

revista brasileira de
SEXUALIDADE HUMANA

volume 15 nº 1 2004

revista brasileira de
SEXUALIDADE
HUMANA


sbrash

Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana 

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 15 - Número 1- Janeiro a Junho de 2004
SBRASH - Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana
Iglu Editora Ltda. - São Paulo - SP



SBRASH
Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

Diretoria da SBRASH para o Biênio 2003/2005

PRESIDENTE: Jaqueline Brendler (RS)

VICE-PRESIDENTE: Oswaldo Rodrigues Júnior (SP)

SECRETÁRIO-GERAL: Heitor Hentchel (RS)

DIRETORA-TESOUREIRA: Simone Braga Chedid (RS)

DIRETORA-EDITORA: Ana Cristina Canosa Gonçalves (SP)

DIRETORA DE CERTIFICAÇÃO: Amparo Caridade (PE)

DIRETORA DE RELACIONAMENTO COM ASSOCIADOS: Júnia Dias de Lima (RJ)

Conselho Deliberativo
– Biênio 2003/2005

Márcio Ruiz Schiavo (RJ)

Maria do Carmo de Andrade (RJ)

Paulo Roberto Canella (RJ)

Ricardo da Cunha Cavalcanti (BA)

Sonia Daud (SP)

Gilda B. Fuchs (BA)

Jorge José Serapião (RJ)

Conselho Científico – Biênio 2003/2005

Amazonita A. Esashika

Angelo Monesi

Carmita Helena A. Najjor

Celso Marzano

Eduardo T. Yabusaki

Elisa Rodrigues

Helena Theodoro

Hugues França Ribeiro

José Carlos Reichelmann

Marize Bezerra

Ozana Barreto

Pedro Junberg

Pedro Vitiello

Rita de Cássia Araújo A. Mendonça

Tereza Cristina Fagundes

Zenilce Vieira Bruno

SBRASH

*Av. Carlos Gomes, 328 - sala 403 Tel (51) 3328-3735
CEP 90480-000 Porto Alegre, RS*

REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA

Órgão Oficial de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH)

DIREÇÃO: Márcio Ruiz Schiavo (RJ)

EDITORA GERAL: Ana Cristina Canosa Gonçalves

EDITOR ASSISTENTE: Paulo Roberto Bastos Canella

INDEX

Periódico indexado em: Edubase (Faculdade de Educação/UNICAMP – São Paulo/Brasil)

REDAÇÃO E ENVIO DE ORIGINALS

A/C Editora Geral: Ana Cristina Canosa Gonçalves

Rua: Comendador João Gabriel, 67

Mirandópolis

Cep: 04052-080 São Paulo, SP.

EDIÇÃO, COMERCIALIZAÇÃO E ASSINATURAS:

Iglu Editora Ltda.

Rua Duílio, 386

CEP 05043-020 – São Paulo, SP.

Tel: (0xx11) 3873-0227

PROJETO GRÁFICO E CAPA:

Comunicarte Agência de Responsabilidade Social

Av. das Américas, 1155/1506 Tel.fax (21) 2494 2886

CEP 22631-000 Rio de Janeiro, RJ

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 15 - Número 1
Janeiro a Junho de 2004

SUMÁRIO

- 9 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO
- 17 MENSAGEM DA PRESIDENTE
- 21 EDITORIAL
- 27 TRABALHOS DE PESQUISAS
- 29 DESCONTINUAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS
NA ADOLESCÊNCIA, SALVADOR, 2000-2001
Clesia Andrade Sadigursky (*in memoriam*)
Bruno Gil de Carvalho Lima
Tânia Ariani da Silva
Marta Maria de Magalhães Gregório
- 39 A QUALIDADE DO FUNCIONAMENTO SEXUAL DE HOMENS
E MULHERES
Arthur Diehl
Adriana Wagner
Denise Falcke
- 59 POSITIVO PARA A VIDA: CONHECENDO A SEXUALIDADE
DE MULHERES COM HIV
Talita Borges Castelão
Sâmela Ferreira de Sales
Vivian Prudêncio Andrade
- 73 EDUCAÇÃO SEXUAL E COMPORTAMENTO PREVENTIVO
DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
Miriam Tachibana
Isabel Cristina Dib Bariani
- 87 DESEJO SEXUAL HIPOATIVO E TRANSTORNO DO PÂNICO
Leonardo Gama
Maria do Carmo Andrade-Silva
Paulo Roberto Bastos Canella

- 101 ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO
- 103 OBESIDADE E SEXUALIDADE
Andréa Ferreira Gonçalves
Denise Ely B. de Moraes
- 113 REFLEXÕES SOBRE A ESCOLHA DA PARCERIA CONJUGAL
Carlos Alberto Dias
Juliana Mendes Alves
- 133 DOENÇA DE PEYRONIE E A SEXUALIDADE FALOCÊNTRICA
Renato Galvão do Rio Apa Filho
Paulo Roberto Bastos Canella
- 143 ESTUDOS DE CASOS
- 145 TRANSEXUALIDADE: UMA QUESTÃO DE IDENTIDADE
Sérgio José Alves de Almeida
Luciana Dotta
Rudolf Krawczenko Feitoza de Oliveira
- 8
- 151 TRANSEXUALISMO MASCULINO HOJE E A QUESTÃO DE IDENTIDADE
Laura Meyer da Silva
- 165 RESENHA DE LIVRO
- 167 JOGANDO OS ENTULHOS NA LIXEIRA!
Ana Cristina Canosa Gonçalves
Livro: *Faxina sexual: jogando os entulhos na lixeira* – Christyne Rose Cavalcante
- 169 FICHA PARA ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADES
- 171 PROPOSTA DE INSCRIÇÃO
- 173 NOTÍCIAS DA SBRASH – LISTA DE DIPLOMAS
- 175 ERRATA – Vol. 14 - nº 2 - ano 2003.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana (R.B.S.H.), órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, é uma publicação trimestral distribuída aos associados e vendida em números avulsos, através de solicitação pelo e-mail *sbrash@sbrash.com.br*. A RBSH visa a divulgação de trabalhos cujo objeto de estudo seja qualquer das facetas da sexualidade humana. É necessário que ao menos um dos autores dos trabalhos seja associado da SBRASH. Os textos a serem publicados devem ser trabalhos originais e seguir as Normas referendadas no Publication Manual of the American Psychological Association (1994, 4ª edição). Os artigos serão submetidos ao conselho editorial da revista e aprovados para publicação.

Para submeter um artigo:

1. Os originais deverão ser encaminhados em três vias digitadas, em espaço duplo, configuradas no programa Word for Windows 5.0, 6.0 ou 97 (Microsoft), não excedendo vinte páginas (entre 21 mil a 28 mil caracteres), acompanhados de uma cópia em disquete de 3,5”, dentro das seguintes seções:

- a) Artigos opinativos ou de atualização
- b) Trabalhos de Pesquisas
- c) Estudos de casos. Devem conter referências de um caso
- d) Resenhas de Livros
- e) Resenhas de Teses e Dissertações
- f) Entrevista
- g) Tópicos

2. Todos os textos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por um dos autores, atestando que o artigo não fere as normas éticas da profissão e abrindo mão dos direitos autorais em favor da Revista. As opiniões expressas pelo autor são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem, obrigatoriamente, a opinião dos editores.

3. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do original pelo Conselho Editorial.

4. A apresentação das *Resenhas de Livros e Resenhas de Teses e Dissertações* devem ter texto com dimensão variável entre três e cinco páginas (4.200 a 7.000 caracteres), contendo o registro e a crítica das obras, livros e teses, publicadas recentemente.

5. A apresentação dos textos nas categorias: *Artigos Opinativos, Trabalhos de Pesquisas e Estudos de Casos*, devem seguir a seguinte ordem:

Folha de Rosto Identificada:

- 1-Título em português e em inglês (máximo de quinze palavras);
- 2-Título abreviado para cabeçalho (máximo de cinco palavras);
- 3-Nome de cada um dos autores, seguido da afiliação institucional de cada um;
- 4-Endereço completo para correspondência com o Corpo Editorial, telefone, fax e e-mail do autor.

Folha de Rosto sem Identificação:

- 1-Título em português e em inglês;
- 2-Título abreviado para cabeçalho.

Resumos:

- 1-Resumo, em português, com 100 a 150 palavras;
- 2-Palavras-chave, em português (de 3 a 5);
- 3-Abstract em inglês (tradução do resumo);
- 4-Keywords (tradução das palavras-chave).

Texto:

Esta parte deve começar em nova página, numerada como página três (3) ou quatro (4) com título centrado no topo da mesma. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em branco. Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, além das páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências bibliográficas. Se necessário, outros subtítulos podem ser acrescentados. Em alguns pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora essa estratégia não seja recomendável como regra geral. Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada “Notas”. Informe, no texto, a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo. Observe as normas de citação, dando crédito aos autores e as datas de publicação dos estudos referidos. A citação literal de um texto exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais. Evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade.

Referências bibliográficas:

Inicie uma nova página para a seção de Referências. Utilize espaço duplo também nesta seção e não deixe um espaço extra entre citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética, pelo último nome do autor. Cada uma das referências deve aparecer como um parágrafo. Deixe cinco espaços da margem esquerda na primeira linha.

Citações no corpo do texto:

a) Citação de artigo de autoria múltipla:

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; Da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e da data, se for a primeira citação no parágrafo;
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al. e data. Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

b) Citações de obras antigas e reeditadas:

Utilize o seguinte formato:

Autor (data de publicação original/ data de publicação consultada)

c) Citação secundária:

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra obra consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Freud" (1914, citado por Eigner, 1998)...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Eigner, 1998).

Exemplos de referências:

1. Artigo de revista científica:

Imaginaire et alterité: rôles et héros de l'histoire de France dans les cultes populaires bresiliens. *Bulletin de liaison des Centres de Recherches sur l'Imaginaire*, 1, 12-23.

(Se a revista científica for paginada por fascículo, incluir o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume)

2. Artigo de revista científica no prelo:

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado.

3. Livros:

Jablonski, B. (1998). *Até que a vida nos separe: A crise do casamento contemporâneo*. Rio de Janeiro: Agir.

4. Capítulos de livro:

Levi, L. (2001). Adoção: da criança idealizada à criança real. Em T. Féres Carneiro (Org.), *Casamento e família – do social à clínica* (pp. 12-22). Rio de Janeiro: NAU.

5. Trabalho apresentado em Congresso mas não publicado:

Féres-Carneiro, T. (1998, dezembro). *A transformação das relações familiares no mundo contemporâneo*. Trabalho apresentado no II encontro sobre Direito de Família em Discussão, Rio de Janeiro, RJ.

6. Trabalho apresentado em Congresso com resumo publicado em anais:

Rudge, A. M. (2000). Pressupostos da “nova” crítica à psicanálise. [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.) *Psicologia no Brasil: diversidade e desafios, XXX Reunião anual de Psicologia* (p. 27) Brasília: Universidade de Brasília.

7. Teses ou Dissertações não publicadas:

Faveret, B.M.S. (1997). *Psicanálise e biologia: o adoecer psíquico repensado a partir do paradigma informacional*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ.

8. Obra antiga e reeditada em data muito posterior:

Piaget J. (1965). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: Z. Alcan (Originalmente publicado em 1932).

9. Autoria Institucional:

American Psychological Association (1994). *Publication manual* (4ª ed.) Washington, DC: Autor.

10. Comunicação pessoal:

Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

Anexos:

Os anexos devem ser apresentados em uma página após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Somente use anexos se isso for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

Figuras e Tabelas:

Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página. As figuras e tabelas não poderão exceder 11,5 X 17,5 cm.

Nosso procedimento ao receber um trabalho:

Os trabalhos recebidos são apreciados pelo Conselho Editorial. O parecer será expresso de três maneiras:

a) *Aceito para publicação*: se estiver de acordo com as Normas e for considerado como trabalho de interesse por sua solidez científica, originalidade, atualidade ou oportunidade de informação para a Revista Brasileira de Sexualidade Humana, será publicado em um dos próximos números da revista, segundo um critério cronológico e de paginação.

b) *Aceitação Condicional*: caso haja dúvida específica, os editores ou outros profissionais associados da SBRASH de reconhecida competência em sua área de atuação poderão ser consultados para avaliar o trabalho e eventualmente condicionar a publicação a modificações que visam melhorar a clareza, precisão do texto ou adequação das normas para publicação. Nesse caso os autores deverão enviar duas cópias impressas do original reformulado com carta de encaminhamento informando sobre as reformulações realizadas. Caso os autores tenham decidido não realizar algumas modificações sugeridas, devem justificar essa decisão. Esta carta e o texto reformulado serão encaminhados a um dos Conselheiros Editoriais, juntamente com os pareceres dos consultores e a versão inicial para uma análise final. Nesta etapa do procedimento, o Conselho Editorial terá conhecimento das identidades dos autores e dos consultores.

c) *Recusado*: Nessa hipótese, os autores receberão o parecer do Conselho Editorial com a motivação da recusa.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores, para agilizar o processo de submissão ou publicação dos originais.

Os originais e o disquete enviados pelos autores não serão devolvidos.

Os editoriais, que refletem posições da Diretoria da SBRASH, serão elaborados pelo editor responsável ou pelos membros do Conselho Editorial. Salvo quando um autor é convidado pela revista, exige-se para as demais seções que o autor, ou ao menos um dos co-autores, seja associado à SBRASH.

6. Será facultada a publicação de trabalhos estrangeiros de autores não associados desde que os mesmos estejam dentro das normas de publicação, e que a Comissão Editorial da Revista entenda que o mesmo seja de interesse científico para os associados.

7. Tópicos e seção reservada a manifestações do corpo editorial da revista.

Direitos Autorais:

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana possui direitos autorais de todos artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (Resumo, abstract, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos Autores.

Endereço para Encaminhamento:

A remessa de trabalhos para publicação bem como toda correspondência de segmento que se fizer necessária, deve ser endereçada para:

Revista Brasileira de Sexualidade Humana.
A/C Ana Cristina Canosa Gonçalves
Rua Comendador João Gabriel, 67
Cep 04052-080 São Paulo, SP.
E-mail: acanosa@uol.com.br

MENSAGEM DA PRESIDENTE

Prezados Associados,

É com satisfação que lhes comunico que na última reunião da FLASSES, o nosso título do TESH (Título de Especialista em Sexualidade Humana) passou a ser acreditado por essa entidade. Isso faz com que o título tenha valor além das fronteiras do Brasil.

Nos últimos doze meses de mandato, realizamos e apoiamos onze eventos, em todo o território nacional, nos quais os nossos associados obtiveram descontos. O BIOL segue no site da SBRASH com atualizações realizadas por seus editores que nos trazem as últimas novidades científicas e conquistas sociais na área da sexualidade.

O nome dos nossos filiados quites com a anuidade de 2005 continua permanentemente sendo atualizada no site da SBRASH, a fim de valorizar todos os seus membros.

No ano de 2005, a SBRASH, além da realização do X Congresso, está com outro grande projeto: a “Candidatura Brasileira ao Congresso Mundial de Sexologia 2009”, propondo que seja o referido evento sediado em Recife, PE. Toda a proposta científica elaborada pela SBRASH estará sendo defendida em Montreal, em julho de 2005 e que está publicada no site www.sbrash.org.br. Ela irá concorrer com as propostas de Roma e Gotemburgo. A candidatura de Recife projeta todos os profissionais e os estudiosos de sexualidade do Brasil, especialmente os que nos enviaram cartas de apoio, pois estas serão lidas pelo comitê executivo da WAS e por todos os que tiverem interesse. A SBRASH entende que essa é uma das suas funções, lutar para que os nossos profissionais sejam reconhecidos nacional e internacionalmente.

O X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, nosso maior evento bianual, será pioneiro ao dar vinte à trinta minutos na exposição de monografias, de dissertações e de teses na área da sexualidade. Pretende-se com isso valorizar o talento dos novos pesquisadores, além de destacar a instituição de ensino que permite a realização dos estudos. Esses trabalhos e os projetos de sexualidade na âmbito da saúde pública poderão concorrer a prêmios, nas áreas educacional ou assistencial/clínico. O segundo concurso do TESH será realizado dentro do Congresso e o seu edital encontra-se publicado no site da SBRASH (www.sbrash.org.br). O Tema central é Cultura e Saúde, o que permite discutirmos temas da área clínica, da educacional, dos fatores biopsicossociais e dos diferentes contextos culturais nos quais é vivida a sexualidade. As comissões científica e organizadora estão se empenhando para a realização de um excelente congresso. Não podemos nos esquecer de que a cidade

é Porto Alegre, uma das mais charmosas cidades do sul do país e que se encontra muito próxima da acolhedora Serra Gaúcha.

Venham ao **X Congresso Brasileiro de Sexualidade**, é uma oportunidade de enriquecimento científico em sexualidade e também de compartilhar momentos agradáveis com os amigos.

Um abraço carinhoso a todos,

Jaqueline Brendler
Diretora-Presidente da SBRASH

EDITORIAL

Antigamente sexo era tabu. Coisa da intimidade. Algo que todo mundo sabia que todo mundo fazia, mas havia um contrato velado para que todos fingissem que ninguém sabia o que fazia, muito menos que o outro também o faria. Algum dia...

Esse algum dia chegou com mais vagar do que ocorrem hoje as mudanças e atualizações no comportamento sexual. Tão rapidamente como a capacidade de processamento dos computadores pessoais, que dobram suas velocidades de processamento e capacidade de memória a cada 2 anos, permitindo assim o desenvolvimento de programas mais sofisticados, fazendo com que você, depois de algum tempo, para acompanhar a evolução tecnológica, precise ou atualizar seu computador ou comprar um computador novo.

Fala-se de sexo direta e indiretamente, e muita gente quando pode o faz de maneira que todos vejam. De um lado os *reality shows*, o sexo virtual; do outro o pavor de estar comendo coisas demais, usando drogas demais, tomando atitudes que diminuem o desejo. Há uma variação tão grande entre o que é bom, o que é ruim, o que é novo, o que está ultrapassado, que as pessoas não sabem mais o que fazer, muito menos o que sentir.

Vejamos as notícias:

Estudo publicado pela renomada revista científica "*New Scientist*", diz que uma pesquisa feita pela Universidade de Boston (EUA), comprovou que pílulas anticoncepcionais podem reduzir e mesmo extinguir a libido em muitas pessoas. A causa seria uma certa proteína contida no anticoncepcional que pode acabar com a testosterona. Bem, não seria mais inteligente que as mulheres parassem de se inundar de hormônios para não engravidar quando isso já não pode acontecer? Afinal hoje não se escapa da camisinha, e ela tem uma eficácia muito boa, se for usada adequadamente.

Saiu no *New York Times* que pesquisadores americanos conseguiram imagens do amor reagindo no cérebro. Apareceu no Fantástico também. O sentimento mais incontrolável que assola os humanos estaria mais para fome e sede, (necessidades biológicas) do que para excitação sexual e afeto. Como está descrito o estudo: 17 estudantes universitários olharam para uma foto do seu parceiro enquanto uma máquina de ressonância magnética escaneava seu cérebro. Depois, essas imagens foram comparadas com outras, registradas no momento em que as pessoas olhavam para a foto de um desconhecido. Um mapa de áreas particularmente ativas do cérebro mostrou que o núcleo caudal, área densa em células que produzem ou

recebem dopamina, (supõe-se que a dopamina está relacionada ao prazer, só não se sabe se a dopamina produz o prazer ou o prazer é que produz a dopamina!) ficava especialmente ativo em pessoas apaixonadas. E tem mais, à área da atração física estava do lado oposto, no cérebro. Conjeturaram os pesquisadores que é aí o ponto do cérebro que determina os desejos duradouros e inexplicáveis que fazem os apaixonados escolherem determinada pessoa. Se não fosse a Helen Fisher uma das coordenadoras da pesquisa, por sua antiga e renomada atuação nos estudos da sexualidade humana, principalmente no que concerne ao Amor, a Paixão e o Desejo, nós ficaríamos aqui pensando: resta saber o que será que podemos fazer com esses conhecimentos...

Baixou em nossa caixa postal uma enxurrada de e-mails pró e contra (a maioria contra!) a atitude de uma psicóloga dona de uma Agência de Matrimônios, que orienta suas associadas à não agirem no primeiro encontro como o que ela chama de “mulher cabeça”: inteligentes e bem-sucedidas, mas com profundos bloqueios de relacionamento com o sexo oposto. Ainda segundo a tese da psicóloga, as mulheres sabem que estão sofrendo da síndrome quando “pensa mais que sente e não utiliza a feminilidade para conquistar e amarrar o homem”; “Ela quer segurar o homem no papo, como se estivesse negociando, mas o homem cola na mulher, em primeiro lugar, através do visual e gestual feminino (sic)”. Pronto. Lá se foi a tese da Helen Fisher por água abaixo. Afinal se o que importa é emburrecer diante do homem para conquistá-lo, o cérebro vai estar ocupado demais pensando nas formas de conquistar o outro e não vai poder se senbilizar para o amor.

Noticiado na BBC Brasil no dia primeiro de junho que os Médicos defendem a via vaginal para administração de medicamentos. Há muito que a vagina é via de administração de fármacos e com diferentes finalidades. Na Idade Média, medicamentos como a beladona, a mandrágora ou o meimendro negro eram usados por via vaginal. Em 1918, surgiu a 1ª publicação sobre a absorção vaginal sendo deste então o seu uso como via de administração de medicamentos. Hoje há hormônios para reposição hormonal e para a contracepção aplicados na vagina sob a forma de cremes, supositórios, tampões, gel, tabletes e anéis. A via vaginal seria igualmente útil para ajudar às mulheres a vencer bloqueios. Há muitos anos acredita-se que conhecer mais o próprio corpo e melhorar a percepção sobre a vagina é fundamental para o desenvolvimento sexual da mulher. Bloqueios ou vergonha não devem prevalecer sobre a necessidade da mulher se informar para ser mais feliz na sua sexualidade. Assim absorventes internos e contraceptivos de última geração, como o anel vaginal mensal, colocados por ela mesma no interior da vagina devem contribuir para uma sexualidade mais prazerosa.

Devidamente noticiados de todas as novas teorias e proposições, resolvemos dar um furo de jornalismo: as pessoas são agressivas porquê não amam; infelizes porquê não desejam; melancólicas porque não se permitem; insatisfeitas porque reprimem os seus desejos mais legítimos com teses estrambólicas para entender a própria solidude, que se transforma em solidão quando se nega o sentimento.

Ana Cristina Canosa Gonçalves

Paulo Roberto Bastos Canella

TRABALHOS DE PESQUISAS

DESCONTINUAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA, SALVADOR, 2000-2001

Clesia Andrade Sadigursky¹ (in memoriam)

Bruno Gil de Carvalho Lima²

Tânia Ariani da Silva³

Marta Maria de Magalhães Gregório³

Resumo: A gravidez na adolescência é um problema de saúde mundial. Os anticoncepcionais estão disponíveis, entretanto os adolescentes os descontinuam. A literatura demonstra que não faltam informações sobre a prevenção dos agravos da relação sexual desprotegida, porém os adolescentes não assumem uma atitude coerente com seus conhecimentos. Avaliou-se a descontinuação dos métodos contraceptivos e as motivações através de um estudo seccional no Instituto de Perinatologia da Bahia, incluindo 324 adolescentes. Coletaram-se informações sobre método usado, descontinuação e motivo. Descontinuaram o uso 45,8% das adolescentes. O método com maior risco de interrupção foi o preservativo. Os riscos relativos de abandono de preservativo e DIU comparados com o risco dos outros foram elevados. Os programas executados demonstraram que a informação chega às adolescentes, faltando o desenvolvimento de esquemas comportamentais. Os programas educacionais devem objetivar a valorização dos adolescentes para que eles se sintam protagonistas de seu destino.

Palavras-chave: contracepção, planejamento familiar, Salvador.

Abstract: Pregnancy during youth is a health trouble around the world. Although contraceptive methods are available, teenagers interrupt their use. Literature states there is no lack of information about the consequences of sexual intercourse without protection, but youngsters have not showed a practice coherent with their knowledge.

¹Médica, especialista em Hebeatria. Professora Adjunta (Mestre) do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da UFBA

²Médico, especialista em Ginecologista e Obstetrícia. Mestre em Saúde Comunitária (UFBA), aluno do Doutorado em Saúde Pública (UFBA). E-mail: brunogil@doctor.com

³Enfermeira. Sanitarista (FIOCRUZ), coordenadora do ambulatório de planejamento familiar do Instituto de Perinatologia da Bahia

⁴Médica, especialista em Ginecologista e Obstetrícia, assistente do ambulatório de planejamento familiar do Instituto de Perinatologia da Bahia

We evaluated the interruption of contraceptive methods and the reasons for doing so by a cross-sectional study at the Institute of Perinatology of Bahia, 324 teenagers included. Information was caught about the contraceptive methods they used, interruption, and the reason for stopping. 45,85% of the teenagers interrupted the use of the contraceptive. The contraceptive with highest risk of being interrupted was the condom. The relative risks of condom and IUD stopping when compared to all the others were high. Educational programs developed until now have showed information gets well to teenagers, but they have not stimulated behavioral changes. Educational programs should aim to recognize the value of teenagers so that they can play central roles in their destiny.

Keywords: contraception, family planning, Salvador.

1. Introdução

A adolescência é um período de transição dos seres humanos, entre a infância e a vida adulta, caracterizada por grandes transformações no corpo, modificações das emoções e a busca do desenvolvimento de habilidades que permitam a inserção no mundo adulto de produção. Nesta época, são adquiridos novos relacionamentos e experiências, além de se vivenciarem oportunidades para escolhas construtivas, que possam conduzi-los à participação na sociedade.

A puberdade está representada pelo crescimento físico, desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a aquisição da função procriativa². A sexualidade humana desenvolve-se desde o auto-erotismo até a possibilidade de que vínculos amorosos e de intimidade sejam estabelecidos entre os pares⁷.

A maioria dos homens e mulheres iniciam-se sexualmente na adolescência, influenciados por vários fatores, tais como: busca do prazer físico e de novas experiências, para ser aceito pelo grupo, por desafio à sociedade ou à família, como recompensa ou punição, para fugir da solidão e para escapar de outras pressões³.

As modificações dos costumes observados a partir da década de 60, relacionadas ao advento das pílulas anticoncepcionais, que conduziram ao relacionamento sexual visando o prazer, deixando de lado a obrigatoriedade do sexo para a reprodução, produziram grandes mudanças no comportamento das pessoas em geral e, particularmente, dos adolescentes¹⁸.

A iniciação sexual na adolescência é cercada por fortes sentimentos de curiosidade e de insegurança pessoal, por emoções quanto ao desempenho, fantasias, afetividade, a paixão e a duração do vínculo, posto que esperam que “seja eterno”³.

A conduta sexual está determinada pela atitude das pessoas sobre o sexo, e esta é o resultado da interação com a família, com os amigos e da influência do meio sócio-cultural que habita, representada pelos conceitos morais, religiosos e pelas informações que obtêm através da vida^{16,17}.

A gravidez na adolescência tem-se constituído num problema de saúde pública de grandes proporções, por ser de difícil controle em todo o mundo. Os métodos anticoncepcionais têm se tornado cada vez mais eficientes e com menos efeitos colaterais, têm sido disponibilizados na rede pública de atendimento à população, entretanto os adolescentes falham em usar os métodos ou descontinuam o seu uso, por razões não bem definidas até o momento^{14,15}.

Esses fatos fazem do planejamento familiar, ou mesmo da prática de sexo protegido na adolescência, um desafio para os profissionais que lidam com essa população.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sadigursky, Levinson & Lima (2001), estudando uma população randomizada de 400 adolescentes oriundos de escola pública da cidade do Salvador, demonstraram que a iniciação sexual ocorre em 44,5% aos 14 anos, 51,8% não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual e, destas, 70,9% responderam que não planejaram o relacionamento sexual. 69,5% referiram usar preservativo, porém não em todas as relações sexuais.

Rehme e col. (2001), estudando 315 adolescentes da periferia de Curitiba, referem que a iniciação sexual ocorreu, em média, na idade de 14 anos, 96,5% sabiam como evitar a gravidez, 85,1 % conheciam o preservativo e 77,8% usavam anticoncepcionais orais. 33,3% não usavam qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual e 12,5% continuaram sem prevenir-se.

Num estudo com 400 adolescentes da rede pública de ensino, pertencentes ao programa governamental de qualificação para o trabalho, Levinson, Sadigursky & Erchak concluem que os adolescentes têm conhecimentos satisfatórios sobre os métodos contraceptivos e sobre os agravos do relacionamento sexual desprotegido, entretanto não demonstraram ter a atitude de prevenção coerente com os conhecimentos que possuem.

Os estudos têm demonstrado que a iniciação sexual está na dependência da classe social e do nível de escolaridade⁴.

Sadigursky, Pita & Lima (2001), estudando uma população randomizada de universitárias que foram atendidas no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil, em Salvador-BA, encontraram que a iniciação sexual ocorreu dos 14 aos 16 anos para apenas 9,1% das estudantes, enquanto que 28,6% iniciaram a vida sexual nas idades de 17 e 18 anos, coincidente com o ingresso na Universidade. 82% referiram utilizar algum método contraceptivo, sendo que 48% referiram usar o preservativo, 27% os contraceptivos orais e 5% os injetáveis. Esse estudo demonstrou que 15% das universitárias engravidaram, com uma incidência de 35% de aborto e 9% que não retornaram ao serviço.

Um terço da população mundial é constituída por adolescentes, e estes têm participado efetivamente no aumento da fecundidade, principalmente nas idades

abaixo de 16 anos, segundo dados do National Center of Health Statistic (NCHS)³. Bruno (1997), ao estudar uma população de 128 estudantes de 1º e 2º graus, demonstrou que 81,7% conheciam algum método contraceptivo, sendo a camisinha e os anticoncepcionais orais os mais citados, pontuando que os adolescente apresentam bom grau de informação sobre os métodos contraceptivos, mas pouco uso prático desse conhecimento.

Ferreira (2000) entrevistou 36 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 17 anos, com a finalidade de verificar os conhecimentos sobre anticoncepção, e verificou que 66,7% referiram ter utilizado a camisinha e 33,7% disseram ter usado os anticoncepcionais orais. Os motivos para o não uso dos métodos contraceptivos foram relacionados a não se preocuparem com a prevenção da gravidez, não esperarem ter relações sexuais e o incômodo causado pelo uso do preservativo masculino.

Um estudo sobre a atitude voluntária para iniciar o relacionamento sexual foi avaliado nos Estados Unidos da América do Norte através do *National Survey of Family Growth*. Às mulheres foi perguntado sobre o controle que tinham sobre esses relacionamentos. Os resultados apontaram que 24% das adolescentes com idade de 13 anos ou menos referiram não terem tido nenhum controle, e 10% daquelas com idade de 19 anos não conseguiram impedir que a relação sexual acontecesse. Estes dados pontuam que, quanto mais jovem é a adolescente, mais difícil é impedir que a relação sexual aconteça⁵.

Necchi & Shufer (1999) estudaram uma amostra de 420 adolescentes do sexo masculino, com idade entre 15 e 19 anos, para verificar o comportamento anticoncepcional. 55,5% já haviam iniciado a vida sexual, com idade média de 14,9 anos, com namoradas, prostitutas, com amigas ou com parceira ocasional. 27,5% referiram que não houve planejamento da relação sexual. Em 21,9% dos casos, foi a parceira quem tomou a decisão da relação sexual. 93,8% consideraram o preservativo eficiente, 58,7% o usaram com prostitutas.

Os estudos da BEMFAM no Brasil datados de 1996, demonstraram que, nos últimos 10 anos, a fecundidade diminuiu em torno de 30% em todas as faixas etárias, com exceção dos adolescentes abaixo de 20 anos¹⁰.

Na América Latina, as adolescentes são mais susceptíveis de engravidar se oriundas de famílias de baixa escolaridade, muito numerosas, com dificuldade de comunicação entre os membros, famílias desagregadas, quando apresentam débeis expectativas de profissionalização. 20% dos partos que ocorrem no Brasil são em adolescentes, segundo os dados do IBGE, 2000.

Os estudos da BEMFAM no Nordeste (1991/92) referem que, na Bahia, 25% das mulheres em idade fértil eram adolescentes, de cada 5 uma tinha vida sexual ativa, 13% já tinham filhos, 51,7% não utilizavam nenhum método contraceptivo³.

