17. Há mulheres que, já no início da relação, manifestam que também têm direito e querem seu orgasmo. Isto é vivido como uma cobrança de ereção interferindo em seu desempenho?
18. No caso em que a parceira já tenha obtido o orgasmo por carícias preliminares, com outras práticas e sem penetração, você ainda se preocupa com o tempo de sustentação da ereção penetrado?

Resultados

Quanto à impotência, 453 pacientes ou 87% apresentavam no passado queixas de ejaculação precoce. Apenas 67 pacientes, isto é, 13% dos que reclamavam de impotência não revelaram sofrer ejaculação precoce. No que diz respeito ao perceptual total de ejaculação precoce, 652 casos, ou seja, 91% apresentavam ejaculação precoce como queixa principal ou antecedente de impotência. Apenas 9%, ou seja, 67 casos, apresentavam somente impotência.

Ainda no que diz respeito aos resultados, a análise das respostas revela que 98% dos pacientes que praticam a masturbação solitária não se preocupam com o tempo de manutenção da rigidez peniana até o orgasmo. Este dado reforça a afirmação de que o homem, ao praticar a masturbação solitária, liberto da avaliação da parceira, não se preocupa com o critério: *tempo* de ereção até a obtenção do orgasmo.

Somente a faixa etária acima de 65 anos demonstra essa preocupação. Talvez porque, a partir desta idade, os fatores orgânicos relacionados à disfunção erétil sejam mais frequentes. Quanto à associação entre imagem de “*poder*” e virilidade através do desempenho peniano, 96% acham importantíssimo e importante. É mais um dado que revela o quanto os homens ainda tendem a seguir um padrão sexual ultrapassado. E quanto à competição com a parceira na cama, 82% afirmam, de maneira consciente ou inconsciente, que é importantíssima e importante. Quanto à competição com amigos parceiros, 84% classificam como importantíssimo ou importante. Apenas 5% acreditam não ter nenhuma importância. Estes duas últimas respostas mostram que a necessidade de competir aumenta a ansiedade, que por sua vez é um fator que leva à “*ejaculação precoce*”, aumentando as chances de o homem sofrer impotência sexual de origem psicológica.

Quanto ao “*sexo ideal*” (com orgasmos simultâneos na posição vaginal), 30% consideram *importantíssimo*; 21% pouco importante e 9% não consideram importante. Isto significa que 67% ainda valorizam o “*sexo ideal*”. Quanto à preocupação com a ereção, o tempo de duração e a rigidez peniana, 87% dos pacientes priorizam este comportamento. E 84% consideram importantíssimo atingir o orgasmo e 82% têm a mesma preocupação com a parceira.

Sobre a possibilidade de a parceira apresentar problemas sexuais e ter dificuldade para atingir o orgasmo, pois muitas fingem, 27% acreditam que isto seria possível, 39% não pensam a respeito e 34% jamais imaginam esta hipótese. Cerca de 22% afirmam ser importantíssimo ter mais de um

orgasmo na mesma relação, 62% classificam como importante, 11 % pouco importante e 5% não demonstram nenhuma importância. Isto significa que a maioria valoriza o número de orgasmos num mesmo ato sexual (quantidade) em detrimento da qualidade. Quanto à questão “possuir e ser possuída” através da penetração vaginal, 45% dizem ser importantíssimo, 42% importante, 7% pouco importante e para 6% não têm importância. E 100% no sexo oral não se preocupam com o tempo de excitação a sustentação da ereção até o orgasmo. Cerca de 14% já consideram o tempo de ereção antes da penetração e 69% nunca cogitam isso. Em ambas as situações não foi valorizado o fator: *tempo*.

Quando se trata de mulheres ardentes e liberadas, 46% dos entrevistados dizem que se assustam com esse tipo de comportamento, enquanto 54% se sentem fascinados por elas. As mulheres que tomam a iniciativa, conduzindo o ato sexual, deixam 77% dos homens inseguros. Apenas 21 % não se sentem abalados e 2% nunca cogitaram nisso. Quanto as mulheres que exigem seu orgasmo, cerca de 94% dos homens se sentem ameaçados. Mesmo depois de a parceira já ter obtido o orgasmo nas carícias preliminares, 82% dos entrevistados dizem que ainda se preocupam com o tempo de sustentação da ereção.

Modelo da tabela

Tabela 1

Nº TOTAL DE PACIENTES INVESTIGADOS = 719 CASOS					
FAIXA ETÁRIA	ADOLESCENTES puberdade a 18 anos	JOV. ADULTOS de 18 a 25 anos	ADULTOS de 25 a 40 anos	MADUROS de 40 a 65 anos	IDOSOS maior de 65 anos
Nº DE PACIENTES	50	122	223	310	14
	7%	17%	31%	43%	2%

Tabela 2

QUEIXA PRINCIPAL – IMPOTÊNCIA – TOTAL = 719 CASOS		
	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
IMPOTÊNCIA	520	72%
EJACULAÇÃO PRECOZE	199	28%

Tabela 3

QUEIXA PRINCIPAL – IMPOTÊNCIA – TOTAL = 520 CASOS		
INVESTIGANDO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
COM ANTECEDENTES DE EJACULAÇÃO PRECOCE	453	87%
SEM ANTECEDENTES DE EJACULAÇÃO PRECOCE	67	13%

Tabela 4

PERCENTUAL TOTAL DE EJACULAÇÃO PRECOCE = 652 CASOS = 91% DO TOTAL		
INVESTIGANDO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
COMO QUEIXA PRINCIPAL	199	28%
COMO ANTECEDENTE DA IMPOTÊNCIA	453	63%
SÓ IMPOTÊNCIA	67	9%

Tabela 5

Modelo de questionário de avaliação dos conceitos x desempenho x idade
MASTURBAÇÃO SOLITÁRIA

Nesta prática, você se preocupa com o **tempo** entre o aparecimento da ereção e a sua sustentação até a obtenção do orgasmo?

CRITÉRIOS DE CONCEITOS	FAIXA ETÁRIA										TOTAL		
	ADOLESCENTE		JOVEM ADULTO		ADULTO		ADULTO MADURO		IDOSO				
	Puberdade < 18		De 18 a 25		De 25 a 40		De 40 a 65		De 65				
	50		122		223		310		14				
	pesquisados		pesquisados		pesquisados		pesquisados		pesquisados				
Importantíssimo											0	0%	
Importante									12	86%	12	2%	
Pouco importante									2	14%	2	0%	
Nenhuma impotência											0	0%	
Sim											0	0%	
Não	50	100%	122	100%	223	100%	310	100%			705	98%	
Nunca cogitei isso											0	0%	
TOTAL	50	100%	122	100%	223	100%	310	100%	14	100%	719	100%	

Discussão

Este trabalho demonstrou que a maioria dos casos de impotência começa com queixas de “ejaculação precoce”, o que justifica uma investigação e estudo mais detalhados deste tema. A priorização da preocupação com o “tempo de ereção” associada à cobrança de penetração é achado comum e significativo (96% independente da idade) em pacientes portadores de disfunções eréteis (ejaculação precoce e impotência).

A questão aqui discutida é: a co-relação ejaculação x tempo deve obedecer a que critérios? é considerada precoce em relação a que? ao tempo de penetração? ou orgasmo da mulher? Ejaculação é sinônimo de orgasmo? Sabemos que não. Não foi encontrado nenhum trabalho científico da O. M. S. estabelecendo a padronização de um tempo entre a obtenção da ereção, sua sustentação (penetrado ou não) e o orgasmo.

Os achados significativos que sugerem mudanças de abordagem são:

- 98% dos pacientes não se preocupam com o critério tempo entre a obtenção da ereção, e sua sustentação até a obtenção do orgasmo, na prática da masturbação solitária;
- 86% não cogita ou avalia o fator tempo de sustentação de ereção antes da penetração;
- na prática oral, 100% foram unânimes em apresentar total despreocupação com o tempo entre o aparecimento da ereção até o orgasmo.
- 87% valorizam a prática intravaginal a representante do “possuir e ser possuída” portanto da sua virilidade (conceito de falo), sendo que 67% consideram importante e importantíssimo.

Finalizando, mesmo depois da parceira já ter obtido o orgasmo nas práticas preliminares, 82% ainda se preocupam com o tempo de sustentação penetrados. O homem contemporâneo deve ser orientado a entender que o orgasmo feminino ocorre com mais frequência e rapidez através de estimulação do clitóris, o que significa dizer que a mulher não precisa, obrigatoriamente, ser penetrada pelo pênis para atingir o orgasmo ou sentir prazer. Também devem saber que há muitas mulheres que só assim têm orgasmo e isto não se trata de distúrbio. Ela valorize ser

fisicamente penetrada, mas valoriza muito mais ser penetrada afetiva e emocionalmente.

Os urologistas, profissionais de saúde, psicanalistas e sexólogos devem repensar e tentar ajudar os pacientes a trocar seus padrões sexuais inadequados, demonstrando-lhes que os tabus e os conceitos educacionais ultrapassados só servem para trazer problemas, adoecendo-os, psíquica e fisicamente. É preciso ter coragem para implantar novos conceitos e paradigmas. No exercício da sexualidade, é importante que os profissionais da área ensinem o paciente a dispor de liberdade para agir de maneira natural, autêntica e espontânea, livre de competições e comprometimentos com imagens de sucesso pré-fabricadas. Deve-se trabalhar e orientar este paciente a ter uma vida sexual sadia e prazerosa, portanto ele deve ir para o ato sexual despreocupado com o binômio imagem/desempenho, trocando a ansiedade e a preocupação quanto o tempo e a rigidez de sua ereção/ejaculação por uma postura espontânea e natural. Quanto aos critérios quantidade x qualidade do orgasmo, e também competições, o mais importante é orientá-lo à valorização da qualidade da relação em detrimento da quantidade, pois sexo não é gincana. Esclarecer-lhe que quanto mais diversificada as formas de dar e receber prazer, mais rico e gratificante será a relação para ambos. Para que isso seja atingido, é necessário que entre o par a comunicação seja a maior, melhor e honesta possível, desde as fantasias sexuais até as expectativas emocionais e comportamentais advindas do relacionamento sexual. Isto proverá mais encontros internos e externos, o que o fará sentir-se mais seguro, sadio, capacitando-o a sentir-se mais apto ao lidar com sua realidade. Uma relação sexual não deve ser um cenário de jogos de poder, com adversários bem treinados, que pretendem participar de uma competição para saber quem detém o melhor desempenho sexual. O casal deve objetivar a vontade de proporcionar prazer mútuo.

Muitos fatores contribuem para a dificuldade diagnóstica da disfunção erétil. A investigação torna-se mais ágil e fácil quando há uma abordagem multidisciplinar nas primeiras consultas ao urologista. A participação de um terapeuta sexual é essencial. Quanto mais rápido e eficaz o diagnóstico, o que só se dá com um questionário especificamente orientado, maiores as chances de bons resultados no tratamento.

Referências Bibliográficas

1. CHERMAN, S. *A força vital, o homem, a mulher e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1996, cap. 4, p. 171.
2. SCHATZ-EILBERG, Howard. *O falo de Deus*. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1995, cap.1 p. 17-24.
3. CHERMAN, S. *A força vital, a mulher, o homem e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1996, cap. 4, p. 156
4. SCHWARTZ-EILBERG, Howard. *O falo de Deus*. Ed. Imago, Rio de Janeiro, cap. 2, p. 48-57.
5. CHERMAN, S. *Sexo x Afeto, o grande desafio*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1994, cap. 2, p. 69-72.
6. CHERMAN, S. *Sexo x Afeto, o grande desafio*. Ed. Saraiva, 1994, São Paulo, cap. 5, p. 183-95.
7. CHERMAN, S. *A força vital, a mulher, o homem e a virilidade*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1994, cap. 4, p. 134-180.

Comportamento sexual: estudo fenomenológico com pessoas portadoras do HIV **2**

Maria Cristina Pinto de Jesus*
Vanessa Nascimento Machado**
Daniela Nascimento Machado***

RESUMO

O presente estudo foi realizado pelo Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, e buscou a compreensão do vivido concreto de pessoas contaminadas pelo HIV, em relacionamentos sexuais. Foram realizadas entrevistas fenomenológicas com pessoas que compareceram ao ambulatório do Hospital Universitário para receber medicação, buscando-se a compreensão do significado de seu comportamento motivacional frente à vida sexual. As seguintes questões foram colocadas para os sujeitos participantes: Como você se contaminou com o vírus da AIDS? Hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista? As descrições foram analisadas

* Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da UFJE. Orientadora do Programa de Iniciação Científica-PIBIC/CNPq/UFJF.

** Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, bolsista do Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFJF.

*** Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, bolsista do Programa de Iniciação Científica BIC/UFJF.

na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, tendo emergido as categorias *Doença* e *Vida sexual* que caracterizaram a ação dos sujeitos frente à vida sexual como sendo, a princípio, de negação sobre a fatalidade do HIV, mas, no que diz respeito aos relacionamentos íntimos a pessoa deseja ser aceita, embora refira-se à restrição da vida sexual por medo de contaminar o outro, ser contaminada e ser discriminada.

Unitermos: HIV/AIDS; Comportamento sexual; Fenomenologia.

SUMMARY

The following study was done by the Program of Cientific Iniciation of the Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil and searched the comprehension of experienced concret in live of HIV positive people through of sexual relations with were realized interview into the phenomenology with these persons was to accept medication at the Universitarian hospital's ambulatory searching the comprehension of motivation meaning of their actions in the sexual's life. The following questions were put to the participants: How did you contaminate your-self with HIV? Nowadays how do you act in your sexual relations and what do you have in mind? The descriptions were analysed in the perspective of the social phenomenogy by Alfred Schütz, being merged the categories of *Disease* and *Sexual life* that characterize the action of the individuals according the sexual life as being inially of denial, the fatality of HIV, but, at the moment of intimacy long for acceptance from their partner, although, it refers to restriction of sexual life because of tear, awareness of the contamination risk and to escape prejudice.

Uniterms: HIV/AIDS; Sexual behavior; Phenomenology

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Sempre considerada importante na história da humanidade, seja exaltada por poetas, seja reprimida pelas leis religiosas, a sexualidade, de modo consciente ou não, esteve presente nas relações sociais.

Nas últimas duas décadas, com o surgimento da AIDS, as questões ligadas à sexualidade humana foram mais evidenciadas dado o caráter fatal da doença.

De acordo com BRAGANTE (1994) vivemos um processo de instalação de novos conceitos de amor e sexo, já que o mundo está aterrorizado

pela AIDS. Daí passamos a questionar: Como podemos viver a sexualidade plenamente com o advento da AIDS?

O vírus da AIDS pode estar reduzindo grandemente as possibilidades de as pessoas desfrutarem a sexualidade em sua plenitude devido à preocupação com a contaminação.

O HIV impôs um quadro claro de ameaças à integridade física e mental das pessoas. Os danos e as conseqüências ocasionados aos contaminados transcendem o biológico e provocam danos sociais, envolvendo aspectos psicológicos, éticos e legais, constituindo-se num grande problema de Saúde Pública.

Apesar dos avanços nos estudos sobre a AIDS, até o momento, não foi descoberto nenhum medicamento que libere o organismo permanentemente do vírus; e portanto, a prevenção constitui, ainda, a única forma efetiva de que se dispõe.

Preocupado com o crescimento da doença, o Ministério da Saúde vem implementando o Projeto de Controle das DSTs/AIDS II desde 1998, com previsão de ações até 2002. O novo Programa, no nível nacional, inclui projetos específicos dirigidos aos diferentes subgrupos da população, considerados pelo seu grau de maior vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV, diante da realidade de disseminação da epidemia.

Num primeiro plano, o projeto visa contemplar a população em geral por meio da divulgação de campanhas publicitárias de massa, da implementação de serviços de saúde e do apoio às iniciativas de segmentos da sociedade civil organizada. Num segundo momento, por meio de parcerias com instituições de responsabilidade dos Ministérios da Educação e da Justiça, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Institutos de Treinamento e Pesquisa e outras não governamentais, busca estabelecer intervenções junto às populações mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres, caminhoneiros, povos indígenas, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 1997, pp. 2-3).