Os estudiosos, portanto, têm demonstrado que não faltam informações sobre a prevenção da gravidez inoportuna e das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência, mas falta-lhes atitude para a prevenção e para o exercício do sexo protegido.

2. Metodologia

Um estudo epidemiológico observacional de corte transversal foi realizado no período de agosto de 2000 a agosto de 2001, numa população randomizada de 324 adolescentes, com idade variando entre 12 e 20 anos, que espontaneamente procuraram o Ambulatório de Planejamento Familiar para Adolescentes do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), atendidos por uma equipe multiprofissional. Às adolescentes foram fornecidos os métodos contraceptivos solicitados, excetuando-se casos em que o método de escolha apresentasse contraindicação.

A finalidade deste estudo foi observar a descontinuação dos métodos contraceptivos na adolescência e as motivações para este comportamento. Portanto, coletaram-se dados a respeito do método contraceptivo ativado, se houve descontinuação do uso do mesmo e, neste caso, o motivo da descontinuação.

Os dados foram tabulados manualmente, e calculados os coeficientes de abandono dos métodos contraceptivos, bem como frequências simples das razões de abandono. Posteriormente, calcularam-se os riscos relativos de descontinuação de cada método comparado ao total dos outros com intervalos de confiança de 95%, utilizando-se o *freeware* EpiInfo versão 6.0.

3. Resultados

A maioria das adolescentes ativaram como método contraceptivo os anticoncepcionais hormonais injetáveis (143 – 44,1%) e orais (124 – 38,3%). Das demais, 31 (9,6%) optaram pelo preservativo e 26 (8,0%) tiveram um dispositivo intra-uterino (DIU) inserido.

Quase a metade, 144 (45,85%) adolescentes descontinuaram o uso dos contraceptivos. Conforme a tabela 1, os menores índices de descontinuação foram os dos anticoncepcionais hormonais, enquanto que o método de barreira (preservativo) apresentou elevada taxa de abandono, sendo mantido seu uso por apenas 29% das usuárias. Foi esse o único método associado de forma estatisticamente significativa à interrupção do planejamento familiar.

Em 26,4% a descontinuação do método deveu-se a falta dos mesmos na rede pública. 16,0% deixaram de comparecer ao serviço sem justificativa, 13,9% apresentaram sintomas como dor de cabeça, perda ou aumento de peso, sangramento vaginal, ou ainda diminuição da libido, e 4,2% engravidaram.

Aquelas adolescentes que se encontravam em comportamento sexual de risco, com troca frequente de parceiros, representavam 6,9% do total e foram encaminhadas para o serviço de referência do Estado da Bahia (CTA/COAS) para o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, não retornando ao serviço.

20,8% escolheram um método contraceptivo que não apresentava indicação para o uso naquele momento, tais como: DIU em adolescentes abaixo de 16 anos, anticoncepcional injetável em clientes com troca freqüente de parceiro ou com parceiro recente, motivando o não retorno ao serviço.

11,8% apresentaram outras justificativas para a descontinuação dos métodos contraceptivos. A tabela 2 reúne informações sobre as causas de descontinuação dos diversos métodos em estudo.

4. Discussão

O uso de métodos contraceptivos por adolescentes apresentou uma incidência muito elevada de abandono. As justificativas não são convincentes e os motivos para este comportamento não estão claros, pois os métodos são de distribuição gratuita, estando a maior parte do tempo disponíveis na rede pública. Percebeu-se, contudo, que uma parcela da amostra estudada interrompeu a anticoncepção por falta do método na rede, o que indica que a oferta governamental de contraceptivos não é constante, sofrendo flutuações associadas, provavelmente, à deficiente organização do setor público de saúde. De fato, embora programas estatais de planejamento familiar possibilitem o atendimento em diversas unidades da SESAB, não raro faltam recursos materiais em uma ou outra instituição, não havendo como referenciar as pacientes para outra temporariamente. Considerando que se está tratando de adolescentes, tais dificuldades relacionadas à inconstância dos serviços pode se associar mais facilmente ao abandono dos tratamentos. Também uma comunicação efetiva entre as unidades de saúde minimizaria a perda de seguimento que ocorreu, por exemplo, com as clientes encaminhadas ao COAS para tratamento de DSTs. As adolescentes do estudo pouco revelaram desconforto físico, sendo reduzido o número daquelas que apresentaram sintomas clínicos como causa de abandono do uso dos métodos, um fator benéfico, pois só se poderia contornar tal problema pela oferta de um método alternativo, nem sempre o desejado pela adolescente, o que poderia ensejar mais descontinuação. A contraindicação do método de escolha da cliente constituiu, inclusive, causa prevalente de abandono do método. É preciso assegurar que cada cliente receba informação adequada e individualizada sobre o método a ser ativado, para aumentar a taxa de aceitação e diminuir o risco de descontinuação. Chamou a atenção a força da associação entre uso de preservativo e descontinuação da contracepção, a um ponto tal que alcançou significância estatística. Considerando a importância de prevenir DSTs na faixa etária em questão, é muito desfavorável a situação de o único método estudado que pode fazê-lo simultaneamente à anticoncepção ser tão preterido pela população jovem.

Esses resultados apontam para a necessidade do desenvolvimento da atitude contraceptiva por parte das adolescentes, requerendo um questionamento sobre

as relações de gênero no Brasil e a implementação do desenvolvimento de uma comunicação sexual entre os parceiros.

Os programas educativos executados até o momento demonstraram que a informação tem chegado às adolescentes de maneira satisfatória, faltando, portanto, o desenvolvimento de esquemas comportamentais. Estes estão interligados à eficiência da escola, à atuação da mídia, à possibilidade de terem um projeto de vida e a uma ação conjunta de toda a sociedade visando minimizar os agravos que a gravidez inoportuna ou a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis possam produzir na vida dessas pessoas.

Os programas educacionais devem estar voltados para a valorização do adolescente, para que ele se sinta protagonista de seu próprio destino. Assim, será necessário criar um espaço ou um momento, onde eles possam falar e ser ouvidos, tornando possível a reflexão sobre a atitude sexual que apresentam.

Referências Bibliográficas

1. BRUNO, Z.V. et al. (1997) Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude. *Reprod. Clim.* 12(3):137-40.
2. CHIPKEVITCH, E. (1995) *Puberdade & Adolescência: Aspectos biológicos, clínicos e psicossociais*. São Paulo, Ed. Rocca.
3. COSTA, M.C.O.; SOUZA, R.P. (2002) *Abordagem Multiprofissional na Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
4. DINIZ, B.; SADIGURSKY, C.A.(2000). A Gravidez na Adolescência e o Nível de Escolaridade. [Resumo]. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência*, Porto Alegre.
5. DRISCOLL, A.; MOORE, K.; ABMA, J. (1998) Young Women's Degree of Control Over First Intercourse: an exploratory analysis. *Fam. Plann Perspect*, 30(1): 12-8.
6. FERREIRA, M.L.S.M.; GALVÃO, M.T.G.; COSTA, E.S. (2000) Sexualidade da adolescência: anticoncepção. *RBM Rev. Bras. Med*; 578-15.
7. HYDE, J.S. (1994) *Understanding Human Sexuality*. 5th ed. McGraw-Hill Inc., New York, N.Y.
8. LEVINSON, R.A.; SADIGURSKY, C.A.; ERCHAK, G.M. The impact of cultural context on Brazilian adolescents' sexual practices. *Adolescence* (no prelo).
9. MAGALHÃES, M.L.C.; ANDRADE, H.H.S.M. (1998) *Ginecologia Infanto-Juvenil*, Ed. Medsi, São Paulo.
10. MONTEIRO, D.L.M.; CUNHA, A.A.; BASTOS, A.C. (1998) *Gravidez na Adolescência*. Ed. Revinter Ltda, Rio de Janeiro.

11. NECCHI, S.; SHUFER, M. (1999) Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción. *Arch. Argent. Pedatr*; 97(2):101-8.
12. REHME, M.F.B. et al. (2001) Nível de Conhecimento Sobre Métodos Contraceptivos e Risco de Gravidez em Adolescentes da Periferia de Curitiba. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Suplemento nº 1, vol.23.
13. SADIGURSKY, C.A.; PITTA, M.H.T.; LIMA, B.G.C. (2002) Comportamento e Sexualidade em Estudantes Universitárias de Salvador. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, V.13 (1).
14. SADIGURSKY, C.A.; DINIZ, B.; SADIGURSKY, D. (2000). Um Estudo sobre Gravidez e Parto na Adolescência. [Resumo]. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência*, Porto Alegre.
15. SADIGURSKY, C.A. (1999) O Desenvolvimento de Esquemas de Comportamento Preventivo na Gravidez na Adolescência. [Resumo]. *Anais do VII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana*, Rio de Janeiro.
16. SADIGURSKY, C.A.; COSTA, J.S.; LEVINSON, R.A. (1998) Gravidez na Adolescência: Integração Pais e Filhos como Estratégia de Prevenção. [Resumo]. *Anais do V Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência*, Fortaleza.
17. SADIGURSKY, C.A.; LEVINSON, R.A.; LIMA, B.G.C. (2001). Sexualidade e Comportamento Contraceptivo de Adolescentes de Salvador, 2000. [Resumo]. Em Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Org.) *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Suplemento nº 1, vol. 23, 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia.
18. VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C.; CANELLA, P.R.B.; CAVALCANTI, R.C. (1994) *Adolescência Hoje*. Ed. CEICH, São Paulo.

Tabela 1

Riscos de descontinuação de métodos contraceptivos e risco relativo quando comparado com todos os outros métodos para 324 adolescentes, IPERBA, 2000-2001.

Método Contraceptivo	Risco	Risco dos Outros	RR [IC 95%]
Injetável	38,5	49,2	0,78 [0,61;1,01]
Oral	44,4	44,5	1,00 [0,78;1,28]
Preservativo	71,0	41,6	1,70 [1,31;2,22]
DIU	46,2	44,3	1,04 [0,67;1,61]

Tabela 2
Número e percentual de motivos de descontinuação dos métodos ativados de 144 adolescentes, IPERBA, 2000-2001.

Método	Falta na rede	Sintomas	Gravidez	Risco DST	Contra-indicação	Outros	Ignorado	Total
Injetável	19 (34,5)	19 (34,5)	2 (3,6)	-	-	4 (7,3)	11 (20,0)	55 (100,0)
Oral	19 (34,5)	-	4 (7,3)	3 (5,5)	15 (27,3)	2 (3,6)	12 (21,8)	55 (100,0)
Preservativo	-	-	-	6 (27,3)	13 (59,1)	3 (13,6)	-	22 (100,0)
DIU	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	2 (16,7)	8 (66,7)	-	12 (100,0)
Total	38 (26,4)	20 (13,9)	6 (4,2)	10 (6,9)	30 (20,8)	17 (11,8)	23 (16,0)	144 (100,0)

A QUALIDADE DO FUNCIONAMENTO SEXUAL DE HOMENS E MULHERES

Artur Diehl¹
Denise Falcke²
Adriana Wagner³

Resumo: A qualidade do funcionamento sexual de 626 pessoas entre 18 e 74 anos (287 homens e 339 mulheres), oriundas de 36 cidades do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, foi avaliada através do Questionário GRISS – *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. Os resultados revelaram que, mesmo tratando-se de uma amostra não-clínica, 40% dos homens apresentaram problemas de ejaculação prematura e 25,5% de disfunção erétil. No que diz respeito às mulheres, 44,9% evidenciaram dor no coito e 7,5% anorgasmia. Em outros aspectos da sexualidade, as mulheres, quando comparadas aos homens, indicaram: menor frequência de relações sexuais, maior desprazer em acariciar o corpo e os genitais do parceiro, bem como em ser acariciada; maior evitação do coito; maior tensão ou ansiedade quando o parceiro quer ter relação sexual; mais rejeição ao que é feito no coito e mais dificuldade de perguntar ao parceiro o que ele gosta na relação sexual e de explicitar suas preferências. Variáveis sócio-demográficas também estiveram associadas à sexualidade dos participantes. Entre estes: idade, escolaridade, filhos, religião, local de residência (capital e interior), trabalho, situação conjugal, tempo de convivência com o(a) parceiro(a), assim como a existência e o número de outros parceiros sexuais. **Palavras-chave:** sexualidade, qualidade do funcionamento sexual, disfunções.

Abstract: The quality of sexual functioning of 626 participants (287 men and 339 women, aged 18 to 74) from 36 cities of the State of Rio Grande do Sul, Brazil, was evaluated through the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) in a non-clinical sample. Forty percent of the sampled men had premature

¹Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Terapia Sexual pela FMAB. E-mail: artur.d@terra.com.br

²Psicóloga. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Coordenadora do Curso de Psicologia da Faccat. Terapeuta de casais e famílias. E-mail: dfalcke@faccat.br

³Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Autônoma de Madri. Professora-adjunta da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-graduação da PUCRS. E-mail: wagner@pucrs.br

ejaculation and 25,5% erectile dysfunction. Regarding women, 44,9% had pain during intercourse and 7,5% orgasmic dysfunction. Considering other aspects of sexuality, women, when compared to men: had lower frequency of sexual intercourse; disliked more touching and caressing the body and the genitals of their partners and having their body and genitals touched and caressed by the partners; avoided more sexual intercourse; felt more tension and anxiety when the partner wanted to have sex; expressed more rejection to what was done in coitus; and had more difficulties in asking their partners what they liked in sex or explaining their own preferences. Many sociodemographic phenomena also affected male and female sexuality. Among these factors were age, children, religion, place of residence (capital or countryside), work, marital status, and existence and number of other sexual partners.

Keywords: sexuality, quality of sexual functioning, dysfunctions.

Introdução

A sexualidade de homens e mulheres tem apresentado significativas mudanças nas últimas décadas. As mulheres, pouco a pouco, vêm se libertando do domínio e da dependência em relação aos homens e conquistando espaços na área social (Louro, 1998; Saffioti, 1997; Vitiello & Vitiello, 1993). Ao mesmo tempo, vêm superando antigos tabus, tais como o da virgindade até o casamento, do adultério e da prática sexual após os 45-50 anos de idade, entre outros (Furlani, 1998).

Transformações sociais como essas fizeram com que um grande número de mulheres passasse a exigir muito mais dos homens com respeito a, por exemplo, satisfação e prazer sexual, sensualidade, erotismo, afeto, amor, atenção, carinho, companheirismo e orgasmo.

No caso dos homens, as mudanças se deram mais em razão dessas transformações e exigências femininas do que de necessidades internas. Como, sexualmente, eles gozavam de maior liberdade quando comparados às mulheres, parecem ter sido as cobranças femininas, quanto ao desempenho sexual, trocas afetivas, companheirismo e, até mesmo, aparência física, que impulsionaram o homem a rever seu posicionamento. Este processo trouxe alguns problemas aos homens, que não estavam habituados a cobranças. Por um lado, colocou-os frente à ameaça de concorrentes que, entre outras características, poderiam ser mais afetivos, mais preparados fisicamente ou mais capazes sexualmente. Por outro, exacerbou ainda mais a exigência de desempenho, de poder e de infalibilidade sexual que perpassam o universo masculino. Por razões como estas, muitos homens, mesmo sem problema algum de impotência, lançaram-se ao uso dos medicamentos para obtenção da ereção, não só para procurar garantir sua potência sexual, como para melhorá-la (Costa, 1999; Diehl, 2002).

Tais mudanças no comportamento sexual de homens e mulheres não se restringiram somente ao âmbito individual. Elas tiveram, também, conseqüências na dinâmica de funcionamento sexual dos casais (Vitória & Gullo, 1995).

Apesar de todas estas amplas mudanças e conquistas que se verificaram em relação ao exercício da sexualidade, Giddens (1991) afirma que muitas questões relativas ao sexo parecem ainda conservar uma carga moral e um sentido de tragédia. Assim, ao mesmo tempo em que há uma aparente liberdade sexual, não passa despercebido o fato de que ainda existe um grande conteúdo repressivo, tanto em nível individual, como social. A exemplo disto, o antropólogo Roberto DaMatta (como citado em Masson, 1994), comenta que o Brasil tem uma “cultura erótica particular” (p. 123), pois, enquanto sungas e tangas minúsculas são usadas em praias e piscinas, o “top-less” é severamente criticado.

Até que ponto, então, mulheres e homens brasileiros evoluíram, em relação à sua sexualidade? Qual o reflexo desta evolução em termos de intimidade, comunicação, disfunções, expressão da sensualidade e funcionamento sexual?

No Brasil, existem poucos estudos em sexualidade e são poucas as Universidades que oferecem cursos específicos na área. Talvez, por isto, grande parte dos estudos esteja baseada na experiência clínica e em material bibliográfico estrangeiro. Contudo, a literatura de outros países, neste caso, pode, no máximo, servir como indicador e como base de pesquisas subseqüentes, uma vez que o Brasil é um país de dimensões continentais e com uma imensa variabilidade racial e de costumes.

A partir desse panorama, este trabalho objetivou investigar a qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres, tanto no sentido global, como no de aspectos referentes às disfunções sexuais.

MÉTODOS

Amostra

A amostra foi constituída por 626 pessoas, das quais 287 eram homens (45,8%) e 339 mulheres (54,2%). Tal distribuição configurou uma amostra bastante homogênea com relação à variável sexo. Quanto à origem, 336 sujeitos (53,7%) eram residentes da capital do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – e 290 (46,3%) de 35 cidades do interior do Estado. A idade da amostra variou de 18 a 74 anos, com a média de 32,2 anos. Entre os homens, 48,1% tinham filhos e, entre as mulheres, 43,5%. Na amostra feminina, 1,5% estavam grávidas quando responderam ao questionário.

No que diz respeito à escolaridade, homens e mulheres possuíam, respectivamente: grau universitário completo ou em andamento (61,7% e 64,6%), ensino médio completo ou em andamento (32,4% e 31%) e ensino fundamental (5,6% e 4,4%). O nível universitário foi o que apresentou maior concentração da amostra.

No que se refere à variável trabalho, a maior parte dos sujeitos estava exercendo alguma atividade laboral (84,6%). Entretanto, dos participantes que não trabalhavam, constatou-se maior número entre as mulheres (20,8%) do que entre os homens (9,1%). A renda pessoal dos sujeitos foi, em média, de 9,6 salários mínimos (valor vigente na época da coleta de dados). A renda média dos homens (11,4 salários mínimos) foi significativamente mais alta ($p < 0,001$) que a das mulheres (7,7 salários mínimos).

Quanto às crenças religiosas, 41,9% disseram ser praticantes de alguma religião e 58,1% não praticantes. Não houve diferença significativa, entre homens e mulheres, na prática religiosa. Entre os praticantes, a maioria (77,5%) era católica.

No que diz respeito à situação conjugal, foram observadas as seguintes frequências, para homens e mulheres, respectivamente: 38,1% e 27,75% eram casados(as), 35,3% e 43,7% eram solteiros(as), 19,2% e 17,1% tinham união estável (morar juntos), 5,9% e 9,1% eram separados(as), 1,0% e 1,8% eram recasados(as) e 0,3% e 0,6% eram viúvos(as). Nota-se, na amostra, uma predominância de homens casados e mulheres solteiras.

Instrumento

O instrumento usado, neste estudo, foi o “*The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*” (Rust & Golombok, 1986a e 1986b). O GRISS é um questionário psicometricamente construído e estandardizado. Ele possibilita a avaliação do comportamento sexual e da qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres.

Dois psicólogos com domínio da língua inglesa efetuaram a tradução do questionário, do inglês para o português. Ambas as traduções resultaram muito próximas, sendo a versão final estabelecida após análise e discussão de ambas traduções.

O GRISS é formado por duas versões: masculina e feminina (Rust & Golombok, 1986b). Cada uma das versões é constituída por 28 itens, a serem pontuados em uma escala *Likert* de 5 pontos. Estes 28 itens são divididos em sete subescalas. Subescalas estas que são, na realidade, indicadores do comportamento sexual e da qualidade do funcionamento sexual do sujeito. Delas, cinco são compartilhadas nas versões masculina e feminina (insatisfação sexual, não-comunicação sexual, infrequência de relações sexuais, evitação sexual e falta de expressão da sensualidade) e duas são específicas, segundo o sexo (masculinas – impotência e ejaculação precoce; femininas – vaginismo e anorgasmia).

No que se refere ao vaginismo, optou-se, neste estudo, por considerá-lo como dor no coito (dispareunia), pelo fato da ocorrência de vaginismo ser bem menos frequente (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; Kaplan, 1978; Vitiello, 1998) e, também, por concordarmos com Cavalcanti e Cavalcanti (1997) e Vitiello (1998)

no sentido de que a diferenciação entre vaginismo e dispareunia só pode ser feita pelo exame ginecológico.

A tradução e a adaptação do instrumento foram realizadas com o consentimento dos autores e estão descritos detalhadamente em Diehl (2000).

Completando as informações do Questionário GRISS, foi usada uma ficha para obtenção de dados sócio-demográficos.

Procedimentos

Para a coleta dos dados, os questionários foram distribuídos a indivíduos de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos. A idade mínima de 18 anos foi estipulada por razões legais e operacionais, já que pesquisas que envolvam indivíduos com idades abaixo desta, necessitam de consentimento por escrito dos pais. Não foi estabelecida idade máxima, em razão de que não existe idade limite para o exercício da sexualidade.

Para a devolução dos questionários, foram usados envelopes selados e endereçados ao pesquisador. Enfatizaram-se, aos participantes da pesquisa, aspectos como a manutenção do sigilo e a importância da devolução dos questionários. Tais procedimentos deram-lhes condições para que respondessem ao instrumento com calma e sem o constrangimento da presença do pesquisador. Provavelmente, por razões como estas, houve um bom percentual de retorno (aproximadamente 35%). A análise dos resultados foi realizada através do programa estatístico SPSS – 8.0, no qual realizaram-se os seguintes procedimentos:

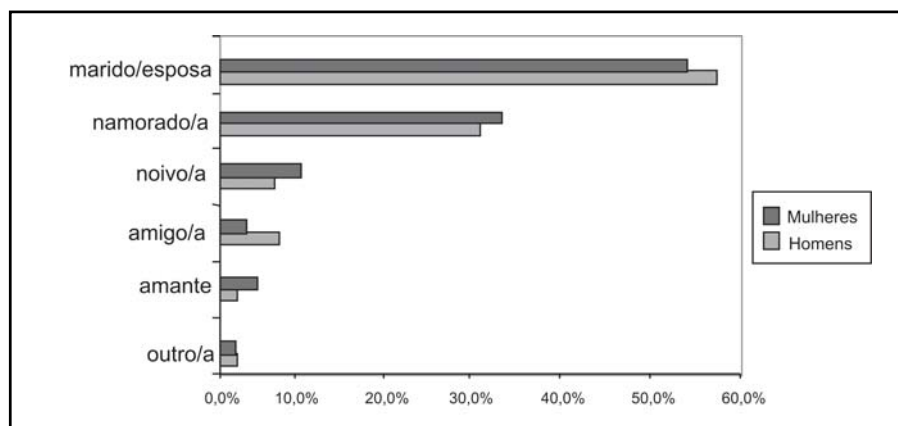
- Análise descritiva, para observar o comportamento das variáveis em estudo (média, desvio padrão, frequência, percentagens);
- Testes não paramétricos (Mann-Whitney, Qui-quadrado) para fazer a comparação entre variáveis;
- Análise de correlação (Coeficiente de Pearson), para verificar a existência ou não de relação entre as variáveis do questionário GRISS.
- Análise de variância (ANOVA), para fazer comparações entre grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação da situação sexual dos participantes revelou que a maior parte dos homens (99,7%) e das mulheres (96,2%) deste estudo já tinham tido relações sexuais. Considerando que uma grande parte da amostra (em torno de 40%) era constituída por solteiros, este dado sugere que, na atualidade, o sexo está quase totalmente desvinculado do casamento.

Dos que tiveram relações sexuais, a maioria (88,7%) referiu ter parceiro sexual, no momento. Comparativamente, contudo, o número de mulheres sem parceiro sexual (15,6%) foi, significativamente, maior ($p=0,000$) que o de homens (6,3%). Os parceiros sexuais, mencionadas por homens e mulheres foram:

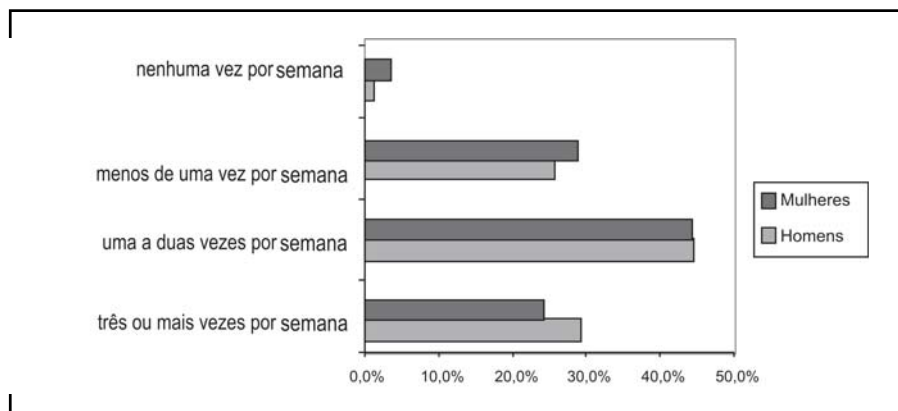
Gráfico 1: Parceiros Sexuais



A prática sexual, com mais de um(a) parceiro(a), foi referida por 10,9% dos sujeitos da amostra. Entre os homens e mulheres que tinham mais de um parceiro, o número máximo citado foi de 6, para ambos os sexos. Este tipo de prática foi significativamente ($p=0,000$) mais freqüente entre os homens (16,4%) do que entre as mulheres (5,5%).

Quanto ao número de relações sexuais por semana, nos últimos três meses, os resultados referidos foram os seguintes:

Gráfico 2: Freqüência de relações sexuais



Nota-se que a concentração das respostas, para ambos os sexos, encontra-se na faixa de uma a duas vezes por semana. O teste *Mann-Whitney* não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres ($p=0,067$), neste caso.

Entretanto, os dados, de forma geral, apontam algumas diferenças significativas entre os sexos. As mulheres, em comparação aos homens, apresentaram maior índice de virgindade e menor frequência de prática sexual com diferentes parceiros. Além disto, um número maior de mulheres do que de homens apresentavam-se sem parceiro sexual no momento.

Análise de correlação entre os fatores do questionário Griss

No caso das variáveis do questionário GRISS, a análise mostrou correlações significativas entre, praticamente, todas as subescalas. As correlações foram positivas e de intensidade baixa a média, indicando que o aumento de problemas em alguma das áreas examinadas, se associa a comprometimentos em outras áreas. Os resultados revelam, então, que a sexualidade é uma área complexa, que implica inter-relação de variáveis. Por esta razão, na prática clínica e na pesquisa, devem ser levados em consideração aspectos biológicos, psicológicos, sociais e relacionais no entendimento das questões relativas à sexualidade.

Análise descritiva e comparativa dos fatores do questionário Griss

1. Fatores sexuais compartilhados por homens e mulheres

Considerando os fatores do Questionário GRISS, comuns a homens e mulheres, verificou-se que as médias femininas foram significativamente superiores às masculinas no que se refere à falta de expressão de sensualidade ($p<0,001$), infrequência ($p=0,005$), evitação ($p=0,002$) e não-comunicação ($p=0,001$).

Como valores mais altos no GRISS indicam maiores níveis de dificuldades sexuais, estes resultados revelam que as mulheres apresentaram maior disfuncionalidade sexual do que os homens. Elas referiram menor frequência de relações sexuais; maior desprazer em tocar e acariciar o parceiro e em ser tocada e acariciada no corpo e nos genitais pelo parceiro; maior evitação do coito; maior tensão ou ansiedade quando o parceiro quer ter relação sexual; mais rejeição ao que é feito no intercurso sexual, bem como dificuldade maior em perguntar ao parceiro o que ele gosta na relação sexual e explicitar suas preferências.

Os resultados demonstram ainda que mais da metade das mulheres da amostra refere infrequência (57,9%) e evitação sexual (52,5%) e uma alta percentagem

refere não-comunicação (39,7%). Da mesma forma, quase metade dos homens indicou infreqüência (49,5%) e evitação sexual (42,2%).

Estes dados são indicativos importantes no sentido de que um número elevado de indivíduos, de ambos os sexos, pode estar enfrentando problemas sexuais. Estes problemas não, necessariamente, têm a ver somente com disfunções, mas podem ser originados, também, por discórdias ou, até mesmo, falta de atração pelo(a) parceiro(a).

A maior intensidade de problemas femininos que masculinos, em relação à falta de expressão de sensualidade, evitação, infreqüência e não-comunicação, pode ser explicada em parte, por diferenças de gênero. Homens são criados de forma a serem fortes, corajosos, agressivos, competitivos, duros e infalíveis, inibindo sua afetividade e considerando o sexo como conquista e prazer. As mulheres, por sua vez, são ensinadas a serem meigas, dóceis, afetivas e a associarem o sexo ao amor (Hite, 1995; Hyde, 1995; Louro, Weeks, Britzman, Hooks, Parker, & Butler, 1999; Saffioti, 1997). Desta forma, se um relacionamento não dá certo e, conseqüentemente, se as trocas afetivas ficam comprometidas, as mulheres tendem a ter mais problemas sexuais que os homens nestes aspectos relacionados à interação com o parceiro.

2. Fatores sexuais específicos de homens e mulheres

Os fatores sexuais específicos de homens (disfunção erétil e ejaculação prematura) e de mulheres (dor no coito e anorgasmia) não podem ser comparados diretamente, pois são transtornos que envolvem diferentes áreas e funções do corpo. Os valores médios para ejaculação prematura e disfunção erétil foram de 4,26 e 3,00, respectivamente. No caso das mulheres, foram de 3,83 para dor no coito e 2,88 para anorgasmia.

No que diz respeito à percentagem de respostas de sujeitos com nível igual ou acima de 5, indicativa de problemas sexuais, homens e mulheres apresentaram um número elevado de respostas que referiram ejaculação prematura (40%) e dor no coito (44,9%), respectivamente. Quanto aos outros transtornos, o percentual de resposta para disfunção erétil e anorgasmia foram 25,5% e 7,5%, respectivamente.

Comumente, a ejaculação prematura é tida como a disfunção de maior incidência em homens, apesar dos valores descritos em pesquisas variarem grandemente (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997). Os valores observados neste estudo, entretanto, não destoam dos encontrados em outros lugares do país ou do mundo (Costa, 1999; Vendegodt, 1998; Verma, Khaitan, & Singh, 1998).

No que diz respeito às mulheres, o alto índice de dor no coito ou a dificuldade em terem a vagina penetrada pelo parceiro pode ter origem em problemas orgânicos,

psicológicos, sociais e/ou relacionais. Entre estes últimos estariam, por exemplo, a inabilidade e a pressa do homem em realizar o ato sexual, o que levaria à insuficiente estimulação e lubrificação da vagina. Poder-se-ia incluir, ainda, como causas, o desinteresse, o desamor e a aversão da mulher em relação ao parceiro. Qualquer destas causas explicaria, também, os altos índices de evitação, infreqüência e não-comunicação que aparecem nas respostas femininas. Entretanto, o número elevado de mulheres com problemas relativos à expressão de sensualidade (gostar de tocar e acariciar o corpo e o pênis do parceiro e, de ter o corpo e os genitais tocados e acariciados por ele) sugerem que os fatores psicológicos podem estar entre as principais causas para tantas mulheres sentirem dor no relacionamento sexual. Mulheres mais reprimidas sexualmente tenderiam a expressar dificuldades, nesta área, tanto em relação à tensão dos músculos da vagina, como à sua lubrificação. Contudo, apesar dos altos índices de disfunções sexuais observados, de uma maneira geral, foram detectados baixos níveis de insatisfação. Comportamento, de certa forma, contrário ao que poderia supor-se. Neste sentido, pode-se especular algum grau de negação quanto à insatisfação em relação aos seus problemas sexuais, ou ainda, uma adequação às disfunções. Deve-se considerar, entretanto, que outros fatores do relacionamento podem estar compensando deficiências ou diferenças existentes na área sexual. Vínculos de familiaridade e sentimentos de carinho, amor e respeito, entre outros, podem contribuir para a redução da insatisfação sexual. Além disto, no caso das mulheres, as idéias sobre sexo que são transmitidas a elas podem levá-las a não criar grandes expectativas de satisfação nesta área. A visão de sexo como algo feio e imoral parece dificultar a busca de algumas mulheres por prazer sexual. Elas, assim, talvez possam se satisfazer mesmo com pouca qualidade no relacionamento sexual, por nunca terem tido expectativas de que pudesse ser melhor.

O índice de anorgasmia, de 7,5%, verificado nas mulheres deste estudo, foi baixo quando comparado a valores descritos em outras pesquisas, que variam em torno de 20% a 40% (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; Mannocci, 1998). Deve-se considerar, entretanto, que, neste estudo, levou-se em consideração a crença das mulheres na possibilidade de virem a ter orgasmo, o que deve ter contribuído para a diminuição do índice de anorgasmia. É preciso levar em conta, ainda, o nível socioeconômico das participantes, com renda média de R\$ 1.157,80 e escolaridade onde a maioria situava-se entre o grau universitário completo e incompleto. Neste sentido, Mannocci (1998) cita resultados de pesquisa onde as taxas de anorgasmia foram menores em mulheres com nível socioeconômico e escolaridade mais altos. A etiologia mais freqüente desta disfunção é a psicológica e envolve aspectos tais como, culpa em relação aos impulsos sexuais, medo de engravidar, medo da perda do controle do comportamento e conflitos e hostilidades entre os parceiros. Causas orgânicas são bem menos freqüentes (Kaplan, 1977; Mannocci, 1998).

Comparação entre as variáveis sociodemográficas e as do Questionário Griss

Os indicadores do funcionamento sexual medidos pelo Questionário Griss foram comparados com as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, filhos, religião, local de residência, trabalho, situação conjugal, tempo de convivência com o(a) parceiro(a) e existência de mais de um(a) parceiro(a) sexual.

1. Idade x indicadores do funcionamento sexual

Com relação aos efeitos da idade sobre a sexualidade, sabe-se que, biologicamente, as mulheres tendem a manter sua capacidade sexual até o fim da vida. Os homens, entretanto, têm o pico da responsividade e da potência sexual, estabelecido ao redor dos 17 e 18 anos de idade. Dos 30 aos 40 anos, o interesse pelo sexo ainda é elevado e a capacidade de alcançar, rapidamente, a ereção, se mantém. As fantasias e os desejos eróticos, contudo, diminuem e o período refratário começa a alongar-se. Após os 40 anos, o prazer sexual, antes genitalizado, passa a tomar uma dimensão mais sensual e difusa. Entre os 50 e 60 anos de idade, a frequência orgástica diminui e o período refratário aumenta, significativamente. Após os 60 anos, a força do jato ejaculatório diminui e a detumescência, após o orgasmo, é rápida (Kaplan, 1977; Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1949; Masters & Johnson, 1966 e 1970).

Em razão desses dados, as idades dos sujeitos da amostra foram divididas em cinco faixas etárias: 18 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos e acima de 60 anos. A análise estatística de comparação entre estas faixas etárias e as variáveis do Questionário GRISS, para os homens, mostrou diferença significativa apenas no aspecto evitação. Isto se verificou na faixa etária 18 a 30 anos (média=3,48), que evitou, significativamente, menos o coito ($p=0,042$) que a faixa de 51 a 60 anos (média=4,94).

O fato de, nesta amostra, a idade não ter tido efeitos significativos sobre as disfunções sexuais masculinas pode ser um indicativo de que as dificuldades sexuais dos homens, na atualidade, estejam mais relacionadas a questões psicológicas e sociais do que a componentes do funcionamento biológico. A imagem, difundida pela mídia, do homem assustado frente às novas demandas femininas pode ser o reflexo destas dificuldades. Por outro lado, sabe-se que os homens, face aos avanços da medicina, vem podendo compensar suas dificuldades eréteis com fármacos ou próteses, mesmo que, em muitos casos, veladamente.

No universo feminino, diferenças significativas, de acordo com a idade, ocorreram em relação à falta de expressão de sensualidade e não-comunicação. Considerando-

se, inicialmente, a falta de expressão de sensualidade, a faixa etária que apresentou menor problema foi a de 18 a 30 anos (média=2,33), que diferiu, significativamente, das faixas de 31 a 40 anos (média=3,19; $p=0,05$) e acima de 61 anos (média=7,5; $p=0,015$). No caso da não-comunicação, a faixa etária de 18 a 30 anos foi, também, a que apresentou menos problemas (média=3,51), diferindo, significativamente ($p=0,002$), da faixa de 31 a 40 anos (média=4,78).

Não houve correlação entre a idade e as disfunções sexuais femininas (dor no coito e anorgasmia). Todas as diferenças significativas se manifestaram em relação aos aspectos relacionais.

Considerando-se que, tanto no caso dos homens como no das mulheres, a faixa etária que apresentou menos problema sexual foi a de 18 a 30 anos, reforça-se a necessidade do fato ser focado sob um prisma mais amplo, envolvendo componentes biopsicossociais. Neste sentido, a menor evitação sexual de homens de 18 a 30 anos pode ter sido em razão do seu maior potencial biológico e, conseqüentemente, ao menor medo de falhar. Em tal faixa, a evitação masculina, por exemplo, seria menor em razão do desejo ser mais intenso.

Além disso, é importante considerar a maior liberdade sexual que vem sendo conquistada. Mudanças vêm ocorrendo desde os anos 50 e 60, no Brasil, e, têm se acentuado nas duas últimas décadas. Sendo assim, homens e mulheres da faixa etária de 18 a 30 anos viveram sua adolescência e os primeiros anos de sua vida adulta em tempos de maior expressão da sexualidade. As diferenças verificadas, então, no comportamento sexual masculino e feminino, dentro desta faixa etária, podem estar tendo forte influência de fatores ligados à maior liberdade e/ou à menor culpa, relativas ao relacionamento sexual.

2. Escolaridade x indicadores do funcionamento sexual

O nível de escolaridade, neste estudo, não mostrou associação com nenhum dos fatores medidos pela escala GRISS. Entretanto, outras pesquisas demonstraram que, em certos casos, o nível de escolaridade e socioeconômico pode influir no grau de ocorrência de distúrbios sexuais, como verificado por Mannocci (1998), no caso da anorgasmia.

3. Filhos x indicadores do funcionamento sexual

O fato de ter filhos esteve associado a alguns aspectos da sexualidade masculina e feminina. Para os homens, a única diferença significativa ($t=-2,332$; $p=0,020$) foi expressa no fator infreqüência, revelando menor freqüência de relações sexuais

para os homens sem filhos (média=4,50) do que para os com filhos (média=3,99), o que pode ter ocorrido porque a maioria dos homens sem filhos são também solteiros, ou seja, não residem com a parceira. No que diz respeito às mulheres, diferenças significativas ocorreram em relação a dois fatores: falta de expressão de sensualidade ($t=3,226$; $p=0,001$) e não-comunicação ($t=4,027$; $p=0,000$). As médias para estes dois fatores, respectivamente, foram maiores nas mulheres com filhos (4,6 e 3,16) do que nas sem filhos (3,56 e 2,4), revelando que as mulheres com filhos tiveram mais dificuldades nestas áreas.

A maior influência dos filhos sobre as mulheres pode ser causada pelo fato de que, em geral, elas têm um maior envolvimento na sua criação, tanto no que se refere aos aspectos físicos como emocionais. Neste sentido, a maior sobrecarga de funções pode acarretar maiores preocupações e desgaste, refletindo-se em problemas na área sexual.

4. Religião x indicadores do funcionamento sexual

A variável religião, quando comparados sujeitos praticantes e não-praticantes, mostrou ser reveladora no entendimento de alguns aspectos da sexualidade de homens e mulheres.

Homens que se consideraram praticantes religiosos, tiveram médias mais altas de disfunção erétil ($t=2,293$; $p=0,023$) e de ejaculação prematura ($t=2,382$; $p=0,018$) do que os não praticantes. Para a disfunção erétil, a média dos praticantes foi de 3,29 e dos não-praticantes 2,82. No caso da ejaculação prematura, praticantes tiveram média de 4,60 e não-praticantes de 4,05.

Mulheres que se consideraram praticantes religiosas, por sua vez, apresentaram médias mais altas de dor no coito (média=3,35) do que as não-praticantes (média=4,47; $t=4,713$; $p=0,000$). Estes resultados sugerem a influência da crença e/ou prática religiosa na origem de disfunções sexuais, em homens e mulheres da amostra. Neste sentido, Masters e Johnson (1970) mostraram a importância da ortodoxia religiosa na causa da maioria dos problemas relacionados à atividade sexual humana. Mais recentemente, Davidson, Darling e Norton (1995) referiram que mulheres que iam à igreja, com mais frequência, tendiam a ter menos parceiros sexuais, a perceber a masturbação como um pecado e como uma prática não saudável e sentir culpa e vergonha em relação à masturbação.

A religião católica foi a mais praticada pelos participantes (77,5% da amostra). Nesta religião, o sexo encontra-se vinculado diretamente à procriação e, em muitos casos, condenado como fonte de prazer, bem como associado a erro e pecado. Isto pode ter sido um dos principais fatores propulsores das dificuldades observadas neste âmbito.

5. Local de residência (capital e interior) x indicadores do funcionamento sexual

A amostra, neste caso, foi dividida em dois grandes grupos, separando-se questionários procedentes da capital e do interior do Rio Grande do Sul. A análise estatística revelou diferenças significativas no funcionamento sexual de sujeitos procedentes destas regiões, para ambos os sexos.

No que diz respeito aos homens, foi significativa com relação aos fatores disfunção erétil ($t=-2,747$; $p=0,006$) e evitação ($t=-2,413$; $p=0,016$), em que homens do interior tiveram mais problemas sexuais que os da capital.

As diferenças entre as médias do nível de funcionamento sexual de homens da capital e do interior, relativa a esses fatores, foram: disfunção erétil (capital = 2,75 e interior = 3,31) e evitação (capital = 3,55 e interior = 4,07).

Para as mulheres, as diferenças significativas foram observadas quanto aos fatores falta de expressão de sensualidade ($t=-1,920$; $p=0,05$), insatisfação ($t=-3,037$; $p=0,003$), dor no coito ($t=-2,322$; $p=0,021$) e não-comunicação ($t=-2,638$; $p=0,009$). Da mesma forma que para os homens, as mulheres do interior apresentaram médias maiores que as da capital, indicando um maior grau de problemas sexuais.

Estes dados podem estar refletindo uma maior liberdade de expressão da sexualidade em locais com maior população. Em cidades menores, a sexualidade das pessoas, geralmente, é mais controlada, em razão de que muitos são conhecidos e, de que qualquer deslize, neste sentido, pode levar à exposição e à crítica pública. Além deste, outros fatores importantes devem ser analisados. Entre eles, por exemplo, os mitos, tabus e preconceitos sociais em relação ao sexo, e as noções religiosas de sexo, como pecaminoso, feio e errado. Como foi demonstrado, anteriormente, neste estudo, praticantes religiosos, de ambos os sexos, tiveram mais disfunções sexuais do que os não praticantes. Neste sentido, uma análise comparativa, através do teste Qui-quadrado, entre as variáveis local de residência (capital e interior) e prática religiosa, demonstrou que o número de praticantes do interior foi, significativamente, superior aos da capital ($p=0,000$).

Tais dados, de certa forma, reforçam a idéia de que a prática e/ou a crença religiosa estão envolvidas, também, no maior nível de problemas sexuais dos indivíduos do interior.

6. Trabalho x indicadores do funcionamento sexual

No que se refere ao exercício ou não do trabalho, não houve diferença estatística significativa, no caso das mulheres. Homens que não trabalham, contudo, tiveram mais problemas de comunicação sexual (média=4,19; $t=-2,283$; $p=0,023$) do que os que trabalham (média=3,33).

As dificuldades sexuais masculinas, nesse sentido, podem se dar em razão de que, culturalmente, o homem ainda é considerado como o principal provedor do lar. A falha, neste aspecto, pode ser o fator desencadeante para o aumento de dificuldades sexuais no grupo dos homens sem trabalho. Além disto, condições de estresse, como a originada pelo desemprego, dificultam a ereção masculina (Morokoff & Gilliland, 1993).

7. Situação conjugal x indicadores do funcionamento sexual

A análise da situação conjugal foi efetuada, considerando-se, como estado civil: união estável (morar juntos), casados, solteiros, viúvos, separados e recasados. Neste sentido, diferenças significativas ocorreram em vários fatores da sexualidade de homens e mulheres.

A diferença significativa, quanto aos homens, expressou-se em relação à insatisfação ($p=0,05$), infreqüência ($p=0,001$) e não-comunicação ($p=0,02$).

Os homens casados apresentaram maiores problemas relacionados à insatisfação e não-comunicação (médias de 3,29 e 3,78, significativamente maiores que os outros grupos). Quanto à infreqüência, os solteiros apresentaram o maior valor (média=4,77), diferindo significativamente dos demais grupos.

As diferenças significativas, no caso das mulheres, evidenciaram-se em relação às variáveis dor no coito ($p=0,002$), falta de expressão de sensualidade ($p<0,001$), evitação ($p<0,001$), insatisfação ($p=0,05$) e não-comunicação ($p<0,001$). As casadas, em todos os casos em que esta diferença se manifestou, tiveram valores médios maiores que as demais, o que significa, da mesma forma que para os homens, que o grupo das casadas referiu mais problemas sexuais.

Em resumo, homens e mulheres casados tiveram, significativamente, mais problemas sexuais quando comparados com pessoas solteiras ou com união estável, por exemplo.

Casamentos, de maneira geral, caracterizam-se por um período inicial de amor, paixão, felicidade, excitação e prazer. Sentimentos e emoções que, com o decorrer do tempo, tendem a se modificar, freqüentemente com um decréscimo de qualidade. Uma das razões para isto são os ciclos de vida familiar (Carter & McGoldrick, 1995) pelos quais os casais têm de passar. Estes ciclos incluem uma série de mudanças, responsabilidades e pressões, entre elas, a adaptação aos novos padrões de vida a dois, o nascimento e a criação dos filhos e, ainda, a saída dos filhos de casa. Os casais também costumam responsabilizar a rotina e as obrigações do dia-a-dia como fatores que dificultam a manutenção de uma vida sexual satisfatória.

Além disso, a satisfação no relacionamento conjugal como um todo está diretamente ligada à satisfação sexual (Lawrance & Byers, 1995; Schiave, Mandeli,

& Schreiner-Engel, 1994; Young, Denny, Luquis, & Young, 1998). Desta forma, é provável que a menor qualidade sexual de homens e mulheres casados observada neste estudo esteja ligada à falta de investimento na relação de maneira global.

8. Tempo de convivência com o(a) parceiro(a) x indicadores do funcionamento sexual

O tempo de convivência foi analisado, estatisticamente, em razão de quatro períodos de convivência: até 7 anos, de 7,1 a 15 anos, de 15,1 a 25 anos e, acima de 25,1 anos. Esta divisão ocorreu independentemente do fato dos parceiros viverem juntos ou não. Sendo assim, neste caso, estão incluídas todas as situações conjugais ocorrentes na amostra, inclusive os solteiros. Estes períodos foram determinados, levando-se em consideração as etapas de crises referidas por Matarazzo (1992). A crise dos 7 anos seria causada pela explosão de mágoas acumuladas durante este período. A dos 15 anos, caracterizar-se-ia pela ocorrência de questionamentos sobre a vida, a família e os filhos e, mais, pela busca de redefinição da vida. E a dos 25 anos, pela chegada do casal à meia idade, quando os filhos começam a sair de casa.

Houve diferença estatística significativa, para ambos os sexos, quando comparados diferentes tempos de convivência em relação aos aspectos da sexualidade.

Para os homens, as variáveis que diferiram, significativamente, foram: ejaculação prematura ($p=0,006$) e insatisfação ($p=0,022$).

Quanto à ejaculação prematura, homens envolvidos em relacionamentos, por um período de até 7 anos, tiveram, significativamente ($p=0,006$), menos problemas (média=3,99), nesta área, do que os com convivência de 15,1 a 25 anos (média=5,22).

No que se refere à insatisfação, ela foi menor para os homens envolvidos em relacionamentos até 7 anos (média=2,62), que diferiu significativamente ($p=0,036$) da faixa de 7,1 a 15 anos (média=3,42).

No caso das mulheres, a Análise de Variância (ANOVA) mostrou diferença significativa para os fatores falta de expressão de sensualidade ($p<0,001$), evitação ($p<0,001$), insatisfação ($p=0,001$), infreqüência ($p=0,006$) e não-comunicação ($p<0,001$). Elas expressaram melhor sua sensualidade no período de convivência com o parceiro até 7 anos, que diferiu significativamente ($p<0,001$) dos períodos de 7,1 a 15 anos, de 15,1 a 25 anos e acima de 25,1 anos.

Problemas de evitação ($p<0,001$), insatisfação ($p=0,001$) e não-comunicação ($p<0,001$) foram significativamente menores no período de até 7 anos quando este foi comparado aos de 7,1 a 15 anos e 15,1 a 25 anos. A freqüência de relações sexuais, por sua vez, foi significativamente superior ($p=0,006$) no período de convivência até 7 anos, quando comparado ao de 15,1 a 25 anos.

De maneira geral, homens e mulheres, com tempo de convivência até 7 anos,

tiveram menos problemas sexuais que os com mais tempo de relacionamento. Neste aspecto, as origens da menor qualidade do funcionamento sexual de sujeitos com mais tempo de relacionamento, parece, em grande parte, serem as mesmas que no caso da situação conjugal, ou seja, o desgaste causado nos parceiros pelas dificuldades da vida em comum, mencionadas anteriormente.

O efeito do tempo de relacionamento, dessa forma, deve ser, também, considerado em relação à menor qualidade de funcionamento sexual dos casados deste estudo. Isto, porque os sujeitos casados da amostra tinham muito mais tempo de convivência que os solteiros e que os com união estável (morar juntos).

9. Existência de mais de um(a) parceiro(a) sexual x indicadores do funcionamento sexual

A existência de mais de um(a) parceiro(a) sexual teve influência significativa nos indicadores do funcionamento sexual, para homens e mulheres.

A diferença significativa, no que diz respeito aos homens ($t=2,321$; $p=0,021$), manifestou-se somente com relação à disfunção erétil. Homens, com mais de uma parceira sexual tiveram maiores escores médios de impotência (3,52) e, portanto, um aumento desta disfunção quando comparados àqueles que tinham uma única parceira (2,87).

As mulheres, por sua vez, tiveram diferenças significativas, relacionadas às variáveis falta de expressão de sensualidade ($t=-2,414$; $p=0,016$) e não-comunicação ($t=2,318$; $p=0,021$). Nestes casos, as médias das mulheres com um único parceiro sexual (não-comunicação = 4; falta de expressão de sensualidade = 2,86) foram maiores do que as médias das mulheres com mais de um (não-comunicação = 2,6; falta de expressão de sensualidade = 1,47). Isto quer dizer que as mulheres que tinham mais de um parceiro expressavam mais sua sensualidade e comunicavam-se melhor sexualmente do que as com um único parceiro.

Observa-se, desse modo, com relação à existência de mais de um(a) parceiro(a) sexual que, enquanto os homens tendem a apresentar maiores disfunções sexuais, como a disfunção erétil, as mulheres tendem a melhorar seu funcionamento sexual. No entendimento deste dado, deve-se levar em conta o fato de que muitos homens podem ter o nível de ansiedade aumentado quando tem mais de uma parceira, seja por de sentimentos de preocupação pela traição à companheira, como também, pela necessidade de desempenho e pelo medo de falhar quando confrontados com uma mulher diferente daquela a que ele está habituado. Neste caso, como a ansiedade é um dos principais fatores causadores de disfunção erétil em homens (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; Kaplan, 1977; Rodrigues Jr., 1995), ela pode explicar o acréscimo de disfunção erétil nos homens que possuem mais de uma parceira.

Não se pode descartar, também, a hipótese de que homens com disfunção erétil, em razão da frustração e do sofrimento causados por este transtorno, procurem por outras mulheres numa tentativa de melhorar seu funcionamento sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados dessa pesquisa refletem um contexto de transformações na vivência da sexualidade de homens e mulheres. Ao mesmo tempo em que se observa o exercício de uma sexualidade mais livre, desvinculada do casamento e da procriação, revela-se também dificuldades e disfunções sexuais, muitas vezes encobertas por preconceito morais e religiosos.

Esse é um fenômeno complexo que encerra uma pluralidade de variáveis a serem consideradas no seu entendimento. A ocorrência de disfunções sexuais não é uma expressão isolada e deve ser compreendida no contexto em que ocorre. Neste caso, a análise das variáveis biodemográficas, de relacionamento com o/a parceiro/a e das características individuais do sujeito é necessária para a compreensão do fenômeno. Este aspecto foi demonstrado, neste estudo, pela análise de correlação entre as variáveis que mensuravam o comportamento sexual assim como a correlação destas com os fatores sociodemográficos.

A complexidade desse fenômeno, também, torna-se visível frente aos dados que revelam baixos níveis de insatisfação sexual quando existe uma grande incidência de disfunções e dificuldades sexuais em homens e mulheres, sejam em aspectos relacionais ou funcionais. Neste caso, evidencia-se a não existência de um padrão ideal de exercício da sexualidade, contrariando as idéias amplamente difundidas na mídia quanto à plenitude sexual. Parece que o conceito de satisfação sexual não se encontra única e diretamente ligado a desempenho, mas, provavelmente, a variáveis que dizem respeito a vínculos de familiaridade, sentimentos de carinho, amor e respeito, entre outros.

Frente a estes dados e pensando em próximos estudos sobre a sexualidade humana, pode-se pensar que a ampliação da definição dos conceitos de desempenho e satisfação sexual, por exemplo, torna-se condição fundamental para avaliar a qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres.

Referências bibliográficas

- CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAVALCANTI, R. & CAVALCANTI, M. (1997). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca.

- COSTA, M. (1999). *A pílula do prazer: Como o Viagra está revolucionando o comportamento e as relações entre casais*. São Paulo: Editora Gente.
- DAVIDSON, J. K.; DARLING, C. A. & NORTON, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *The Journal of Sex Research*, 32(3), 235-243.
- DIEHL, J. A. (2000). *A qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres*. Tese de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- DIEHL, A. (2002). O homem e a nova mulher: novos padrões sexuais de conjugalidade. In A. Wagner (Coord.), *Família em cena: tramas, dramas e transformações* (pp. 135-158). Petrópolis: Vozes.
- FURLANI, J. (1998). *Mitos e tabus da sexualidade humana: Subsídios ao trabalho em educação sexual*. Florianópolis: CEPEC Editora.
- GIDDENS, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- HITE, S. (1995). *Relatório Hite sobre a família: Crescendo sob o domínio do patriarcado*. São Paulo: Bertrand Brasil.
- HYDE, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid, España: Morata.
- KAPLAN, H. S. (1977). *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- KAPLAN, H. S. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual*. São Paulo: Manole.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B. & MARTIN, C. E. (1949). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, USA: W. B. Saunders.
- LAWRANCE, K. & BYERS, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- LOURO, G. L. (1998). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- LOURO, G. L.; WEEKS, J.; BRITZMAN, D.; HOOKS, B.; PARKER, R. & BUTLER, J. (1999). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- MANNOCCI, J. F. (1998). Anorgasmia. In J. F. Mannocci (Ed.), *Disfunções sexuais: Abordagem clínica e terapêutica* (pp. 75-77). São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- MASSON, C. (1994, Junho 29). Na cama com Tio Sam. *Veja*, 122-124.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston, USA: Little Brown.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. (1970). *A incompetência sexual: Suas causas, seu tratamento*. Buenos Aires, Argentina: Inter-Médica Editorial.
- MATARAZZO, M. H. (1992). *Amar é preciso: Os caminhos para uma vida a dois*. São Paulo: Gente.

- MOROKOFF, P. & GILLILLAND, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30(1), 44-54.
- RODRIGUES JR., O. M. (1995). *Psicologia e sexualidade*. Rio de Janeiro: Medsi.
- RUST, J. & GOLOMBOK, S. (1986a). *GRISS questionnaire and scoring sheet (male and female)*. Windsor, England: NFER-Nelson.
- RUST, J. & GOLOMBOK, S. (1986b). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157-165.
- SAFFIOTI, H. I. B. (1997). *O poder do macho*. São Paulo: Editora Moderna.
- SCHIAVI, R. C., MANDELI, J. & SCHREINER-ENGEL, P. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(1), 3-13.
- VENTEGODT, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 295-307.
- VERMA, K. K., KHAITAN, B. K. & SINGH, O. P. (1998). The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in North India. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 309-314.
- VITIELLO, N. & VITIELLO, F. (1993). Os meios de comunicação de massa e os adolescentes. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1), 15-23.
- VITIELLO, N. (1998). Causas orgânicas das disfunções sexuais. In J. F. Mannocci (Ed.), *Disfunções sexuais* (pp. 37-42). São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- VITÓRIA, G. & GULLO, C. (1995, Fevereiro 1). Heróis da resistência. *Isto É*, 44-49.
- YOUNG, M.; DENNY, G.; LUQUIS, R. & YOUNG, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(2), 115-127.

POSITIVO PARA A VIDA: CONHECENDO A SEXUALIDADE DE MULHERES COM HIV

Sâmela Ferreira de Sales¹

Vivian Prudêncio Andrade²

Talita Borges Castelão³

Resumo: Este estudo analisa as modificações no comportamento sexual de mulheres portadoras de HIV. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, que usa como instrumento de coleta de dados a entrevista focalizada. O tratamento dos dados respalda-se na técnica de análise dos discursos. Os resultados indicam que as mulheres infectadas contraíram o vírus pela via sexual, em relacionamentos heterossexuais e monogâmicos. As mulheres vivenciam com conflito a sexualidade, por medo de revelarem sua condição sorológica e afastarem o parceiro não infectado. A abstinência sexual está presente e as relações sexuais, quando ocorrem, apresentam disfunções na resposta sexual. A prevenção, depois do contágio, passou a ser primordial na vida dessas mulheres. É preciso proporcionar uma saúde sexual adequada e vivência plena da sexualidade a mulheres HIV positivo. Somente uma nova reflexão sobre esta questão ampliará a dimensão do que é viver e conviver com o vírus.

Palavras-chave: Mulheres; Sexualidade; HIV.

Abstract: It's study analyzes the sexual behavior modifications of HIV infected women. It's about a descriptive, qualitative research, that uses the focused interview as instrument of data collection. The data treatment is endorsed in the speeches analysis technique. It's results indicate that infected women contradict the virus for the sexual way, in heterosexuals and monogamous relationships. The women live deeply with sexuality conflict, from fear to develop its health condition and

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: saminha1@yahoo.com.br.

²Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: vivianp19@yahoo.com.br.

³Mestre em Sexualidade Humana. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: talita.castelao@sp.unasp.edu.br.

to move away the not infected partner. The sexual abstinence is present and the sexual relations, when they occur, present dysfunction in the sexual answer. The prevention, after the infection, started to be primordial in the life's women. It's necessary to provide the right sexual health and full sexuality experience for HIV infected women. A new reflection on this question will only extend the dimension of what is to live and to coexist with the virus.

Keywords: Women; Sexuality; HIV.

Introdução

A mulher, desde sua existência, apresenta peculiaridades nos aspectos psicológicos e afetivos se comparada ao sexo masculino. Por muito tempo, teve seu valor social vinculado apenas ao ato da reprodução. Atualmente, a realidade feminina tem se modificado consideravelmente, sendo manifestada por mulheres, necessidades específicas que vão além daquelas que a sociedade lhes atribuí. A mulher tem ganho força e cada vez mais tem conquistado a liberdade de exercer seus direitos, inclusive sexuais.

Segundo Vitiello e Rodrigues Jr. (1997), “a sexualidade inclui conhecer-se masculino e feminino e a relação a estes sentimentos de feminilidade, masculinidade, desejo, satisfação, amor, perda, dor, intimidade, solidão, cuidados, compartilhamento, toque, ciúmes, rejeição, auto-estima e felicidade”(p. 29). As mulheres, por seu histórico de interdição ao sexo, sempre tiveram dificuldades em lidar com temas relacionados à sexualidade. Desde o início dos anos 60, com o surgimento da pílula contraceptiva e revolução sexual, a mulher ganhou força na luta contra a repressão até então vigente. Contudo, o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) nos anos 80, usurpou parte da liberdade e direitos sexuais conquistados.

O relatório 2002 sobre a situação da AIDS no mundo, divulgado pela ONU, estimou que cerca de 42 milhões de pessoas estariam contaminadas pelo HIV até o final daquele ano. Destas pessoas, cerca de 50% seriam do sexo feminino (Petry, 2002). Considerando-se que a via sexual é uma das principais formas de contato desta patologia, a sexualidade da pessoa soro positivo modifica-se significativamente após o diagnóstico. Surge a necessidade de encontrar uma nova forma de viver e conviver com o vírus. A relação AIDS e mulher perante as desigualdades sociais estabelecidas, produz um campo de luta na obtenção dos direitos sexuais que deve favorecer ações políticas e sociais que façam juz à cidadania feminina.

Diante deste contexto, o problema que orientou esta pesquisa foi: **Como mulheres HIV positivo vivenciam a sua sexualidade?** O estudo objetivou especificamente analisar as modificações no comportamento sexual das mulheres infectadas, com vistas a disseminar dados e informações que contribuam para

maior consciência social e compreensão da sexualidade em toda abrangência do seu real significado.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa (Gil, 1991). A amostra selecionada foi por tipicidade (Marconi; Lakatos, 1999) e constituiu-se de mulheres portadoras do vírus HIV. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2003, tendo como participantes do estudo, nove mulheres integrantes do Grupo de Incentivo à Vida – GIV (localizado na Zona Sul da Cidade de São Paulo). A convocação das participantes, deu-se mediante convite verbal e explicativo, obedecendo-se aos aspectos éticos da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa em seres humanos. O instrumento utilizado foi a entrevista focalizada (Marconi; Lakatos, 1999) (anexo 1). Registrou-se, com o auxílio de um gravador e fitas K7, as falas das mulheres. A coleta de dados foi encerrada à medida que se constatou o não aparecimento de dados novos, havendo uma repetição das informações. A interpretação final dos resultados teve como base a análise de discurso (Fiorin, 1989).

Resultados – Análise e discussão

Participaram do estudo 9 mulheres HIV positivo, integrantes do GIV (Grupo de Incentivo a Vida). O grupo se apresentou bastante heterogêneo em relação a alguns elementos identificadores. A idade variou entre 34 e 56 anos. No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que quatro mulheres eram viúvas (45%), três solteiras (33%), uma casada (11%) e uma divorciada (11%). O início da atividade sexual relatado pelas entrevistadas variou de 16 a 21 anos. Das depoentes, oito (89%) tinham filhos. Relativamente à manifestação clínica do HIV, constatou-se que embora algumas (33%) já tivessem manifestado sintomas da AIDS, atualmente todas permaneciam assintomáticas.

Na apresentação dos resultados, para manter o anonimato, optou-se pela utilização da letra “M” para a codificar as mulheres e números arábicos para especificar qual mulher (nome). Por exemplo: M1.

A análise dos discursos, gerou a construção de subcategorias. As subcategorias originaram as categorias empíricas. Isto possibilitou melhor visualização dos fenômenos encontrados. Primeiramente, transcreveu-se os dados coletados a partir das falas das mulheres entrevistadas. Em seguida, procedeu-se a análise dos dados com base no referencial teórico-metodológico adotado, buscando-se assim, revelar a essência dos depoimentos. A análise das frases temáticas possibilitou a construção

de três (3) categorias empíricas específicas, as quais originaram subcategorias. O Quadro 1 apresenta estes resultados.

Quadro 1. *Relação das Categorias Empíricas e Subcategorias*

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS
I. O diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">- Como contraiu o vírus- Momento da notícia- Reação da família- Discriminação
II. Sexualidade	<ul style="list-style-type: none">- Auto-estima- Relacionamentos x diagnóstico- Manifestações de sexualidade- Paqueras e namoro- Relação Sexual- Prevenção
III. Visão do Futuro	<ul style="list-style-type: none">- Futuro como presente- Continuidade da vida- Cuidar de si

I. O Diagnóstico

Perguntou-se às mulheres sobre questões ligadas ao diagnóstico. Esta categoria gerou quatro (4) subcategorias apresentadas a seguir:

● Como Contrainu o Vírus

Observou-se a predominância absoluta da contaminação dessas mulheres através da relação sexual desprotegida com o parceiro.