Todas as propostas ministeriais têm a prevenção como estratégia prioritária para o controle do HIV e epidemia da AIDS, considerando que a veiculação do vírus depende, sobretudo, do relacionamento sexual de risco, do uso comunitário de agulhas e seringas por toxicômanos e da hemoterapia não controlada.

Até que ponto as campanhas publicitárias e outras propostas ministeriais estariam motivando as pessoas a terem atitudes preventivas em relação à AIDS?

Apesar de a transmissão do HIV pelo sangue contaminado vir declinando, graças a um processo mais rigoroso de intervenção e controle da

triagem sangüínea, o crescimento do número de indivíduos usuários de drogas injetáveis que adquiriram o HIV por compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas é um dos fenômenos mais importantes a serem enfrentados, responsável que é pela alteração mais recente do perfil de transmissão do HIV/AIDS no país (BRASIL, 1997, p. 2).

Somam-se a esse fato as práticas sexuais consideradas inseguras, tais como, a parceria sexual múltipla, o ser parceiro receptivo, o uso de substâncias químicas que, muitas vezes, levam as pessoas ao risco sexual.

É importante salientar que as pessoas mantêm e continuarão a manter relações sexuais por diferentes motivos, apesar da ameaça da AIDS. Muitas a praticam como uma expressão de amor, para o prazer de seu próprio corpo ou de seu parceiro; outras, para ter filhos. O certo é que as pessoas relacionam-se sexualmente.

De acordo com CAVALCANTI (1993, p. 44):

... é ingênuo propugnar que se evitem relações sexuais. O que se pode desejar é que a sexualidade seja exercida sem riscos, e isto implica um processo educativo que leva a modificação de atitudes. A informação correta é essencial, mas ela só é válida quando é capaz de mobilizar o componente afetivo da personalidade e levar a pessoa a refletir e a reformular conceitos, propósitos e condutas.

É a partir da conscientização humana que se consegue a prevenção. No entanto, no que diz respeito à AIDS, ainda hoje, a carência de informação e o preconceito contribuem para a disseminação da doença.

Para COSTA (1989, p. 150) “a educação é um processo que se realiza no interior das relações sociais, independentemente da consciência que dele se possa ter”.

A dificuldade para realizar ações educativas efetivas com vista à prevenção da doença reside na necessidade de trabalhar a sexualidade na família, na escola e em outros segmentos sociais, levando em consideração o estigma que a AIDS, ainda hoje, representa para a sociedade.

Enquanto profissionais de enfermagem e exercendo a prática educativa em saúde, especialmente na prevenção da AIDS, realizamos ações de ensino, pesquisa e extensão universitária junto à comunidade visando conscientizar adolescentes escolares e adultos usuários dos Serviços de Saúde de Juiz de Fora, para reduzir o risco de transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e/ou hábitos sexuais.

Das ações desenvolvidas junto à clientela emergiram de nosso vivido profissional certas inquietações quanto ao comportamento sexual das

peças contaminadas com o HIV, considerando-se que o número de novos casos registrados continua crescendo. Sentimos a necessidade de interrogar: Como essas pessoas estariam se relacionando sexualmente? Qual o significado, para a pessoa contaminada, das ações preventivas em relação ao vírus da AIDS?

Assim, este estudo teve, como finalidade, compreender o vivido concreto das pessoas contaminadas pelo HIV, por meio de relações sexuais, buscando a significatividade de seu comportamento motivacional frente à vida sexual.

TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Idéias Básicas da Fenomenologia Social de Alfred Schütz

A fenomenologia é considerada um movimento cujo objetivo é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pelo sujeito conscientemente, sem teorias sobre sua explicação causal e livre o quanto possível de pressupostos e preconceitos (MARTINS, 1992).

Fenomenologia significa a descrição daquilo que se mostra em si mesmo para alguém que faz a interrogação, ou seja, é a ciência que tem por objetivo a descrição dos fenômenos e seu objetivo é buscar a estrutura invariante do fenômeno.

Alfred Schütz, sociólogo, discípulo de Weber na Sociologia Compreensiva, em sua teoria da ação social, propõe uma investigação filosófica da natureza da ação social, recorrendo basicamente, a obra de Edmund Husserl para trabalhar os conceitos de significado, compreensão e intersubjetividade.

Segundo Schütz, a estrutura significativa do mundo social somente pode deduzir-se a partir das características mais primitivas e gerais da consciência.

Assim, visa determinar a natureza precisa do fenômeno do significado mediante a análise da função constitutiva, chegando à conclusão de que *“a ação é uma vivência guiada por um plano ou projeto que surge da atividade espontânea do sujeito, sendo distinguida de todas as outras vivências por um ato peculiar de atenção”* (SCHUTZ, 1972, p. 243).

O autor propõe a investigação no mundo da vida cotidiana, considerando que o homem olha para esse mundo do ponto de vista da ati-

tude natural. Tendo nascido nesse mundo, que é social e cultural, o homem vive com seus congêneres e dá por certa a existência de objetos naturais. As pessoas interagem e compreendem a si próprias e aos outros na realidade social. No entanto, ressalta que somente o olhar reflexivo do observador eleva o conteúdo da consciência, do status pré-fenomênico até o fenomênico.

De acordo com CAPALBO (1998, p. 32), o fenomenólogo se volta para a atitude natural e estuda o que “já *se encontra estruturado a de certo modo interpretado, pois a realidade social já possui um sentido para os homens que vivem em seu seio*”.

Para SCHUTZ (1974, p. 23-24), a compreensão de uma determinada coisa só acontece ao reduzi-la à atividade que a criou e aos motivos que a originaram, somente sendo possível compreender a atividade humana compreendendo a ação correspondente. Assim, a ação está determinada pelo projeto que inclui o *motivo para*, que é o propósito da ação, e o *motivo-porque*, ou seja, a razão ou causa da ação.

Para interpretar a ação do ponto de vista do sujeito, ponto de vista subjetivo, Schütz indica um sistema objetivo de análise, cujos recursos metodológicos possam alcançar a estrutura subjetiva de sentido, ou seja, a tipologia do vivido.

A tipologia é elaborada em Schütz, a partir da vivência dos sujeitos. É o tipo vivido cujo sentido é obtido num ato vivido. O tipo vivido concreto possibilita a compreensão significativa de uma subjetividade comum.

O caminho metodológico

Fizeram parte do estudo quatro pessoas com teste HIV positivo, dentre elas, homens e mulheres que compareceram ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, no mês de novembro de 1998, para serem medicados, conforme rotina do serviço.

As pessoas foram abordadas individualmente após o consentimento escrito, por meio da entrevista fenomenológica, momento em que as pesquisadoras, numa relação face a face com o sujeito participante, buscaram a interação social para compreender a significatividade motivacional de sua ação frente à vida sexual.

Para obter esse significado, foi estabelecido um ambiente de confiança mútua, interativo, quando então foram colocadas as seguintes questões orientadoras do estudo: Como você se contaminou com o vírus da AIDS? Hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista?

Após cada encontro com os sujeitos, o depoimento gravado foi transcrito imediatamente, conferindo-se a transcrição com a gravação.

A análise do material foi feita de acordo com os seguintes passos:

- descrição da vivência dos sujeitos;
- construção da tipologia do vivido a partir das categorias emergidas dos depoimentos;
- análise compreensiva à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Entrevistas na íntegra:

ENTREVISTA - A

Pesquisadora: Como você se contaminou com o vírus da AIDS?

Falo, mas só que eu não sei como peguei. Lógico que eu saí com várias pessoas mas, eu não sei, eu não posso dizer qual pessoa que me passou isto, porque não sei; entendeu? Eu não sei quem foi que me passou este vírus, porque para eu pegar, alguém deveria estar só que, talvez a pessoa não soubesse que estava, é, e deu esse resultado péssimo, infeliz da minha vida, mas tudo bem, estou aqui, não estou? E vou continuar por muito tempo, se Deus quiser.

Pesquisadora: Hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista?

Como eu ajo? Eu ajo com muita cautela, porque eu acho que sou igualzinho mulher quando perde o marido, mas não aquela que tem fogo demais, né? Aquelas que têm assim um foguinho bem murquinho, porque eu não sinto vontade nenhuma mais, interesse, assim. Lógico, interesse a gente tem, né, a gente olha para uma pessoa, a gente tem um..., lógico que não perdi, não morri. Mas eu não tenho mais assim aquela preocupação, aquela ansiedade de ver um rapaz bonito, aquela coisa toda e ficar empolgado. Hoje eu vejo, comento até, falo, mas não me surte efeito nenhum, para mim é como se eu não tivesse nada, um..., ter ou não ter estou na

mesma, estou neutro tia história. É, estou neutro na história, não sinto desejo nenhum por isso não. Como eu ajo? Eu ajo com muita cautela, porque eu acho que... Não tive relação com ninguém mais e nem sei se vou ter; eu acho que a minha cabeça ainda não está preparada para isto, eu acho que ela não vai funcionar tão cedo para este tipo de coisa, eu acho que ficou assim! É, houve um bloqueio, né? Eu estar bem, uma outra pessoa estar bem também, mas acontece que eu sei o que tenho e não sei se aquela pessoa tem, entendeu? Então, misturou muita coisa e não quero, não quero que seja assim, eu quero que seja uma coisa normal, entendeu? Por exemplo, se for sair com uma pessoa, essa pessoa tem que saber que eu sou homossexual, um portador do HIV. Olha, eu passo por isso e quero que a pessoa também seja franca comigo. Agora, se ela aceitar, se ela não tiver algum vírus HIV, aquela coisa toda, vamos usar uma camisinha. Vamos usar sim, por que não? Você não tem, mais eu tenho. Então eu não quero, não quero coisa de vingança, sabe? Eu quero ser simples como todo mundo, eu quero ser franco com todos que chegarem até a mim. Tanto seja homem ou seja mulher, eu quero ser franco com todos. Poder falar as coisas que eu sinto, entendeu, numa boa.

Pesquisadora: Então você tem em vista...

É que eu perdi uma parte da minha vida. E foi a minha liberdade que perdi um pouco, entendeu? Eu já não sou tão assim é, sou uma pessoa liberal, entendeu? Aceito tudo numa boa, mas cortou um pouco, né? Aquela liberdade toda que eu tinha, né, aquela capacidade de fazer tudo, hoje eu sou uma pessoa limitada, então hoje eu não posso fazer tudo que eu fazia, então eu tenho que me dosar, sou uma pessoa dosada e tenho que dosar também. Eu tenho que neutralizar alguma parte de mim, então lima parte sendo dosada, é a parte sexual, entendeu? Porque eu sou portador do HIV, eu não posso ficar, é, me expondo muito, entendeu? Não posso, eu tenho que me conscientizar que eu não posso mais. Porque é lógico que eu gostaria muito de chegar e transar... com a camisinha, né? Mas a gente tem que se dosar mesmo, ficar por aí, botar a mão na consciência e agir em frente. Mas agir com consciência, né, lógico e evidente.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

Não, a não ser que você queira me perguntar mais alguma coisa. Eu acho que eu já falei, simplificando tudo que eu falei, né, porque simplificar isso tudo, juntar tudo, dá uma panela bem cheia. Aí, se você quiser perguntar mais alguma coisa?

Pesquisadora: Agradeço sua participação na pesquisa.

ENTREVISTA B

Pesquisadora: Como você se contaminou com o vírus da AIDS?

Na relação sexual. Eu já conhecia essa pessoa, já tinha um tempo, mas eu nunca fui de transar com um e com outro não, entendeu, mas assim, foi azar do destino mesmo.

Pesquisadora: Hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista?

Ah! Hoje eu já sei, né, no princípio foi mais difícil, eu pensei que eu não custei a acreditar que estava com o vírus e eu fiquei muito deprimida, sozinha, não contava nada para ninguém, tinha medo, vergonha das pessoas, né, dos meus pais, dos meus parentes, de todo mundo né, dos meus amigos. Mas agora, hoje eu já, assim..., já superei bastante, ainda não tudo, né, mas já superei. Desde o momento que eu descobri que eu tinha o vírus, não consegui mais ter nenhum parceiro, não penso em... falar em namoro comigo eu já fico uma pessoa assim... mais... sabe, uma pessoa mais fria, não tenho não, agora é só mesmo amizade. Se quiser ter alguma coisa além de amizade já não estou a fim. Parece que teve um bloqueio, sabe? Eu tenho medo, eu tenho medo de transmitir para outra pessoa, então, eu não tenho outro, nunca tive outros relacionamentos a partir do momento que eu fiquei sabendo. Não sei, deve ser uma coisa psicológica, né, é, porque da mesma forma que sinto, eu sinto, né, é raiva, não é bem raiva assim não, mas assim, aquela tristeza de ter contraído o vírus, então eu morro de medo de passar isso para alguém, então assim, eu tento, né, me afastar das pessoas, assim que querem algum tipo de relacionamento comigo, eu me afasto, eu não quero saber. Eu acho que é medo de passar para alguém, medo de contar para a pessoa e ter preconceito sabe, ou de que você comece a ficar com alguém, paquera, alguém, né, aí, você começa a gostar dessa pessoa, aí, de repente, você tem que falar com ela, e aí, ela não ser compreensiva o bastante, entendeu? Então, assim, é aquele medo da rejeição, então, para não acontecer isso, aí, eu nem tento.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Ah! Que nossa relação... eu sei que a única coisa que posso dizer que é muito difícil você conviver com esse vírus, porque infelizmente a sociedade ainda é muito preconceituosa, ainda as pessoas te olham de maneira diferente. Só mesmo quem te conhece, quem é teu amigo, entendeu..., que sabe, é que não importam com isso, mas outras pessoas... Já ouvi muita conversinha, muito fuxico, sabe... muito aquelas coisas, assim de Você estar no lugar, e o pessoal achar que... não sei, que a gente não

está escutando, né, ou então fala, né, para a pessoa realmente escutar, mas há muito preconceito. É muito difícil conviver com isso.

Pesquisadora: Agradeço sua participação na pesquisa.

ENTREVISTA C

Pesquisadora: Como você se contaminou com o vírus da AIDS?

Eu acredito que seja que nunca... (fomos interrompidos, alguém pegou uma cadeira na sala) eu acredito que foi numa transfusão de sangue feita na década de 80, final dos anos 82 início de 1983, devido a um problema de estômago, uma ulcerazinha e arreventou alguns vasinhos e aí tive uma hemorragia e tive que tomar sangue, então, acredito que foi aí, que nessa época, não tinha controle, bem, pelo menos eu achava, mas eu penso que foi isso, né, mas saber detalhadamente, não sei.

Pesquisadora: E hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista?

Ah!!! Eu ajo normal, só que é lógico que eu regrei esse lado meu, hum, não vejo sexo como uma coisa, uma coisa necessária, plenamente assim, é uma... eu acho que o sexo vem através de um relacionamento, uma coisa assim, então, como sempre, ajo da mesma forma, só que hoje em dia realmente a gente próprio se fecha um pouco não por sentir acuado por alguma coisa, mas é, é a natureza da gente, cada um tem um jeito, penso mais, fiquei mais sossegado. Falar com as pessoas, vamos conversar, explicar, porque geralmente as pessoas com quem eu saía sempre, sempre tive contato, sempre foram as pessoas conhecidas, não são pessoas... sair aí pela rua, viver emoções, coisa parecida. Eu não penso alcançar nada, penso na minha vida, penso no meu bem-estar, pensando assim que eu me sinto bem, entendeu, pensando dessa forma, como eu sempre pensei, não mudou algo em mim, minha forma de pensamento em relação à vida, de um modo geral é a mesma coisa, como se eu não tivesse problema nenhum, entendeu, a sempre me precavi das coisas, a também não utilizando ninguém para alguma revolta pessoal, alguma coisa assim não, nunca de jeito nenhum! Então aí, como eu te falei que a gente, às vezes, até tem um momento sim, mas a gente regra essas coisas, ah! Me sinto melhor assim, não penso em sexo de uma forma assim, tensa não, apenas se over que acontecer num relacionamento, numa coisa assim, por aí, mas já mudou muito, fico mais quieto no meu canto, vivo normalmente com meus amigos, minha família, minha família é ótima, todo mundo sabe, todo mundo lida normalmente como se tivesse...a os cuidados, medicações, aqui no hospital mesmo, muito bem atendido, muito bem orientado, sempre, então, me

sinto bem, como se não tivesse problema nenhum; cuidar tem que cuidar, mas eu vou seguir minha vida normal, não sinto diferença nenhuma, problema de saúde a gente sempre teve, tem hora que tem que cuidar mesmo. Só que esse a gente sabe que tem que viver para cuidar dela e assim eu vou seguindo. Quero viver dentro dos meus padrões mesmo, personalidade, estudo, normal. Mudou muita coisa, agora, de um modo geral minha vida ponderou de certas coisas que eu fazia e que hoje em dia não faço ou não devo fazer.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?
 Não.

Pesquisadora: Agradeço sua participação na pesquisa.

ENTREVISTA D

Pesquisadora: Como você se contaminou com o vírus da AIDS?

Eu morava com um rapaz, né, eu morava com ele e ele usava drogas, já no começo da nossa relação ele já usava, aí é, como a gente... ele ia morar comigo, assumir um compromisso, aí, eu falei com ele: ou eu ou as drogas, aí ele pegou e falou que escolheu a mim, só que ele já tinha sido preso uma vez por rebeldia e tinha um rapaz que não apareceu, que não tinha um mês que a gente morava junto e o rapaz faleceu de HIV. Eu peguei apertei ele e ele disse: não, eu não usei seringa com ele não, na época a gente estava separado. Aí, em 1990, ele começou a emagrecer muito, a mãe dele foi e pediu para ele fazer o exame. Em 1991, ele fez e deu positivo. Depois de um mês, eu fiz também. Então, foi por relação sexual, né, porque eu não usei droga injetável, foi mais falta de segurança no sexo, eu acho que foi aí que aconteceu a barbaridade. Em 1996, eu fiz o meu também e deu positivo. Ele faleceu no dia 30 de janeiro de 1997.

Pesquisadora: Hoje em dia, como você age nas relações sexuais e o que você tem em vista?

Prefiro nem ter. Aparece um namorado, aí falo assim, eu vou ter que contar tudo para ele, não são todos que aceitam, o homem não é soro positivo e isso não tem como esconder, pois um dia ele vai... não sei, um dia vou ter que falar para ele, porque todo mundo sabe, alguém vai chegar e contar... Apareceu um rapaz, aí falei assim: ah! Não vou falar... nem parei também, encontrei com ele ontem. Vou parar por aqui, Porque não vai dar para fazer tudo de novo, acontecer tudo outra vez, não. Mas se pintar, tomara que seja soro positivo também, é difícil, é como achar agulha no palheiro, porque a maioria é homossexual, quando é homem, ele já é casa-

do e é muito difícil ter um rapaz solteiro de acordo Se eu não agüentar mesmo e tiver que ter uma relação sexual tem que ser com camisinha e sempre eu tenho na minha casa. Agora não carrego na minha bolsa mais não, porque, eu saio assim, eu não vou fazer e, se eu levar, eu faço, então, eu já nem levo... se acontecer... apesar de que agora eu não saio mais. Quando eu saía eu levava sempre, mesmo quando eu não estava de bolsa, colocava na bota, na meia, sempre levava mais de uma, porque tem homem que não sabe usar. Esse rapaz que eu fiquei 7 meses não sabia como usar a camisinha, nunca usou na vida dele, ele disse.- olha! Eu não sei como coloca. Já tive duas experiências assim, outro rapaz também. Eu já sabia que estava com HIV, foi até uma coisa rápida, mas ele não sabia como colocar a camisinha. (...) a gente não quer para vida deles, para os outros. Mas eu conheço casos de colegas meus que contaminam as pessoas e parece que sente prazer de contaminar, parece que sente vontade de pensar: eu estou acabando, então vou acabar com o resto. Mas eu não vejo assim, não (...). Tem vez que eu nem lembro que tenho HIV, nem passa pela minha cabeça essa idéia, na hora de arrumar uma relação pesa muito na consciência, porque eu vou tirar... vou ficar apaixonada num cara, depois você pensa assim.- a meu Deus, eu vou morrer e ele vai ficar vivo. Quando eu tiver magrinha, ele não vai querer me ver mais, e assim, vem uma porção de coisas na minha cabeça, uma porção de idéias tortas... melhor é não ter uma relação firme, mas se tiver vontade de transar, vai e transa, arruma um jeito e pronto, não tem nada muito sério não, não tem problema sério... se eu arrumasse uma pessoa portadora eu não sei se iria para a cama com uma pessoa assim não, eu acho que eu não iria, a não ser que fosse um sentimento muito forte, de amor mesmo, pelo contrário, não. Eu gostava muito de sair à noite... Certas coisas eu parei, diminuí, parei de vez com o cigarro, com a bebida, sair nas madrugadas, durmo cedo e tento me alimentar bem. Levo minha vida normal, só fica difícil arrumar um namorado, para poder falar com ele. É mais fácil arrumar um soro positivo, aí você não precisa se abrir com ele. Em matéria de sexo, só se for com camisinha sempre, porque eu não sei, por medo de contaminar ele... Só fico pensando no dia de amanhã. Mas nesse dia de amanhã não me preocupa tanto mais não. A minha hora mais terrível é a hora de vir tomar a medicação pentamidina, dá uma reação muito forte ...Eu tento levar numa boa ...Você vê no começo um mundo bonito, porque você começa a perceber coisas que você não via antes, que você não dava importância, o sol, o verde, que parece que você está despedindo de tudo, mas depois vai passando o tempo, você vê que não está acontecendo nada de mais com você, a não ser quando você sabe e não toma partido.

No meu caso, vai inteirar 3 anos e eu não fui até agora, então vou aproveitar bastante, vai chegando assim, 1 mês, 2 meses e você vai acostumando, você sabe que é portador mesmo a tem que acostumar, vai acomodando. Ah! Eu sou mesmo, vou deixar rolar e vou levando assim, não preocupo com nada, preocupo mais é com a minha saúde ...Quando tiver com 40 kg, aí vou começar a me preocupar, aí vou parar de sair de casa, porque vou ficar muito feia. Ah! Não, meu medo é de ficar muito feia, aí não... Eu faço tantos planos, eu penso que vou comprar isso, aquilo, tenho que estudar. Eu estudando, eu só não sei o que eu faço, vai que daqui a 20 anos eles acham a cura, e se eu me matar antes, aí vem a cura, fica eu igual boba, todo mundo vai ser curado... Quero estudar, arrumar um serviço, porque eu não trabalho. Já não faço muitos planos...

Pesquisadora: Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Não.

Pesquisadora: Agradeço sua participação na pesquisa.

Descrição do tipo vivido “pessoa portadora do HIV frente à vida sexual”:

Categoria: Doença

Pessoas portadoras do HIV, ao mesmo tempo que negam a fatalidade do vírus, no momento dos relacionamentos sexuais, desejam ser aceitas pelo outro, apesar da ameaça da doença .

...melhor é não ter uma relação firme, mas se tiver vontade de transar, vai e transa, arruma um jeito e pronto, não tem nada muito sério não, não tem problema sério... (Entrevista D).

Eu não penso alcançar nada, penso na minha vida, penso no meu bem estar, pensando assim que eu me sinto bem, entendeu, pensando dessa forma como eu sempre pensei, não mudou algo em mim, minha forma de pensamento em relação à vida, de modo em geral é a mesma coisa, como se eu não tivesse problema nenhum, entendeu... (Entrevista C).

Eu faço tantos planos, eu penso que vou comprar isso, aquilo, tenho que estudar. Eu estudando, eu só não sei o que eu faço, vai que daqui a 20 anos eles acham a cura... (Entrevista D) .

... eu quero que seja uma coisa normal, entendeu? Por exemplo, se for sair com uma pessoa, essa pessoa tem que saber que eu sou homossexual, um portador do vírus HIV. Olha eu passo por isso e quero que a

pessoa também seja franca comigo. Agora, se ela aceitar, se ela não tiver algum vírus HIV... vamos usar uma camisinha (Entrevista A) .

...vou seguir minha vida normal, não sinto diferença nenhuma, problema de saúde a gente sempre teve, tem hora que tem que cuidar mesmo... Quero viver dentro dos meus padrões mesmo, personalidade, estudo, normal (Entrevista C).

Eu quero ser simples como todo mundo, eu quero ser franco com todos que chegarem até a mim. Tanto seja homem ou seja mulher, eu quero ser franco com todos. Poder falar as coisas que eu sinto, entendeu, numa boa (Entrevista A).

Falar com as pessoas, vamos conversar, explicar, porque geralmente as pessoas com quem eu saía, sempre tive contato, sempre foram as pessoas conhecidas, não são pessoas... sair aí pela rua, viver emoções, coisa parecida (Entrevista C)

... eu nem lembro que tenho HIV, nem passa pela minha cabeça essa idéia, na hora de arrumar uma relação pesa muito na consciência... (Entrevista D).

Categoria: Vida sexual

Pessoas contaminadas com o HIV revelam, em seus depoimentos, que restringem sua vida sexual por medo, não só pelo risco de contaminar-se, contaminar os outros, como também pelo preconceito que as pessoas têm em relação ao portador da doença.

Não tive relação com ninguém mais e nem sei se vou ter; eu acho que a minha cabeça ainda não está preparada para isto, eu acho que ela não vai funcionar tão cedo para este tipo de coisa, eu acho que, ficou assim! É, houve um bloqueio, né? (Entrevista A).

Se quiser ter alguma coisa além de amizade, já não estou a fim. Parece que teve um bloqueio, sabe? Eu tenho medo, eu tenho medo de transmitir para outra pessoa, então, eu não tenho outro, nunca tive outros relacionamentos a partir do momento que eu fiquei sabendo (Entrevista B).

... a gente não quer para a vida deles, para os outros. (Entrevista D).

... eu morro de medo de passar isso para alguém, então assim, eu tento, né, me afastar das pessoas, assim que querem algum tipo de relacionamento comigo, eu me afasto... (Entrevista B) .

... eu tenho que me dosar, sou uma pessoa dosada e tenho que dosar também. Eu tenho que neutralizar alguma parte de mim, então uma parte sendo dosada, é a parte sexual, entendeu? Porque eu sou portador do vírus

HIV, eu não posso ficar, é, me expondo muito, entendeu? Não posso, eu tenho que me conscientizar que eu não posso mais. Porque é lógico que eu gostaria muito de chegar e transar... com a camisinha, né? Mas a gente tem que se dosar mesmo, ficar por aí, botar a mão na consciência e agir em frente. Mas agir com consciência, né, lógico e evidente (Entrevista A).

... sempre me precavi das coisas, e também não utilizando ninguém para alguma revolta pessoal... não penso em sexo de uma forma assim, tensa não, apenas se tiver que acontecer num relacionamento, numa coisa assim, por aí, mas já mudou muito, fico mais quieto no meu canto, vivo normalmente com meus amigos... minha família é ótima, todo mundo sabe, todo mundo lida normalmente... (Entrevista C).

Se eu não agüentar mesmo e tiver que ter uma relação sexual tem que ser com camisinha e sempre eu tenho na minha casa. Agora não carrego na minha bolsa mais não, porque eu saio assim, eu não vou fazer e, se eu levar, eu faço, então eu já nem levo... se acontecer... apesar de que agora eu não saio mais (Entrevista D) .

... agora, de um modo geral, minha vida ponderou de certas coisa que eu fazia e que hoje em dia não faço ou não devo fazer (Entrevista C).

Levo minha vida normal, só fica difícil arrumar um namorado, para poder falar com ele (Entrevista D).

Eu acho que é medo de passar para alguém, medo de contar para a pessoa e ter preconceito sabe, ou de que você comece a ficar com alguém, paquera, alguém, né, aí, você começa a gostar dessa pessoa, aí, de repente, você tem que falar com ela, e aí, ela não ser compreensiva o bastante, entendeu?Então, assim, é aquele medo da rejeição... (Entrevista B) .

... hoje em dia, realmente a gente próprio se fecha um pouco, não por sentir acuado por alguma coisa, mas é, é a natureza da gente, cada um tem um jeito, penso mais, fiquei sossegado (Entrevista C).

Prefiro nem ter. Aparece um namorado, aí falo assim, eu vou ter que contar tudo para ele, não são todos que aceitam, o homem não é soro positivo e isso não tem como esconder, pois um dia ele vainão sei, um dia vou ter que falar para ele, porque todo mundo sabe, alguém vai chegar e contar... (Entrevista D).

As categorias concretas constituídas a partir do sentido da ação subjetiva permitiram descrever o tipo vivido “**pessoa portadora do HIV frente à vida sexual como sendo aquela que, a princípio, nega a fatalidade do HIV, mas, no que diz respeito aos relacionamentos sexuais deseja ser aceita, embora refira-se à restrição da vida sexual por medo de contaminar o outro, ser contaminada e ser discriminada.**”

ANÁLISE COMPREENSIVA

As pessoas, ao serem abordadas sobre como elas agem hoje em dia nas relações sexuais e o que têm vista, consideraram que, enquanto portadoras do HIV, sua vida sexual teve que ser restringida, com vistas à não contaminação de si próprias, de outras pessoas e para fugir do preconceito social.

A categoria *Doença*, emergida a partir da relação interativa pesquisador e sujeito da ação, aponta para a negação em relação à fatalidade do vírus, ao mesmo tempo que, consciente da presença do HIV em seu corpo, a pessoa deseja ser aceita pelos outros, nos relacionamentos sexuais.

A negação é feita pelos portadores através de falas em que expressam a “normalidade” de suas vidas como se não houvesse a existência do vírus: “ah! eu ajo normal,... ajo da mesma forma... (...) de um modo geral, é a mesma coisa, como se eu não tivesse problema nenhum... (...) vivo normalmente com meus amigos, minha família, (...) todo mundo lida normalmente_” (Entrevista C). “Tem vez que eu nem lembro que tenho HIV, nem passa pela minha cabeça essa idéia... (Entrevista D).

As pessoas contaminadas querem ser aceitas pelos outros nas relações afetivas, em que buscam receber confiança mútua, respeito e o carinho que qualquer um deseja. Tentam buscar essa aceitação através do diálogo e demonstram suas necessidades de falar que são portadoras do HIV, como por exemplo, nas seguintes falas: “Falar com as pessoas, vamos conversar, explicar” (Entrevista C). “se for sair com uma pessoa, essa pessoa tem que saber que eu sou um portador do HIV quero que a pessoa também seja franca comigo” (Entrevista A).

A categoria *vida sexual* mostra restrição da vida sexual como projeto de vida. Embora considerem o desejo de manter relações sexuais, acabam reprimindo-se, deixando de manter relacionamentos íntimos, por medo de contaminar-se, contaminarem os outros e para não passar por situações de rejeição pessoal.

Em suas falas os portadores indicam como estão limitados para a vida sexual. Essa limitação segundo essas pessoas se dá, principalmente, por medo de sofrerem algum tipo de preconceito ao exporem sua condição de soropositivas: “Não vou falar... vou parar por aqui, porque não vai dar para fazer tudo de novo, acontecer tudo outra vez não”. (Entrevista D). ...eu sei que a única coisa que posso dizer é que é muito difícil conviver, com esse vírus, porque infelizmente a sociedade ainda é muito preconceituosa, ainda as pessoas te olham de maneira diferente”

(Entrevista B). ...eu fiquei sozinha, não contava nada para ninguém, tinha medo, vergonha das pessoas, né, dos meus pais, dos meus parentes, de todo mundo né... (Entrevista B).

Alegam bloqueio para relacionar-se com o outro e lamentam a limitação sexual, apontando a necessidade do conformismo para conviver com a situação de estarem contaminadas pelo HIV.