Não sei. Porque eu tive um relacionamento com um rapaz, aí eu sei que ele era muito namorado. Faz uns quatro anos que ele faleceu e todo mundo diz que foi de pneumonia ou de AIDS, mais eu nem me toquei. (M6)

Foi com o meu marido, já estava casada. [...] Só usava pílula. (M4)

Foi com meu namorado. (M7)

Foi com meu marido... com ele eu não usava camisinha. (M2)

Estes relatos reafirmam uma importante mudança no perfil epidemiológico da AIDS, verificado no Brasil nos últimos anos. Cresce todos os dias a contaminação de mulheres heterossexuais (CREMESP, 1999).

As mulheres heterossexuais, com parceiro fixo, freqüentemente não têm a consciência da sua vulnerabilidade. No lugar do preservativo usam a própria

fidelidade, a confiança e o conhecimento do parceiro como uma fantasiosa forma de prevenção (Brasil, 2000, p.52-53).

A não utilização do preservativo não indica necessariamente um desconhecimento do mesmo. A não utilização de preservativos entre mulheres inclui razões emocionais e prendem-se ao comportamento do casal: o casal estar junto há muitos anos, a mulher conhecer bem o homem e estar casada ou viver junto com o parceiro. O amor, a recusa do homem e as dificuldades na relação (Araújo; Santos; Mendes; Rodrigues; Canella, 2002).

● Momento da notícia

Em relação ao momento da notícia, verificou-se um forte sentimento de morte nas mulheres pesquisadas.

Eu fiquei desesperada... pensei: pronto, vai morrer todo mundo. (M4)

Fiquei com medo de morrer. (M5)

Fiquei arrasada, até pensei que ia morrer. (M1)

O impacto: Vou morrer! Eu não tinha ar; parecia que eu tava me afogando. (M8)

Na hora tinha acabado minha vida ali naquele momento. Eu não queria mais saber de nada. (M6)

Eu me isolei. Eu pensei que era a doença da morte! (M2)

A sensação de morte em vida, por mulheres HIV positivo, já foi descrita nos estudos de representações sociais de Pereira(9). Segundo ela a mulher passa por um imenso sofrimento marcado por mudanças radicais em suas vidas. Certamente a morte é a condição mais temida e inaceitável na humanidade. A AIDS, como outras doenças incuráveis, torna-se facilmente um símbolo de morte.

...quando você leva para casa a notícia de que é mortal, você já volta para uma casa que não é mais a mesma, volta para um mundo que já não é mais o mesmo. [...] Todo mundo acha que vai morrer quando já não der mais jeito mesmo, e é uma coisa que ocorrerá daqui a muito tempo. No entanto, existe uma outra descoberta que deveríamos fazer: a de que somos mortais. (Daniel, 1993, p.409).

● Reação da Família

Os sentimentos vivenciados pelas mulheres no momento do diagnóstico foram estendidos aos familiares.

Minha família ficou em choque! Meu pai tinha muito medo de me perder. Ele me via deitada e chorava. (M5)

A filha dele ficou desesperada, ficou meio pirada! (M4)

Minha mãe deixou a casa dela pra vir cuidar de mim. (M7)

Sempre me apoiaram, meu pai e minha mãe. (M2)

Uma filha brigou muito comigo, mas eu sei que era medo de me perder. (M8)

A primeira reação dos familiares intensificou o sofrimento vivido por estas mulheres. Com o decorrer do tempo, a família passou a entender e apoiar a nova situação vivenciada por elas; isto contribuiu imensamente para a recuperação física e principalmente psicológica das mesmas. De fato, as pessoas durante um período de crise estão mais necessitadas de contatos interpessoais e as alterações sociais podem influenciar na manutenção ou resolução da crise (Rodrigues, 1996).

● Discriminação

Os seres humanos estão inseridos em uma sociedade na qual é fundamental a comunicação e a interação com outros. A soropositividade traz um campo de luta para estas mulheres no contexto de fazerem parte desta sociedade. Seriam “obrigadas” a contar sua nova condição de vida, mesmo correndo o risco de serem discriminadas por aqueles que fazem parte de seus relacionamentos mais próximos?

Tinha uma cunhada que toda vez que eu chegava na casa dela ela falava que tava gripada, e saía sem olhar na minha cara. Não pegava nem na minha mão. (M1)

Uma vizinha falou pra mim que não ia mais fazer unha comigo porque ficou sabendo que eu tinha AIDS. (M5)

Só meu filho que sabe, e ele é meio preconceituoso! Eu acho! (M4)

Eu falei com ela (vizinha) que tinha uma colega que tinha (AIDS), mas não falei que era eu. Ai ela falou: ‘Deus me livre’. (M6)

Eu senti preconceito no meu trabalho, eu fui demitida [...] Eu não aceito que me digam que sou apenas um número. Eu sou uma pessoa e eu tenho sentimentos; eu exijo respeito. (M8)

Rivera (1995) coloca a AIDS em um grupo de doenças com agravos biológicos que se transformaram em doenças culturais. Isto significa que a produção de inúmeras metáforas políticas, psicológicas e sociológicas geram a discriminação contra os infectados, pois carregam uma simbologia vinculada às transgressões sexuais, gerando pânico moral e noções de responsabilidade, culpa e reprovação.

II. Sexualidade

A sexualidade humana integra a vida, e, ao contrário do que se pensa, a genitalidade é apenas um de seus aspectos. De acordo com Vitiello e Conceição (1993), deve-se considerar que a influência da sexualidade está presente em todas as manifestações do ser humano, desde o seu nascimento até a sua morte. Como foco maior deste estudo, encontrou-se seis subcategorias para descrever a sexualidade vivida por mulheres HIV positivo.

● Auto-Estima

Quando indagadas a respeito de sua auto-estima, as respostas das mulheres foram predominantemente ligadas à aparência. Como já era esperado, nota-se que a situação de ser soropositivo abala consideravelmente a auto-estima dessas mulheres.

Eu acho que mudou muito (auto-estima). Tem gente que fala: Não, tá tudo ótimo! É tudo mentira! (M4)

No começo eu fiquei muito magra, perdi o cabelo... agora eu tô me recuperando. Esse mês eu comprei bastante roupa; eu gosto de me vestir bem. (M6)

Eu colocava roupa feia, minha auto-estima ficou lá em baixo. (M2)

Minha auto-estima sempre foi zero, mesmo antes do HIV. (M8)

Como se vê, as mulheres entrevistadas demonstram auto-rejeição após o diagnóstico. Matarazzo(1994) define auto estima como sendo a capacidade de se gostar e se dar valor. Quando uma pessoa rejeita parte de si sente uma dor emocional incrível, com prejuízo ao seu psíquico. Ter auto-estima significa se compreender e se aceitar. Aceitar-se é não se julgar. É entrar em contato consigo mesmo e reconhecer as necessidades pessoais como legítimas. Para estas mulheres, a auto-estima está realmente comprometida à medida que identificam o vírus como integrante de si.

● Relacionamentos x Diagnóstico

O receio de ser desprezada ou deixada, por ser HIV positivo, mostrou-se como fator que impede a busca de novos relacionamentos. Muitas destas mulheres preferem não contar que são portadoras do vírus por receio de se depararem com a possibilidade de não serem aceitas. Segundo Pereira (2001) a contaminação pelo HIV transcende aos seus corpos e contamina também suas relações afetivas.

A gente perde a vontade, você sai com uma pessoa, você tem que contar ou não... mas isso depois do HIV, é claro! (M4)

A gente tava assistindo TV e passou uma propaganda de HIV, e ele disse assim: “se um dia eu me relacionar com alguém que tem AIDS, eu mato ela!” Aí eu me afastei dele. (M5)

Já tive muitos problemas pra me relacionar por causa do HIV. Já aconteceu de eu contar; a pessoa não aceitou, foi saindo de fininho. (M2)

Eu falava que tinha leucemia, não falava que era portadora. Mas aí quando a gente foi morar junto eu não agüentei. Ia entrar num relacionamento mentindo já? Eu tive que falar pra ele, aí ele se afastou de mim. (M6)

O HIV ocupa tamanho espaço na vida de uma pessoa infectada, que muitas vezes os outros e a própria pessoa reduzem sua existência a ele. Nos relacionamentos sexuais, quando uma pessoa mostra-se assustada com a descoberta da soropositividade da outra, é muito difícil que a recusa ao HIV não seja sentida como recusa à pessoa (Brasil, 2000, p.51).

Muitas vezes, ainda, a mulher soropositivo percebe o relacionamento com um parceiro também portador como sendo a única forma de manutenção de um relacionamento. Isto ficou claro na fala de uma das mulheres:

Tenho um ótimo relacionamento... ele é soropositivo. (M9)

● Manifestações da Sexualidade

Ao analisar este tópico, teve-se a intenção de entender como estas mulheres encaravam a si mesmas sexualmente após o vírus; como passaram a ver seu corpo, seu prazer, sua capacidade de sedução, mesmo sabendo das limitações impostas pela sociedade e também pela infecção do HIV.

Já me masturbei; hoje não mais. (M3)

Hoje eu não sinto falta de sexo. (M7)

Eu não sei seduzir não. (M8)

Eu tenho fantasias, mas eu não falo para ele.[...] Às vezes eu me visto e sei que estou chamando atenção. (M5)

Analisando as falas destas mulheres é fácil identificar a dificuldade enfrentada por elas em retomar a vivência plena de sua sexualidade.

A sexualidade é uma forma de expressão pessoal que não tem um momento para começar ou terminar. Para muitas pessoas ela oferece a oportunidade não apenas

de se expressar paixão, mas também afeto, estima e lealdade. Contudo é importante dizer que cada um de nós tem o direito de viver a sua sexualidade da maneira que considerar mais satisfatória, ou até mesmo não vivê-la (Vieira, 1996, p. 67).

● Paqueras e Namoros

Observou-se que a paquera é entendida como uma forma de sedução, de aproximação e contato com o sexo oposto. A sedução se alterou após o HIV. Criou-se uma barreira como forma de proteção do mundo e das outras pessoas. Mesmo assim, algumas delas continuam em busca de companhia, em busca de um parceiro, e enfrentam o medo de serem rejeitadas por um pretendente que não seja soropositivo. Observou-se também a ausência de relacionamentos. Algumas mulheres preferem se esquivar de buscar ou manter um novo relacionamento, como se a contaminação pelo HIV tivesse colocado um fim em sua “vida amorosa”.

Geralmente a pessoa que chega em mim. Eu tenho receio, eu mudei muito. (M6)

Eu continuo paquerando do mesmo jeito, minha mãe até fala que eu nunca paro com ninguém. (M3)

Não tenho (namorado) e nem pretendo ter. Estou bem do jeito que estou e não quero mais ninguém. (M1)

Antes de ter o HIV eu já tinha parado de me interessar por homens. (M7)

Agora eu tenho um namorado. Ele não é portador mas ele entende. (M8)

No contexto dos relacionamentos, as mulheres sempre desejam a continuidade (Bruns, 1993). No entanto, a realidade do vírus determina em muitas mulheres um comportamento defensivo nos processos de corte. Todas as vivências neste sentido são marcadas pelo medo da revelação e conflito que a própria soropositividade impõe (Pereira, 2001).

...poucas mulheres fazem o contraponto, acreditam que podem ser amadas e namoram pares concordantes ou discordantes. Têm aids e indicam que se a recusa é uma possibilidade, o encontro também é (Brasil, 2000, p.52).

● Relação sexual

As falas revelam mudança na frequência e resposta do ato sexual. Muitas vezes discriminadas pelos parceiros estas mulheres acabam perdendo o desejo de manterem relações sexuais. A abstinência sexual pode ser observada na maior

parte dos casos. As mulheres têm um medo em comum: a possibilidade de infectar o parceiro.

Perde totalmente o tesão, perde a vontade de transar. Faz uns seis anos que eu não tenho mais relação sexual. (M4)

Sempre fui muito dependente do sexo... e fiquei muito tempo sem ter relação sexual com ninguém. (M3)

Depois que eu contei nunca mais a gente teve relação sexual. (M6)

É aquele sexo assim sabe? Acho que vou contaminar... eu não sei o que posso e o que não posso. Já faz um mês que a gente não tem nada, mas eu não sinto falta. Depois que eu soube do diagnóstico me deu um bloqueio. Eu não consigo chegar ao orgasmo de jeito nenhum!(M5)

Não tenho relação sexual. (M1)

A sexualidade humana inclui além do funcionamento biológico para reprodução o conjunto de comportamentos na busca do prazer e amor (Cavalcanti, 1993). As mulheres referem a relação sexual, quando presente, de forma dificultada. O medo de contaminar o parceiro torna-se uma espécie de barreira na entrega total dessa mulher ao relacionamento amoroso. Somente um ambiente de confiança e transparência podem mudar esta realidade.

Para a mulher a sexualidade não começa na cama, tampouco termina, a sexualidade é o cotidiano com o seu parceiro e tudo aquilo que ela possa demonstrar de afetividade (Furnaletto, 1996, p.141).

● Prevenção

Todas as mulheres deste estudo revelaram uma conscientização muito grande em relação ao uso do preservativo.

Aí entra no meio a camisinha que eu acho ótimo... eu percebo que quando eu ofereço a camisinha é legal. Eu tô me prevenindo. A única cura é a camisinha. Como uma menina disse: 'Sem camisinha não tem transadinha'. (M2)

Eu acho que realmente pra estar prevenindo tem que falar com as mulheres casadas, porque o maior problema é com elas. E as contaminadas tão transando sem camisinha; põe o filho no mundo sem se preocupar. (M4)

Usar camisinha! (M1)

Eles não querem usar camisinha... e se eu pegar uma sífilis eu tô ferrada. Tem que tomar cuidado e usar camisinha para evitar outras doenças também. (M6)

Seja pra homem ou mulher, não importa o rosto bonito, tem que usar camisinha porque é muito duro pegar o resultado na mão e vê que você é portador. (M5)

A participação em um grupo de apoio – como o GIV – esclarece e responsabiliza a pessoa soropositivo sobre a necessidade de auto-cuidado e amor próprio, até então ausentes no momento da contaminação, revelados pelo não uso do preservativo. Para as mulheres, a informação não é suficiente. A prática de sexo seguro está ligada a fatores afetivos e subordinação de gênero (Brasil, 2000).

III. Visão do Futuro

Esta categoria gerou três subcategorias interessantes, descritas a seguir.

● Futuro como presente

As mulheres ao contraírem o vírus mudaram sua forma de pensar quanto ao futuro. Estão preocupadas com o que acontece no presente, pois o futuro pode estar relacionado à morte.

Não faço planos, eu vivo o hoje, o resto eu deixo pra depois. (M2)

Hoje eu vivo um dia após o outro, porque eu não sei se amanhã vou estar viva, né? Antes eu sonhava com carros novos, coisas grandes. Hoje eu não penso no futuro. (M3)

Você vive mais o hoje, né? (M8)

Eu não tenho muitos objetivos... não tenho perspectivas. Se eu não tivesse o vírus eu não ia ficar tão preocupada. (M4)

Eu vivo o hoje como se o amanhã não existisse. [...] Vivo a cada dia. Eu vivo o hoje como se fosse o último. (M5)

Segundo Pereira (1997) o medo da morte é um medo universal que atinge a todos, independente de idade, sexo, ou nível sócio-econômico. O medo do desconhecido, por causa do HIV, gera ansiedade e provoca mudanças na vida das mulheres que tentam antecipar o seu futuro.

● Continuidade da vida

Embora a vida com o vírus possa ser interpretada por alguns como a morte em vida, as mulheres pesquisadas demonstram o desejo de continuar vivendo suas vidas.

Fazer tudo que não fiz quando era boa, Pretendo casar e ter filhos. Realizar meus sonhos. (M6)

Meu maior sonho é ter um filho que ainda não tive. (M9)

Eu adoro passear e me divertir. Sempre fiz isso e ainda faço e quero continuar fazendo. (M7)

Tillich (1991) questiona se o medo seria a chave para a liberdade humana que aumentaria a sua potência de ação. As mulheres infectadas, como enfrentamento do medo, decidem abraçar seus sonhos. O medo vivenciado a princípio as impulsiona a viver.

● Cuidar de si

Passado o susto inicial com diagnóstico, as mulheres retomam suas vidas, melhoram o conhecimento sobre o próprio corpo e o vírus. Nota-se nessas mulheres a valorização de si mesmas como projeto de vida.

Penso mais em mim, tomo mais cuidado comigo, com meu corpo. (M8)

Me cuidar cada vez mais. (M6)

Hoje eu estou mais preocupada comigo mesma... quero dar prazer a mim mesma. A pessoa que mais precisa de mim sou eu mesma e não quero cair em crise, em depressão. Eu só tomo o coquetel há um ano e estou me sentindo muito bem. Eu tive AIDS, agora eu só tenho HIV. (M3)

Embora não exista cura para a AIDS, a busca pelo auto-cuidado escolhida por essas mulheres reflete o primeiro passo para uma cura que sobrepõe a saúde física. A saúde mental se revela nas pequenas escolhas e certamente é a maior cura a ser experimentada. Fernando Pessoa resume em poucas linhas a sapiência de viver:

De tudo 3 coisas.

A certeza de estarmos sempre começando,

A certeza de que é preciso continuar,

A certeza de que podemos ser interrompidos

Antes de terminarmos,

Fazer da interrupção um caminho novo,

Da queda um passo de dança,

Do medo uma escada,

Do sonho uma ponte,

Da procura um encontro.

Conclusão

A análise da sexualidade de mulheres portadoras do HIV, gerou a construção de categorias que certamente não esgotam este tema. Contribuem, contudo, para maior esclarecimento, reflexão e ações que modifiquem a realidade encontrada. A contaminação por via sexual em relacionamentos monogâmicos ocorreu em todas as mulheres. A vivência da sexualidade dessa mulher logo após a infecção do HIV é permeada por medos e conflitos. O medo é uma referência à morte e os conflitos nascem da perda do parceiro ou discriminação. Existe a ansiedade nos novos relacionamentos com parceiros que não têm o vírus pela possibilidade de perda do vínculo afetivo. As mudanças na vida amorosa se refletem diretamente na auto-estima feminina. As relações sexuais estão ausentes ou acompanhadas de disfunções na resposta sexual. A prevenção por meio do sexo seguro é valorizada por todas. Com o passar do tempo, as mulheres entrevistadas adquiriram forças para superar parte das limitações impostas pela sociedade e pelo vírus. Consideram o futuro a curto prazo e dedicam-se na retomada da vida e cuidados pessoais. Vale considerar que a realização desta pesquisa se deu em centro de apoio ao portador de HIV, e que todas as mulheres entrevistadas recebem suporte de uma psicóloga. Através das entrevistas, as mulheres infectadas já mostram efeitos desse suporte psicológico à medida que reconhecem a necessidade de criar estratégias para conseguir realizar seus sonhos e viverem a sexualidade de forma plena. É preciso proporcionar uma saúde sexual adequada e vivência plena da sexualidade a mulheres HIV positivo. Somente uma nova reflexão sobre esta questão ampliará a dimensão do que é viver e conviver com o vírus.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO M.L.M.; SANTOS, R.; MENDES, A.L.; RODRIGUES, L.H.M.; CANELLA, P.R.B. (2002, janeiro a março). Saber sobre a importância do uso do preservativo influencia o seu uso? *Reprod Clim*, 17(1), 25-29.
- BRASIL. (2000, outubro). *Fios da Vida! Tecendo o feminino em tempos de AIDS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde.
- BRUNS, M.A.T.; GRASSI, M.V.F.C. Mulher e sexualidade: o desejo da continuidade. *Rev Bras de Sexualidade Humana*, 4(1), 88-103.
- CAVALCANTI, R.C. A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Bras de Sexualidade Humana*, 4(1), 37-46.
- CREMESP. Brasil já registra 150 mil casos de AIDS. (1999, janeiro). *Jornal do CREMESP* (p. 89).
- DANIEL, H. (1993). Viva a vida! Em: M. Ribeiro (Org.), *Educação sexual: novas idéias, novas conquistas* (pp 408-413). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

- FIORIN, J.L. (1989). *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto/EDUSP.
- FURNALETTO, S.H.T.; RODRIGUES JÚNIOR, O.M. A satisfação sexual da mulher adulta. *Rev Bras de Sexualidade Humana*, 7(1), 131-142.
- GIL, A.C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa* (2ª ed.) São Paulo: Atlas.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. (1999). *Técnica de Pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- MATARAZZO, M.H. (1994). *Nós dois – as várias forma de amar*. São Paulo: Gente.
- PEREIRA, M.L.D. (1997). *Ser mãe e estar com AIDS: o revivescimento do pecado original*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP.
- PEREIRA, M.L.D. (2001). *A (Re)invenção da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP.
- PETRY, S. (2002, novembro). Mulheres já são 50% dos infectados por HIV. *O Estado de São Paulo* (Mundo, p.9).
- RIVERA, O.M. (1995, maio). Discriminacion social e ideologia con el SIDA. *El Tiempo*, 6-7.
- RODRIGUES, A.R.F. (1996). *Enfermagem psiquiátrica em saúde mental: prevenção e intervenções*. São Paulo: EPU.
- TILLICH, P. (1991). *A coragem de ser* (4ª ed.) Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- VIEIRA, F.P. Aspectos sócio-culturais da sexualidade na terceira idade. *Rev Bras de Sexualidade Humana*, 7(1), 65-75.
- VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C. Manifestações de sexualidade em diferentes fases da vida. *Rev Bras de Sexualidade Humana*, 4, 47-59.
- VITIELLO, N.; RODRIGUES JÚNIOR, O.M. (1997). *As bases anatômicas e funcionais dos exercício da sexualidade*. São Paulo: IGLU.

EDUCAÇÃO SEXUAL E COMPORTAMENTO PREVENTIVO DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Miriam Tachibana¹
Isabel Cristina Dib Bariani²

Resumo: Tendo em vista todos os problemas sociais envolvendo o comportamento sexual dos adolescentes (tais como o elevado índice de gravidez nesta fase; a incidência freqüente de abortos e um aumento nos casos de doenças venéreas), este estudo procurou verificar se a educação sexual advinda da escola e da família – as instituições sociais mais apropriadas para realizar esse tipo de orientação – influencia para que o adolescente adote um comportamento sexual preventivo. Foram aplicados, acidentalmente, questionários semi-abertos, em 149 estudantes de uma universidade do interior do estado de São Paulo. Constatou-se que apesar de 79,9% dos informantes apontarem ter recebido educação sexual satisfatória, não foram todos que fizeram uso de métodos preventivos, na primeira relação sexual, e que os utilizam, em suas relações sexuais atuais. Ainda, alguns estudantes demonstraram ter o “pensamento mágico” de que não têm como engravidar ou contrair alguma doença venérea, embora não se previnam eficazmente.

Palavras-chave: Educação Sexual, Estudantes Universitários, Comportamento Preventivo.

Abstract: Considering the problems evolving adolescents’ sexual behavior (such as the high level of undesired pregnancy; the incidence of abortions and the increase on the cases of sexual diseases), this study aimed at verifying if the sexual education provided by the school and de family – the social institutions pointed out as the best to realize this kind of orientation – influences the sexual behavior adopted by adolescents. It was applied, accidentally, open-ended questionnaires in 149 students of an university located in São Paulo state. Although 79,9% of the students pointed out that they had received a satisfied sexual education, it wasn’t all of them who

¹Psicóloga formada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas e aprimoranda em Psicologia clínica na saúde reprodutiva da mulher na Universidade Estadual de Campinas. E-mail: mirita@uol.com.br

²Docente do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

made use of preventive methods, on their first sexual relation, and that still make use of it, in their actual sexual relations. Besides, some of these students demonstrated the “magical thought” that they don’t have the risk on getting pregnant or on getting a sexual disease.

Keywords: Sexual education, University students, Preventive behavior.

Introdução

Segundo Montenegro (1994), após a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente no final da década de 50, começaram a surgir movimentos os quais objetivavam trazer maior tomada de decisão aos jovens. O movimento hippie, por exemplo, trouxe uma acentuada valorização da juventude, pregando tudo aquilo o que era novo, modificando a linguagem e a música e contestando os ideais das gerações anteriores. Nessa ânsia de novidade, os jovens acabaram tentando inovar, também, a moral sexual, o que acabou culminando na revolução sexual dos anos 60.

Arantes (2000) salienta que os ideólogos da revolução dos anos 60 procuravam lutar por uma intensificação da experiência humana, a qual era tolhida, até então, por uma moral castradora. Assim, por exemplo, a mulher passou a ter mais liberdade sexual e o tema sexo, também, tornou-se mais acessível, fazendo-se presente em revistas, livros, tv, música, dentre outros. Johnson (citado por Angeli, 1992), entretanto, afirma que acabou ocorrendo um extremismo dessa liberdade e, com isso, essa bandeira de luta da revolução sexual acabou não se realizando, visto que o sexo passou a ser fácil e a experiência humana não se expandiu; pelo contrário, apenas empobreceu.

A tv, por exemplo, que, segundo Araújo (1999), tem um enorme potencial para promover informações educacionais sobre sexo, passou a apresentar as matérias de maneira sensacionalista, se dedicando pouco ou nada para a educação sexual, conforme afirmam Vitiello e Vitiello (1993). Assim, como destacam Trindade e Bruns (1997), com a erotização das novelas e dos filmes, passou-se a despertar a curiosidade sobre o sexo, mostrando apenas o seu lado prazeroso, não alertando para as conseqüências de uma gravidez indesejada ou de doenças sexualmente transmissíveis.

Além da influência da mídia, Sampaio, Morais e Bruno (1996) ilustram que, atualmente, os jovens criaram o “ficar”, um contrato informal que pode ir desde um único beijo até mesmo o ato sexual. Fruet (1995), em seu trabalho, complementa que o “ficar” permite que muitas meninas experimentem os carinhos e as intimidades físicas mais precocemente, visto que começam a ficar aos onze anos, em média, e já aprendem aquilo o que lhes dá mais prazer. Assim, aquelas carícias que, antigamente, aconteciam após muitas juras de amor e somente com um compromisso mais formal, hoje, já podem ocorrer a partir dos onze anos.

Ferrua (1980) salienta que tal extremismo nos comportamentos sexuais ocorreu porque a revolução dos costumes sociais não foi acompanhada por uma igual revolução na orientação sexual, isto é, enquanto o sexo se tornou muito mais fácil, os jovens continuaram a receber a mesma educação sexual puritana, ou, então, a vivenciar uma falta de orientação sexual.

Angeli (1992) destaca que os velhos padrões foram abandonados sem que, no entanto, surgissem outros novos, que pudessem pautar a conduta sexual. Assim, vão surgindo conflitos na cabeça do adolescente, o que, também, é discutido por Ferrua (1980). Para esta autora, o jovem acaba vivenciando a angústia de morar num lar puritano e, entretanto, viver numa sociedade erotizante.

De fato, a partir da literatura especializada, percebe-se que os adolescentes têm se iniciado, sexualmente, cada vez mais cedo. Segundo pesquisa realizada por Vitiello (1996), na qual foram analisados 3650 questionários a respeito de iniciação sexual, com mulheres e homens de todo o território nacional, pôde-se constatar que a idade média da primeira relação sexual ocorre aos 15 anos, para meninas e, para meninos, aos 17 anos.

Segundo Costa (1986), o problema da iniciação precoce é que, embora esta não defina a vida sexual adulta, marca um “script” de como esta se desenvolverá. Tal autor percebeu que a maioria dos homens que sofrem de ejaculação precoce ou outras formas de impotência tiveram sua iniciação sexual muito cedo, de forma inadequada.

Além desse problema da iniciação precoce em si, pesquisas a respeito de adolescência e sexualidade são unânimes em apontar um crescente aumento do número de gravidezes precoces. Dados do Ministério da Educação e Cultura, apresentados por Trindade e Bruns (1995), revelam que, por ano, são feitos um milhão de partos em mães adolescentes, sendo que 30% desses partos são prematuros, devido a um incompleto desenvolvimento do útero, o que traz riscos tanto à mãe quanto ao bebê.

Soma-se a esses dados, a constatação de Suplicy (1997), segundo a qual 50% das mulheres adolescentes, entre 15 e 19 anos, sem escolarização, têm, pelo menos, um filho. Outro fato agravante é o observado por Prado (1996), que diz respeito às repetições de gravidezes na adolescência estarem aumentando de forma significativa. Tal autor percebeu que a adolescente tem o pensamento de que uma tragédia, como a gravidez indesejada, não tem como ocorrer, duas vezes, num espaço curto de tempo e acaba, dessa forma, não se prevenindo, engravidando novamente. Dados do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por ele apresentados, demonstraram que 40% das mães voltam a engravidar, de forma não planejada, após cerca de 36 meses da gestação.

A gravidez na adolescência é tida como um sério problema, uma vez que acarreta uma variedade de problemas para a jovem gestante. De acordo com Costa, Queiroz, Santos, Barboni, Neto, Rocha, Rocha & Ferreira (1999), a adolescente vivencia

sentimentos de insegurança, baixa auto-estima e tal instabilidade psicológica acaba culminando no abandono da gestante pelo parceiro. Ainda, Prado (1996) argumenta que a gestação precoce determina o fim da confiança familiar e, conforme Sampaio e cols. (1996), promove a evasão escolar, o que pode ser inferido pelo fato de que 80% dessas jovens acabam largando a escola. Numa sociedade em que há uma valorização da formação acadêmica e profissional, a maternidade deve ser adiada e, não, antecipada, de tal forma que a futura inserção no mercado de trabalho e a conseqüente aquisição da independência financeira não sejam comprometidas.

Deve-se atentar para o fato de que, em muitos casos, a jovem que engravida opta por não seguir com a gestação, recorrendo a um aborto que, muitas vezes, põe em risco a sua fertilidade futura. Conforme mencionado por Gomes, Martin, Arilha e Cavin, (1994), o Ministério da Saúde estima que um quarto dos abortos praticados, no Brasil, são realizados por mães adolescentes. Tendo-se em vista que o estudo realizado por Vaccari (1999) estipula que, por ano, são praticados de três a cinco milhões de abortos, no país, um quarto disso é um número gritante.

No que diz respeito às doenças venéreas, dados constatados por Mari (2000) mostram que, desde 1982, já foram diagnosticados mais de 20.000 casos de AIDS entre adolescentes brasileiros. Outras doenças sexualmente transmissíveis, também, tiveram sua incidência aumentada, no entanto, por não serem tão letais quanto a AIDS, não recebem o mesmo tratamento dado pela mídia. Dados da Organização Mundial de Saúde, trazidos numa pesquisa realizada por Gimenes, Pedrazani, Basso, Pontes, Marque, Maldonado, Bertuso, Silva, Consonni, Romão & Banhos (1996), indicam que metade da população infectada pelo vírus HIV tem menos de 25 anos e que a maioria dos adultos, hoje, infectados, contraíram o vírus na sua juventude.

Deve-se ressaltar que existem várias pesquisas atribuindo, aos problemas da gravidez indesejada na adolescência e da disseminação da AIDS entre jovens, a falta de informações. Andaló (1995) identificou, em sua pesquisa, que as informações sobre sexo melhoram sensivelmente os problemas relacionados ao mesmo. A partir de um trabalho de prevenção à AIDS e redução de gravidez precoce, junto a uma escola estadual de Florianópolis, envolvendo 211 adolescentes, Andaló pôde constatar que, no início do programa, havia um grande desconhecimento sobre sexo, mas, ao longo do mesmo, houve uma diminuição no número de adolescentes grávidas.

Frida e Andrade (1999) salientam que as duas principais entidades responsáveis pela educação – família e escola – estão se fazendo ausentes, seguindo a velha pedagogia do silêncio. Conforme aponta Andrade (1998), fingindo não estar enxergando nada, família e escola não se sentem obrigadas a entrar em contato com um tema que lhes causa tanta ansiedade e que lhes aponta as suas próprias limitações.

De fato, estudos realizados por Bruno e Bruno (1994) indicam que 90% dos pré-adolescentes não conversam com seus pais sobre tal tema. Segundo Fagundes (1993), os pais acreditam que não tocando no assunto da sexualidade com seus filhos adolescentes não estarão incitando-os a iniciarem a vida sexual mais cedo. O trabalho realizado por Dias e Gomes (1999) aponta que a dificuldade dos pais em conversar sobre sexo deve-se ao fato de que requer mais do que uma transmissão de informações, mas, sim, uma transposição de barreiras, tais como idades e valores, além da correta mediação de mensagens que não sejam nem restritivas e nem punitivas.