Atribuem importância às precauções em relações sexuais, mas nem todos referem-se ao uso rigoroso do preservativo durante o ato sexual. Eles demonstram considerar a camisinha como um meio de prevenção da AIDS, mas o uso do preservativo parece não estar introjetado como uma rotina necessária durante as relações sexuais.

Dessa forma, a pessoa deseja manter sua vida sexual ativa movida pela emoção e pela paixão; porém, sua realidade social é de supressão da vida sexual frente às limitações impostas pela presença do HIV em seus corpos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando investigar o que pode constituir-se como uma característica típica do **grupo social, pessoas portadoras do HIV frente ao comportamento sexual**, chegamos a uma representação homogênea, sem características individuais, portanto, impessoal, da ação de pessoas soropositivas frente à vida sexual.

De acordo com Schütz, estes esquemas interpretativos do mundo social fazem parte de nossa bagagem de conhecimentos acerca do mundo e sempre tomamos deles elementos para a relação interpessoal.

Na perspectiva de Schütz, a ação social tem como base uma relação em que duas ou mais pessoas atuam entre si, de modo recíproco. Assim, a ação humana se baseia num projeto, um produto da imaginação, que é uma forma específica de consciência reflexiva e consiste na concepção imaginária do ato.

Pelo fato de vivermos intersubjetivamente no mundo da vida, o contexto de significados em que as pessoas vivem é de grande relevância para a elaboração de seus projetos de vida.

O dia-a-dia, desde o começo, se dá num contexto cultural a intersubjetivo. É intersubjetivo, porque vivemos como homens entre outros homens, influenciando e sendo influenciados, compreendendo e sendo compreendidos.

O presente estudo permitiu emergir das próprias pessoas portadoras do HIV suas necessidades concretas em relação à vida sexual, a partir delas mesmas, no mundo da vida social.

O típico do comportamento sexual, sendo portador do HIV, emergiu, tendo realçada a restrição da vida sexual, seja para não sofrer discriminação ou por consciência da gravidade do ato de contribuir para a disseminação da doença.

Por outro lado, o desejo de ser aceito pelo outro e manter-se ativo sexualmente, muitas vezes pode levar as pessoas à negação do caráter fatal da doença.

GIR *et al.* (1998, p. 201), em seu estudo sobre “o modelo de crença que determina o comportamento de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana - tipo 1”, registrou falas que denotam a subestimação das mulheres soropositivas em relação à doença: “... isso não me traz preocupação nenhuma...” (Célia); “... pensava que era uma doença fora do meu caderno” (Marilu).

É importante ressaltar que mesmo sendo soropositivas, as pessoas desejam manter a atividade sexual, apesar de, nem sempre, adotarem atitudes preventivas.

As pessoas, embora considerem necessárias as medidas preventivas em relação à AIDS, apontam para a inexistência de um comportamento regular e rotineiro frente ao uso do preservativo durante as relações sexuais.

Para Schütz, as experiências vividas no aqui e no agora se dão em função das heranças recebidas do passado, passado esse que influencia o presente. A este presente as pessoas somam a própria experiência, constituindo-se, assim, o contexto de significados a partir do qual elas elaborarão seus projetos de vida.

O preconceito em relação ao uso do preservativo durante o relacionamento sexual, assim como a discriminação social do portador do HIV e a dificuldade do diálogo, quando se trata de assuntos sexuais, constituem um acervo de conhecimentos que está presente em nosso contexto social de significados e por muito tempo ainda influenciará a vida sexual das pessoas.

JESUS (1998, p. 135), em seus estudos sobre “*A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes.- uma abordagem compreensiva da ação social*” discute o desejo do diálogo entre pais e adolescentes sobre sexualidade e diz que isto constitui um avanço, pois uma vez vencida a barreira da questão de discutir o assunto, encarando-o como se faz em outros aspectos da vida, as pessoas “*poderão viver sua sexualidade de maneira*

responsável, mas, ao mesmo tempo, felizes, sem temores, sem culpas e sem ter que seguir um determinado modelo automático de conduta sexual que as tornem limitadas frente ao exercício pleno da sexualidade”.

Daí, a importância de as ações educativas na área sexual serem abrangentes e iniciadas o mais precocemente possível, primeiramente na família, seguindo-se a escola e outros grupos sociais, de modo contínuo e considerando-se a pessoa, enquanto sujeito ativo, consciente, que, vivenciando uma relação social participativa, poderá mudar e provocar mudanças.

De acordo com Schütz, para que se dê efetivamente o diálogo, é necessário que as pessoas estabeleçam uma relação de face a face participativa, de reciprocidade, em que um promova a mudança de atitude do outro, e nunca de forma autoritária e unilateral.

A partir do momento em que as pessoas valorizarem este tipo de relação social, poderão pensar em mudanças de atitudes no que diz respeito às medidas preventivas para as doenças sexualmente transmissíveis e para a vida sexual.

Os resultados deste estudo indicam a importância das ações educativas de profissionais da saúde e, especialmente, dos enfermeiros, na área da sexualidade, tendo em vista a busca do significado que o comportamento sexual tem para as pessoas, a partir delas mesmas, vivenciando situações num dado momento da vida.

A partir da apreensão da realidade concreta expressa pela pessoa, o profissional poderá assistir de modo global sua clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAGANTE, L. A. Sexualidade. In: *Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos*. 2ª ed., São Paulo, Gente, pp. 86-91, 1994.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS - *Boletim Epidemiológico*. Brasília, Ano IX, n. 6, março de 1997.
3. CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais*. A fenomenologia da Alfred Schütz. Londrina, UEL, 1998.
4. CAVALCANTI, R. A sexualidade e as doenças transmissíveis. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 1993.
5. COSTA, N. do R. et al. (org.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Coleção Saúde e Realidades Brasileiras. Petrópolis, Vozes, v.2, 1989.

6. GIR, E. *et al.* Modelo de crença que determina o comportamento de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana - tipo 1. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 9, n. 1, pp. 193-216, 1998.
7. JESUS, M. C. P. de *A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
8. MARTINS, J. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poesia*. São Paulo, Cortez, 1992.
9. SCHÜTZ, A. *Fenomenologia del mundo social*. Introducción a la Sociologia comprensiva. Buenos Aires, Paidós, 1972.
10. _____. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrotu, 1974.

Sexualidade, psiquismo e a educação sexual entre pais e filhos adolescentes **3**

Maria José de Castro Nascimento*
Maria Lúcia Castilho Romera**

RESUMO

Trata-se de estudo sobre os aspectos psicosssexuais que envolvem as dificuldades da Educação Sexual entre pais e filhos adolescentes. Com base nos pressupostos básicos psicanalíticos freudianos, e uso dos métodos clínico, indiciário e interpretativo, constituiu-se uma pesquisa qualitativa. Observações e entrevistas foram feitas com pais de adolescentes entre 13 e 18 anos de idade. Dados de campo e teóricos, revelaram que estrutura neurótica familiar além de mecanismos neuróticos da personalidade dos pais são os determinantes principais. Aspectos sócio culturais, também dificultam a Educação Sexual de filhos e filhas. Ponderou-se acerca dos mecanismos psicossociológicos eficazes que interditem a pulsão sexual nas famílias, e postulou-se a fantasia incestuosa inconsciente como núcleo mantenedor da trama familiar.

* Psicóloga, especialista em Orientação Sexual pela Universidade Federal de Uberlândia.

** Psicóloga, Doutora, Psicanalista pela SBPSP, Docente do Departamento de Psicologia e no Curso de Especialização em Orientação Sexual da Universidade Federal de Uberlândia.

Recebido em 10.09.99

Aprovado em 25.09.99

I. INTRODUÇÃO

Dados de pesquisas apontam o fato de que pais e filhos adolescentes não se falam adequadamente sobre sexo e sexualidade. No cotidiano, junto aos pais, indiretamente, adolescentes pedem para falar sobre tais temas e paradoxalmente limitam espaços para conversas. A bibliografia a respeito de sexualidade, adolescência e Orientação Sexual tem aumentado nos últimos tempos, notadamente, devido à crescente preocupação com o aumento do número de gravidez precoce, e o aparecimento da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). A alta incidência destes é atribuída a falta de Educação Sexual dos jovens.

Outro aspecto a ser considerado é aquele referente a importância dada a Orientação Sexual em escolas, além da polêmica questão sobre qual o melhor profissional para exercer o papel de Orientador Sexual. É, também, muito pesquisado, quando e onde o adolescente seria melhor orientado ou educado em termos de sexualidade, já que os pais primordialmente responsáveis por essa tarefa não o fazem.

Pelo fato de se estar tornando em consideração, neste trabalho, a relação pais e filhos, procurou-se especificar os termos **Educação, Informação, Orientação, Ensino e Aconselhamento**, ou seja, modalidades de serviços em sexualidade. Adotou-se o termo Educação, uma vez que este se refere a um processo contínuo na vida do indivíduo a portanto se aproxima mais do modelo de relação aqui focado.

Define-se então, Educação Sexual, como um procedimento em que o educando adquire condições maturativas e equilíbrio nas emoções dentro de seu contexto sócio cultural. O corpo que dá prazer físico, vai interagir com sua mente para que possa estar mais integrado enfrentando preconceitos, mitos e tabus, tornando-se assim, produtivo, crítico e criativo. O processo se inicia quando da gestação do indivíduo, indo do leito de nascimento ao de morte. Deve começar e estar sempre nos meios familiares e ser complementada e retroalimentada nos espaços sociais mais amplos. Enfim, deve preparar o indivíduo para o viver, fruto de amadurecimento físico e psicológico.

As pesquisas sobre Educação Sexual e adolescência são unânimes em apontar: as informações sobre sexo e sexualidade, são adquiridas em primeiro lugar com os colegas da mesma idade, depois recorrem às mães e em terceiro lugar, os adolescentes procuram professoras. Os adolescentes afirmam que os pais dão informações insuficientes, possuem reações negativas quando de cenas de sexo na TV, e relatam que gostariam que os pais fossem mais abertos. Os dados revelam que os pais desconhecem a vida

sexual ativa dos filhos adolescentes, especialmente das filhas. JESUS, TEMER e SILVA (1997), VITIELLO e CONCEIÇÃO (1988).

PFROMM NETO (1976:225) cita vários trabalhos das décadas de 40 a 60, onde dados semelhantes foram encontrados. Reservados os conflitos específicos que advêm dos códigos sociais de época, um substrato psíquico se expressa nos conflitos entre pais e filhos adolescentes e permanece através das gerações.

Algumas hipóteses delimitaram essa investigação e algumas observações do cotidiano puderam ilustrar a proposta de estudo: fotos de bebês masculinos nus com o foco da câmara sobre os genitais, reações dos pais frente ao uso de anticoncepcionais pelas filhas solteiras e hostilidades à sogras. Na prática clínica, uma mãe relata um sonho onde fazia sexo com um filho adolescente, e pais falam de excitação sexual quando vêem a sensualidade das filhas adolescentes ou quando essas sentam-se em seus colos. Tais fatos requerem um olhar interpretante para serem apreendidos em outra ordem de significação e com isso auxiliar o Orientador Sexual no seu exercício profissional.

Questiona-se: por que os pais não conversam sobre sexo e sexualidade com os filhos adolescentes? Os pais não falam ou os adolescentes não absorvem as mensagens? O que acontece em termos de psicosexualidade que dificulta esse diálogo?

O ponto de partida da investigação teórica foram os pressupostos básicos da Teoria Psicanalítica freudiana os quais sejam: **Complexo de Édipo, Fantasia, Fantasia Originária, Libido, Organização da Libido, Pulsão, Recalque, Sublimação e Objeto**. Estes conceitos definem os aspectos ligados aos processos de nascer, sobreviver, morrer a preservação da espécie, e permite também, pensar que os impulsos instintivos mesmo sob a regência da cultura e dos mecanismos de defesa dos indivíduos, manifestam-se de formas mais ou menos inconscientes, independentes de raça, sexo ou parentesco, pois impõe-se como existência. Nos meios familiares aparece a fantasia incestuosa inconsciente, o que é constatado na prática clínica. Os impulsos necessitam de mecanismos adequados e processos de socialização para que o psiquismo humano elabore, produza e organize a cultura e a transcendência ao corpo.

O novo velho conflito edipiano

Alguns aspectos emocionais subjacentes à estruturação do psiquismo, são fundamentais para a compreensão das questões levantadas. Neste item, são abordados alguns aspectos psicosexuais dos adolescentes.

Em “Romances Familiares”, FREUD (1908) fala da perda internalizada dos pais, entre outros aspectos que são confirmados por diversos outros autores.

LEVISKY (1994) fala da dificuldade da aquisição de identidade nos dias atuais. Questões sociais e científicas interferem na forma de pensar, agir e na sexualidade do adolescente. Acredita que adolecer é uma situação ansiógena, pois há o reviver do conflito edipiano já com um corpo genitalizado e pais enquanto objetos reais. Há mudanças específicas a súbitas no corpo, e um código moral deve surgir nessa situação confusa. Além disso, o indivíduo deve integrar-se a uma sociedade mais ampla, e à heterossexualidade. Como conseqüências aparecem os comportamentos agressivos e antisociais. O fenômeno psicofisiológico da masturbação, toma um significado de treino para a genitalidade adulta, ocasião em que as atitudes dos pais tomam conotações diferenciadas, podendo levar os filhos à fortalecer uma simbiose mental com conseqüente improdutividade intelectual e perda de oportunidade da fase para resolução de conflitos. Aspectos sociais, culturais e individuais de pais e filhos devem ser considerados nessas situações, pois os conflitos, que aqui são normais, podem passar a ser exacerbados.

A nova velha adolescência

Neste item, aborda-se os mecanismos psicosssexuais das pessoas de meia idade e pais de adolescentes. Há a perda internalizada dos filhos, rivalidades e disputa a nível mais ou menos inconscientes de potência, beleza e intelectualidade. A finitude se apresenta, evolui-se para a morte e nega-se este fato. A personalidade dos pais deve estar bem estruturada, neste momento de redefinição existencial. A mulher não procria mais, o homem pode tornar-se promíscuo e há incentivos a infantilidade dos filhos. Aparece uma ansiedade quanto à Cena Primária de modo invertido e os pais podem tornar-se controladores e autoritários. Há dúvidas quanto à liberalidade, preconceitos e colocação de limites, levando os pais a discursos psicologizantes, suprimindo, reprimindo ou ignorando a sexualidade dos filhos. No aspecto sexual, agora, estão em igualdade, e surgem os jogos incestuosos aceitáveis, uma vez que pais e filhos não podem adquirir a atração sexual que é mútua, e os conflitos podem tornar características neuróticas ou até psicóticas. Esses dados são confirmados por LEVISKY (1995), e também por outros autores.

Pais e filhos adolescentes estão passando por profundas mudanças orgânicas e psíquicas, as quais quando não conduzidas adequadamente podem levá-los até ao suicídio, segundo PROSEN e OUTROS (1981).

Como pode ser observado, enquanto os pais revivem os conflitos edipianos, os adolescentes os estão elaborando, sendo portanto uma fase de extrema dificuldade na vida destas pessoas na sociedade atual.

Criança dentro do cesto... (para não dizer IN Cesto)

A força da pulsão sexual na conduta humana é aqui abordada enquanto atuação, levando a vítima a ficar aprisionada no desenvolvimento de sua personalidade.

MARCELINE e OUTROS (1997) levantam aspectos etnopsiquiátricos e etnopsicanalíticos para a qualificação do ato incestuoso. Em todas as culturas a relação sexual entre pais e filhos é proibida, outros tipos são até culturalmente instituídas. Na nossa cultura ocidental ele é inaceitável, portanto seguramente patológico.

Como conseqüências orgânicas nas vítimas são apontados: obesidade, anorexia, bulimia, náuseas, vômitos, mutismo, dores físicas difusas, incontinência fecal, amenorréia, lesões genitais e por tentativas de estrangulamento. E ainda enurese, encoprese, dores abdominais, crises de falta de ar, dermatoses e perturbações no sono. As conseqüências à nível psíquico são devastadoras a irreversíveis. Para a aquisição de identidade inexistem definições de papéis e imagens parentais. Há o despertar de prazeres narcísicos, se acontecem gratificações com dinheiro, e a vítima desenvolve comportamentos passivos uma vez que torna-se posse do agressor; levando-a ao suicídio se interromperem as agressões. São descritos ainda na literatura, terror, estresse, estado de choque, recuos, apatia e regressões comportamentais. Acontece uma destruição do corpo feminino como frigidez, ninfomania e desprezo pelos parceiros. Há ainda o medo mórbido de contrair gravidez, DST e AIDS, e situações constrangedoras quando de exames médico periciais em acompanhamentos jurídicos. A nível social, apresentam-se famílias desestruturadas, crianças negligenciadas, delinquências, prostituição, toxicomanias e ainda podendo as vítimas tornarem-se agressores sexuais quando crianças e também, após a adultez.

COHEN (1993) relaciona os sentimentos incestuosos de forma abrangente como fonte das produções das artes e da cultura através dos tempos. É identificado também, em diversas culturas e religiões e consi-

derado básico na essência do ser humano. Por outro lado, aponta estudos em diversos países onde tipos, frequência, e situações de incesto são pesquisados e como estes são tratados. A exemplo, calcula-se que atos incestuosos ocorrem em até 10% das famílias. Em suas recentes pesquisas na cidade de São Paulo, detectou que 1/4 das denúncias de Abuso Sexual são casos de incestos e em 83% destes as vítimas coabitam com o agressor.

Acreditamos que o incesto intensificado mesmo à nível de fantasia inconsciente, levam a conseqüências indesejáveis na formação e estruturação da personalidade das vítimas.

Família: vítima ou algoz?

FREUD em “Totem e Tabu” (1913), fazendo uma abordagem antropológica, aponta que sociedades primitivas desenvolveram hábitos sociais no sentido de prevenir e punir severamente atos incestuosos. Prevenia-se o incesto principalmente entre irmãos a mãe/filho, através de costumes de evitação. A união acontecia de forma exogâmica e somente entre tribos representadas por animais Totêmicos diferentes. Pare organizar os comportamentos sociais, recorriam ao tabu, a lei não escrita mais antiga do mundo. A origem deste, segundo o autor, provem de idéias antitéticas onde sentimentos de horror aparecem, mas subjacentes identificam-se motivações inconscientes para a realização de atos proibidos. Surgia, então, uma punição sobrenatural para evitar que o ato transgredido não fosse imitado. Neste texto, Freud definiu o que entendia como Homem Neurótico: um indivíduo com um funcionamento mental infantil ontogeneticamente semelhante aos povos primitivos, onde a lembrança de uma ação impele a execução do ato. Afirmou que nesses indivíduos, é necessário um grande esforço no sentido de suprimir ou reprimir os instintos, o que os leva a um empobrecimento psíquico.

Por outro lado, os núcleos familiares vem sofrendo modificações intensas nas últimas décadas. NICOLACI-DA-COSTA (1981) as entende e define através do processo de descontinuidade simbólica onde os códigos pessoais internalizados, notadamente, os da primeira infância entram em conflito com os novos códigos que vão surgindo na esfera social.

Princípios semelhantes são levantados por outros autores. Pode-se identificar então, que crises individuais são responsabilidade da família, uma família que influencia o indivíduo, o qual interage e constrói o meio social, que define e redefine o indivíduo, a família e a sociedade continuamente. Sendo assim, conclui-se que crises são benéficas, e são a base para o andamento da cultura.

II. METODOLOGIA

Privilegiou-se o método Clínico, que foi escolhido, em detrimento do Quantitativo que não evidencia as especificidades dos sujeitos. A experiência da autora com a psicanálise permitiu a escolha dos métodos Indiciário e Interpretativo, pois há a noção de conflito e cada palavra pode ter inúmeros sentidos. Os discursos foram re-significados em categorias discursivas, observando-se entonação de voz, pauses, interjeições, sutilezas e falar nas entrelinhas. Utilizou-se como técnicas a entrevista semi estruturada e a observação no local de moradia dos sujeitos.

Apenas pais de adolescentes foram entrevistados após a contextualização de cada sujeito quanto a idade, profissão, religião, atividades sócio culturais e observação do estilo de vida. O casal parental foi questionado quanto à sexualidade, com o objetivo de levantar mitos, preconceitos e tabus. Foi perguntado a pai e mãe se estavam satisfeitos com a forma como conversavam sobre sexo com os filhos, e o intuito era verificar se existia a como era a Educação Sexual. Verificou-se o nível da relação incestuosa inconsciente e a estrutura de personalidade dos pais ao se questionar que mudanças ocorreram no contato físico entre eles após o crescimento dos filhos. A finitude, o autoritarismo, reconhecimento e aceitação da vida sexual ativa dos filhos foi verificada com a questão sobre a reação dos pais frente a uma gravidez ou possível homossexualidade dos filhos. Por fim, verificou-se segundo a visão dos pais a melhor forma dos filhos receberem Educação Sexual e nessas últimas respostas foram evidenciadas as angústias dos pais frente às possibilidades ou não deles assumirem o papel de educadores sexuais.

Através de terceiros, os sujeitos foram contactados para a entrevista em seus próprios casos. No total 8 pais foram entrevistados, ou seja, 4 mães e 2 casais. As entrevistas foram gravadas e tecnicamente transcritas pela própria pesquisadora. A média de idade dos pais foi de 42.5 anos de idade e do total de 18 filhos dos casais com variação de idade entre 10 e 20 anos,

11 tinham entre 13 e 18 anos de idade, um critério que fora pré estabelecido. A média de idade dos filhos foi de 15.8 sendo 6 moças e 5 rapazes. Foi de 3 a média de filhos por casal. O grau de escolaridade dos pais variou de 2º e 3º graus a quatro religiões diferentes foram encontradas. Engenheiro, comerciantes, enfermeiras, professoras, microempresária e do lar foram as profissões. A composição familiar foi eminentemente nuclear, e os primeiros contatos foram feitos praticamente com as mães, e estas conscientemente ou não, excluíam os pais das entrevistas marcando horários em que somente elas estivessem em casa, embora fosse dito claramente que se estava entrevistando os pais de adolescentes. Apenas dois pais participaram da entrevista, e muito como expectadores, como se aquilo fosse “conversa de mulher”.

Da pesquisa teórica e da parte prática foram surgindo os resultados e estes agrupados em quatro categorias a saber, e sobre as quais se falará a seguir.

2.1 O reino de Édipo é aqui

Nesta categoria foram levantados nas falas, aspectos psicossociais expressos ora em atitudes de cunho sexual e afetivos, ora de hostilidades mútuas. Ora sedução, ora agressividades, inclusive entre irmãos. Fica evidenciado que algo acontece para que não haja atuação destes impulsos, os quais são identificados, também, frente a cenas de sexo na TV:

- *... é massaginha, beijo na boca... o do meio(18) fala tchau mãe, me beija, abraça, beija assim na boca mesmo...*
- *os meus filhos, os três (20, 15, 13) eles andam pelados perto de mim (mãe) conversa comigo pelado, perto do pai, da minha filha (17)...*
- *de outros aceita bronca, agora eu (mãe) não... é tipo pingue pongue. Ontem na rua peguei um sapato e sentei nele...*
- *C. (15) é super manso, se ele me ver tirar o sutiã ele quer pegar nas minhas mamas, super manso, o único...*
- *eles não deixam a gente ver né?... eles morrem de vergonha... não deixam ver tomar banho... não deixa nada, se vai trocar de roupa fecha a porta.*
- *Ele (pai) mudava o canal ou tirava a M. (17) da sala... agora ela também tem vergonha, as vezes ela fica quieta no canto dela ou sai da sala.*

Fala de uma mãe que ilustra e resume essa categoria: *...do jeito que minha mãe criou nós só Deus! ...revista era escondida, ela ficava pageando... ela pegava e queimava... meu pas?! Uma vez minha mãe falou que um fulano estava em lua de mel... (ênfatisa a admiração) haaah!!!... nossa mãe!!!... meu pai deu um escândalo! Um esquete! Que aquilo não era coisa de falar perto da menina! Eu?!... perdi o jeito de sair do lugar, eu perdi a fala! Assustei de ver minha mãe falar aquela palavra!... achei assim aquilo um absurdo!... mas tão absurdo!... que eu não conformava!... eu queimei, eu peguei fogo assim na hora, custei a sair de perto dela, a dar um jeito de correr por ela ter falado aquela palavra!...*

2.2 Se Maomé não vai à montanha, tampouco montanha vai à Maomé

Fazendo uma alusão às zonas montanhosas que surgem nos corpos púberes, e que a nível inconsciente, muito inquietam pais e filhos, nesta categoria, categoria, levantou-se nas falas, as dificuldades de aproximações mútuas. Os conflitos das pessoas de meia idade, também são evidenciados, suas atitudes frente ao envelhecimento, a negação do crescimento dos filhos, o autoritarismo e curiosidade com a intimidade dos filhos também aparecem:

- *Entra todo mundo assim num tipo de brincadeira (faz gesto de embolar com as mãos) eu nunca cheguei assim sentei, conversei, tento mostrar assim... experiência: vê fulana, vê ciclana...*
- *Eu cronometro hora de chegada, cronometro hora de saída... encho o saco...*
- *...aí voce aproveita e dá a ensaboadinha do dia ...*
- *...agora não ando encontrando não, mas já encontrei muitas (camisinhas) na carteira, sabe?*
- *...de vez em quando dou uma geral no guarda roupa dela ...*
- *...nós assistimos TV todos juntos, assim no tapete, eles, as namoradas, a gente mais junto... assim nas almofadas... tudo bonitinho! ...*
- *...vida sexual ativa?... mais adulta... quando estivesse mais estabilizada... com a cabeça mais amadurecida... quando ela pudesse alugar uma casa, manter uma casa, pagar um aluguel...*
- *falo prá eles: a minha vida tá passando, a de vocês vem vindo, a minha vai e a de vocês tá vindo aí novinha, então vou viver agora, aproveitar agora que posso...*

2.3 Educar ou não, EDUCAR eis a questão*

Aqui, as falas denunciam o desejo dos pais de educar sexualmente os filhos, e as angústias de se sentirem impossibilitados de o fazerem. Aparecem os mecanismos de escamoteamento, os preconceitos, os mitos, a ênfase na procriação e na prevenção de doenças. Evidenciam-se posturas diferenciadas frente a vida sexual de moças e rapazes, atitudes contraditórias frente a valores julgados como modernos e a forte repressão sexual da moça negra:

- *...Icha!!... agora você me apertou...*
- *...já vem do próprio sexo né? Do próprio nome... da parte sexual não é não? É do despertar, acordar... assim pro sexo? (frente a questão O que é sexualidade)*
- *eu falo que sexo é muito bonito, muito gostoso, mas só dentro do casamento, porque tudo tem conseqüências... já pensou se engravidar uma moça?*
- *Falo sobre o uso de camisinha, evitar doença, doença... tanto uma gravidez indesejada, não só a AIDS que mata... muita doença venérea que é muito triste...*
- *Eu ia por eles assim numa atividade física para estravar... preencher o tempo deles no máximo... cansa a mente e o corpo... não precisa manter sexo.*
- *Lidar com o menino é mais fácil do que com a menina, seria aquele estilo assim: pimenta no olho do vizinho não arde tanto quanto no olho da gente. Talvez você tenha que educar o rapaz para assumir responsabilidades... mas você não estaria com o peso da barriga nas costas...*

Fala de uma mãe negra:

- *Tem que estudar, ser livre... viver... ser independente... agora se não for assim vão falar que você é puta... se quer começar a ga... (diria galinhar) fazer farra, se acha que tá na hora...*

2.4 Uma luz no fim do túnel...

Nas falas dos pais fica evidente que sabem mas não sabem que sabem acerca de sexo e sexualidade. Intuitivamente, falam da necessidade

* Mudança de vírgula postulada por J. Lacan.

de um amadurecimento psicológico, apontam soluções, se reconhecem despreparados, citam a escola como o melhor local para a Orientação Sexual. Preocupam-se com o profissional orientador, expressam o desejo de também se instruírem a demonstram esforços para mudanças de posturas através das gerações:

- *... é uma coisa de Deus, é o que deu origem a você, deu origem ao espírito, uma coisa que a gente é responsável por ele até a morte, é coisa séria...*
- *se acontecesse gravidez... is ver se eles queriam casar...*
- *eu sempre fui extrovertida... pensei que quando eu tivesse meus filhos eu teria uma cabeça mais aberta com eles... acho que realmente eu não tenho...*
- *eu acho tão difícil a gente... saber lidar... se tivesse uma pessoa de fora... uma pessoa esclarecida... que fosse uma coisa sadia...*
- *se tivesse um serviço de orientação*
- *em grupos na comunidade, na igreja mesmo...*
- *até deixei a minha menina assistir filme pornô... ela ficava perguntando... não tinha jeito de explicar...*
- *eu compro assim revistas pra elas, quando tem uma coisa interessante...*
- *Educação Sexual na escola!... a pessoa só vai aprender depois que passa a convi ver... ensino é muito diferente disso...*
- *Eu acho que é a vida... não tem nada que ensina, é a vida, é o passar do tempo é um tudo... no dia a dia, no tranco vai aprendendo... é a vivência, a prática... é tudo...*

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à Informação Sexual, é pré determinado pela classe social do indivíduo. Embora essa seja confundida com Educação Sexual é um dos meios para pais e filhos estarem conversando sobre sexo e sexualidade.

À mãe é delegada a Educação Sexual no lar, função que assume automaticamente, excluindo o pai, e o faz sem perceber. Ao mesmo tempo, os pais expressam sentirem-se fora do processo, porém acomodados na situação.

As informações sobre prevenção de doenças e contracepção são enfatizadas para os rapazes, os quais são mais livres dos efeitos da repressão devido a uma permissividade cultural quanto ao exercício da sexualidade. Mas os mecanismos de escamoteamento e negação da sexualidade de filhos e filhas adolescentes é regra geral, em contraposição à idéia de que há um incentivo para os moços e repressão para as moças.

Há por parte dos pais muitos preconceitos frente ao homossexualismo e gravidez de moça solteira. A condição racial é um fator muito forte para a repressão sexual feminina, há “transa” para moços e “galinhagem” e “putaria” para moças negras.

O que os filhos aprendem “é na rua”. A escola é apontada unanimemente, como um terceiro que interdita a relação pais e filhos no tocante à Educação Sexual, ao mesmo tempo que os pais se denunciam despreparados para a função de educadores sexuais para seus filhos. Muito falaram mães e pais, de suas próprias vivências em termos de sexualidade durante a pesquisa, revelando-se também eles imaturos. Dizem de uma falta de espaço para que possam falar de si. Percebe-se que os pais lutam desesperadamente para darem aos filhos o alimento orgânico. Além disso se encontram em estado de inanição, famintos de alimento psíquico que precisam para nutrir os filhos. Para a transcendência biológica não há necessidade de Educação Sexual, e as famílias sofrem muito com suas características psicopatológicas.

Apontam soluções por eles encontradas que os tem ajudado nessa tarefa. As revistas, outrora rasgadas e queimadas pelos pais, hoje, estão estabelecidas como ponte para conversas, além dos pais encontrarem ali, respostas também às suas próprias questões. Soluções inovadoras foram encontradas, citaram filmes pornográficos como meio para efetivarem a Educação Sexual inclusive de moças. E se há algumas décadas pais e filhos se tratavam com meras formalidades, hoje permitem verem-se nus, e a alguns filhos é permitida a prática sexual com seus parceiros dentro das próprias casas.

Espaços como igrejas, associações de bairros, postos de saúde, também, são apontados como locais para acontecer a Educação Sexual dos filhos, além do escolar.