De acordo com Fagundes (citado por Fagundes, 1992), o problema com relação à educação sexual advinda da escola é que há muitos professores problemáticos, os quais também foram submetidos à repressão sexual, que são despreparados. Estes acabam fornecendo aulas sobre fisiologia e anatomia humana, tratando a sexualidade pelo seu aspecto orgânico, não tirando nenhuma dúvida dos adolescentes. Ainda, segundo Tiba (apresentada por Almeida, 1997), estes professores devem, antes de dar orientação sexual, superar a educação preconceituosa e autoritária que receberam. Na grande maioria, tais professores tratam-se daqueles pais repressores que não conversam sobre sexo com seus filhos.

Entretanto, há vários pesquisadores, dentre os quais se sobressai Cavalcanti (1993 b), que acreditam que a causa para tantos problemas sexuais envolvendo a adolescência não se encontra na desinformação. De acordo com uma pesquisa realizada por Cavalcanti (1993 a) com 500 universitários, 98% conhece a grande maioria das medidas preventivas, mas só 17,8% faz uso das mesmas. O mesmo pode ser constatado na pesquisa citada no trabalho de Lima (1995), na qual foi constatada que, dos 263 jovens sexualmente ativos, entrevistados, apenas 36% faziam uso de preservativos, enquanto 30% os usavam às vezes, 19% usavam raramente e 15% nunca haviam feito uso dos mesmos, embora todos tivessem declarado ter conhecimentos dos métodos contraceptivos.

De acordo com Vitiello (2000), os resultados obtidos por estas pesquisas ilustram que não há uma falta de informação e, mesmo que para alguns haja, a causa principal de todos esses incidentes sociais se deve a uma falta de atitude dos jovens em assumir um comportamento coerente. Tal autor aponta que a atitude depende não apenas do conhecimento, como, também, das crenças que as pessoas têm. Para Gomes (mencionado por Pinheiro, 2000), o adolescente apresenta uma incapacidade de pensar em situações hipotéticas, antecipando as conseqüências da atividade sexual. Os jovens têm uma crença na própria invulnerabilidade, o que pode ser representada pela famosa afirmação de que “Isso nunca vai acontecer comigo”.

A partir de todas as considerações aqui presentes, pretendeu-se realizar um estudo que objetivasse verificar se a educação sexual advinda da escola e da família propicia um comportamento preventivo na vida sexual dos adolescentes.

Método

As informações foram coletadas com 149 estudantes de uma universidade particular do interior do estado de São Paulo, sendo 50 da área de ciências biológicas, 50 de humanas e 49 de exatas. Ainda, procurou-se trabalhar com amostras femininas e masculinas em igual proporção, havendo, dessa maneira, 75 informantes do gênero feminino e 74 do masculino, cujas idades médias foram, respectivamente, 20 anos e 8 meses e 21 anos e 4 meses.

O instrumento utilizado foi um questionário semi-aberto contendo 18 perguntas, as quais solicitavam que o estudante informasse não apenas alguns dados demográficos (tais como gênero, idade e área do curso), mas, também, o tipo de educação sexual que recebeu (se da família e/ou escola; se satisfatória ou insatisfatória); a idade em que iniciou a vida sexual e os métodos preventivos conhecidos e utilizados na primeira experiência sexual; os métodos utilizados nas relações sexuais atuais e motivos para o não uso dos mesmos; e, por fim, era solicitado que cada um indicasse qual acreditava ser a possibilidade (se muita, pouca ou nula) de vivenciar uma gravidez indesejada e/ou contrair alguma doença sexualmente transmissível.

Após a testagem preliminar do instrumento, as informações foram coletadas com os questionários sendo aplicados, individualmente, durante os intervalos entre as aulas, em estudantes escolhidos acidentalmente. Para tanto, cada estudante era esclarecido sobre o objetivo da pesquisa e, caso concordasse em participar, lhe era solicitado que assinasse um termo de consentimento para participação em pesquisa, o qual reiterava o caráter confidencial do estudo.

Resultados e discussão

A partir da coleta de informações, foram estabelecidas algumas categorias, levando-se em consideração os aspectos em comum que as respostas apresentaram. Após essa categorização, foi realizada uma tabulação dos dados, considerando a frequência de cada categoria, o que pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1.

Porcentagem de estudantes que receberam ou não educação sexual na escola e/ou na família e satisfação quanto a ela, segundo área de conhecimento de seus cursos e gênero:

Categorias *		A	B	C	D	E	F	G
Área	Humanas	13,4%	6,1%	2,7%	0,7%	2,0%	4,7%	4,0%
	Biológicas	19,5%	9,4%	2,7%	0,7%	-	0,7%	0,7%
	Exatas	16,8%	4,0%	5,3%	2,0%	-	2,0%	2,6%
Gênero	Feminino	27,5%	9,4%	3,3%	1,4%	0,7%	3,4%	4,7%
	Masculino	22,2%	10,1%	7,4%	2,0%	1,3%	4,0%	2,6%
Total		49,7%	19,5%	10,7%	3,4%	2,0%	7,4%	7,3%

- * Categorias: –A: tiveram educação sexual na escola e na família – satisfatória;
–B: tiveram educação sexual na família – satisfatória;
–C: tiveram educação sexual na escola – satisfatória;
–D: tiveram educação sexual na escola e na família – insatisfatória;
–E: tiveram educação sexual na família – insatisfatória;
–F: tiveram educação sexual na escola – insatisfatória;
–G: não tiveram nenhum dos dois tipos de educação sexual.

A partir dos dados apresentados na Tabela 1, percebe-se que 79,9% dos sujeitos apontaram ter recebido educação sexual satisfatória, seja esta advinda da escola, da família ou de ambas as instituições. Tal dado contradiz a literatura, quando esta aponta que as conversas entre pais e filhos resumem-se a indiretas e avisos, como dita Fruet (1995); e que os professores apenas realizam aulas de fisiologia humana, conforme o afirmado por Fagundes (citado por Fagundes, 1992).

No entanto, deve-se ressaltar que o questionário aplicado apenas solicitava aos estudantes que indicassem a procedência da educação sexual que receberam e a classificassem entre satisfatória e insatisfatória. Assim, cada sujeito fez sua classificação de acordo com os seus próprios parâmetros, e, dessa forma, não se pode afirmar que, de fato, a maioria dos participantes dessa pesquisa recebeu uma educação sexual satisfatória, mas apenas revelar que estes demonstraram satisfação pela mesma.

Ademais, vale ressaltar que, a partir da leitura da Tabela 1, é possível verificar que não houve uma diferença significativa, em relação à variável gênero, no que se refere à vivência de uma educação sexual tida satisfatória, uma vez que 39,7% dos homens e 40,2% das mulheres assim consideraram a experiência que tiveram de educação sexual. Entretanto, constata-se uma pequena diferença ao se considerar a variável área de conhecimento, visto que, enquanto 31,6% dos estudantes de biológicas consideraram ter tido algum tipo de educação sexual satisfatória, apenas 26,1% dos alunos de exatas e 22,2% dos de humanas assim o fizeram.

Quanto às idades médias em que cada categoria de sujeitos teve a sua primeira relação sexual, pôde-se observar que a idade média da primeira relação sexual variou, de maneira geral, entre 15 e 17 anos, o que condiz com o dado obtido por Vitiello (1996).

Ainda no que diz respeito à idade da primeira relação sexual, o grupo que se destacou por apresentar a idade média mais elevada (17 anos) foi o grupo cujas respostas enquadraram-se na categoria E. O mesmo grupo se destacou por revelar a menor porcentagem (50%) de sujeitos que tinham conhecimentos sobre tais métodos, no momento da primeira vez, em detrimento à quase totalidade dos demais estudantes que apontou conhecer métodos preventivos nesta mesma situação.

Por outro lado, aqueles informantes cujas respostas pertenciam à categoria F destacaram-se por revelar a menor idade média (15 anos e 6 meses), no momento

da primeira relação sexual, além de apresentar a maior concentração de sujeitos que declararam ter conhecimentos sobre métodos preventivos (100%), quando se encontravam nessa circunstância. Assim, parece inexistir uma relação direta de que quanto mais velho for o indivíduo, na sua primeira relação sexual, mais informado será.

Com relação aos métodos preventivos conhecidos, no início da vida sexual, observou-se que a maioria dos informantes indicou conhecer a camisinha e a pílula anticoncepcional. Constatou-se, ainda, que, embora em menor porcentagem, foram apontados alguns métodos considerados ineficazes, como a tabelinha e o coito interrompido. Quase a totalidade dos sujeitos que destacaram estes dois métodos respondeu que tiveram educação sexual satisfatória (categorias A, B e F), o que suscita o questionamento se, realmente, tais alunos receberam informações adequadas, isto é, se a educação sob a qual se submeteram foi realmente satisfatória. Além disso, destaca-se que apenas os estudantes que responderam na categoria D foram unânimes em declarar que não apenas conheciam métodos contraceptivos na primeira relação sexual, como fizeram uso dos mesmos. Quanto aos demais, a porcentagem de participantes que usaram métodos preventivos, na iniciação sexual, foi sempre menor do que a porcentagem dos que declararam conhecer tais métodos. Este dado relaciona-se com o apontamento de Cavalcanti (1993b), de que os problemas sociais envolvendo os jovens e a sua sexualidade não se devem a uma falta de informação, uma vez que estes revelam ser informados, mas, sim, a uma falta de atitude dos mesmos em assumirem um comportamento sexual saudável. Mas assim como pode-se inferir que não existe uma relação clara entre informação e atitude para a amostra estudada, vale ressaltar que a categoria E, que destacou-se por apresentar a menor porcentagem de sujeitos que conheciam métodos preventivos na primeira vez (50%), também, destacou-se pela menor porcentagem de estudantes que fizeram uso desses métodos (50%), no momento da iniciação sexual. Este último dado pode ser uma consequência do primeiro, isto é, talvez poucos alunos usaram métodos preventivos porque, também, eram poucos deles que conheciam tais métodos.

Pôde-se observar que a camisinha foi o método preventivo mais apontado como o utilizado na primeira relação sexual, sendo o índice de 70,8% para a categoria A, 65,4% para a B, 58,3% para a C, 80% para a D, 50% para a E, 75% para a F e 40% para a G. Tal método foi um dos mais apontados como os conhecidos, na época da iniciação sexual. Dessa maneira, observa-se que parece haver uma relação entre os métodos conhecidos e os que são utilizados.

No que concerne às relações sexuais atuais, primeiramente, a categoria D, cuja totalidade de sujeitos revelou ter utilizado métodos preventivos na primeira relação sexual, destacou-se por apresentar a menor porcentagem (80%) de estudantes que se previnem em suas relações sexuais atuais. Pode-se tentar explicar o porque dessa mudança de atitude por meio de Vitiello (1993). Segundo este autor, a

escola e a família são as melhores instituições para realizar educação sexual justamente porque conseguem atuar constantemente sobre o jovem. Assim, se estas duas instituições atuam de maneira insatisfatória, o adolescente acaba apenas recebendo algumas informações que irão alterar alguns de seus comportamentos, mas que não farão com que adote uma postura preventiva contínua.

Outra contradição encontrada é a de que os estudantes da categoria E, que foram os que menos usaram métodos preventivos na primeira vez (50%), foram os que apresentaram a maior porcentagem de sujeitos que sempre usam tais métodos em suas relações sexuais atuais (100%). Não há dados suficientes para que aqui se possa inferir qual foi o motivo para que tais sujeitos passassem a adotar, de uma postura não preventiva, um comportamento sexual mais saudável. Há inúmeras variáveis que poderiam estar concorrendo: amadurecimento pessoal, aprendizado com amigos, modelação por meio daquilo o que é exposto na mídia, dentre outros. Os métodos preventivos mais apontados, de modo geral, nas relações sexuais atuais, foram, novamente, a camisinha e/ou pílula anticoncepcional. Com relação à camisinha, pode-se reforçar que trata-se de um método adequado, uma vez que é o único capaz de prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas. No entanto, no que tange à pílula anticoncepcional, tendo-se em vista que esta é apenas um método contraceptivo, é problemático que haja uma grande porcentagem de sujeitos, em cada uma das categorias – principalmente nas A, B e F – que façam uso apenas da mesma.

Ainda, foram, novamente, mencionados, embora em pequena porcentagem, a tabelinha e coito interrompido, que tratam-se de maneiras ineficazes de prevenir tanto a gravidez quanto a contaminação de doenças sexualmente transmissíveis. Isso pôde ser constatado entre os sujeitos das categorias A, B e E.

A categoria E, particularmente, destacou-se por apresentar uma porcentagem muito alta (50%) de sujeitos que se utilizam da camisinha e do coito interrompido, ou seja, que ora utilizam o primeiro, ora o segundo método. Dessa maneira, percebe-se que, embora esse grupo tenha se destacado por todos os seus sujeitos terem afirmado sempre utilizar métodos preventivos, como metade deles não se previne de maneira adequada, tal categoria, na verdade, não pode ser considerada constituída por estudantes com comportamento sexual saudável.

Pôde-se observar que, de maneira geral, o principal motivo apontado para a não utilização de métodos contraceptivos foi a crença dos sujeitos de que não irão engravidar. Tal dado relaciona-se com o apontado por Vitiello (2000), segundo o qual os jovens apresentam um “pensamento mágico” de que com eles nada irá acontecer, e, portanto, acabam não assumindo os devidos comportamentos preventivos. Para ilustrar, dos cinco sujeitos que declararam não usar métodos preventivos em suas relações sexuais atuais, dois revelaram acreditar terem possibilidade nula de engravidar, dois indicaram ter pouca possibilidade e apenas um sujeito afirmou acreditar ter muita possibilidade.

Ainda, constatou-se que, de fato, a maioria dos informantes acredita ter pouca ou nenhuma possibilidade de contrair alguma doença sexualmente transmissível. Para que tais sujeitos considerem-se dessa maneira, é esperado que apresentem um comportamento sexual preventivo, sendo que o método utilizado, nesse caso, só poderia ser a camisinha. Entretanto, das 24 pessoas que relataram fazer uso unicamente da pílula anticoncepcional, 71% consideraram-se de baixo risco, 25% sem risco nenhum e apenas 4% de alto risco para contrair alguma DST.

Ainda, dos 6 estudantes que relataram não usar nenhum método preventivo, 66,7% acreditam correr pouco risco de se contaminar, enquanto 33,3% assumem não correr risco algum. É interessante verificar que nenhum dos informantes, que não se previnem de forma alguma, acredita ter muita possibilidade de se contaminar com alguma DST, como seria de se esperar.

Ademais, verificou-se que a grande maioria dos que acreditam que têm pouco ou nenhum risco de se contaminar é constituída por aqueles estudantes que acreditam ter recebido educação sexual satisfatória e, portanto, presume-se que sejam pessoas informadas. No entanto, percebe-se que seus comportamentos não condizem com o esperado, revelando, dessa maneira, que o problema aí não é a falta de informação, conforme destaca Vitiello (2000). Percebe-se, ainda, o quanto estes adolescentes apresentam a crença de que nada lhes irá acontecer, o que é ressaltado por Montenegro (1994) ao afirmar que por mais informado que seja o indivíduo, se ele apresentar o “pensamento mágico” de que os problemas só acontecem com os outros, não assumirá um comportamento preventivo.

Conclusões

A partir da análise dos dados, pôde-se constatar que, embora uma grande porcentagem dos informantes tenha afirmado ter recebido uma educação sexual do tipo satisfatória, o que, à primeira vista, aparenta ser um dado positivo, foram poucos os informantes que demonstraram ter, de fato, um comportamento sexual preventivo. Observou-se que muitos alunos que pertenciam às categorias A, B e C acreditavam, no início da vida sexual, que a tabelinha e o coito interrompido tratavam-se de métodos preventivos; não foram todos que fizeram uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual e que os utilizam, ainda hoje, em suas relações sexuais; alguns informantes desses grupos demonstraram ter o “pensamento mágico” de que não têm como engravidar ou contrair alguma DST, embora não se previnam ou utilizem algum método ineficaz.

Dessa maneira, percebe-se que as informações advindas da família e/ou escola, apesar de, pelo julgamento destes sujeitos, ter se dado de maneira satisfatória, não foram o suficiente para que adotassem um comportamento sexual mais preventivo. Assim, o que constatou-se aqui está de acordo com o observado por Gomes (1998,

citado por Pinheiro, 2000). Segundo este autor, os adolescentes acreditam ser invulneráveis, e, portanto, por mais que saibam que devam se prevenir, não assumem esse comportamento porque, no fundo, acreditam que esses problemas de gravidez indesejada ou contaminação de alguma DST somente ocorrem com os outros.

No entanto, não se pretende finalizar este trabalho transmitindo a mensagem de que os jovens são irresponsáveis, como se qualquer tentativa futura de educação sexual estivesse, assim, fadada ao fracasso. Segundo Gomensoro (citado por Ferrua, 1980), essa irresponsabilidade característica dos adolescentes é resultado da falta de competência adulta. Assim, o que tal autor quis dizer é que os jovens não são simplesmente irresponsáveis, como se se tratasse de algo inato, mas assim o são como resultado de uma educação sexual deformante.

Quanto a isso, Vaccari (1999) salienta que a educação sexual, atualmente, tem ocorrido com os professores e pais apenas transmitindo uma série de informações para seus alunos e filhos, respectivamente. O problema, no entanto, é que a mera informação, de acordo com esta autora, não basta para que o adolescente adote um novo comportamento, pois esta não consegue “apagar” as crenças de invulnerabilidade do jovem, não fazendo com que este se conscientize das conseqüências de um comportamento sexual irresponsável. Para tanto, é preciso que haja diálogo, que haja espaço para que o adolescente possa levantar seus questionamentos e seja convencido da importância de se adotar um comportamento mais preventivo.

Conforme explicitado anteriormente, não se pode afirmar com certeza que os informantes dessa pesquisa tiveram ou não uma educação sexual satisfatória ou insatisfatória e, ainda, se esta ocorreu apenas com base na transmissão de informações ou se, de fato, houve espaço para diálogos. O questionário aplicado não continha indagações a esse respeito, sendo que os sujeitos apenas deveriam julgar se a educação sexual que receberam foi satisfatória ou não.

Ainda, é importante destacar que as informações foram coletadas com apenas 149 estudantes, uma amostra insignificante, se comparada com todo o universo de universitários. Portanto, os resultados que aqui foram encontrados condizem apenas a essa pequena parcela, podendo não refletir a realidade de todos os jovens.

Referências

- ALMEIDA, S.J.A. (1997). Possibilidades e limitações da escola pública como agente de Educação sexual. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 8, (2), 209-225
- ANDALÓ, C.S. de A. (1995). Um trabalho sobre sexualidade na escola pública. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6, (2), 151-159

- ANDRADE, S.M.C. (1998). Educar para a sexualidade. *Scientia Sexualis*, 3, (4), 15-25
- ANGELI, H.A.T. (1992). *Comportamento e informação sexual: uma análise junto a estudantes universitários*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia da USP, São Paulo – SP.
- ARANTES, J.T. (2000). Sexo e jovens: prazer sem banalização. *Galileu*, 102, (9), 36-39.
- ARAÚJO, M.L.M. (1999). A educação moral. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 10, (2), 191-204.
- BRUNO, Z.V. & BRUNO, Z.V. (1994). Os efeitos da idade sobre a sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 9, (1), 18-22.
- CAVALCANTI, R. de C. (1993 a). A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4, (1), 37-46.
- CAVALCANTI, R. de C. (1993 b). Educação Sexual no Brasil e na América Latina. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5, (1), 164-173.
- COSTA, M. (1986). Iniciação sexual e impotência. *Viver*, 1, (12), 9-11.
- COSTA, M.C.O.; QUEIROZ, S.S.; SANTOS, C.A.T.; BARBONI, A.R.; NETO, A.F.O.; ROCHA, G.R.; ROCHA, C.C. & FERREIRA, M.H. (1999). Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes. *Adolescência Latino Americana*, 4, (1), 242-251.
- DIAS, A.C.G. & GOMES, W.B. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e na gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 1, (4), 79-106.
- FAGUNDES, T.C.P.C. (1992). Educação sexual: pós e contras. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3, (2), 154-158.
- FAGUNDES, T.C.P.C. (1993). Educação sexual e a formação do professor: necessidade e viabilidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4, (2), 154-163.
- FERRUA, L.H. (1980). *Educação sexual: análise crítica de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da PUC-Campinas, Campinas – SP.
- FRIDA, S.A. & ANDRADE, S.M. (1999). Crenças, informações, atitudes e comportamentos sexuais. *Scientia Sexualis*, 2, (5), 61-84.
- FRUET, M.S.B. (1995). *Adolescência, sexualidade e AIDS*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas – SP.
- GIMENES, M.G.G.; PEDRAZANI, E.; BASSO, A.F.T.; PONTES, A.C.; MARQUE, C.R.; SOUZA, D.M.X.; MALDONADO, D.P.A.; BERTUSO, E.C.; SILVA, E.L.; CONSONNI, E.B.; ROMÃO, D.C. & BANHOS, E. (1996). A prevenção da AIDS em estudantes universitários: a resposta da UFSCAR. *Temas em Psicologia*, 1, 59-69.
- GOMES, A.L.H.; MARTIN, D.; ARILHA, M. & CAVASIN, S. (1994). Aborto na adolescência. *Viver*, 35, (3), 14-15.

- LIMA, R.C.R. (1995). *Aids e ensino*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas – SP.
- MARI, J. (2000). Os pais estão confusos. *Veja*, 4, (33), 122-128.
- MONTENEGRO, M.M.D. (1994). *Condutas sexuais e atitudes que constituem fatores de risco para gravidez não desejada e AIDS em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas – SP.
- PRADO, L.V. (1996). Gravidez não planejada. *Viver*, 45, (1), 23-24.
- PINHEIRO, V.S. (2000). Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 1, (5), 243-251.
- SAMPAIO, Z.S.; MORAIS, I.Q. & BRUNO, Z.V. (1996). O papel do profissional de saúde nas escolas. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 7, (2), 146-149.
- SUPLICY, M. (1997). Tchan precoce. *Viver*, 59, (5), 10-17.
- TRINDADE, E. & BRUNS, M.A. de T. (1995). Era isso o que eu queria? Um estudo da maternidade e da paternidade na adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 7, (2), 167-186.
- TRINDADE, E. & BRUNS, M.A. de T. (1997). Pai adolescente: quem é ele?. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 7, (2), 167-186.
- VACCARI, V.L. (1999). Saúde reprodutiva no contexto escolar: Algumas considerações sobre gênero, anticoncepção e DST/Aids na adolescência. *Terapia Sexual*, 2, (1), 107-114.
- VITIELLO, N. (1993). Sexualidade e reprodução na adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5, (1), 15-27.
- VITIELLO, N. & Vitiello, F. (1993). Os meios de comunicação de massa e os adolescentes. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4, (1), 15-20.
- VITIELLO, N. (1996). Iniciação sexual: uma pesquisa nacional. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 8, (2), 257-269.
- VITIELLO, N. (2000). A educação sexual necessária. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6, (1), 15-28.

DESEJO SEXUAL HIPOATIVO E TRANSTORNO DO PÂNICO*

Leonardo Gama¹
Maria do Carmo Andrade-Silva²
Paulo Roberto Bastos Canella³

Resumo: Diversos autores chamam a atenção para a correlação entre disfunções sexuais e ansiedade. Kaplan (1983) admite que a ansiedade é o “pano de fundo” de todas as disfunções sexuais, e que quanto mais severa, mais intensamente bloqueará a resposta sexual, atingindo desse modo o desejo, como forma de impedimento maior para que qualquer outra fase se desenvolva. O Transtorno de Pânico (TP) é considerado, pela Organização Mundial de Saúde, em sua décima classificação internacional de doenças, (CID 10, (1993)), como uma das formas mais freqüentes de ansiedade. A partir destes dados procuramos relacionar o Transtorno de Pânico ao Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo (TDSH). Participaram desta pesquisa 26 pacientes, homens e mulheres, que procuraram espontaneamente atendimento ambulatorial em psiquiatria no Hospital Municipal Lourenço Jorge e no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, ambos situados na cidade do Rio de Janeiro. Obrigatoriamente estes pacientes satisfizeram os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Texto Revisado (DSM-IV-TR, (2002)), para “TP com ou sem Agorafobia”. Os pacientes responderam a um questionário de auto-avaliação extraído e modificado de Masters, Johnson & Kolodny, (1997) que pretende avaliar a freqüência de redução do desejo sexual nesta população de pacientes. A análise estatística foi realizada através dos testes de Wilcoxon e U de Mann-Whitney e indicam, a existência de uma associação estatisticamente significativa, entre TP com ou sem Agorafobia e TDSH (como definido pelo DSM-IV-TR, (2002)).

Palavras-chave: Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo; TP; Sexualidade.

*Trabalho realizado no Curso de Mestrado em Sexologia da UGF.

¹Médico Psiquiatra e Mestre em Sexologia pela UGF.

²Psicóloga, Mestre em Psicologia e Livre-Docente em Sexualidade Humana. Professora Orientadora da Dissertação.

³Médico, Mestre em Medicina, Doutor em Medicina e Livre-Docente em Ginecologia pela UFRJ. Professor do Mestrado em Sexologia da UGF. E-mail: parobastos@ig.com.br

Abstract: The correlation between sexual dysfunctions and anxiety has been signaled by countless authors. Kaplan (1983) suggests that anxiety is the “background” of all sexual dysfunctions, and that the harsher it is, the more it blocks up sexual response, directly affecting desire, and thus hindering any further step. In World Health Organization’s tenth international classification of diseases (ICD-10, (1993)), Panic Disorder is considered to be one of the most frequent forms of anxiety. Grounded on these data, we tried to relate Panic Disorder to the Hypoactive Sexual Desire Disorder. Twenty-six patients have participated in the present research, males and females who have spontaneously sought for psychiatric attendance in Hospital Municipal Lourenço Jorge and in Santa Casa de Misericórdia, both located in the city of Rio de Janeiro. All these patients have necessarily satisfied the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Revised Text (DSM-IV-RT, (2002)), for “Panic Disorder, accompanied or not by Agoraphobia”. A self-assessment questionnaire by Masters, Johnson & Kolodny (1997), adapted by the author, was applied to the patients, to verify the frequency desire decrease among them. Statistic analysis has been carried out through the application of tests by Wilcoxon and U by Mann-Whitney, and indicates the existence of a statistically significant association between Panic Disorder, accompanied or not by Agoraphobia, and Hypoactive Sexual Desire Disorder (as depicted by DSM-IV-RT, (2002)).

Keywords: Hypoactive Sexual Desire Disorder; Panic Disorder; Sexuality.

Introdução

É sabido, pelos profissionais de saúde mental, especialmente entre os que se dedicam à terapia sexual, que as disfunções sexuais têm associação direta com a ansiedade. Diversos autores dedicaram-se ao estudo da associação entre manifestações ansiosas e a sexualidade. Classicamente a ansiedade de castração, a ansiedade generalizada, a ansiedade social, as manifestações ansiosas geradas por dinâmicas conflitantes entre casais, as ansiedades secundárias a temores de fracasso, de perda de controle consciente, da necessidade excessiva em agradar ao outro, do medo da intimidade afetivo-sexual, etc. estão fortemente ligadas ao desempenho sexual. Muito pouca atenção, no entanto, tem sido dispensada à sexualidade de uma parcela significativa da população: aquela que padece de TP. Patologia que, caracteriza-se pela presença de ansiedade com características de paroxismo, isto é, surgimento desse sintoma em forma de ataques inesperados e espontâneos. Portanto se o próprio transtorno caracteriza-se por forte presença de ansiedade, provavelmente a sexualidade dos indivíduos acometidos por este tipo de transtorno, deverá estar bastante atingida. Kaplan (1983), relata que pacientes que sofrem de ansiedade pronunciada tendem

a apresentar problemas já na primeira fase da resposta sexual – O Desejo. E segundo o DSM-IV (1994), as taxas de prevalência para TP situam-se entre 1,5 e 3,5%, com prevalência anual estimada entre 1,0 e 2,0% na população em geral.

Embora pareça hoje obvio que o desejo sexual é uma fase extremamente importante da resposta sexual, ele não foi devidamente estudado por muitos anos, e menos ainda sua associação com as diversas formas de ansiedade.

Há mais de um século que diversas classificações vinham sendo propostas para as fases da resposta sexual humana. Havelock Ellis (1906), considerava que apenas duas fases distintas eram encontradas, a fase de **tumescência** e a de **detumescência**. Theodor Hendrik Van de Velde, segundo Brecher (1972), em 1926 propôs em sua obra, *Ideal Marriage*, a subdivisão do ato sexual em quatro fases: **o prelúdio, os jogos de amor, união ou comunhão sexual, o epílogo**.

Wilhelm Reich (1951) estruturou seus pensamentos sobre o ciclo de resposta sexual humana durante a década de 30 descrevendo o processo bioelétrico do orgasmo e subdividindo-o em duas grandes fases: **o controle voluntário da excitação e contrações musculares involuntárias**. Na segunda fase, os parceiros já se encontram em um estágio mais avançado de excitação sexual, dando início às contrações espasmódicas involuntárias no corpo do pênis e na musculatura vaginal. Durante a década de 70, a terapia sexual proposta por Masters e Johnson era centrada em quatro fases: **excitação, platô, orgasmo e resolução**, e prontamente essa classificação ganhou imensa aceitação perante os clínicos da época. Um número bastante significativo de homens, com disfunções de orgasmo e ereção, bem como mulheres com queixas de anorgasmia, vaginismo e dispareunia alcançaram ótimos resultados terapêuticos com os programas de terapia sexual intensiva, por eles propostos. Apesar deste grande avanço, um grupo expressivo de pacientes se mostrava refratário à terapia sexual. Kaplan (1999), relata que foi através da análise dos fracassos terapêuticos, que ela pela primeira vez, se deu conta da existência de um grande contingente de pacientes que tinham pouco ou nenhum desejo sexual: Posteriormente aos estudos de Kaplan (1977), o desejo passou a ser incorporado como mais uma fase da resposta Sexual, fortemente influenciada pela ansiedade. Paralelamente, estruturava-se também em função da ansiedade, o que hoje denominam TP.

O termo ‘Pânico’ origina-se do nome do Deus grego Pan, que na mitologia helênica era o deus dos caçadores, dos pastores e dos rebanhos. Pan freqüentemente se acoitava em uma caverna, e quando algum incauto se aproximava rugia um atroador berro, provocando no imprudente uma sensação de medo e de terror que passou a ser conhecida como ‘Pânico’.

Foi Jacob Mendes Da Costa (1871) baseado em suas observações durante a guerra civil norte americana quem descreveu um quadro clínico observado em soldados internados em um hospital militar, que se caracterizava por dor torácica intensa,

palpitações violentas e outros sinais cardíacos incapacitantes, na ausência de quaisquer lesões estruturais identificáveis no coração. Da Costa (op. cit.) concluiu, que os sintomas eram causados por alterações no sistema nervoso simpático e denominou este quadro como “Síndrome do Coração Irritável”.

Sigmund Freud (1972), em 1895, no ensaio intitulado: “*Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada ‘Neurose de Ansiedade’*”, comenta que o termo “neurastenia” era por demais abrangente e que carecia de validade geral. Criou então o termo “Neurose de Ansiedade” caracterizado por sintomas de irritabilidade geral, expectativa ansiosa, vertigem, parestesias, sudorese, dispnéia e manifestações cardíacas variadas.

Durante a primeira guerra mundial, Thomas Lewis (1919), propôs o termo “Síndrome do Esforço” para demonstrar o que acreditava ser uma resposta fisiológica exagerada aos esforços físicos. A Síndrome do Esforço apresentava as mesmas características descritas por Da Costa (1871), na Síndrome do Coração Irritável.

Quanto a associação entre “agorafobia” e ataques de pânico, é ela conhecida há mais de um século. Em um outro ensaio de 1895, denominado “Obsessões e Fobias”, de Sigmund Freud quando afirmou: “*No caso da agorafobia... freqüentemente encontramos a reminiscência de um ataque de ansiedade, e o que o paciente realmente teme é a ocorrência desse tipo de ataque sob condições especiais, das quais acredita que não pode escapar*”.

Os anos 60 marcaram o início da chamada “Revolução Psicofarmacológica” da psiquiatria. Sargent (1962), constata o efeito positivo dos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase sobre as depressões denominadas como ‘atípicas’, a “paralisia de chumbo” (sensação de peso nos braços e/ou nas pernas), e hipersensibilidade importante à rejeição pessoal.). Observa-se a alta taxa de incidência de TP em pacientes com episódio de depressão atípica. Seguem-se trabalhos marcantes de Donald Klein (1964), (utilização de um antidepressivo tricíclico, a imipramina), Pitts e McClure (1967) (induzindo crises de pânico em pacientes com a utilização de lactato de sódio). Em 1982 Charney e Heninger que conseguiram os mesmos resultados, com a administração de ioimbina, e Gorman e Papp em 1994 usando o CO₂. Descobertas que abriram caminho para a emancipação do TP, que passou a constituir uma entidade diagnóstica (fortemente ligada à ansiedade) e reconhecida no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-III, 1980). Por trabalharmos a alguns anos, com pacientes com queixas de TP e observarmos em seus relatos, alterações em seus desejos sexuais nosso objetivo, neste trabalho, será, considerando a importância da ansiedade, verificar a incidência de TDSH em pacientes diagnosticados com TP, que procuraram atendimento ambulatorial durante o primeiro semestre de 2003, no serviço de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Municipal Lourenço Jorge no Rio de Janeiro, locais onde trabalhamos, no sentido de futuramente através de um processo terapêutico

mais amplo objetivando melhoria na qualidade de vida destes pacientes e seus pares, promover atendimento misto ao problema de Pânico e de Desejo Sexual apresentado por esses pacientes.

Metodologia

Nossa pesquisa, do tipo descritiva, *“tem como objetivo primordial à descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, descobrir a existência de associações entre variáveis.”* (Gil, 1995). Neste estudo, através de análise quantitativa, obtivemos a incidência do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, (2002), em pacientes que freqüentam os ambulatórios de psiquiatria dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia e Hospital Municipal Lourenço Jorge, no Rio de Janeiro, que apresentem o diagnóstico de TP (também segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, (2002)).

Na presença de TP, o paciente era convidado a participar da pesquisa e caso concordassem assinariam um termo de consentimento assistido e os selecionávamos de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos, que eram: a) saber ler e escrever; b) ter vontade e disponibilidade para responder ao instrumento de pesquisa; c) ter vivência de coito; d) não estar fazendo uso de psicofármacos de qualquer espécie; e) não apresentar Abuso ou Dependência a substâncias psicoativas; f) não apresentar sintomatologia psicótica de qualquer etiologia; g) não apresentar Depressão Maior ou Transtorno Bipolar de Humor; e h) satisfazer os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2002), para o TP, com ou sem Agorafobia. Adotamos como instrumento de avaliação da incidência de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, o questionário de auto-avaliação de Masters, Johnson e Kolodny (1997), intitulado “Tenho pouco desejo sexual?” com algumas modificações a partir do julgamento de pré-teste acrescentando-se à introdução original um exemplo que consideramos de fácil entendimento no sentido de reduzir dificuldades e minimizar erros. (Anexo1).

Considerando que nosso estudo tem como objetivo verificar as possíveis relações entre o TP e o Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, questionamos a percepção dos pacientes em todos os itens que compõem o instrumento, quanto a como se descreveriam em relação ao desejo sexual, ‘Antes de ter Transtorno do Pânico’ e ‘Depois de ter Transtorno do Pânico’, produzindo, assim, um questionário do tipo ‘Antes e Depois’ composto por 30 frases. Ao final do questionário acrescentamos perguntas na forma de múltipla escolha quanto ao perfil dos pacientes, e estas foram sobre: gênero, estado civil, orientação sexual, grau de escolaridade, situação profissional atual, religião, idade e idade de início do TP.

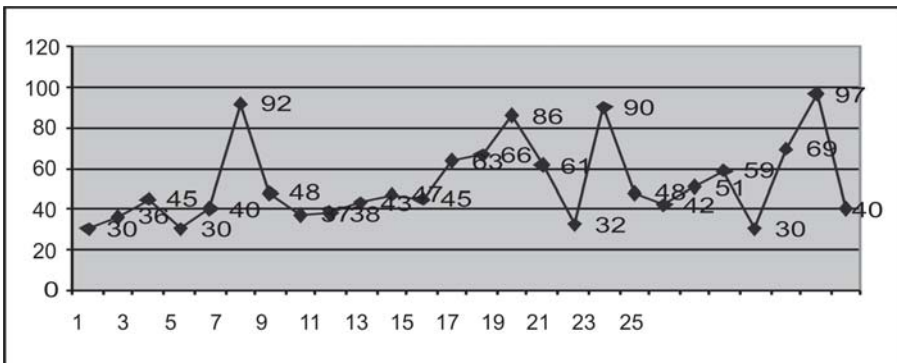
Em relação à interpretação dos dados obtidos com a aplicação do questionário nos 26 pacientes da nossa amostra, adotamos os procedimentos propostos por

Masters, Johnson e Kolodny (1997), onde as 10 primeiras questões apresentavam peso 1 e as últimas 5, peso 2. Os resultados obtidos com este procedimento, eram então somados, para que pudéssemos obter o escore final de cada paciente. (Anexo2)

Quanto à análise estatística dos dados obtidos, utilizamos para as comparações entre os grupos, o teste U de Mann-Whitney e para as comparações em relação ao mesmo indivíduo antes e depois do início do TP, o teste de Wilcoxon. Para ambos os testes consideramos como resultados estatisticamente significativos aqueles com $p = 0,05$.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS ESCORES TOTAIS DE PONTUAÇÕES DOS PACIENTES NO QUESTIONÁRIO

Escores Obtidos Antes do Transtorno de Pânico



Como podemos observar, no gráfico acima, os maiores escores obtidos no questionário, para antes do TP, foram os do paciente 18 com 90 pontos, do paciente 6 com 92 pontos e o índice mais elevado foi alcançado pelo paciente 25 com 97 pontos. Segundo o modelo de interpretação dos resultados proposto por Masters, Johnson e Kolodny (1997), o total de pontos **abaixo de 90**, indica que é improvável que o indivíduo tenha Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, ou seja, 23 pacientes de nossa amostra (88,46%) encontravam-se dentro deste grupo, antes do transtorno. Para pacientes que alcançaram escores **de 90 a 120**, aumentaria a possibilidade do TDSH estar presente. Portanto em nossa amostra, apenas três pacientes anteriormente citados, pertenciam a este grupo, ou seja, (11,54%) do total da amostra estudada, já apresentava a possibilidade de comprometimento de desejo sexual, mesmo antes das manifestações de pânico.

Porém, nenhum paciente antes da eclosão do TP, apresentava TDSH como diagnóstico de certeza, ou seja, com mais de 140 pontos na computação dos itens do inventário.

Escores Obtidos Depois do Início do Transtorno de Pânico

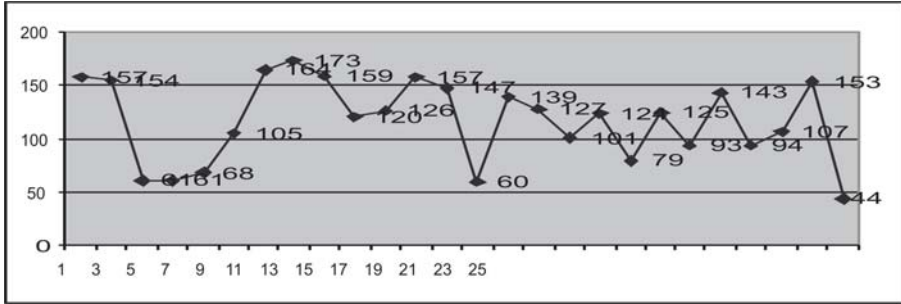
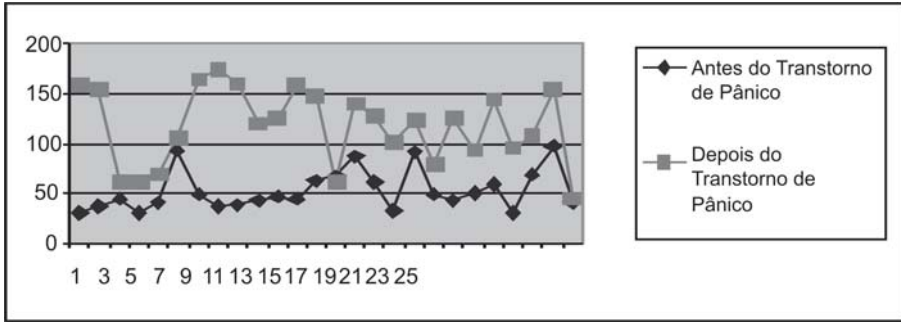


Gráfico Comparativo dos Escores Obtidos Antes e Depois do Transtorno de Pânico



Kaplan (1983), comenta que:

“As emoções negativas que servem para a sobrevivência do indivíduo, motivando-o a evitar o perigo e defender-se – medo e hostilidade – têm prioridade sobre o impulso reprodutor. Esta hierarquia contém nítido valor de sobrevivência. Faz sentido que a atividade dos circuitos sexuais seja inibida de modo que o indivíduo não se detenha para seduzir a companheira quando se acha sob o ataque de um tigre de garras afiadas. Mas este mecanismo adaptativo pode descontrolar-se, caso os “perigos” não sejam percebidos com nitidez. Se o indivíduo reage a perigos ditados pela fantasia, se reage com alarme e temor diante de riscos sem base na realidade, o impulso sexual será inibido como se houvesse um tigre de verdade em sua cama. Este é o fundamento psicofisiológico da inibição do desejo sexual”. (Kaplan, op cit, p.90).

Observa-se nítida diferença nos escores obtidos após o TP, quando os 26 pacientes estudados, 25 apresentaram elevação em seus escores iniciais, o que representa (96,15%) de nossa amostra. Apenas o paciente 14 apresentou redução em seu escore inicial (de 66 para 60).

Sete pacientes (26,92%), alcançaram escores **abaixo de 90**, mesmo após a doença, o que indica, que seja improvável, que tenham Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Cinco pacientes (19,23%) da amostra após a doença, situaram-se no grupo que obteve escores **de 90 a 120**, o que sugere aumento na possibilidade de terem adquirido Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Cinco pacientes (19,23%) de nossa amostra obtiveram escores **de 121 a 140**, o que sugere de forma mais nítida a presença do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo. E nove pacientes, que representam (34,62%) do total de pacientes estudados, alcançaram escores **acima de 140**, o que segundo os autores indica a presença clara de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Desconsiderando os pacientes que obtiveram escores **de 121 a 140**, e tomando-se como referência, somente os que obtiveram pontuações **acima de 140**, ao procedermos à comparação com os dados relativos à incidência de TDSH na população em geral, observaremos uma taxa bastante superior à mencionada por Kaplan e Sadock (1999), que foi de (20%).

Abdo (et. al 2002), estudando o perfil da sexualidade da população brasileira, encontraram taxas de (12,30%) de homens com TDSH e (34,6%) de mulheres padecendo do mesmo Transtorno, porém esta foi uma pesquisa, onde o indivíduo informava sobre uma possível disfunção. Não havendo o uso de nenhum inventário de avaliação.

Fazendo-se uma comparação com o único estudo relacionando TP e sexualidade, encontrado por nós, de Figueira e col. (2001), observamos que, o autor encontrou taxas de (14,30%) de TDSH em pacientes homens com diagnóstico de TP, e (21,40%) em pacientes mulheres. Nossas taxas foram bastante superiores à deste autor, pois, encontramos 6 mulheres (46,15%) e 3 homens (23,07%) com TP e Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Acreditamos que taxas tão distintas possam ser, em parte explicadas, pelos métodos utilizados nas referidas pesquisas, já que nosso estudo utilizou um instrumento padronizado e específico, para a detecção de diferentes graus de TDSH (Questionário de Auto-Avaliação: Tenho Pouco Desejo Sexual? Desenvolvido por Masters, Johnson e Kolodny (1997)), enquanto no referido estudo, Figueira e col. (op cit), utilizaram-se de uma anamnese semiestruturada (desenvolvida pelos autores), onde questionavam sobre incidência de disfunções sexuais em geral.

Se considerarmos também os pacientes que obtiveram escores **de 121 a 140**, observaremos que 14 dos indivíduos estudados (53,85%) apresentaram importante redução de Desejo Sexual, após o início do TP. Destes indivíduos, 10 pacientes (38,46%) eram do sexo feminino e 4 pacientes (15,38%) do masculino.

Após a análise estatística das respostas fornecidas por nossos pacientes aos diversos itens do questionário, observamos:

Quanto ao Gênero

Os Homens de nossa amostra diferiram das mulheres, quanto ao desejo sexual, antes da presença do TP. Comparamos os escores obtidos pelos homens, com os obtidos pelas mulheres, antes do TP, utilizando o teste U de Mann-Whitney, e observamos uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($U = 40,5$, $p = 0,024$). Podemos notar que nos homens, antes do TP, havia uma maior frequência de pensamentos relacionados ao sexo, uma maior iniciativa de fazer sexo, um impulso sexual mais intenso, um maior número de fantasias sexuais, uma maior frequência masturbatória e menores atitudes consideradas evitativas em relação ao ato sexual.

Homens e mulheres não apresentaram tantas diferenças, em relação ao desejo sexual, após o início do TP. A comparação estatística entre os grupos, após o início do TP, foi feita utilizando-se o teste U de Mann-Whitney, onde não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre eles ($U = 51,0$, $p = 0,086$). As diferenças de desejo sexual, entre os gêneros, encontradas antes do TP, foram anuladas após o início da patologia, tornado os comportamentos relativos ao desejo sexual, mais uniformes. Apesar, dos 9 pacientes que obtiveram um escore acima de 140, seis serem do sexo feminino e três do sexo masculino, esta diferença não se mostrou estatisticamente relevante.

Quanto ao tempo de instalação do Transtorno de Pânico

Podemos observar que as pessoas com TP há menos tempo (de 0 a 4 anos), não diferem quanto ao desejo sexual, das com TP há mais tempo (5 anos ou mais). Ao comparar os escores obtidos, utilizando o teste U de Mann-Whitney, constatamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($U = 69,0$, $p = 0,686$).

Quanto à presença simultânea de Agorafobia

Nos indivíduos com TP, observamos que este não foi um fator de interferência específica no desejo sexual destes indivíduos. Ao comparamos pacientes com TP e Agorafobia, com indivíduos com TP sem Agorafobia, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Conclusão

Ao estudarmos desejo sexual em 26 pacientes ambulatoriais com o diagnóstico de TP, observamos que, antes do TP, nenhum indivíduo apresentava Transtorno de

Desejo Sexual Hipoativo, e que após a eclosão do Transtorno, mais de um terço destes, o apresentavam. O desejo sexual, tanto de homens, quanto de mulheres, mudou após o início do TP de modo estatisticamente significativo. Antes do início do Transtorno, homens e mulheres mostraram diferenças significantes em relação ao desejo sexual, com o grupo de pacientes do sexo masculino apresentando um impulso sexual mais intenso. Após o início do TP, estas diferenças foram atenuadas, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desejo sexual nos dois grupos de indivíduos.

Importante mencionar, que provavelmente as intensas reações de medo (pânico), associadas as suas características reações fisiológicas, semelhantes às alterações físicas típicas de uma interação sexual (taquicardia, hiperventilação, sudorese, e algum grau de desligamento perceptivo no orgasmo), podem estar nestes pacientes, associadas aos sintomas de um ataque de pânico, processo que também pode contribuir para a evitação sexual. Pois, como vimos nos diversos autores, o “desligar-se” sexualmente exige ausência de percepções ligadas ao medo e ao perigo. Além disso, nossos dados apontam para uma significativa alteração de auto-estima, fazendo com que estes pacientes percebam-se menos atraentes e desejáveis, fato que na maioria das pessoas, também trabalha inibindo o desejo sexual.

Notamos também, que o tempo de instalação do TP, não foi fator significativo no que se refere ao comprometimento do desejo sexual dos indivíduos da nossa amostra, e que a presença ou ausência de Agorafobia, também não se mostrou como um fator de interferência específica no que se refere ao desejo sexual destes pacientes.

Podemos inferir também, que as constantes evitações sexuais mencionadas em praticamente todos os itens questionados, possam contribuir para o desenvolvimento de uma maior incidência de conflitos conjugais. Pois, os conjugues desses pacientes, poderão não entender o motivo das sistemáticas recusas e sentirem-se rejeitados e pouco valorizados, independente do apoio que possam estar dando à doença de seu parceiro.

Apesar deste estudo apresentar uma amostra reduzida de pacientes com o diagnóstico de TP, e por isso, nossos achados não poderem ser generalizados para a maioria da população com este diagnóstico, nossos dados parecem indicar uma tendência ao fato de que o TP, predispõe de forma significativa o surgimento do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Assim torna-se necessário, um número maior de estudos sobre vários aspectos da sexualidade dos pacientes que sofrem de TP, para que possamos obter, quantidades cada vez maiores de informações, e assim, minimizarmos o sofrimento, não somente destes pacientes, mas também, de seus cônjuges e familiares.

Referencias Bibliográficas

- ABDO, C.H.N. et al. Perfil da Sexualidade da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 4, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Texto Revisado – DSM-IV-TR*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III*. 3ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1980.
- BRECHER, E. M. *The sex researchers* Londres: Granada Publishing, 1972.
- CHARNEY, D. S.; HENINGER, G. R. Assessment of Alpha-2 Adrenergic Autoreceptor Function in Humans: Effects of Oral Yohimbine *Life Sciences*.
- DA COSTA, J. On the Irritable Heart: a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences *American Journal of Medicine and Science*, Baltimore, v. 61, n. 17, 1871.
- ELLIS, H. *The Mechanism of Detumescence* Philadelphia: F. A. Davis, 1906. (Studies in the psychology of sex.) v. 5.
- FREUD, S. *Obsessões e Fobias: Seu Mecanismo Psíquico e Sua Etiologia: Imago*, 1972. v. 3.
- FREUD, S. *Sobre os Critérios Para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada “Neurose de Angústia”*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. 3.
- GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GORMAN, J. M.; PAPP, L. A. Anxiogenic Effects of CO₂ and Hyperventilation With Panic Disorder *American Journal of Medicine*, v. 151, n. 4, p. 547 – 553, 1994.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- KAPLAN, H. S. *Transtornos do Desejo Sexual*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- KAPLAN, H. S. Hypoactive Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 3, n.1, 1977.
- KAPLAN, H. S. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- KLEIN, D. F. Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. *Psychopharmacology*, v. 5, 1964.
- LEWIS, T. *The soldier's heart and the effort syndrome*. New York: Paul b. Koeber, 1919.
- MASTERS, W. M.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Conduta Sexual Humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Incompetência Sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- PITTS, F. N.; Mc CLURE, J. N. Lactate Metabolism in the Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, v. 277, 1967.
- REICH, W. *Psicopatologia e sociologia da vida sexual*. Tradução de M. S. P. ed. São Paulo: Global, 1951. 269 p.
- SARGANT, W. The Treatment of Anxiet States and Atypical Depressions by Monoamine Oxidase Inhibitor Drugs. *Journal Neuropsychiatry*, v. 3, n. 1, 1962. v. 30, 1982.

ANEXO 1

Questionário de Auto – Avaliação: tenho pouco desejo sexual?

– Original de Masters, Johnson e Kolodny, (1997) – (*Aplicado antes e depois do diagnóstico de transtorno do pânico*)

Avalie o quanto cada uma das frases abaixo se aplica à sua vida numa escala de 1 a 9, em que:

1 – não se aplica de forma alguma; 5 – aplica-se moderadamente; e 9 – aplica-se totalmente. Em todos os itens faça um círculo em torno do algarismo que julgar adequado.

Vamos dar um exemplo: Analise a frase: EU GOSTO DE CHOCOLATE.

Mostre, nessa escala, com um círculo em torno do número escolhido, o quanto esta afirmação se aplica a você, isto é, o quanto você gosta ou não de chocolate.

ERRADO – Não se aplica (é falso) – mais ou menos – Se aplica (é verdadeiro) – CERTO

1 2 3 4 5 6 7 8 9

- Se você assinalar o número
1. é porque não suporta chocolate;
 2. não gosta de chocolate;
 3. gosta muito pouco de chocolate;
 4. gosta pouco de chocolate;
 5. gosta mais ou menos de chocolate;
 6. gosta de chocolate;
 7. gosta muito de chocolate;
 8. gosta demais de chocolate;
 9. adora chocolate.

1. Penso muito freqüentemente em sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. O sexo geralmente não é muito satisfatório para mim.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Nunca tomo a iniciativa de fazer sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Freqüentemente frustro as tentativas do (a) parceiro (a) de fazer amor.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Mesmo quando o (a) parceiro (a) tenta ser romântico (a), tenho dificuldade em entrar nesse clima.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Geralmente considero-me pouco atraente e desejável.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Nunca me masturbo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Quando estou fazendo amor, quase sempre fico distraído (a) ou desligado (a).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Não sou uma pessoa muito apaixonada.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. O impulso sexual do (a) parceiro (a) é muito mais forte do que o meu.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Eu ficaria muito satisfeito (a) em deixar o sexo fora do nosso relacionamento, se achasse que isso não causaria problemas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Nunca tenho fantasias sexuais.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Discordâncias em relação à nossa freqüência sexual são comuns em nosso relacionamento e, muitas vezes, geram discussões ou mágoas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. Não é raro para mim inventar desculpas (como, por exemplo, “não me sinto bem”) para evitar fazer sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. Às vezes, à noite, finjo que estou dormindo para que o (a) parceiro (a) não tente me convencer a fazer amor.
1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANEXO 2

Como Interpretar as respostas do Questionário de Auto – Avaliação: Tenho Pouco Desejo Sexual? Segundo Masters, Johnson e Kolodny (1997)

Primeiro passo: some os pontos das respostas dadas às perguntas de 1 a 10.

Segundo Passo: some os pontos das respostas às perguntas de 11 a 15 e multiplique o resultado por dois.

Terceiro passo: some o total de pontos obtido no primeiro passo com o total de pontos obtido no segundo passo.

Como Interpretar os Resultados:

Total de Pontos abaixo de 90: indica que é improvável que o indivíduo tenha Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Total de Pontos de 90 a 120: aumenta a possibilidade do TDSH estar presente, mas isso não pode ser claramente determinado a partir das respostas dos indivíduos.

Total de Pontos de 121 a 140: sugerem muito, a presença de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, mas de forma alguma a provam.

Total acima de 140: indica que o indivíduo tem Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, embora não possa ser feito um diagnóstico definitivo com base apenas em um teste escrito.

Nota: no livro de Masters, Johnson e Kolodny (1997), o termo utilizado é Pouco Desejo Sexual (PDS), ao invés de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, porém, ambas as nomenclaturas designam uma mesma entidade clínica.

ARTIGOS OPINATIVOS
E DE ATUALIZAÇÃO

OBESIDADE E SEXUALIDADE

Andrea Ferreira Gonçalves¹

Denise Ely B. de Moraes²

Resumo: A obesidade é atualmente assunto de interesse universal. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Do ponto de vista emocional pode ser causadora de sofrimento, depressão e de comportamentos de esquiva social que prejudicam a qualidade de vida.

Uma vez estabelecida a obesidade, os problemas advindos desta poderão trazer também dificuldades em realizar o ato sexual, seja pelas restrições físicas propriamente ditas ou pela diminuição do poder de atração que pode ocorrer por uma baixa auto-estima, conseqüente as inúmeras cobranças sócio – culturais relacionados a padrões estéticos.

O objetivo desta pesquisa bibliográfica é o de abordar diferentes visões sobre a dificuldade da aceitação do próprio corpo, vivida pela pessoa obesa, sua dinâmica intrapsíquica, e a relação entre a obesidade e a sexualidade.

Palavras-chave: Obesidade, Sexualidade, Imagem Corporal.

Abstract: At this moment obesity is universal interest subject. Is considerate chronicle disease, multifactorial, characterized at accumulattion excessive of adipose tissue in organic structure. Obesity maybe originate torment, depression and conduct at social corner that damage life quality.

One time established the obesity, problems come upon might too bring difficult at sexual action because the physical restriction or power of attracttion reduced, maybe at occur for self – steem reduce, consequent the numberless act of collecting social and cultural connect the estetics models.

¹Psicóloga Pós – graduada em educação sexual pela FMABC/SBRASH. Especializada em "Psicologia Aplicada à Nutrição" pela Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP. E-mail: dride@ig.com.br

²Psicóloga Clínica. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP-EPM. Coordenadora do Curso de Especialização em "Psicologia Aplicada à Nutrição" da Disciplina de Nutrição e Metabolismo do Departamento de Pediatria da UNIFESP-EPM.

The objective this bibliography research is to approach different visions about difficult of approbation of self body, that has lived for obese person, your dynamic unpsychic, and the relationship if obesity and sexuality.

Keywords: Obesity, Sexuality, Corporal Image.

Breve histórico da obesidade / Conceito de obesidade

Historicamente, a obesidade é provavelmente uma das mais antigas enfermidades do ser humano. Segundo FISBERG (1995), desenhos rupestres mostram o homem pré – histórico com aspecto de peso excessivo para a sua altura. Por muitos anos, nas sociedades antigas, babilônicas, gregas, romanas e em outros povos, a condição de sucesso econômico associava-se ao aumento do panículo adiposo. Na Idade Média e no Renascimento, o padrão estético feminino que se prestigiava era o da mulher com formas arredondadas, matronais.

A partir da década de 60, com as importantes transformações sócio culturais, inicia-se a busca de um corpo magro, atlético e de formas definidas como objeto de consumo (FISBERG, 1995).

Segundo, ADES & KERBAUY (2002), os estudos sobre obesidade proliferaram nos anos 70 e 80. Especialmente STUART (1971) citado por estas autoras, pesquisou e publicou livros sobre a obesidade, e propõe o autocontrole como forma de adequar o consumo alimentar.

As mesmas autoras, relatam que nos anos 90 estava consolidado o reconhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para a obesidade, tais como: a falta de exercício físico, a qualidade e quantidade de alimento e os padrões alimentares e comportamentais, como fatores de risco, para a população e para os indivíduos. A análise das circunstâncias de vida, dos fatores biológicos, psicológicos e culturais para cada uma das pessoas determinará porque cada indivíduo ganha ou não peso.

Segundo FISBERG (1995), a obesidade é conceituada como um acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, causado por doenças genéticas ou endócrinas metabólicas ou por alterações nutricionais. A obesidade pode ter início em qualquer época da vida, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento.

Uma pessoa obesa é definida como aquela que pesa 20% a mais do que o seu peso padrão, com relação ao seu sexo, altura e estrutura corporal.

O critério utilizado para o diagnóstico da obesidade, segundo ESCRIVÃO (2000) é o índice de massa corporal (IMC), que é a relação entre o peso em quilos e a estatura em metros ao quadrado.

O resultado encontrado deve ser comparado com tabelas de percentil, segundo sexo, idade e raça. O IMC que se encontra entre o percentil 85 (P85) e 95 (P95) é classificado como sobrepeso e, a partir do P95, como obesidade. (ESCRIVÃO, 2000).

Identificação e Imagem Corporal

PAUL SCHILDER (1981), foi um dos primeiros estudiosos a instituir uma abordagem multidimensional ao fenômeno imagem corporal. É sua a seguinte definição:

“A imagem do corpo humano, é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo aparece para nós mesmos. Além de tudo isto há a experiência imediata da existência de uma unidade corporal. Esta unidade é percebida e é mais do que uma percepção, é denominada de um esquema de nosso corpo ou esquema corporal.”

O trabalho de SCHILDER (1981), veio mostrar a grande importância das atitudes e sentimentos corporais na determinação do comportamento.

Este autor estabeleceu as bases da maioria das linhas atuais de pesquisa que estudam a experiência corporal. Antecipou a importância da percepção do tamanho do corpo hoje tão discutida nos estudos sobre obesidade. Suas hipóteses sobre diferenças nas percepções do interior do corpo e áreas superficiais anteciparam o fluxo de pesquisa voltado aos limites da imagem corporal.

Segundo KAUFMAN (1993), a imagem corporal é uma espécie de “retrato mental” que a pessoa faz de sua própria aparência física e das atitudes e sentimentos em relação a esta. Acrescenta que o obeso tem uma imagem corporal distorcida, e esta distorção é tanto mais intensa, quanto mais antiga for a obesidade. Quando o problema se inicia na infância, sobretudo, a pessoa pode ter a impressão de que seu corpo é vergonhoso e grotesco, que os outros a olham com desprezo e hostilidade, e que quem se aproxima o faz por pena ou por ser igualmente monstruoso. O autor ressalta ainda que, a criança ou adolescente aprende que seu corpo é feio e desagradável e vai se tornando cada vez mais um “inimigo” para ele.

De acordo com HOOVER (1984), o corpo é a parte da pessoa que inicialmente é apresentada para o mundo em interações sociais. O modo como este corpo é pensado pelo indivíduo e visto pelos outros, é refletido no auto-retrato e auto-imagem da pessoa. CAPISANO (1992), conceitua a imagem corporal como sendo o resultado da interação psicofisiológica contínua no desenvolvimento do indivíduo. Psicanaliticamente, a imagem corporal é construída através da interação entre o ego e o id, em interjogo contínuo das tendências libidinais. O mesmo autor, ressalta que não há imagem corporal sem personalidade, pois ambas mantêm relação íntima e específica, acrescentando que a imagem corporal não se modifica apenas por maturação, por doença ou mutilação, mas também por toda a insatisfação que está ligada ao próprio distúrbio libidinal.

Desenvolvimento emocional do obeso

SILVA (2000), afirma que há divergências ao se definir com precisão o papel desempenhado pelos fatores psicológicos na obesidade. Alguns autores inferem

que a obesidade é a expressão sintomática dos conflitos internos e externos, uma maneira que o indivíduo encontra para lidar com situações conflituosas, com suas tristezas e ansiedades.

A mesma autora, relata ainda que tanto a Psiquiatria como a Psicologia, tentam explicar este tema a partir de dois enfoques: o comportamento, que descreve o indivíduo por suas ações, atitudes; e a psicodinâmica que procura compreender o indivíduo a partir do modo como se organiza seu universo interior. Assim, a obesidade é vista como decorrente das experiências subjetivas e da estrutura de personalidade do obeso.

Para explicar o desenvolvimento emocional do obeso, utilizaremos os conceitos construídos por CAMPOS (1995). Esta autora relata que não há um perfil ou estrutura mental, única para os obesos, sendo temerária a generalização dos problemas psicológicos, para todos os casos de obesidade. BRUCH (1973), citado pela mesma autora refere que é preciso diferenciar entre desordens psíquicas que desempenham papel importante no desenvolvimento da obesidade dos distúrbios que sobrevêm do estado obeso, principalmente vivendo numa cultura hostil ao sobrepeso. Já, AJURIAGUERRA (1975), também citado por CAMPOS (1995) defende que determinadas dificuldades de natureza psicológica se fazem sempre presentes, podendo estar entre os fatores determinantes na obesidade exógena ou serem conseqüentes à obesidade endógena.

A autora aponta ainda que na obesidade exógena a dinâmica ambiental familiar em indivíduos geneticamente predispostos representa a maior parte dos casos e tem como características: o excesso de ingestão alimentar, o sedentarismo, os hábitos alimentares, o relacionamento intrafamiliar conflitivo, o consumismo, o desmame precoce, a introdução precoce dos alimentos sólidos, a substituição de refeições por lanches, as relações psicoafetivas alteradas e os distúrbios do vínculo mãe-filho. Refere-se ao alimento oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança. Com isso, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar. Forma-se a associação: estímulo desagradável = alimento = conforto = estímulo agradável dos pais.

Campos (1995) afirma ainda que, esta associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que a pessoa não sabe se come muito ou pouco. Isso se agrava quando o alimento é o substituto de afetos que a família não pode exprimir de outro modo. A criança aprende, por ensinamento da mãe, que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedades e dores e, com isso, leva pela vida a necessidade de comer para resolver ou compensar problemas dos quais as vezes não se dá conta, conseqüentemente há importantes prejuízos ao desenvolvimento da personalidade. Para esta autora o comer em demasia é sentido como a possibilidade de fazer estoque contra todas as perdas, ou então uma busca incessante de um prazer infantil perdido.

O desenvolvimento primitivo de alguns obesos se traduz, na impossibilidade de adiar satisfações não conseguindo postergar qualquer tipo de “fome”. A pessoa obesa, não consegue abdicar de sua voracidade para dar lugar as novas conquistas, como não comer para ter um corpo esteticamente aceito, para sentir-se bem corporalmente. Esses indivíduos exigem a satisfação imediata de suas necessidades e impulsos.