O nível de escolaridade dos pais, nesta amostra, pouco influenciou como fator de melhor ou pior Educação Sexual para os filhos. As famílias mais abastadas facilitam informações sobre sexo e sexualidade, a estas determinam qualitativamente a Educação Sexual. Nestas famílias, os mecanismos repressores, autoritários e controladores com o tempo, vem

tornando-se mais sofisticados e sutis; a exemplo, pais levam a buscam os filhos quando dos passeios e conhecem-lhes os e-mail. Acredita-se que isso é até necessário, para que se diferenciem papéis dentro das famílias.

No geral, a Educação Sexual entre pais e filhos são brincadeiras, falas indiretas, avisos, acontecimentos sem critérios de conteúdos, de como ou quando falar. Isto é considerado normal nessa fase de suas vidas e esses comportamentos não podem ser encarados simplesmente como conflitos nocivos; são apenas agravados e muito, devido ao relativo grau de dificuldade na repressão dos instintos em mentes infantilizadas, segundo a definição de Homem Neurótico de Freud, ou seja, quanto mais neurótica a família maiores as dificuldades. Pais mais amadurecidos psicosssexualmente são melhores educadores sexuais para seus filhos. E filhos mais informados tem menos conflitos com os pais.

Se há uma estrutura familiar muito neurótica, ou até mesmo psicótica, onde os instintos são mais ou menos evidenciados, pode-se afirmar que há uma Fantasia Incestuosa Inconsciente permeando as relações familiares que podem intensificar as dificuldades da vida relacional de pais e filhos adolescentes.

A verdadeira Educação Sexual mostrou ser um exercício de humanização dos instintos, pois trata do que de mais humano há no ser que é a sua própria animalidade. Ela é muda, fala-se com gestos, tom de voz, maneira de se vestir, respeito à individualidade, “o ser e estar no mundo” dos pais é que tocam os filhos num processo continuo desde os seus nascimentos.

Educar sexualmente os filhos adolescentes é transmitir subjetividades, é ter maturidade psicosssexual e conviver com as amplas e diferenciadas contradições humanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COHEN, Cláudio. *O incesto um desejo*. São Paulo, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda., 1993.
2. FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Imago Ed., vols. IX, XIII.
3. LABEL, Marceline e outros. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo, Summus Editorial, 1997.
4. JESUS, Maria Cristina Pinto de, TEMER, Viviane Pena e SILVA, Márcia Almeida da, *A educação sexual realizada na família e na escola: opinião de escolares adolescentes*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, vol. 8, nº 1, p. 133, 1997.

5. LEVISKY, David Léo. *Adolescência - Reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas Sul, 1995.
6. NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. Mal estar na família: descontinuidade e conflito entre Sistemas Simbólicos. In: *Cultura da Psicanálise*. Ed. Saraiva. Org. FIGUEIRA, Sérvulo A, p. 147, 1981.
7. PFROMM NETO, Samuel. *Psicologia da adolescência*. 5ª ed., São Paulo, Biblioteca Pioneira, Instituto Nacional do Livro, 1976.
8. PROSEN, Harry, TOEWS, John e MARTIN, Robert. *The life cycle of the family: parental midlife crisis and adolescent rebellion*. *Adolescent Psychiatry*. 9:170-9, 1981.
9. VITIELLO, Nelson e CONCEIÇÃO, Isméri Seixas Cheque. *Aceitação da vida sexual de filhas adolescentes solteiras: um estudo comparativo*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 10(7), 1988.

Estudo
de
Caso

Uma ótica das disfunções da excitação sexual: um estudo de caso de disfunção erétil **1**

Carla Meira Kreutz*
Alberto Müller**

Resumo

O presente artigo objetiva uma revisão de estudos sobre a sexualidade humana como produto da interação dos sistemas biológico, psicológico e social e discute possibilidades terapêuticas nos transtornos sexuais. Inicialmente, percorre-se a história da sexologia clínica. Em seguida, discute-se a relação custo-benefício de um diagnóstico sexológico em nível de atenção primária. Revisa-se também o que é dito sobre as fases biológicas da resposta sexual humana com vistas a uma melhor compreensão da patologia. Definem-se então os transtornos da excitação sexual feminina e masculina, considerando algumas possibilidades terapêuticas no manejo das disfuncionalidades. Por fim, apresenta-se um caso clínico de disfunção da excitação sexual masculina (disfunção erétil). As conclusões obtidas apontam para uma terapêutica interdisciplinar. Nessa, deve haver uma atenção tanto aos aspectos orgânicos quanto aos emocionais, contrapondo-se a uma cisão do ser em mente e corpo e uma

* Psicóloga. Especialista em Psicologia Escolar. Mestranda em Psicologia do Desenvolvimento na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da ULBRA-Gravataí.

** Médico. Especialista na Abordagem Centrada na Pessoa. Professor da ULBRA-Gravataí.

Recebido em 15.08.99

Aprovado em 30.08.99

atenção tanto à disfunção quanto à subjetividade do indivíduo, não o reduzindo ao seu diagnóstico.

Introdução

A vida humana é regida por aspectos mais complexos do que o imperativo reprodutivo, dominante nas demais espécies animais. Portanto, a sexualidade do ser humano não se restringe a esse enfoque puramente procriativo. Uma relação sexual entre duas pessoas envolve não somente deveres biológicos, mas, em contrapartida, toda a corporalidade, um vínculo emocional, uma infinidade de sentimentos, além de valores sociais e culturais do par.

O ser humano possui, além de um aparato biológico - pelo qual se entende a sexualidade à luz de reações neuroendócrinas e vasculares, um aparelho psíquico emergente desse nível anterior. Além desses, há um sistema mais amplo, denominado social - através do qual se considera aspectos da cultura e dos valores sociais.

Através desta visão de homem é que pensamos a sexualidade, assim como os desvios da funcionalidade adaptativa. Como os sistemas biológico, psicológico e social interagem entre si, a disfunção de qualquer um deles compromete o sistema como um todo, que é a pessoa. Portanto, ao nos defrontarmos com um paciente que sofre de disfunção da resposta sexual, é necessária a realização de um diagnóstico, a partir do qual se delinea um prognóstico e as possibilidades terapêuticas. Não obstante, sendo a origem orgânica ou psicológica, o profissional deve atentar para o indivíduo como um todo, impedindo assim, um “psicologismo” ou um “biologismo”, os quais obstruem vias terapêuticas e reduzem o ser humano.

Assim, se um indivíduo está vivenciando um bem estar em sua sexualidade, encontrando-se funcionalmente adaptado, podemos falar em saúde mental e física no que se refere à sexualidade.

Histórico da sexologia clínica

Hoje, após muito tempo de avanços e retrocessos, o DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual da Associação Americana de Psiquiatria) demonstra com clareza a diretriz de que as variáveis que determinam a disfunção sexual são dependentes da idade, da experiência e do sofrimento

subjetivo do indivíduo. De igual forma, o arcabouço étnico, cultural, religioso e social influenciam o desejo, as expectativas e as atitudes da pessoa quanto à sexualidade (DSM-IV).

Conceitos semelhantemente recentes indicam que os problemas sexuais estão ligados não somente a problemas diretamente relacionados a patologias orgânicas, mas também a dificuldades mais imediatas, tais como a crença no fracasso, a angústia devido às exigências reais ou imaginárias do casal, a ignorância ou o medo da rejeição (H. Kaplan em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Além de todos esses ganhos conceituais e metodológicos, a moderna terapia sexológica aborda os problemas de comunicação do casal no plano sexual (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Em todas as épocas, os seres humanos têm provavelmente buscado melhorar sua função sexual, sobretudo a disfuncional; no século IV AD, o ginecólogo Soranos já propunha afrodisíacos e soluções contraceptivas. Não foi senão depois de um século que apareceu nesse domínio um progresso verdadeiro (Millet e Baux, 1992).

Segundo a visão de Millet e Baux (1992) a abordagem científica médica da sexualidade remonta essencialmente ao século XIX e início do século XX, marcado pelos quatro grandes nomes de Kraft-Ebing, Haveloch-Ellis, Kinsey e Freud. Este último abordou realmente a questão sob o ângulo clínico e terapêutico, atribuindo uma importância maior aos conflitos sexuais interiorizados, admitindo que eles estariam na base de toda a psicopatologia, senão de toda a problemática psicológica. Ele não abordou, ao contrário, em sentido estrito, o problema dos sintomas e das queixas sexuais.

A sexologia clínica iniciou-se em torno de duas correntes nos anos 50: uma estatística e avaliativa (Kinsey em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991) e outra ortopédica e pedagógica (Masters e Johnson em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Assim, no plano da terapia sexológica, Millet e Baux (1992) dizem que a revolução essencial remonta aos trabalhos de Masters e Johnson, iniciados em 1954 e relatados em 1971 em sua obra “As disfunções sexuais”. Sua obra é imensa; seus resultados clínicos propiciaram um impulso considerável à pesquisa sexoterápica, malgrado controvérsias múltiplas.

Por volta de 1950, nos Estados Unidos, profissionais psicanalistas e comportamentalistas opunham-se. Neste contexto, surge o movimento da psicologia humanista; abordagens tais como a “gestalt-terapia” e a “bioenergética” tiveram grande influência sobre as terapias sexológicas. (Millet e Baux, 1992).

H. Kaplan, psicanalista, introduziu seu livro declarando: “os problemas sexuais têm, às vezes, sua origem em problemas mais imediatos e mais simples..., tais como a crença de fracasso, a angústia suscitada pelas exigências reais e imaginárias do cônjuge ou o medo de ser rejeitado por ele”. A autora fez-se então adepta das terapias breves dirigidas essencialmente ao isolamento dos problemas sexuais do paciente, tanto na sua abordagem aos problemas psíquicos quanto da comunicação ao nível do canal. “Nossa orientação é eclética a múltipla, pois que cremos que os problemas do funcionamento sexual resultam de fatores etiológicos múltiplos, e o nosso arsenal curativo consiste em uma associação dos métodos experienciais, comportamentais e dinâmicos”. (Millet e Baux, 1992).

Fases biológicas da resposta sexual humana

Masters e Johnson (1966) descobriram uma riqueza de informações sobre a resposta sexual humana. Tais achados podem ser considerados verdadeiros para quase qualquer pessoa. Sem dúvida há exceções e anomalias, mas a resposta fisiológica à estimulação sexual é similar em todas as pessoas. Inclusive, esse é um dos porquês que a pesquisa de Masters e Johnson é de tanto valor. É importante recordar que seus estudos não foram endereçados às atitudes sexuais, emocionais, valores, moralidade, preferências, orientações ou gostos, pois isso não é similar em todos os indivíduos.

Há controvérsias quanto à divisão dos estágios do ciclo da resposta sexual. Porém, considerou-se neste artigo a divisão mais utilizada atualmente, onde se divide o ciclo em quatro diferentes fases. São elas: a fase de apetência (desejo sexual segundo Kaplan), a fase da excitação sexual (“tumescência”, segundo Ellis; “excitação e platô”, conforme Masters e Johnson), a fase do orgasmo (“reação orgásmica”, para Kaplan; “orgasmo”, para Masters e Johnson) e, por fim, a fase do relaxamento (“detumescência”, de Ellis, “resolução”, para Masters e Johnson) (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Fase de apetência ou de desejo sexual

Esta seria uma fase subjetiva, de comportamento encoberto, onde ainda não se apresentam manifestações orgânicas objetivas (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

No sexo feminino, não são os estrogênios nem os progestagênios que regulam a intensidade do desejo sexual, mas os androgênios: testosterona e androstenediona secretados pelos ovários e pelas suprarrenais. O desejo é máximo quando do pico pré-ovulatório de testosterona. Sua ação se dá diretamente sobre o cérebro. O desejo do macho, embora implique uma suficiente impregnação por androgênios, não obedece uma superdosagem de hormônio masculino (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991). Daí, depreendemos que, na mulher, o desejo sexual apresenta-se ciclicamente determinado pela base orgânica, enquanto o homem não tem essa característica. Sabe-se, porém, que a estrutura hipotalâmica a qual determina essa ciclicidade é hierarquicamente sobrepujada pelo sistema límbico, sede das motivações comportamentais.

Fase de excitação sexual

Esta fase consiste numa sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes, tendo como característica principal uma excitação sexual crescente, a qual se manifesta pelo binômio vasocongestão/reação miotônica. Nesta fase o sistema simpático é dominante (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Um primeiro sinal na mulher é a lubrificação vaginal; além deste, a glândula clitoridiana torna-se ereta; mamilos tornam-se eretos; as mamas ficam aumentadas; assim como a vagina aumenta em comprimento e seus dois terços internos expandem-se. No homem, o primeiro sinal é a ereção peniana; além deste, a pele do escroto se retrai e os testículos sobem, aproximando-se do corpo (Masters e Johnson, 1966).

Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux (1991) detalham as modificações fisiológicas que ocorrem no homem e na mulher, conforme poderá ser visto abaixo.

No homem, a fase pré-erétil propicia o engurgitamento do pênis pela abertura das artérias cavernosas (que distendem os alvéolos graças ao relaxamento de sua musculatura) e a ereção propriamente dita está ligada à ativação de um sistema esfinteriano venoso do pênis que retém uma certa quantidade de sangue num sistema fechado. A manutenção da ereção não necessita mais de um fluxo sanguíneo tão significativo. A rigidez é obtida provavelmente pela contração dos músculos lisos das paredes alveolares no interior de uma albugínea inextensível.

As fibras do sistema parassimpático provenientes da medula sacral comandam a ereção ao mesmo tempo em que inervam o reto e o esfíncter vesical. As fibras trazem um comando superior: níveis de inte-

gração neuroendócrina situados nas áreas hipotalâmicas anteriores e pré-ópticas, nas quais a estimulação elétrica no animal determina modificações da conduta sexual. Esses circuitos se integram em sua passagem pelo sistema límbico.

A área gonadotrófica é o centro da neurosecreção de GnRH (Gonadotrophic Releasing Hormone), que estimula em cascata as gonadotrofinas hipofisiárias (FSH e LH), que se seguem pela liberação dos esteróides gonádicos (androgênios). Outras zonas corticais, menos definidas, exercem uma ação inibitória modulada por aferências neocorticais.

Na mulher, as reações sexuais da fase de excitação comportam uma reação local vasomotora de lubrificação e de dilatação vaginal. A maioria das reações específicas da mulher são internas, e somente foram evidenciadas graças às fotografias de Masters e Johnson. A dilatação do plexo venoso que cerca o canal vaginal provoca o aparecimento na parede da vagina de um exsudato que lubrifica o conduto e facilita a penetração peniana.

Posteriormente, o útero congestionado se eleva e, assim, se estabelece a plataforma orgástica, a qual consiste em uma retenção sangüínea e uma turgescência dos tecidos que envolvem a vagina que, por fim, obstrui seu orifício.

Comparativamente, pensa-se que o processo de lubrificação-turgescência depende do mesmo comando parassimpático que determina a ereção do homem.

Fase do orgasmo

Este é o ápice do prazer sexual acompanhado de uma sensação de relaxamento das tensões sexuais e das contrações rítmicas dos músculos perineais (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991). A fase orgástica também é definida como subjetivamente marcada pela sensação de prazer sexual, perda da acuidade dos sentidos, sensação de desligamento do meio externo. No campo neurológico, domina o sistema simpático (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Organicamente, na mulher, inicia-se uma contração da área pélvica rítmica em intervalos de 0,8 segundos, especialmente nos músculos que se encontram atrás da parede vaginal inferior. O útero contrai-se ritmicamente. A tensão muscular aumenta através do corpo. A duração da sensação varia entre 7,4 e 104,6 segundos (Masters e Johnson, 1966).

As reações do homem são semelhantes. As contrações pélvicas ocorrem em intervalos de 0,8 segundos. A ejaculação, ou seja, a expulsão do sêmen, ocorre em duas fases: O sêmen chega à uretra produzindo uma sensação de inevitabilidade ejaculatória e, num segundo momento, ocorre a expulsão propriamente dita com a contração dos músculos genitais forçando o sêmen através da uretra (Masters e Johnson, 1966).

Receptores sensoriais viscerais transmitem as sensações orgásticas ao cérebro. O orgasmo apresenta fortes analogias nos dois sexos: estimulação da glândula e do pênis no homem -estimulação do clitóris na mulher. O orgasmo está sob o comando do sistema nervoso simpático. Este, em seu curso, provoca uma grande descarga de ocitocina e de endorfina que bloqueiam a liberação de GnRH.

Fase de resolução ou relaxamento

Este é um sentimento geral de relaxamento. Esta fase é caracterizada pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há um relaxamento muscular e uma descongestão sangüínea. A fase de resolução é subjetivamente marcada por uma sensação de alívio e de cansaço com retorno à plenitude sensorial (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Na mulher, o clitóris, o útero, a vagina, os mamilos, etc., retornam a seu estado prévio em menos de um minuto. O clitóris permanece sensível ao toque, freqüentemente durante cinco a dez minutos (Masters e Johnson, 1966).

No homem, a ereção é geralmente perdida dentro de um minuto (em 50% dos casos). Os testículos reduzem seu tamanho e descem novamente, retomando sua posição anterior, e o escroto relaxa (Masters e Johnson, 1966).

Após esta fase, os homens são refratários, por um tempo variável segundo sua idade, a uma ereção posterior ou a um orgasmo. As mulheres, ao contrário, podem ser capazes de responder quase imediatamente a novas estimulações (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Parece que o homem e a mulher são desiguais em sua sexualidade, malgrado as similitudes profundas (a primeira é que o hormônio do desejo é a testosterona nos dois sexos; a segunda reside na natureza física da sexualidade). A fase de excitação representa uma vasodilatação tanto no homem como na mulher, mas ela é mais específica, complexa e muito mais vulnerável no homem do que na mulher. Ao inverso, o orgasmo na Mulher parece mais facilmente inibível do que no homem, no

qual a incapacidade ejaculatória é mais rara (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Diagnóstico sexológico em atenção primária

Numa perspectiva palpitante e atual, de relação custo-benefício, a questão predominante é: qual o papel do profissional de saúde em nível primário de atenção? Ou: ainda existe espaço para ele no manejo das disfunções sexuais em nível ambulatorial?

Algumas considerações tem sido feitas nesse plano, indicando que o diagnóstico clínico pode ter boa acurácia, particularmente se colhido a partir de uma anamnese detalhada. Evidentemente, esta só pode ser obtida a partir de um bom rapport. Essa idéia é reforçada por Cavalcanti e Cavalcanti (1997) quando referem-se a clientes cuja história clínica deixa a descoberto causas psicológicas salientes, como por exemplo os casos de disfunções situacionais, onde geralmente não se fazem necessários longos, dispendiosos e nem sempre inócuos procedimentos de semiologia orgânica. “A clínica é sempre soberana. A história do cliente deve ser o ponto nuclear de orientação. É como um farol que orienta o timoneiro.” (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997, p. 340). Os exames laboratoriais são considerados pelos autores como subsidiários e é enfatizado que tais tecnologias estão sendo deificadas e o clínico acaba muitas vezes sendo substituído pela máquina, como se ela pudesse compreender o que há de profundamente humano no desespero e na esperança dos que buscam atendimento.

Não obstante, conhecendo-se a interrelação organo-psíquica/psico-orgânica, uma terapêutica visando aspectos psicogênicos assume grande relevância. Isso porque, mesmo em se tratando de um transtorno sexual de etiologia orgânica, o sofrimento engendrado cria um círculo vicioso de retorno ao orgânico, com mais sofrimento, etc... Daí, é imprescindível um primeiro manejo do transtorno sexual feito em bases não farmacológicas nem cirúrgicas, deixando tais procedimentos para serem utilizados quando estritamente necessários (Duncan, Schmidt e Giugliani, 1996).

A ausência de dados epidemiológicos de peso impede formulações taxativas sobre o assunto (DSM-IV, 1994). Deixamos, porém, as questões acima discutidas abertas para reflexão.

Classificações atuais em sexologia clínica

TRANSTORNOS SEXUAIS E DA IDENTIDADE DE GÊNERO (DSM-IV, 1994)

1. Disfunções sexuais

1.1 Transtornos do desejo sexual

1.1.1 Transtorno de desejo sexual hipoativo

1.1.2 Transtorno de aversão sexual

1.2 Transtornos da excitação sexual

1.2.1 Transtorno da excitação sexual feminina

1.2.2 Transtorno erétil masculino

1.3 Transtornos orgásmicos

1.3.1 Transtorno orgásmico feminino

1.3.2 Transtorno orgásmico masculino

1.3.3 Ejaculação precoce

1.4 Transtornos de dor sexual

1.4.1 Dispareunia

1.4.2 Vaginismo

1.5 Disfunção sexual devido a uma condição médica geral

(conforme bens 1.1-1.4)

1.6 Disfunção sexual induzida por substância

(conforme bens 1.1-1.4)

1.7. Disfunção sexual sem outra especificação

(podendo ser ao longo da vida, adquiridas, generalizadas, situacionais, devidas a fatores psicológicos, ou devidas a fatores combinados)

2. Parafilias

2.1 Exibicionismo

2.2 Fetichismo

2.3 Frotteurismo

2.4 Pedofilia

2.5 Masoquismo sexual

2.6 Sadismo sexual

2.7 Fetichismo transvéstico

2.8 Voyeurismo

2.9 Parafilia sem outra especificação

3. Transtornos da identidade de gênero

3.1 Em crianças

3.2 Em adolescentes ou adultos

3.3 Transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

4. Transtorno sexual sem outra especificação

Dentre as classificações modernas, a Classificação Internacional de Doenças, X Edição (CID-10) apresenta essencialmente as mesmas divisões do DSM-IV, com um adendo significativo às disfunções sexuais: o *Transtorno de hipersexualidade*.

Neste trabalho, visa-se a abordar os bens “Transtorno da Excitação Sexual Feminina” (1.2.1 acima) e “Transtorno Erétil Masculino” (item 1.2.2 acima).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DA EXCITAÇÃO SEXUAL FEMININA (DSM-IV, 1994)

- A) Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação- turgescência até a conclusão da atividade sexual.
- B) A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
- C) A disfunção sexual não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.
Especificação de tipo: Tipo ao longo da vida Tipo adquirido
Tipo generalizado Tipo situacional
Devido a fatores psicológicos Devido a fatores combinados

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO ERÉTIL MASCULINO (DSM-IV, 1994)

- A) Incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.
- B) A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.

- C) A disfunção erétil não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (outro que não Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento), ou de uma condição médica geral.

Especificação de tipo:

Tipo ao longo da vida

Tipo adquirido

Tipo generalizado

Tipo situacional

Devido a fatores psicológicos

Devido a fatores combinados

Cabe ressaltar que os critérios acima descritos aplicam-se somente aos casos em que ocorre a estimulação sexual adequada em termos de foco, intensidade e duração.

Algumas abordagens terapêuticas

No tratamento das disfunções sexuais são utilizadas diversas abordagens pelos terapeutas sexuais (psicólogos e psiquiatras) e pelos médicos. Serão aqui citadas aquelas mais utilizadas ou as mais comentadas atualmente. Num segundo momento, delinearemos alguns aspectos importantes para o tratamento da disfunção da excitação sexual.

Uma primeira abordagem (“biosexologia”) corresponde ao contexto médico-cirúrgico tradicional, o qual visa “reparar” o corpo; ela é importante nas disfunções eréteis orgânicas (Millet e Baux, 1992). Ainda num contexto médico, temos as terapias de reposição hormonal para as mulheres com dificuldades na excitação sexual. As outras abordagens, as quais seriam formas de psicoterapia representam os demais modelos e são associadas às intervenções médicas em diversas ocasiões. A abordagem psicanalítica é uma opção geral freqüentemente cogitada. A abordagem cognitivo-comportamental recebe atualmente um grande favorecimento. As abordagens humanistas ou experienciais apresentam-se em modos variados, mas valem-se do “centrar-se sobre a experiência”. A abordagem sistêmica considera o sujeito como um elemento de comunicação no “sistema casal” ou na família (Millet e Baux, 1992).

Vimos aqui caminhos para o tratamento de disfunções sexuais tanto de causas orgânicas como de causas psicológicas. Deveríamos ver tais questões separadamente? Qual seria a interligação entre essas formas de cura, se as causas dos transtornos são distintas? Para responder a questões como essa, que partem de uma visão que separa mente e corpo, é necessário esclarecer a estreita ligação entre o orgânico e o psicológico, principalmente no que diz respeito à sexualidade humana. É difícil encontrar um processo fisiológico tão suscetível à influência do psiquismo como a excitação sexual (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Talvez isso explique estimativas de que somente cerca de um terço dos problemas de ereção são devidos à fatores físicos e porcentagens altas de queixas quanto a dificuldades nas respostas femininas da fase de excitação sexual, sendo poucas delas de clara origem orgânica (Carrobes e Yaque, 1990). Dessa forma, partimos do princípio de que, se há uma interligação orgânico e psicológico, o tratamento também deve ter uma proximidade de tais aspectos. É importante que o profissional esteja atento ao paciente como um todo, que haja uma interdisciplinariedade no trabalho. Sempre que alguém consulta por dificuldades nessa área deve-se, como psicólogo, encaminhar a um médico que possa examinar o paciente excluindo a possibilidade de causas orgânicas ou tratando-as. Da mesma forma o médico deve estar atento aos aspectos psicológicos para realizar o devido encaminhamento ao psicólogo. Quando pensamos em disfunções sexuais, mesmo que a causa básica do problema seja orgânica, é difícil não associarmos ao quadro os aspectos psicológicos, uma vez que a sexualidade é uma temática cheia de tabus e preconceitos, os quais causam muitas dúvidas e medos, dificultando emocionalmente o ser humano no usufruto da sua sexualidade.

Abordando o tratamento psicológico, independentemente da linha de atuação do psicólogo, pode-se ressaltar alguns pontos principais aos quais devemos estar atentos para trabalhar.

Um primeiro fator que em maior ou menor grau é sempre necessário ser trabalhado em terapia sexual é a questão da informação. Em função de tabus e medos, as pessoas acabam por ter muitas falsas idéias sobre sua própria sexualidade, auxiliando assim na existência de insatisfações consigo mesmas. O terapeuta sexual deve, portanto, ser alguém bem informado e atento a tais tabus, não devendo permitir que eles atrapalhem seu entendimento dos pacientes. Do terapeuta sexual espera-se uma pessoa com abertura suficiente para falar de um assunto pouco falado de forma séria socialmente. O esclarecimento das dúvidas dos clientes é etapa fundamental do processo para que possa haver crescimento.

Outro aspecto merecedor de atenção no tratamento das disfunções da excitação sexual é o trabalho com a auto-estima do paciente (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Tanto a mulher quanto o homem que apresentam dificuldades na ereção ou na lubrificação vaginal vêm desacreditados em sua capacidade sexual. Provavelmente em função da forte pressão social exercida sobre o homem, ele venha ao consultório com sua autoestima ainda mais comprometida que a da mulher. Aquele que sofre dessa dificuldade vem geralmente com um sentimento de “falta de masculinidade”, vem pensando não ser mais homem o suficiente, vem angustiado e em silêncio sobre seu problema, pois isso é algo que ele não divide com ninguém para não ser assunto nas rodas de piadas. A mulher, por sua vez, vem preocupada com a possibilidade de ser “frígida”, teme ser incapaz de usufruir normalmente sua sexualidade.

A ansiedade que acompanha as pessoas que sofrem dessas dificuldades é outro elemento ao qual devemos estar atentos (Carrobes e Yanque, 1990; Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Essa ansiedade aumenta no momento em que se aproxima a possibilidade de um relacionamento sexual, é o que chamamos de “temor do desempenho”. O temor de desempenho faz com que a pessoa permaneça auto-observando-se e não relaxe no contato sexual. Dessa forma, cada relação sexual torna-se mais um teste de bom desempenho pessoal, onde o parceiro não consegue mais excitar-se por estar preocupado com a própria possibilidade de não excitar-se (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Por fim, mas não de menor importância, temos um elemento crucial a ser visto nos casos de disfunções na excitação sexual - a relação diádica. Há vezes em que o casal traz algum nível de desgaste diádico, o qual deve ser trabalhado. Num primeiro momento, é importante perceber se o nível de dificuldade diádica é tão extremo que impede uma melhoria do relacionamento e do problema sexual. Há situações conjugais já tão comprometidas que impossibilitam a terapia sexual, devendo o casal ser primeiramente submetido a uma terapia de casal (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Caso Clínico

História do Caso

S.C. é bancário com curso superior em Economia. Natural de uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Sul, onde teve uma educação bastante rígida em uma família simples e muito trabalhadora, mudou-se para Porto Alegre ainda na adolescência com cerca de 18 ou 19 anos. Tem 38 anos atualmente, é casado há 9 anos. Ela, Y.C., natural do interior do Rio Grande do Sul, mas já residente em Porto Alegre com a família desde sua adolescência, tem 34 anos, é economista e faz serviços periciais na área, no que o marido a auxilia.

S.C. não utiliza medicação.

A iniciação sexual de S.C. deu-se com prostitutas, aos 19 anos, época em que mudou-se para a capital. Conta que eram relações rápidas, nem sempre perfeitas, relata que às vezes ficava nervoso, tremia e tinha insucesso na ereção, isso acontecia aproximadamente a cada 5 relações. Teve algumas namoradas até que conheceu sua esposa atual. Namoraram 4 anos até se casarem. Nessa época, já mantinham relações sexuais. A frequência era de 2 a 3 relações mensais em função das dificuldades de local para se relacionarem. As relações eram, para S.C. satisfatórias e, segundo ele, também o eram para a namorada. Sempre se criticou um pouco por ter um período curto entre ereção e ejaculação, cerca de cinco minutos. Conta que ao ejacular, na mesma hora perdia a ereção. Em função disso, algumas vezes a companheira não conseguia obter o orgasmo. Após o casamento, as relações sexuais aumentaram em sua frequência, ocorriam quase que diariamente. Isto durou até o 3° ou 4° ano de casamento.

Resolveram ter filhos nesta época. Houve algumas dificuldades para Y.C. engravidar. Eles tentaram cerca de 6 meses e, não tendo obtido sucesso, procuraram auxílio médico. Foi então que Y.C. ficou grávida. Com a gestação, a frequência das relações sexuais diminuiu. Ao ser questionado sobre o porquê desta modificação na vida sexual, S.C. coloca que “foi por um relaxamento nosso mesmo e talvez por nossas preocupações em função das dificuldades de engravidar, na época, ficamos ansiosos com isto, seguíamos tudo o que os médicos mandavam.”

Após o nascimento da filha, retomaram as relações ainda com a frequência de 2 a 3 vezes por semana. Nessa época, como em toda sua vida continuava tendo alguns insucessos em manter sua ereção até o momento da penetração. Desta forma, a vida sexual foi tendo andamento. Quando a filha deles estava com cerca de 2 anos, a menina teve uma hospitalização, a qual preocupou muito os pais. S.C. acha que após esse episódio os “fra-

cassos” foram aumentando gradativamente e ele começou a ficar mais atento. Refere que cada insucesso “era como um raio que caía, era como se me faltasse o chão, como se o mundo tivesse caído na minha cabeça”. Cada “fracasso”, como traz S.C., era seguido de muita angústia e medo de novas decepções com a sua ereção.

Assim, S.C. passou a apresentar um medo a novos insucessos até que não mais conseguiu manter relações sexuais. Quando a situação foi considerada insustentável por S.C., tendo a filha do casal já 4 anos, ele procurou ajuda médica. O paciente passou por exames médicos e foi constatado que o mesmo não apresenta problemas orgânicos. Foi então encaminhado para tratamento psicológico.

Após 5 meses de espera, refletindo sobre a procura ou não do auxílio, resolveu buscar a psicoterapia. Nesse momento, já se encontrava há 3 meses sem manter qualquer relação sexual com a parceira. Referia também uma angústia já nas carícias preliminares, quando imaginava a possibilidade de não conseguir.