Na opinião de Campos (1995) o obeso tem dificuldades em obter prazer nas relações sociais. Comer é seu prazer número um. Aí surge o círculo vicioso: comer leva a obesidade que amplia a dificuldade para obter outros tipos de prazer e consequentemente reforça o prazer oral como forma permanente de obtenção de prazer, não conseguindo se conectar em outros prazeres.

Estudando o vínculo inicial mãe e filho, LOWEN (1979) considera que a comida é sempre um símbolo da mãe, uma vez que a mãe é fornecedora primeira de comida. As mães aceitam esta relação simbólica quando tomam a recusa da criança em comer como uma rejeição de caráter pessoal. Algumas mães obtêm satisfação pessoal quando a criança come, como se o fato de esta comer fosse uma expressão de amor e respeito pela mãe. Então, a comida passa a ser identificada com afeto. Comer torna-se uma expressão de amor, não comer, uma manifestação de rebeldia.

Comer em demasia é literalmente uma eliminação ou destruição de comida, que simboliza a mãe. A raiva reprimida contra a mãe encontra uma válvula de escape inconscientemente nesta atividade. No inconsciente, a comida é representante do seio materno, a fonte primeira da nutrição.

A satisfação que as pessoas obtêm com dietas pode ser explicada também pela identificação da comida com a mãe. A rejeição da comida é uma rejeição da mãe. Fazer dieta proporciona à pessoa obesa uma oportunidade de “pôr para fora” de maneira simbólica uma suposta hostilidade contra a mãe. Assim, simbolicamente a mãe assumiria o significado da comida, e esta seria a representante do corpo. A presente onda de dietas restritivas não exprime somente o desejo de fugir à corporalidade e mortalidade do corpo, mas reflete também o caráter “antimãe” de nossos dias.

Segundo WOODMAN (1980), as pessoas obesas em geral originam-se de famílias “orais” na sua orientação diante da vida. Nelas atribuíam-se grande valor ao dar e receber comida. Este aspecto contém sobretons emocionais para todas as situações: genitores incapazes de dar amor ofereciam comida, genitores que tinham pouco dinheiro se orgulhariam de uma mesa farta, genitores que valorizam tradições culturais transmitiram-no aos filhos por meio de festas suntuosas, genitores que reprimiam a própria sexualidade tendiam a compensá-la com comida. Os outros prazeres que deveriam ter sido desenvolvidos ao longo do processo de maturação da pessoa obesa jamais encontraram na sua psique o mesmo valor. (WOODMAN, 1980). LIBERMAN (1994) também afirma que, a obesidade é uma forma inadequada de utilização da função de comer na tentativa de solucionar ou camuflar problemas

existenciais ou internos que acabam não sendo enfrentados ou reconhecidos e se tornam cada vez mais insolúveis.

A autora aborda ainda sentimentos comuns as pessoas obesas como a falta de auto-estima, insegurança, sensações de vazios constantes, perda de confiança de que algo dará certo, apatia, vergonha, facilidade de abandonar projetos. Comer como forma de compensar estes aspectos expressam a experiência de privação de afetos e de relações verdadeiras desde a primeira infância. Nestes casos, o que pode se buscar no alimento é a própria mãe boa e a possibilidade ilusória de ser verdadeiramente nutrido por um amor incondicional.

A autora completa seu pensamento referindo ser este um quadro comum às pessoas carentes, que foram rejeitadas por mães que negligenciaram sua alimentação ou que disfarçaram sentimentos negativos superprotegendo-as e oferecendo mais e mais comida, como recompensa ou substituição do afeto não existente.

A obesidade pode ser a expressão de um desejo de conquista de espaço no mundo, que neste caso é feita pela quantidade concreta de volume que o sujeito obeso ocupa. Pode sinalizar medo de crescer verdadeiramente e dúvidas sobre esse crescimento ser possível, com a apropriação legítima de um significado na vida e no mundo. Porque a dificuldade maior ao contrário do que se verbaliza, não é perder peso, é viver (LIBERMAN, 1994).

DALGALARRONDO (2000), classifica a personalidade do obeso como imatura emocionalmente e muito sensível à frustração. O obeso seria um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto que necessita, o qual sente que nunca o recebe de forma adequada.

De acordo com DALGALARRONDO (2000), um ponto saliente é que os obesos têm dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de um modo geral. Todo mal – estar logo é falsamente percebido como fome.

APPOLINÁRIO (1998), afirma que as alterações psicológicas encontradas nos obesos são, na maioria das vezes, consequências e não causas da obesidade. As dificuldades emocionais experimentadas podem ser atribuídas a atitudes socialmente arraigadas, como uma certa desvalorização do indivíduo obeso, como também uma preocupação exagerada com o emagrecimento.

Este autor relata que para a compreensão das relações entre as alterações psicopatológicas e a obesidade, é importante observar que grande parte das pessoas obesas se mantêm cronicamente em dieta. Fazer dieta por longo período, por si só, já foi associado com perturbações secundárias do estado psicológico individual. Por isso, é muito importante considerar o padrão alimentar do indivíduo que se encontra sob avaliação ou tratamento para a obesidade, tendo em vista que a restituição alimentar também pode estar associada, isoladamente a perturbações do equilíbrio mental.

Obesidade e Sexualidade

LOWEN (1979), refere-se ao hábito de comer em demasia como um sintoma de uma desesperação interior que provém diretamente de uma carência de auto aceitação. Afirma ainda que existe uma relação entre o comer exagerado e a frustração sexual. Por frustração sexual entende-se a falta de uma liberação sexual satisfatória no orgasmo.

O mesmo autor ressalta que a relação sexual mobiliza a pessoa para o contato com o seu corpo. Sem a possibilidade de orgasmo este contato resulta em estado de insatisfação. Este sentimento pode facilmente conduzir ao hábito de comer em demasia.

Segundo LOWEN (1979), nem todas as pessoas sexualmente frustradas, comem exageradamente, porém, o inverso é verdadeiro, toda pessoa que come em demasia não se encontra sexualmente satisfeita. Este autor confirma que o problema do indivíduo que se alimenta em excesso é a perda de um sentimento de ter direito ao prazer. Quando o obeso recupera o direito e a capacidade de sentir prazer, o hábito de comer torna-se automaticamente auto – regulado. O ato de comer regido pelo princípio do prazer torna-se agradável e não uma compulsão.

O hábito de comer em excesso é uma forma bastante comum de “por para fora” a frustração que resulta da incapacidade da pessoa em encontrar uma satisfação significativa num nível adulto (Lowen, 1979).

CAMPOS (1995) refere-se ao papel sexual e a dificuldade de lidar com os aspectos da feminilidade e da masculinidade., apontando que para alguns as dificuldades sexuais são causas da obesidade, enquanto para outros, consequência.

Um período que oferece grande risco para a eclosão da obesidade é a entrada na adolescência. Nesta fase as dificuldades para lidar com os impulsos sexuais emergentes, o medo de se tornar atraente e não saber o que fazer com isso, são fatores que podem estar envolvidos.

Para Campos (1995) os obesos mantêm-se infantilizados, poupando-se de desenvolver outros papéis, como, por exemplo, escolher outro objeto de amor que não seja a mãe. Também a identidade sexual, muitas vezes não é bem estabelecida. Neste caso, o alimento representa uma tentativa de gratificação simultânea da sexualidade e da auto – estima. O alimento significa um substituto do amor e do prazer sexual. Certos indivíduos têm convicção de que o prazer sexual é uma coisa má e proibida, buscando assim, um substituto para este. Nesta situação, a obesidade serve como, uma barreira, dificultando as relações sexuais e o prazer oral da alimentação substitui o prazer genital.

Segundo WOODMAN (1980), a comida torna-se o foco da depressão, da raiva e da sexualidade reprimida. A comida passa a ser um meio de tentar controlar o próprio destino, de exprimir desafio ao controle dos outros, desafio à lei e aos costumes sociais e até desafio à natureza ou a Deus.

A mesma autora, acrescenta ainda que a necessidade de amor é, facilmente confundida com a necessidade de comida. Como amor é parte importante da vida, provar comida é provar a vida, mas por outro lado, evitar a comida pode ser evitar a vida. O sistema de punição e recompensa no tocante à alimentação do corpo obeso torna-se uma questão moral. WOODMAN (1980) afirma que, quando mulheres obesas se sentem rejeitadas por outras pessoas, tendem a compensar a perda com comida, quando iradas consigo mesmas, punem o corpo com comida, quando felizes, recompensam o corpo com a abstenção. A comida torna-se o bode expiatório de todas as emoções formando o núcleo em torno do qual gera a personalidade.

KAUFMAN (1993) relata que a pessoa sexualmente realizada tem um contato satisfatório com seu corpo, percebe as suas necessidades e procura racionalmente atendê-las.

O autor confirma que a autonegação do prazer leva a pessoa a rejeitar o seu corpo e a reduzir a uma dependência infantil em relação a comida, que passa a ser a única forma de satisfação corporal. A gordura pode ser o mecanismo utilizado pela obesa para negar a sua sexualidade, evitar os perigos a esta associados e protegê-la do assédio dos homens. É como se o objetivo fosse construir um muro de carne entre ela própria e os outros. Aos poucos, sua fome de vida, fome sexual e fome espiritual convergem num único desejo, o do alimento proibido.

Segundo KAUFMAN (1993), várias mulheres, ao se tornarem adultas, engordam com medo de serem transformadas em objetos sexuais. Outras ficam obesas como forma de neutralizar sua identidade sexual perante as outras pessoas; para estas, o peso constitui-se uma proteção, por trás da qual se escondem.

Retirando-se os aspectos sexualizantes, a obesidade também afasta os aspectos competitivos presentes nas interações. Sentindo dificuldade para lidar com estes aspectos, a mulher obesa, nem mesmo tenta entrar no “mercado”, pois antecipadamente não se propõe a vencer e, aliás, nem mesmo a entrar no “jogo”. A “mulher gorda” deseja esconder-se mas, paradoxalmente, ela é sempre a pessoa mais notada (KAUFMAN, 1993).

A obesa nega a sexualidade e o amor, evita ser desejada, mesmo que seja renunciado à sua feminilidade, à possibilidade de ser bela, e até a própria liberdade: tende a tornar-se um vegetal, sem noção de corpo e de ego. (KAUFMAN, 1993)

Segundo KAUFMAN (1993), a obesa é inconsciente do seu papel no mundo, é inconsciente de seu relacionamento consigo própria e com sua feminilidade, o caminho trilhado é o de preencher o vazio através do comer ou do “beliscar” o tempo todo. É sempre oportuno lembrar que o problema de peso não deve ser encarado isoladamente, mas dentro de um contexto, que está associado ao estilo de vida da pessoa, no qual se incluem sua auto-estima, os sentimentos sexuais e a e a satisfação conjugal. A insatisfação conjugal pode chegar a um ponto em que as carências emocionais e sexuais são confundidas com a fome física, podendo ser

atendidas concretamente, ainda com a vantagem de não depender de ninguém (entenda-se o companheiro) para se satisfazer (KAUFMAN, 1993).

Este autor, afirma ainda que muitas mulheres, de forma consciente ou inconsciente engordam como tentativa de inibir o desejo sexual do marido e também o seu próprio interesse sexual. Esta aversão ao sexo marital ocorre sobretudo em três tipos de situações: quando o marido é muito gordo e sua obesidade causa repugnância à mulher; quando a vida sexual do casal torna-se extremamente rotineira e monótona, e quando o marido é desinteressado sexualmente.

KAUFMAN (1993), diz que engordar, para manter o marido à distância e evitar o sexo, curiosamente não acontece nos casamentos mais infelizes, mas nos casamentos medianamente infelizes, nos quais a estabilidade da relação parece ser mais importante do que o amor-próprio e do que o próprio corpo.

É principalmente nestas mulheres, desassistidas afetiva e sexualmente, que pode-se observar como o lado feminino erótico e lúdico fica compactado dentro da gordura e da excessiva massa corporal.

LIBERMAN (1994), também afirma que a obesa faz uso da comida como forma de compensar perdas, decepções e frustrações. E que outros desejos também se expressam como desejo de comer, como o impulso para a gratificação sexual que o comer pode substituir, mascarar, ou até negar já que a obesidade pode comprometer a sexualidade ao mesmo tempo em que prejudica a atratividade da pessoa.

DALGALARRONDO (2000), também é outra autora que descreve a pessoa obesa como alguém que tem uma sexualidade fortemente reprimida, ou que “utiliza” a obesidade como defesa contra os impulsos sexuais.

Conclusão

A obesidade tem causas multifatoriais, sendo resultado de uma soma de aspectos orgânicos, ambientais e psíquicos.

Do ponto de vista psicológico, a obesidade deve ser observada como uma patologia em que há um confronto significativo, entre psique-corpo.

Um aspecto muito importante a ser ressaltado é como o indivíduo obeso, percebe o seu corpo. Pode-se observar que na maioria das vezes, a pessoa obesa apresenta insatisfação e distorção com relação a imagem corporal. Também se deve destacar que ainda há muito a ser pesquisado e aprendido sobre a obesidade e o obeso. Contudo, é pouco provável que atitudes extremistas, que ou negam o corpo ou a psique, obtenham resultados duradouros.

Em relação a associação entre a obesidade-sexualidade, a literatura mostra que a obesidade compromete a sexualidade, e também que o indivíduo obeso possui a sexualidade fortemente reprimida.

A intervenção no problema da obesidade deve oferecer a oportunidade da realização de um trabalho psicoterápico, com o objetivo de facilitar a identificação e a aceitação da imagem corporal. A fim de que, seja realizado um resgate da auto-estima e da harmonia emocional, trabalhando os níveis bio-psico-social integrando sensação, emoção, razão e intuição.

Desta forma, a pessoa obesa passa a ter a possibilidade de alcançar o auto-conhecimento e consequentemente viver melhor suas relações profissionais, sociais e afetivas bem como perceber suas dificuldades e sintomas relacionados aos problemas emocionais. Propicia-se assim, uma melhora na qualidade de vida destas pessoas.

Referências Bibliográficas

- ADES, L.;KERBAUY, R.R. *Obesidade: Realidade e Indagações*. Revista Psicologia USP, 13, (1), p. 197 – 216, São Paulo, 2.002.
- APPOLINÁRIO, J. C. *Obesidade e psicopatologia*. In: HALPERN, A e col. Obesidade. São Paulo, Editorial Lemos, 1998.
- CAMPOS, A.L.R. *Aspectos psicológicos da obesidade*. In: FISBERG, M. *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo, Fundação BYK, 1995.
- CAPISANO, H. F. *Imagem Corporal*. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. São Paulo, Editora Artmed, 2.000.
- ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.L.C.; TADDEI, J.A.A.C.; LOPEZ, F.A. *Obesidade exógena na infância e na adolescência*. Jornal de Pediatria, 76, (3), p. 305 – 310, São Paulo, 2.000.
- FISBERG, M. *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo, Fundação BYK, 1995.
- HOOVER, M.L. *The self – image of overweight adolescent females: A review of literatura*. Maternal Child Nursing Journal, 13, p. 125 – 137, 1984.
- KAUFMAN, A. *Obesidade feminina e sexualidade*. In: CORDAS, T.A. *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença – anorexia, bulimia, obesidade*. São Paulo, Editora Maltese, 1993.
- LIBERMAN, M. *Obesidade e mitos: O feminino posto em questão*. Revista da Sociedade de Psicologia Analítica, 12, p. 34 – 47, São Paulo, 1994.
- LOWEN, A. *O corpo traído*. São Paulo, Editora Summus, 1979.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo – as energias construtivas da psique*. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1981.
- SILVA, M.M. *Obesidade Mórvida*. Revista da Vetor Editora, (2), p. 32 – 39, São Paulo, 2.000.
- WOODMAN, M. *A coruja era filha do padeiro. Obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido*. São Paulo, Editora Cultrix, 1980.

REFLEXÕES SOBRE A ESCOLHA DA PARCERIA CONJUGAL*

*Carlos Alberto Dias¹
Juliana Mendes Alves²*

Resumo: A necessidade de fazer escolhas está presente na vida de qualquer ser humano sendo a da parceria conjugal uma das mais complexas. O conhecimento do modo como se processam essas escolhas possibilita a abertura de um espaço de reflexão sobre o tema, constituindo-se num instrumento útil para programas educacionais que visam a obtenção de uma relação saudável entre os casais. O presente estudo busca identificar os diversos critérios utilizados pelos indivíduos na escolha da parceria conjugal. De forma mais específica procurou-se responder à seguinte questão: “Em que os sexos se baseiam para efetuar a escolha da parceria conjugal?” Atendendo esse objetivo realizou-se uma pesquisa de campo onde participaram 238 indivíduos casados com convivência conjugal entre um e dez anos. Comparando os resultados da pesquisa de campo com as formulações de diversos autores em ciências humanas, observou-se a existência de inadequações significativas entre a teoria e a realidade vivida pela coletividade.

Palavras-chave: escolha do parceiro, relação conjugal, critérios de escolha.

Abstract: The necessity of making choices is present in the life of any human being, the choice of a conjugal partnership being one of the most complex ones. The knowledge of the way how one deals with these choices makes it possible to open a space of reflection on the theme, establishing a useful instrument for educational programs that have in view the acquisition of a healthy relationship between couples. The present study tries to identify the various criteria used by individuals to choose a conjugal partnership. In a more specific way one tried to answer the

*Trabalho realizado com o apoio da Universidade Vale do Rio Doce – MG.

¹Doutor em Psicologia Clínica e psicopatologia. Especialista em Sexualidade Humana. Docente do curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce – MG. E-mail: cdias@univale.br

²Psicóloga clínica e educacional, atuando no Instituto Sagrada Família – BH. E-mail: julianapsico@institutosagradafamilia.com.br

following question: “What do the sexes base themselves on carrying out the choice of a conjugal partnership?” Answering this objective, a field research was accomplished in which 238 individuals participated who had conjugal experience between one and ten years. Comparing the results of the field research with the descriptions of various authors of human sciences one could observe the existence of significant differences between theory and lived reality by the collectivity.

Keywords: choice of the partner, conjugal relationship, criteria of choice.

Introdução

Uma das questões que atualmente tem ocupado o centro das preocupações dos indivíduos é a questão relativa ao sucesso na escolha do parceiro conjugal. Vários teóricos procuram dar sua contribuição com vistas a orientá-los nesta escolha. Por não se ter uma resposta definitiva sobre esta questão, viu-se a necessidade de um estudo que pudesse iniciar uma série de reflexões sobre o assunto. Para isto, buscou-se nas literaturas existentes indicações que serviram de esclarecimento e auxílio na enumeração dos critérios utilizados pelos indivíduos na realização da escolha do(a) parceiro(a) conjugal.

A importância do tema é verificada pela existência de uma ampla discussão bibliográfica, onde cada autor/pesquisador busca, através de estudos próprios ou de outros, estabelecer uma compreensão sobre os diversos aspectos da relação homem e mulher. Nesse trabalho será visto HELEN BEE (1997), que faz alusão ao desenvolvimento humano para estabelecer uma linha de pensamento baseado em aspectos físicos, sociais e psicológicos. Como contribuição estabelece uma relação entre as influências do desenvolvimento infantil e a relação familiar na questão.

ERIK ERIKSON (1968), apóia-se em teorias sobre a segurança e autonomia recebidas na infância e na adolescência, enquanto como citado por HELEN BEE, PERLMAN & FERHR, BERNAD MURSTEIN apontam uma série de filtros como método na escolha de um parceiro.

FREUD (1925), evidencia a importância das relações entre uma criança e seus pais durante o estágio infantil, na determinação da escolha do parceiro conjugal. NASIO (1985) reafirma a compreensão freudiana sobre a questão abordando a importância do inconsciente e do prazer como fatores determinantes na escolha. FLÁVIO GIKOVATE (1996), de forma crítica, opõe-se a posição psicanalítica e defende que a escolha do parceiro se dá pela admiração sendo variáveis em função da própria auto-estima. COWAN e KINDER (1991) fazem observações importantes, defendendo que os homens estão à procura de uma filha substituta ou de alguém para inflar seus egos, enquanto JOHN GRAY (1997) afirma que as mulheres modernas ainda buscam homens fortes que possam protegê-las.

Diante da amplitude do tema, é reconhecido que a escolha do(a) parceiro(a) é algo de suma importância da vida e no futuro das pessoas, o que justifica uma análise mais aprofundada sobre o assunto, recorrendo não só à análise bibliográfica, mas também à pesquisa de campo. A proposta deste estudo foi a de saber o que realmente os sujeitos consideraram na hora de fazer a escolha em termos do parceiro conjugal, objetivando confirmar, ou refutar as várias proposições teóricas apresentadas.

Esse estudo justifica-se pela observância de que atualmente o ser humano vive sérias dificuldades ao fazer sua escolha para uma vida futura com seu parceiro conjugal, o que muitas vezes gera muito sofrimento por uma escolha errada. O aprofundamento do entendimento sobre o tema pode ser instrumento útil tanto para trabalhos de intervenção terapêutica, quanto para programas de prevenção destinados à formação de casais, que desejam obter uma relação saudável em sua vida conjugal.

Método

Na busca de encontrar respostas para a questão *“em que os sexos se baseiam para a escolha do parceiro conjugal”* realizou-se inicialmente um levantamento e estudo bibliográfico do tema em questão. Esse estudo forneceu um conhecimento sobre o problema levantado, possibilitando uma série de reflexões relativas aos critérios utilizados tanto pelos homens quanto pelas mulheres na escolha de seus parceiros. Além desse estudo bibliográfico, com vistas a ampliar o número de informações capazes de corroborar para com o objetivo dessa pesquisa, realizou-se uma pesquisa de campo utilizando-se de um questionário como instrumento de coleta de dados. A amostra constituiu-se de 238 sujeitos de ambos os sexos residentes na cidade de Governador Valadares, que aceitando participar da presente pesquisa, deveriam preencher os seguintes requisitos: possuir entre um a dez anos de casados e escolaridade equivalente ao nível médio ou ao nível superior completo ou incompleto por ocasião da escolha do(a) parceiro(a) conjugal.

Os entrevistadores entraram em contato direto com indivíduos da população de Governador Valadares, informando da existência e dos objetivos da pesquisa, verificando se os mesmos preenchiam os requisitos necessários e se aceitariam responder o questionário. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi esclarecido que a participação se fazia por livre consentimento e que lhes era resguardado o direito de se recusarem a responder qualquer questão que pudesse constrangê-los e ainda que poderiam até mesmo destruir o questionário caso não pretendessem continuar a respondê-lo. Foi também assegurado o anonimato dos questionários e das respostas nele contidas.

O tempo médio estimado para responder ao questionário foi de 20 minutos.

Revisão bibliográfica

Evolução da Relação Homem/Mulher e a estruturação de modelos de família

Com o advento da civilização, a relação do homem mulher culminou em profundas mudanças, iniciadas ainda no período selvagem. Com o surgimento da consciência de sua própria existência, a mulher descobriu seus sentimentos, passando a buscar proteção e amor. Em contrapartida, tornou-se dedicada, retribuindo a proteção do homem com passividade e servidão. Essa mulher não esperava que o homem fosse sensível ou carinhoso e nem mesmo voltado para o diálogo. Ao homem cabia apenas o papel de ser um bom caçador. Retornando ao lar, não deseja nada em termos de relacionamento além da necessidade sexual aparentemente subsidiada apenas pela natureza biológica.

Se nessas relações o macho obtinha o prazer sexual, o mesmo não se pode garantir em relação à mulher. A inexistência de uma comunicação mais estruturada e o fato de que os homens agiam na época grandemente impulsionados pelos instintos, leva a crer que o prazer sexual da mulher não era uma preocupação.

Homens e mulheres existiam em esferas diferentes apenas para o cumprimento das tarefas e papéis específicos, quando foi promovida a divisão de papéis na qual o homem assumiu condição de provedor e protetor, enquanto as mulheres se especializaram em cuidar da casa e das crianças.

Por exemplo, GRAY (1997) ressalta que:

Apesar do homem ficar fora por dias sob o gelo ou um sol escaldante antes de matar uma presa, eles se sentiam orgulhosos desses sacrifícios, porque eles honravam a mulher, a doadora de vidas. Visto que a parceria entre um homem e uma mulher fornecia uma base de sobrevivência e segurança, aquela interdependência gerava respeito e admiração mútuos (p. 23).

Nas etapas iniciais do desenvolvimento das sociedades, o relacionamento conjugal era bem caracterizado nas relações sociais. O relacionamento conjugal se definia apenas pela linha de procriação. Os relacionamentos eram grupais e só mais tarde evoluíram para acasalamento, ainda assim por determinados períodos de tempo. A monogamia veio muito mais tarde, coincidindo, mais ou menos, com o advento da propriedade privada (GRAY).

Com o surgimento das sociedades organizadas, a instalação da propriedade privada mudou o eixo do relacionamento pró-criação para relacionamento patriarcal, ponto de partida para a família monogâmica. Esta família monogâmica não se fundamentou numa verdadeira união de amor entre homem e mulher. Ao contrário, o relacionamento estava à serviço da propriedade privada. De um lado o marido vaidoso, machista,

polígamo clandestino; do outro a mulher submissa, condicionada às normas e regras da sociedade.

O relacionamento conjugal, que primitivamente surgiu de agrupamentos biológicos determinados (a partir de um casal e sua prole), atingiu nas sociedades organizadas características puramente sociais, onde foram re-estabelecidos “status” e papéis (ENCARTA, 2002).

Na sociedade organizada surgiu a família, termo que provém do latim *famulus*, “criado” ou “servidor”. Inicialmente, a palavra designava o conjunto de empregados de um senhor e só mais tarde passou a empregar-se para denominar o grupo de pessoas que, unidas por laços de sangue, viviam na mesma casa e estavam submetidas à autoridade de um chefe comum.

Aristóteles dizia ser a família uma comunidade de todos os dias, com a incumbência de atender às necessidades primárias e permanentes do lar, e Cícero cunhou a expressão, consagrada pelo tempo, segundo a qual a família é princípio da cidade e origem ou semente do estado.

Na maior parte das culturas, as pessoas vivem em unidades domésticas familiares integradas por um ou vários casais e pelos filhos destes. A freqüência com que se encontram relacionamentos desse tipo permite afirmar que a origem da família é tão remota quanto a própria humanidade. Deve-se também assinalar que, na maioria dos povos que alcançaram certo grau de civilização, a família é monogâmica e o princípio de autoridade é geralmente prerrogativa do pai, com a colaboração da mãe. Embora a reflexão sobre o processo evolutivo da família possa parecer distanciar-se do tema central, se faz necessário reconhecer que durante séculos a instituição do casamento e da família, doutrinada pela cultura social determinou, e até mesmo hoje determina, os parâmetros de escolha numa relação conjugal.

É necessário compreender que no decorrer dos séculos e segundo as diferentes culturas e civilizações, a predominância da família patriarcal dirigida pelo varão mais idoso do grupo, desenhou um cenário onde o poder de escolhas e de decisões era unilateral. A família da Roma clássica era desse tipo e distinguiam-se nela dois grupos domésticos: o mais amplo, a *gens*, composta por diversos ramos independentes, e a família propriamente dita. Nesta, o comando era prerrogativa do pai, embora limitado em certa medida conforme fosse exercido sobre a esposa, filhos (pátrio poder), escravos ou servos (GRAY).

A família é a instituição que se incumbe de transformar um organismo biológico num ser social e o veículo primeiro da transmissão dos padrões culturais, valores e objetivos propostos pela organização da sociedade.

A antiga idéia de que a família monogâmica constitui a forma básica e primitiva da estrutura familiar encontrou, desde meados do século XIX, a oposição de algumas correntes sociológicas. Johann Jakob Bachofen e Émile Durkheim, por exemplo, sustentavam, com diferentes argumentos, que a estrutura monogâmica e patriarcal da unidade familiar não é a original, mas teria aparecido como resultado

de uma evolução histórica a partir do matriarcado ou da promiscuidade (ENCARTA). A teoria da promiscuidade original, curiosamente contradiz os princípios evolucionistas, já que a família, inclusive a monogâmica, aparece também em muitas espécies animais.

Para ENGELS (1965), inspirado nas teorias de BACHOFEN e MORGAN, a família matriarcal teria precedido o aparecimento da propriedade privada. A preservação desta exigiu posteriormente a transmissão patrilinear da herança e a constituição do estado como organização política imposta à sociedade para garantir o direito de propriedade e a estrutura de classes.

Ao longo da Idade Média, o vínculo da autoridade política foi paulatinamente substituído pelo da relação consanguínea. Nessa evolução o cristianismo teve papel determinante ao identificar família com casamento e estabelecer a indissolubilidade deste. Além disso, o cristianismo considerou também que a autoridade dos pais se exercia em nome de Deus e em benefício dos filhos. O grupo familiar foi reduzindo aos parentes mais próximos como resultado da dissolução da extensa família rural ocasionada pela migração para as cidades.

Nesse período, o mais longo na evolução da relação conjugal, predominou o direito à propriedade, onde o relacionamento homem/mulher consolidou o *status* de propriedade. O poder pátrio – de estado e de direito – permitiu que o relacionamento conjugal fosse estabelecido com bases em negócios. Ao pai cabia pleno direito de fazer a escolha conjugal das filhas, oferecendo dotes, numa união com exclusivo interesse patrimonial.

A antropologia cultural mostra que essa realidade não era predominante em todos os níveis da sociedade, porém sua essência foi condicionada a todas. Na classe nobre, o interesse pecuniário (união de patrimônio) sobrepunha-se a qualquer sentimento. Nas classes pobres, embora o poder de decisão do homem (pai) não fosse tão incisivo, recaía sempre no parceiro com oferta de segurança para a filha. As duas características predominam até os dias atuais, quando a união entre homem e mulher sofre a influência da família, sempre voltada para a segurança financeira e emocional. É nítido, na predileção da família (medieval e contemporânea) o mesmo instinto de submissão, proteção e sobrevivência verificados na era primitiva. Essa realidade começou a sofrer mudanças a partir do Iluminismo, no século XVIII, com a adoção dos princípios do divórcio e da independência dos filhos. Desde então, e sobretudo, desde o começo da revolução industrial, quando o poder de decisão (inclusive na opção conjugal dos filhos) tornou-se menos unilateral. Na família igualitária das sociedades industriais modernas já não ocorre o predomínio do pai, embora, em grande parte, este continue ocupando a posição de cabeça da família.

Percebe-se que a família sofreu forte influência econômica. A posição do pai como principal ou único esteio econômico do núcleo familiar, enquanto a mãe se ocupa da administração da casa e dos cuidados com a prole, tornou-se cada vez menos

generalizada. Também sofreu modificação a situação dos filhos no grupo familiar, pois a idéia da criança como homem pequeno, sem maior valor que o adulto, transformou-se progressivamente numa atitude paterna de atenção, compreensão e respeito.

Essa nova realidade, a fragilidade da manifestação paternal interferindo nos sentimentos e desejos e escolhas, deu aos filhos (homem e mulheres) capacidade para externar sua busca com base em valores próprios e não naqueles determinados pela família, regida pela cultura social.

Apesar da profunda transformação dos esquemas familiares, a estrutura essencial da família continua a vigorar, uma vez que constitui, em suas várias formas, fundamento da sociedade humana. Dentro dela se criam os laços afetivos necessários à transmissão, de uma geração para outra, da cultura e dos valores ideológicos e morais.

Durante o século XX, as políticas públicas e a moral religiosa se empenharam para conservar a família como núcleo de sustentação da sociedade e do Estado. O Direito cível consolidou a Vara da Família e estabeleceu regras rigorosas de funcionamento da família, ainda que ela tenha sofrido rupturas, como separação judicial ou divórcio.

A influência da moral e da religiosidade na escolha do(a) parceiro(a) conjugal

Como se percebe ao longo da análise da evolução da sociedade conjugal estabelecida entre o homem e a mulher, a influência externa tem resultado decisivo. E não há como deixar de registrar a questão moral-religiosa, que no ocidente é regida por princípios cristãos. A cultura monogâmica na forma de organizar família, é sustentada pelo Gênesis: “(...) por isso deixará o homem a seu pai e a sua mãe, e se unirá a sua mulher; e serão dois numa mesma carne” (Gênesis 2, 24).

Baseada na relação afetiva e sexual estável entre duas pessoas, a instituição do casamento, de grande importância psicológica e social, é uma das mais antigas da humanidade. Essa instituição sofreu mudanças ou adaptações ao longo da história, graças à ampla influência do princípio moral-religioso.