Ao procurar o tratamento, S.C. contava que excitava-se no início da relação e, ao perceber sua ereção, vinha uma grande angústia de não conseguir e ele então a perdia. Dizia sentir-se envergonhado frente a parceira e a ele mesmo nestas situações. Quando consultou, já fazia algum tempo que não se masturbava, sentia-se culpado, com a sensação de ser “um bobo” ou como se estivesse traindo a esposa. Ao tentar a masturbação, teve sucesso na ereção.

Quanto à relação com a parceira, S.C. diz haver diálogo e cooperação. Durante a gestação, ele acompanhara a esposa nas ecografias e consultas, tendo também estado com ela no momento do parto. Relata que resolvem juntos as questões como em qual escola colocar a filha, etc. Fazem caminhadas juntos nos finais de semana, brincam juntos com a filha.

A menina dormiu no quarto deles quando bebê, mas segue adormecendo na cama dos pais, os quais depois a retiram. Ou, para adormecer em seu quarto, necessita da presença de um dos pais. Depois disso é que S.C. e Y.C. vão para seu quarto sozinhos.

S.C. coloca que dificilmente saem somente o casal por dificuldades de local para deixarem a filha. Tal fator apareceu no momento de encontrar um horário à tardinha para o casal consultar e não virem porque não tinham com quem deixar a garota. Porém essa não é uma reclamação de S.C., foi algo observado em avaliação.

Ele relata que a esposa é bastante compreensiva, que dizia para ele relaxar, sempre “dava força”. Quando ele resolveu ir ao médico ela disse:

“Olha, eu não quis te dizer, queria que partisse de ti, mas acho que tu fez bem, conta comigo.” Segundo ele, a esposa não faz cobranças e evita ficar perguntando para que ele não fique nervoso.

Tentou-se várias vezes trazer a esposa para o tratamento. O marido traz que ela concordou em comparecer. Porém, num primeiro momento, houve dificuldades de horário e podia-se perceber que S.C. não estava fazendo muito esforço para a vinda dela. Depois de um tempo, conseguiu-se marcar um horário e S.C. compareceu sozinho dizendo que, na última hora, ficou ansioso em trazê-la e nem lhe disse que tinha consulta marcada. Sente vergonha, refere não querer envolver mais a esposa nisso, que ela já está sendo muito compreensiva.

Análise descritiva do caso

(estruturação baseada em Cavalcanti e Cavalcanti, 1997)

I. Dados de Identificação

Parceiro Masculino	Parceiro Feminino
Nome: S.C.	Nome: Y.C.
Procedência: Interior do RS, residente desde os 19 anos em POA.	Procedência: Interior do RS, residente desde a adolescência em POA.
Atividade profissional: Bancário	Atividade profissional: Economista
Escolaridade: Nível superior	Escolaridade: Nível superior
Estado civil: Casado	Estado civil: Casada
Idade: 38 anos	Idade: 34 anos
Filhos: Uma filha de 5 anos	Filhos: Uma filha de 5 anos

II. Formulação do Diagnóstico

1. Identificação do problema

A) Queixa principal:

Refere não estar conseguindo ter relações sexuais em função de fracassos em manter sua ereção.

B) Definição operacional:

Perde a ereção antes da penetração.

2. Qualificação do problema A) Como ocorre?

Antes: Fica muito angustiado e inseguro de não conseguir manter sua ereção. Sente-se sempre com “um pé atrás”, apresenta um medo de ter uma decepção.

Durante: Com as carícias obtém a ereção e logo depois a perde, ainda durante as carícias.

Depois: Tem uma sensação de fracasso não tentando mais dar continuidade na relação.

B) onde ocorre?

Em qualquer lugar, mas a ansiedade é bem maior quando estão sós, de roupas íntimas ou de pijama e na cama, ou seja, quando a possibilidade do ato sexual ocorrer é maior.

C) Quando ocorre?

Nas situações de carícias que antecedem o ato sexual. Não ocorre nas situações de masturbação.

D) Com quem ocorre?

Com a parceira.

E) Quando teve início?

Cronologia absoluta: Há cerca de 19 anos.

Cronologia relativa: Após o início de suas relações sexuais. F) Como evoluiu?

O início foi lento. As perdas eréticas eram eventuais, mas houve um progressivo agravamento até a impossibilidade de manter contatos sexuais mais íntimos. O paciente procurou o andrologista, não tendo sido encontradas causas orgânicas foi encaminhado para o tratamento psicológico.

3. Quantificação do problema

A) Índice de ereção

$$IE = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ereções funcionais}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de ereções}} = \frac{0}{10} = 0$$

4. Avaliação subjetiva

A) Atitude em relação ao problema

Ele: Acredita que o problema é sério e angustia-se muito com ele. Tem buscado resolvê-lo.

Ela: Através do relato do parceiro, parece acreditar que o problema é importante, mas procura não falar muito no assunto para não cobrar do marido. B) Metas

Conseguir ter novamente uma boa ereção como possuía antes de lhe ocorrerem as sucessivas frustrações para que possa voltar a ter relações sexuais. C) Motivação para terapia

S.C. mostra-se motivado, mas demonstra também algumas resistências questionando horários, valor da consulta ou pulando algumas partes dos exercícios recomendados.

5. Análise etiológica

A) Causas orgânicas

Não há fatores orgânicos. O fato de que durante a masturbação o pênis fica ereto só tendo dificuldades quando tem o contato com a esposa já é sugestivo de uma causalidade psicológica.

B) Causas psicossociológicas

Parece que o fato da esposa ser agora também mãe o dificulta em algum nível na relação sexual. Devemos lembrar aqui a educação mais rígida de S.C. e seu sentimento de culpa importante na masturbação.

6. Diagnóstico

A) Diagnóstico principal

Transtorno erétil masculino; secundário por ser do tipo adquirido; não podendo ser classificado como generalizado ou situacional; e, devido a fatores psicológicos.

B) Diagnóstico secundário

Transtorno orgásmico - ejaculação precoce

Discussão e Comentários

O caso descrito leva o profissional a realmente levantar dúvidas sobre o diagnóstico do paciente em um primeiro momento. O paciente busca o atendimento por um problema que mascara outra dificuldade que está encoberta, a qual, provavelmente, foi a patologia desencadeadora do problema atual.

O que o profissional deve tratar? Ir à origem do problema - ejaculação precoce, dificuldades de intimidade com a parceira -para ter como consequência a melhoria da problemática como um todo? Ou deve-se trabalhar primeiro em cima daquilo que o paciente veio pedir-nos auxílio? Dessa forma estaríamos tratando realmente o problema ou trabalhando superficialmente algo mais profundo?

Estes questionamentos fazem parte do processo de compreensão do que é trazido pelo paciente e também da organização da estrutura terapêutica que será utilizada. Permanecer sempre avaliando nossa técnica, a condução e a evolução do caso durante o tratamento de nossos pacientes é fundamental para caminharmos com consciência de onde estamos indo, o porque escolhemos determinado caminho a saber que outros percursos existem. Devemos sempre nos perguntar se os objetivos terapêuticos nossos são os mesmos de nossos pacientes e trabalhar com as incongruências sempre mostrando ao paciente o caminho que ele quer seguir e qual nós achamos conveniente acrescentar para que entremos em acordo com a demanda do nosso cliente.

No caso apresentado, elegeu-se tratar primeiramente a disfunção erétil sem questionar com o paciente sua ejaculação precoce. A escolha foi essa por que, como tratar a ejaculação precoce de um paciente que estava impossibilitado de manter relações sexuais?

Enfocou-se então, primeiramente, o problema que estava incomodando o paciente para, depois da resolução deste, partir-se para uma abordagem do problema mais profundo. Ao término desta primeira etapa, o paciente, em função de suas dificuldades, já teve logo a iniciativa de terminar o tratamento. Nesse momento, deixou-se um pouco de lado as abordagens da terapia sexual em busca de um entendimento mais profundo do paciente quanto a sua dificuldade, retomando com ele novos objetivos: o tratamento da ejaculação precoce para um melhor nível de envolvimento sexual.

No caso apresentado, a proposta foi aceita num primeiro momento. O paciente ainda foi acompanhado por um período de um mês, onde buscou-se trabalhar questões ainda difíceis para o paciente e sua esposa como um maior envolvimento sexual, uma maior proximidade e intimidade. Dessa forma, tentava-se evitar a possibilidade de um retorno da disfunção erétil e enfocava-se uma melhoria do nível de envolvimento sexual do casal.

O sucesso alcançado na resolução do sintoma deu forças para esse paciente ter uma confiança maior em si mesmo, o que o possibilitou voltar a ter uma vida sexual mais ativa, não mais precisando evitar as situações que poderiam levar a relação sexual. Primeiramente, S.C. também sentiu-se capaz de aventurar-se num aprofundamento do conhecimento de seu psiquismo e de sua vida sexual, porém, um medo de entrar mais a fundo em questões pessoais certamente difíceis para ele o impediram de seguir. Ele relatou estar atualmente satisfeito em já lhe ser possível retomar sua vida sexual, não desejando modificá-la.

Considerações finais

Uma vez reconhecida a importância de uma visão do paciente compo um todo, devemos estar atentos para a realização de uma intervenção condizente com tal pressuposto. Propõe-se, assim, uma união, uma completude entre o trabalho do médico e do psicólogo em prol da saúde de nossos pacientes.

A literatura traz a importância de uma atuação que considere tais aspectos conjuntamente, mas na prática, muitas vezes o que vemos é um trabalho competitivo entre médicos e psicólogos, onde busca-se provar quem pode mais ou quem resolve melhor. Assim, os profissionais perdem a oportunidade de evoluir e, principalmente nossos pacientes perdem em saúde e qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. CARROBLES, J. A., YAQUE, A. S. *Terapia sexual*. Madrid, Universidad Nacional de educación a distancia - Fundacion Universidad Empresa, 1990.
2. CAVALCANTI, R., CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 2ª ed. São Paulo, Roca, 1997.
3. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial da Saúde (org.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
4. DSM-IV -*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. American Psychiatric Association. 4 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
5. DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. (et al.). *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1996.
6. MILLET, L., BAUX, R. Thérapies sexologiques. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37-820-A-10, 1992, 7p.
7. PASCAL, J. Ch., DUQUESNOY, M., ELMALEH, H. & LE ROUX, A. Valeur sémiologique des anomalies des conduites sexuelles. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37105-G-10, 1991, 8p.

Resumo Comentado

Disfunção sexual e seu tratamento em pacientes com Diabetes Mellitus **1**

Carlos Magno Leite de Alencar*

RESUMO

O Resumo Comentado trata do trabalho “Uma Visão Geral da Disfunção Sexual e seu Tratamento em Pacientes com Diabetes Mellitus”, publicado no Boletim Médico “TERAPÊUTICA EM DIABETES” n° 22 que dá orientações para a compreensão da Disfunção Eretiva em pacientes diabéticos, de autoria de Paulo Rodrigues.

A Disfunção Eretiva ocorre em 1/3 dos diabéticos, de instalação em 10 anos de doença. O mecanismo etiológico é a esclerotização peniana que ocorre sobretudo quando os níveis de Hemoglobina Glicosilada estão aumentados. Há drogas que aumentam o problema e há outras que o tratam. Entre as drogas usadas no tratamento estão: Sildenafil (Viagra®), Fentolamina (Vasomax®), Auto-Injeção de Agentes Farmacologicamente Ativos e MUSE (Medicated Uretral System). Outras alternativas são: Dispositivo a Vácuo, Revascularização Peniana e Próteses Penianas.

As medidas de controle metabólico devem ser mantidas, como: dieta, atividade física e anti-diabéticos orais ou insulina.

* Médico. Delegado Regional da SBRASH.

Recebido em 26.08.99

Aprovado em 05.09.99

O artigo “Uma Visão Geral da Disfunção Sexual e seu Tratamento em Pacientes com Diabetes Mellitus”, publicado no Boletim Médico do Centro B-D de Educação em Diabetes, “TERAPÊUTICA EM DIABETES”, n° 22 de fevereiro/março/abril de 1999 dá orientações importantes para a compreensão do problema do tratamento da Disfunção Eretiva. A autoria do trabalho é de Paulo Rodrigues.

Um em cada três homens diabéticos apresentarão dificuldade em obter ereção. A instalação da disfunção dar-se-á dentro de 10 anos após o diagnóstico ou como forma de início do Diabetes Mellitus.

O autor identifica a disfunção Eretiva como a incapacidade e penetração vaginal, dificuldade de manter a ereção ou necessidade excessiva de estimulação manual-erótica para obtê-la.

O autor aborda o mecanismo da ereção e seu comprometimento no Diabetes Mellitus, ao destacar que o descontrole metabólico da doença leva irreversivelmente à esclerotização peniana, principalmente após os dez anos de diagnóstico do Diabetes e sobretudo onde os níveis de hemoglobina glicosilada estão permanentemente altos.

As drogas que podem comprometer a qualidade eretiva do tecido cavernoso são: diuréticos, fenotiazinas, anti-histamínicos, anti-depressivos tricíclicos, hormônios femininos, digoxina, efedrina, anti-fúngicos, metoclopramida, haloperidol, anorexígenos, cimetidina, anti-androgênicos, metil-dopa, alfa e beta bloqueadores, além do álcool e cigarro. Sua simples substituição ou suspensão pode melhorar a disfunção eretiva.

As alternativas terapêuticas para o tratamento da D.E. são:

SILDENAFIL (Viagra®) - facilita a ereção por sua ação sobre a enzima fosfodiesterase - 5, elevando a concentração de GMPc, com marcante ação mio-relaxadora. Sucesso clínico em 80-90%, embora em casos mais graves de diabetes mal controlado ou de longa data, os resultados podem ser comprometidos pela observada diminuição de óxido nítrico nos casos de esclerose celular severa. Efeitos colaterais: cefaléia (15%), rubor facial (10%), epigastralgias (6%), congestão nasal (4%), diarréias (2%) e artralgias (2%). Restrição à droga para usuários de agentes vasodilatadores do tipo nitritos ou pacientes com limitada função cardíaca.

FENTOLAMINA (Vasomax®) - uso oral com sucesso clínico em 85-90% dos casos. Ação alfa-bloqueadora, promovendo vasodilatação e mio-relaxamento das trabéculas cavernosas. Efeitos colaterais: congestão nasal (20%), cefaléia (10%) e náuseas.

AUTO-INJEÇÃO DE AGENTES FARMACOLOGICAMENTE ATIVOS - drogas aplicadas diretamente no tecido cavernoso para promoverem dilatação e ereção - índice de penetração vaginal de 94-96%. Efeitos colaterais: priapismo e fibrose peniana.

MUSE (Medicated Urethral System) - prostaglandina de uso intra-uretral, com sucesso de 50-60%. O uso do supositório intra-uretral exige que a relação seja feita com preservativo, pois a ejaculação de prostaglandina na vagina causa desconforto e prurido vaginal.

O autor cita ainda a iombina, a apomorfina, a bromocriptina, o trazodone e os androgênios.

As alternativas terapêuticas não farmacológicas são:

DISPOSITIVO À VÁCUO - que provoca a entrada de sangue nos corpos cavernosos por sucção. Baixa aderência.

REVASCULARIZAÇÃO PENIANA - cria vias alternativas de influxo sanguíneo. Sucesso relativo com uso restrito a casos raros, de pacientes jovens e com lesões vasculares traumáticas.

PRÓTESES PENIANAS - são verdadeiras hastes de sustentação dos corpos cavernosos. Satisfação clínica em 90-98% dos casos. Para casais que pretendam complementar suas relações com ereções mais firmes e sustentadas.

Considerando o aqui exposto é óbvio notar que os recursos terapêuticos para o tratamento da Disfunção Eretiva em pacientes com Diabetes Mellitus estão relacionados também a manutenção de medidas de controle metabólico como dieta, atividade física e quando necessário o uso de anti-diabéticos orais ou insulina.

Outras disfunções sexuais presentes em pacientes diabéticos não citadas no texto são Ejaculação Retrógrada, Desejo Sexual Inibido e Anorgasmia.