Com a expansão do cristianismo, a partir do século V com a queda do Império Romano do Ocidente, a Igreja passou a estender seu poder sobre os Estados e em contrapartida sobre todas as leis que regiam a sociedade civil. As leis que regiam o casamento foram as mais investidas pela Igreja. VAINFAS (1985) registra que na Gália, em torno do século VI, a bênção do casal à porta do quarto era feita por um padre. Mais tarde, essa prática difundiu-se e se aperfeiçoou com a presença do clérigo diante do leito, a fim de incensá-lo e aspergi-lo com água benta. Era uma intervenção modesta – num momento em que ainda se oscilava entre a moral dos padres e a dos cavaleiros – perto do que viria a acontecer nos tempos seguintes.

Séculos mais tarde, a Igreja instituiu o casamento como o único espaço legítimo para uso da sexualidade, com o objetivo exclusivo da procriação.

O Casamento é a união voluntária entre duas pessoas, na maior parte das vezes sob um mesmo teto, com o fim de partilhar a vida em todos os seus aspectos. Do ponto de vista jurídico, é o contrato livremente firmado por um homem e uma mulher, pelo qual se assegura a opção por uma vida em comum e pela repartição recíproca de determinados bens. Nesse sentido, o casamento é a legitimação perante a ordem social e as autoridades civis ou religiosas da aliança natural entre dois seres humanos. Quando nessa experiência se concebem ou se adotam filhos, constituindo uma nova família, a instituição lhes garante o reconhecimento como descendentes legítimos do casal.

Basicamente, o estudo e interpretação do casamento é matéria da antropologia cultural. Observa-se que mesmo no mundo contemporâneo são múltiplos seus significados e modalidades. Embora dependa, dos padrões culturais a que esteja vinculado e, por isso, tenha assumido formas muito diferentes ao longo da história, o casamento apresenta em todas as suas circunstâncias certos traços que lhe são característicos. Com o decorrer do tempo, os sujeitos alcançaram uma crescente liberdade para a escolha dos futuros cônjuges, opondo-se a todo tipo de pressões e interesses familiares, aos preconceitos étnicos ou sociais e às injunções da moral religiosa.

Segundo FLANDRIN (1987), para a maioria dos historiadores a vida sexual tanto dos casados quanto dos solteiros, foi regida pelos preceitos da moral cristã, pelo menos até o século XVIII ou mesmo até a Revolução Francesa. Restringindo a sexualidade ao casamento e à procriação, a moral cristã proibia qualquer método contraceptivo e considerava pecado toda atividade sexual fora do matrimônio.

O fato é que em todas as suas formas e manifestações há também diversos componentes de caráter indispensável e que se identificam na maioria dos casamentos: o modo como se forma ou se constitui, fundado – na evolução da sociedade – cada vez mais na atração afetiva e sexual, a adaptação ao tabu do incesto e às regras exogâmicas em geral, o caráter monogâmico ou poligâmico, a relação com o patrimônio e a propriedade dos bens familiares, a tendência à interdição do adultério, a legitimação dos filhos e a dissolução do vínculo matrimonial nos casos de violação dos compromissos assumidos.

Estabelecimento do vínculo conjugal

Atualmente, em quase todas as sociedades a união pelo matrimônio manifesta-se como objetivos que são próprios de quase todo relacionamento amoroso. O acordo de convivência adquire a forma de um projeto comum sancionado pela comunidade.

Segundo esse acordo as duas pessoas se comprometem a respeitar determinados direitos e a cumprir determinados deveres. Em algumas sociedades, o contrato compromete não apenas o casal mas também, ora mais, ora menos, compromete a família em sentido amplo.

Nas sociedades em que as pessoas, e especialmente a mulher, podem escolher livremente seu parceiro, o casamento é precedido por diversas atividades de corte. Essa liberdade individual, no entanto, nem sempre foi reconhecida como também não o é em toda parte. Como referido anteriormente, a instituição do casamento e posteriormente a constituição da família, seguiam padrões de escolha com base patrimonial.

A igreja teve e ainda tem grande influência na instituição do casamento determinando padrões de comportamento. Entretanto, a influência da igreja na atualidade é sentida de forma mais incisiva após a celebração da união. Nos últimos anos tem-se observado uma crescente participação da Religião na vida dos casais através dos movimentos católicos e evangélicos quando à relação sexual tanto antes quanto depois do casamento.

A filosofia moral religiosa jamais apoiou a prática sexual antes do matrimônio. Até meados da segunda metade do século XX, as intervenções das religiões nesses assuntos, ocorria-se basicamente por ocasião dos sermões e das orientações dadas aos fiéis. Hoje, campanhas publicitárias apelam para o casamento virgem, tentando fazer valer os valores cristãos no tocante à função e o espaço de realização da prática sexual.

Os novos paradigmas da opção conjugal

O século XXI acena com uma nova realidade na relação homem e mulher. Ao contrário do verificado em séculos anteriores nos quais a mulher era submissa à proteção do homem, atualmente, a cada dia mais, quando os homens estão fora no trabalho, as mulheres também estão. As mulheres passaram a garantir a própria sobrevivência e com isso conquistaram o poder de escolha que durante séculos foram privadas pela necessidade de sobrevivência ou pela força da cultura. Dentro dessa nova realidade, a família, formadora de conceitos, cultura e da própria personalidade, sofreu alterações profundas com relação à sua antiga configuração. Nos séculos passados, por tradição, as mulheres se sentiam orgulhosas de sua condição biológica, já que a maternidade era altamente glorificada, respeitada e até mesmo considerada sagrada. Em algumas culturas a mulher parecia bem mais próxima de Deus do que o homem, já que só a ela foi dado o poder de criar vidas. As mulheres eram honradas enquanto mães, e os homens se transformavam com prazer em guerreiros, desejando arriscar suas vidas a fim de sustentar e proteger a mãe de seus filhos.

Na geração contemporânea, o papel da mulher sofreu, mais do que o homem, alterações significativas a partir da liberdade feminina. Iniciou-se o sepultamento de forma conceitual da idéia do sexo frágil. Tem ocorrido uma extinção de muitas representações referentes à relação conjugal expressas sob forma de mitos, padrões, valores ou preconceitos, que determinavam o modo de relação entre masculino e feminino. Contudo, predominam ainda a idéia da fragilidade feminina herdada das épocas primitivas e do início das civilizações.

Embora encontremos novos paradigmas no tocante às relações entre os sexos, os antigos paradigmas também fazem parte do atual contexto social. É como se vivêssemos em um período onde vários séculos se vêem confundidos. Poderíamos ilustrar esta situação com a idéia de ZOMIGNANI (2003, p. 17) quando diz que “...É como se existissem vários óculos multicoloridos de diferentes graus colocados uns sobre os outros, distorcendo, aumentando, diminuindo e alterando a cor de tudo”.

O modelo de família defendido pelo cristianismo encontrou na liberdade de expressão e na quebra de tabus, terreno fértil para o estabelecimento de conflitos. Observa-se que na atualidade homem e mulher debatem-se entre os papéis sociais culturalmente construídos para os sexos masculino e feminino, e um novo projeto de relação à dois com vistas a fazer valer a vontade feminina assim que reduzir a carga de responsabilidade que o homem transporta por ser identificado como o provedor da família. Observa-se assim que as representações relativas à vida conjugal encontra-se em fase de remodelação.

A concepção moderna de relação, segundo FOUCAULT (1988), designa uma série de fenômenos que englobam tanto os mecanismos biológicos da reprodução, como as variantes individuais e sociais do comportamento, a instauração de regras e normas apoiadas em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas. Engloba também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos.

A escolha pelo matrimônio como antídoto à solidão

A solidão é um fenômeno universal no tempo e no espaço, atingindo todos os povos de todos os tempos. Nos tempos atuais, mesmo com todo o avanço da tecnologia da comunidade, da liberdade de expressão, e tantos outros recursos e benefícios que nossos antepassados não tiveram, estar solitário é algo extremamente passível a qualquer pessoa.

Diz RUDIO (1990) que no sentido amplo, solidão equivale a isolamento, e indica uma situação em que o indivíduo (ou o grupo) se encontra separado de outras pessoas. Significa, portanto, simplesmente isso: que o processo de relacionamento se encontra prejudicado por causa do rompimento ou diminuição do contato humano com os outros. Segundo o autor, o aspecto mais importante do isolamento

está no seu correspondente psicológico, isto é, na repercussão que produz dentro da pessoa que, percebendo-se isolada, é acometida pelo sentimento de estar sozinho. Com relação ao próprio isolamento, convém fazer ainda outra distinção, dizendo que pode ser estrutural e funcional. O isolamento estrutural é comum a todos os seres humanos. A pessoa o sente porque é um indivíduo diferente dos outros, possuindo a sua originalidade, suas características peculiares e uma existência específica e singular. Baseia-se, portanto, na própria natureza de cada um. O isolamento estrutural se manifesta sobretudo quando precisamos fazer escolhas e tomar decisões, sobretudo as que são mais relevantes para a nossa vida.

Outra forma de solidão apontada pelo autor é o isolamento funcional, quando são as circunstâncias que determinam o seu surgimento, podendo ser as mais variadas possíveis. O isolamento funcional pode se dar por motivo espacial ou geográfico (um responsável por um farol marítimo, que vive sozinho numa ilha distante); por motivo de usos e costumes (uma pessoa idosa que vive num ambiente só de jovens); por motivo cultural (um estrangeiro que acaba de chegar a uma terra alheia).

Também no isolamento funcional o indivíduo pode, por si mesmo, procurar o isolamento, a fim de refletir, estudar, meditar, orar, realizar certas tarefas, fazer planos de vida, revê-los. Pode buscá-lo para devanear, para “curtir” alegrias ou tristezas, sucessos ou fracassos, melancolia, remorso, vingança, amor, ou para expressar mágoa, ressentimento, para fugir de ambiente que considera aversivo ou hostil, e outros. Segundo RUDIO cortes absolutos de contato podem acontecer por motivos patológicos ou, eventualmente, em situações extraordinárias que se opõem à vontade do homem, como, por exemplo, a de uma pessoa perdida na floresta amazônica. Esclarecedoramente o autor afirma que é necessário levar em consideração que a necessidade de relacionamento nos seres humanos, mesmo em casos normais, varia de uma pessoa para outra.

O que caracteriza a solidão é a consciência que o indivíduo tem de estar sozinho, mas acompanhada de um sentimento penoso de desamparo e de uma carência premente de alguém que lhe possa dar apoio. Portanto, a percepção de estar sozinho, o sentimento de desamparo e a necessidade de alguém formam os três elementos constitutivos da solidão, interpenetrando-se e misturando-se.

E são estes três elementos que levam muitas pessoas a buscarem compulsivamente um parceiro(a), às vezes abrindo mão de seus desejos menores ou ignorando as convenções tradicionais (sociais, religiosas/filosóficas, familiares). Para algumas pessoas sentir-se sozinho é algo extremamente doloso, que tende a provocar sentimentos negativos. Nessas circunstâncias o sujeito lança-se em lembranças de diversos aspectos ou situações passadas que foram inconvenientes e/ou dolorosas. Isso o leva a tornar-se crítico severo e cruel na avaliação do que já sentiu e fez.

RUDIO sustenta que a solidão dá medo, ansiedade, pelas críticas despropositadas que o sujeito faz sobre ele atingindo, deste modo, sua auto-estima, deteriorando sua *“autoconfiança, valia, força, capacidade e suficiência”*. Em efeito, o sujeito

alimenta aqueles “*sentimentos de inferioridade, debilidade ou impotência*” que corroem e arruinam sua personalidade. Em última análise, RUDIO considera que o medo que temos da solidão é o de sermos destruídos psicologicamente por nós mesmos (p. 12).

Contextualização da relação conjugal a partir da Psicologia

Vários teóricos da psicologia oferecem contribuições que servem de ponto de partida para se entender o modo como as pessoas escolhem seus parceiros conjugais. Por não se ter uma resposta definitiva sobre esta questão, buscamos na literatura indicações que servirão de esclarecimento sobre o assunto.

HELEN BEE (1997) ao descrever sobre o desenvolvimento do ser humano no qual se encontram intimamente intrincados os aspectos físicos, sociais e psicológicos, oferece contribuições sobre as influências do desenvolvimento infantil e sua relação familiar que auxiliam a busca de compreensão de como os sujeitos fazem a escolha do parceiro conjugal.

A autora, em seu livro “O ciclo vital”, faz um estudo sobre o desenvolvimento social e da personalidade no início da vida adulta do sujeito. Nesta etapa o sujeito recebe o nome de adulto jovem, estando ainda apegado aos pais. Ter tido um apego seguro com os pais durante a infância é a condição essencial para que no momento da escolha, o adulto jovem consiga redirecionar para o parceiro o afeto que antes pertencia aos pais e aos companheiros. Este processo é parte da busca pela individualidade que permite ao sujeito encontrar-se em outras situações existenciais como no trabalho, no casamento e outros.

Outro autor que apresenta contribuições bastante significativas que podem auxiliar no estudo em questão é ERIK ERIKSON (1968). Dos vários estágios do desenvolvimento humano identificados pelo autor, vale ressaltar aquele relativo à questão da *intimidade versus isolamento*. Ao discorrer sobre esse estágio do desenvolvimento humano, ERIKSON afirma que, “*só quando a formação da identidade está em pleno desenvolvimento é que a verdadeira intimidade – que é realmente um contraponto assim como uma fusão de identidade – é possível*” (p. 136). Neste estágio, o adulto jovem entra em contato com diversas situações sociais como trabalho, relacionamento social e sexual, e ainda com as questões relativas ao sentimento de amor. Assim o indivíduo sai do seu mundo interno e entra em contato íntimo com questões que se situam além da individualidade.

A partir das relações que mantém com seu meio, o indivíduo vai se formando enquanto autônomo e maduro, tendo como objetivo torna-se independente. Esse processo só é possível se houver o reconhecimento da própria identidade. De fato ele se lança na busca de respostas às seguintes questões: *quem sou eu? quais são as minhas possibilidades e limitações? o que realmente sinto?*

A busca do auto conhecimento possibilita ao ser humano entrar em intimidade com os outros e ao mesmo tempo, pode-se pensar que este mesmo sujeito ao se isolar busque entrar em contato consigo mesmo para um melhor reconhecimento de si como um sujeito independente do outro. Evidentemente o desequilíbrio dos extremos podem causar dificuldades na formação da identidade do sujeito. Por esse motivo, *intimidade versus isolamento* precisam estar em harmonia neste processo de desenvolvimento humano para que o sujeito estabeleça relações saudáveis.

No início da vida adulta, o indivíduo inicia um processo de assimilação de papéis sociais que norteiam sua vida profissional, conjugal e parental. Dentre os diversos papéis, o conjugal é o que diz respeito ao objeto desse estudo. Os sujeitos, para desenvolverem um papel eficaz em termos de relação conjugal precisam antes percorrer um longo caminho.

Deixar o lar de origem é fundamental para que o jovem adulto se reconheça neste papel conjugal. O sair de casa em busca de sua autonomia, escolher uma parceira com quem estabelecerá um vínculo através do matrimônio, requer que o sujeito tenha desenvolvido de forma adequada a segurança básica.

O estabelecimento da segurança básica depende do modo como ao longo do desenvolvimento se criaram os diversos vínculos familiares. A forma de apego aos pais, as possibilidades surgidas para que o sujeito se sentisse seguro de si mesmo, o desenvolvimento de potencialidades e o reconhecimento das limitações, faz com que o sujeito se torne ator de sua própria história, escolhendo o parceiro não para se misturar mas para se relacionar com ele. É por esse motivo que ERIKSON afirma que “*o jovem que não está seguro da sua identidade furta-se à intimidade ou lança-se em atos de intimidade que são ‘promíscuos’, sem uma verdadeira fusão real na entrega de si próprio*” (p. 136).

Em relação a este estágio descrito por ERICKSON, HELEN BEE (1997, p. 415) salienta que “*cada um de nós que deseja executar essa tarefa precisa encontrar um parceiro, um único indivíduo com quem podemos encontrar ou criar um apego de intimidade e segurança*”.

A psicanálise e o complexo de Édipo

FREUD (1905), evidencia a importância das relações entre uma criança e seus pais na determinação da escolha do parceiro conjugal. Segundo ele, os indivíduos buscam retratos e lembranças das experiências vividas com as que receberam e foram marcados por traços fortes na sua infância.

Segundo FREUD, seria doloroso demais para o sujeito satisfazer toda a energia pulsional de maneira integral e direta, já que os desejos inconscientes podem ou não favorecer a vida e o prazer de si mesmo e dos outros, como por exemplo o mito do Rei Édipo. Segundo o mito, tendo matado seu pai, Édipo toma por mulher, sua

mãe. Este mito é utilizado para explicar o que acontece no desenvolvimento sexual da criança, que, por volta dos 5 anos, direciona toda a sua libido, amor, energia para o sexo oposto, o pai ou a mãe, sofrendo um enorme ciúme, desejando inconscientemente até mesmo a morte do genitor do mesmo sexo.

Como citado anteriormente, nenhum sujeito seria capaz de viver esta experiência conscientemente, ou seja, desejar a morte de um dos seus genitores para realizar o prazer absoluto e impossível, gozar do objeto amado como se deseja.

O complexo de Édipo pode influenciar na escolha do parceiro conjugal, por sofrer influência do mecanismo inconsciente da criança, explicado pela utilização deste mito. NASIO (1995) diz que neste momento a criança vivencia a castração que é *“uma experiência psíquica completa, inconsciente vivida pela criança por volta dos cinco anos de idade e decisiva para a ascensão de sua futura identidade sexual”* (p. 13). Alguns psicanalistas consideram que o amadurecimento do indivíduo se dá através dos vínculos afetivos. O primeiro vínculo estabelecido é com a mãe a partir do nascimento. Esse é um vínculo simbiótico que deve passar por uma evolução na qual o sujeito adquire o sentimento de individualidade. Contudo, muitas escolhas se fazem de forma inconsciente, governadas por fantasias e desejos infantis. Por esse motivo é natural que no processo de escolha, seja revivido com intensidade a sensação de dependência e apego. O grande desafio está em fazer com que esse apego se faça de forma equilibrada o que revela ser o sujeito uma pessoa amadurecida. É preciso destacar que algumas escolhas são feitas baseadas numa imagem ideal, o que vem trazendo muitos desencontros e fracassos conjugais. Flávio GIKOVATE (1996), médico e psicoterapeuta, faz a seguinte reflexão sobre a escolha do parceiro. Ele afirma que:

“...ao se falar, por exemplo, que um homem escolhe a mulher conforme a imagem e semelhança da mãe quando teve uma boa relação com esta, não se está se esclarecendo nada; quer dizer, ou o homem escolhe uma mulher parecida com a mãe ou o oposto dela – o homem escolhe todas elas porque todas as mulheres do mundo são parecidas ou o opostas à mãe” (p. 132).

Pode-se observar que GIKOVATE (1996) opõe-se de forma crítica a concepção psicanalítica. Efetivamente o que tende a ser uma teoria explicativa do fenômeno em sua totalidade, aplica-se efetivamente no máximo à duas situações de escolha. Com base nessa linha de reflexão, faz-se necessário a colocação da seguinte questão: quantas seriam as variáveis que entrevêm na escolha do parceiro conjugal? Se forem apenas duas, a posição freudiana é suficiente para explicar este fenômeno em sua totalidade. Se houverem outras variáveis torna-se necessário buscar outras possibilidades através de novas pesquisas sobre o tema em questão.

GIKOVATE (1996) acredita que a escolha do parceiro se dá também pela admiração, sendo essa uma variável diretamente relacionada à auto estima do sujeito. Quando

o indivíduo se aceita e busca suas próprias realizações pessoais, reconhece que este fato proporciona-lhe bem-estar e saúde psíquica. Sendo assim, a admiração por si mesmo é o elemento importante na relação com o outro, gostar de si mesmo quer dizer: encontrar no outra característica de admiração.

Nesta busca do outro, o sujeito se encontra em relação, não de competição, nem de dominação, mas sim de respeito mútuo pelas características próprias, buscando valorizar-se no outro que escolheu tendo um relacionamento saudável.

COWAN e KINDER (1991) fazem uma observação importante em seu livro “Mulheres inteligentes, escolhas insensatas”, sobre um dos critérios utilizados atualmente pelos homens na escolha da parceira. Segundo estes:

“A maioria dos homens não está à procura de uma filha substituta ou de alguém para inflar seus egos. Hoje, mais do que nunca, procuram por companheiras. É importante reconhecer que os homens possuem suas fortes necessidades de dependência. Quando uma mulher parece desamparada, o homem muitas vezes a considera como alguém que pode não ter capacidade de satisfazer suas necessidades de ser amparado” (p. 42).

Resultados e discussão

Dentre os duzentos e trinta e oito (238) sujeitos que participaram dessa pesquisa 158 (66,4%) eram do sexo feminino e 80 (33,6%) do sexo masculino.

No grupo das mulheres participantes, foi observada uma enorme necessidade de entender melhor as escolhas que fizeram no passado. Houve quem desejasse obter respostas, imediatamente após a aplicação do questionário. Os homens se demonstraram mais restritos. Ao responderem ao questionário o faziam sem entrar em reflexões e discussões mais aprofundadas.

No tocante às idades, a amostra foi subdividida em cinco grupos. Sujeitos com até 25 anos (18,1 %), de 25 a 30 (35 %), 30 a 35 (22,4 %), 35 a 40 (16,9%) e acima de 40 anos (7,6 %).

Quanto à idade por ocasião da escolha do parceiro conjugal foi observado que a maioria (73,1%) o fizeram antes de completar 25 anos. Observou-se que grande número de sujeitos continuam escolhendo seus parceiros para uma relação conjugal, ainda muito cedo e antes mesmo de completarem os estudos superiores.

Os sujeitos participantes da amostra, elegeram os seguintes critérios para a escolha da parceria conjugal: modo de ser (19%), valores morais e éticos (17,5%), ser trabalhador (a) (13%), aparência (10,7%), objetivos comuns (9,4%), escolaridade/profissão (8,1%), mesma religião (7,9%), idade (6,7%), influência familiar (4%), performance sexual (3,7%).

Os três critérios aqui colocados em primeiro lugar, são também apontados pelo grupo de mulheres como os mais importantes no momento da escolha do parceiro conjugal. A diferença entre estes critérios é pequena, contudo o terceiro merece atenção especial.

Alguns autores consideram que a mulher escolhe seu parceiro com a idéia cultural e histórica de que o homem é fonte de segurança e sustento. A esse respeito ALLAN e BARBARA PEASE salientam que *“O cérebro feminino é programado para encontrar um homem que se comprometa a dar assistência até que os filhos estejam criados. Isso se reflete nas qualidades que a mulher busca em um companheiro para uma relacionamento estável”* (p.167).

As mulheres consideram que dos critérios utilizados para a escolha do parceiro, os três primeiros que devem ser mantidos são o modo de ser, os valores morais/éticos e o ser trabalhador. Observa-se que os três primeiros critérios mantidos são os mesmo usados para a escolha.

Contudo, faz-se necessário destacar a inversão dos critérios aparência que no momento da escolha ocupa o quarto lugar e passa para o sétimo quando se pensa naqueles que continuam sendo os mais importantes. Essa constatação conduz à reflexão de que no ato da escolha a aparência tenha uma importância significativa, mas com a convivência diária é notado a necessidade de se ter objetivos comuns na relação conjugal.

Constata-se então que a mulher também se deixa mover em alguns momentos pelo visual. Para ela, quanto mais forte e saudável o homem, mais ele será capaz de oferecer a suposta segurança e sustento. Na modernidade a mulher também busca obter prazer no sexo e então a aparência se torna um critério interessante para atingir este seu desejo.

Já entre os homens os três critérios mais utilizados para a escolha da parceira conjugal foram: o modo de ser, os valores morais/éticos e a aparência.

No presente trabalho faz-se necessário ressaltar o terceiro critério, ou seja, a aparência. Foi observado que o homem ainda escolhe muito pelo visual, o corpo e a beleza. Acredita-se que é presente a idéia já citada neste trabalho que a mulher tem como função principal a procriação. Sendo assim o homem vê na aparência, além do reconhecimento social, a manutenção da mesma nos filhos. Convém salientar ainda que a estimulação sexual masculina se dá muito pela percepção visual. Nesse caso um corpo escultural é associado à idéia de ser eficiente no ato sexual, sendo portanto mais capaz de gerar prazer.

ALLAN e BARBARA PEASE (2000) afirmam que o cérebro masculino é diferente do cérebro feminino. A partir desta afirmativa eles relatam que o homem sente-se estimulado pelo que vê, ao passo que a mulher é estimulada sobretudo pelo que ouve. Segundo os autores, o homem é atraído visualmente por curvas e formas, toda mulher de formas e proporções normais chamam a atenção masculina.

Sobre este critério aparência, estes autores trazem uma contribuição muito interessante quando citam em seu livro que a atração para o homem é um sinal de alerta, pois ele é macho, e seu tradicional papel é aproveitar toda e qualquer oportunidade para aumentar a tribo (p.184).

Observou-se que com o tempo, os homens casados passam a perceber que a aparência é menos significativa do que os objetivos comuns, já que a relação conjugal se estabelece com a convivência diária e assim ter objetivos comuns torna-se mais interessante, produtivo e eficaz para o sucesso do casamento.

Mesmo com a evolução cultural, social e tecnológica, alguns homens e mulheres ainda utilizam critérios bem arcaicos tendo como ponto de referência a história da espécie humana. Antes, o homem saía para caçar. Por isso teria que ter força, coragem e transmitir segurança de que breve traria o sustento para toda sua família. E esta idéia se “inculturou” e até hoje influencia as escolhas dos sujeitos.

JOHN GRAY (1996) escreve que antes a única maneira do homem demonstrar amor à sua esposa era caçando, nos dias atuais a mulher continua precisando de apoio e segurança só que agora essa necessidade se dá no campo afetivo e emocional (p.11). A “programação mental feminina” ainda é de que homens caçadores provavelmente proporcionarão a segurança exigida pelas mulheres, na atualidade.

JOHN GRAY escreve que homens e mulheres são mesmo diferentes e é por isso que se sentem atraídos um pelo outro. Mas cada um deles se sente capaz de possuir características mútuas e assim são capazes de se relacionarem. Em outras palavras GRAY afirma que “*Sem algumas diferenças não pode haver relacionamento; sem algumas semelhanças não pode haver união*” (p.73).

Observou-se que 76,3% dos homens estão satisfeitos com suas parceiras e 71,5% das mulheres encontram-se também satisfeitas com seus parceiros. Em contrapartida apenas 8,8% dos homens e 11,9% das mulheres não estão satisfeitos. É importante ressaltar que 15% dos homens e 16% das mulheres responderam que estão mais ou menos satisfeitos com seus parceiros.

Conclusão

Embora os valores morais e religiosos tenham sido o cimento capaz de manter intactas diversas sociedades ao longo da história, há que se considerar que tais elementos unificadores parecem ter perdido, na atualidade, grande parte de sua força. Conseqüentemente, os vínculos mantidos entre os sexos, sobretudo no matrimônio, talvez não sejam tão fortes como outrora.

Homens e mulheres, como já foi relatado, não são mais os mesmos no tocante ao modo de entenderem sua relação com o mundo e consigo mesmos. A maneira de cada um ser e atuar no meio social, e conseqüentemente na relação conjugal, sofreu várias modificações durante a história da humanidade.

Os objetivos das relações não são mais os mesmos daqueles observados nos séculos anteriores e por tal razão o momento da escolha do parceiro precisa ser considerado decisivo e importante por ser capaz de influenciar seriamente na qualidade da futura relação conjugal.

Além da história cultural, a história pessoal exerce grande influência no momento em que os sujeitos fazem suas escolhas. Contudo, antigas representações que aparentemente caíram no esquecimento continuam fazendo parte da consciência dos sujeitos e por isso o processo de escolha do parceiro recebe tanto influência do presente quanto de um passado cujas necessidades eram diferentes daquelas que fazem parte da atualidade.

Grande parte das escolhas realizadas se fazem a partir do momento atual e pessoal daquele que escolhe, sem uma reflexão mais profunda em que seja questionado o contexto pessoal, familiar e cultural do futuro parceiro.

Essa pesquisa aponta para a necessidade de uma reflexão no momento da escolha do parceiro conjugal. Analisando a história tanto do sujeito que escolhe como também do sujeito escolhido torna-se mais evidente no ato da escolha inúmeras possibilidades e limitações a que está sujeita a futura relação. A tomada de decisões com base em critérios mais bem estabelecidos pelos sujeitos pode ser um fator importante no estabelecimento de uma relação conjugal mais equilibrada. Tomar consciência dos critérios utilizados para a escolha, pode gerar relacionamentos onde os sujeitos de comportem de forma mais tolerante consigo mesmo e com o outro.

Referências Bibliográficas

- ARAUJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. In: *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, n.º 2, São Paulo: 2002, p. 70-77.
- BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Ave Maria, 1975.
- CARVALHO, V. B. C. L. de. *Desenvolvimento humano e psicologia: generalidades, conceitos e teorias*. Belo Horizonte UFMG, 1996.
- COSTA, M. (org.). *Vida a dois*. 11a. ed. São Paulo: Mandarim, 1996.
- COWAN, C.; KINDER, M. *Mulheres inteligentes, escolhas insensatas: como encontrar os homens certos e evitar os errados*. 28a. ed. Rio de Janeiro: Rocco Ed., 1991.
- CUSCHNIR, L. *A relação mulher & homem: uma história dos seus encontros e diferenças*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. 3a ed. Rio de Janeiro: Taurus, 1994.
- ENCICLOPÉDIA ENCARTA. *Casamento*. [CD-Room]. Britânica, 2002.
- ERIKSON, E. H. *Identidade: Juventude em crise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1968.

- FREUD, S. Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 303-307.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972, p. 121-252.
- GIKOVATE, F. *Vida a dois*. 11.ª ed., São Paulo: Madarim, 1996.
- GRAY, J. *Marte e Vênus juntos para sempre: Novas formas de relacionamento para o amor duradouro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- GRAY, J. *Homens, mulheres e relacionamentos: fazendo as pazes com o sexo oposto*. 2. ed., Rio de Janeiro: Rocco; 1996.
- MONTEIRO, A. M. Avanços no estudo da conjugalidade: os casais de dupla carreira. In: *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*: n.º 3; São Paulo: 2001, p. 10-19.
- MORGAN, L. H. *A sociedade primitiva*. 3ª ed. São Paulo: Editorial Presença, 1989.
- MURARO, R. M.; BOFF, L. *Feminino e masculino – uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- NASIO, J. D. (org). *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- NASIO, J. D. *Lições sobre os sete conceitos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- PEASE, A. e B. *Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor?: uma visão científica (e bem humorada) de nossas diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- RÚDIO, F. V. *Compreensão humana e ajuda ao outro*. 3.ª ed., Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

DOENÇA DE PEYRONIE E A SEXUALIDADE FALOCÊNTRICA*

*Renato Galvão do Rio Apa Filho¹
Paulo Roberto Bastos Canella²*

Resumo: Apesar dos avanços no conhecimento da sexologia, em diversas áreas ainda existem muitas dificuldades a superar em um mundo falocêntrico onde a sexualidade masculina é considerada simples, direta e livre de intercorrências. A doença de Peyronie, patologia exclusivamente masculina de origem idiopática e inserida no conceito de diátese fibroblástica, possui extensa literatura propondo variados métodos para seu tratamento, porém pouco se tem dito quanto a seus reflexos na sexualidade masculina.

Nessa perspectiva, tivemos como objetivo correlacionar as alterações provocadas por esta patologia a transtornos da sexualidade masculina e suas conseqüências diádicas. Neste trabalho estudamos a evolução desta patologia quanto a sexualidade, as emoções e as relações diádicas e a possibilidade dos sintomas da doença de Peyronie influenciarem a atividade sexual e a auto-estima através de ansiedade antecipatória e insegurança de desempenho.

Palavras-chave: Doença de Peyronie, Pênis, Coito doloroso, Sexualidade masculina.

Abstract: In spite of recent advancement in the knowledge of sexology in several areas, there are still many difficulties to be overcome in a phalocentric world where male sexuality is regarded as simple, straightforward and free of hardly any variations whatsoever.

Peyronie's disease is a pathology restricted to the male gender. It is still of unknown etiology and is considered as a fibroblastic diathesis. Although vast literature has been published, and a fair amount of it proposing an assortment of methods aiming at its treatment. Nevertheless anything at all has been discussed concerning its treatment and repercussion on male sexuality.

*Trabalho realizado durante Curso de Mestrado da UGF.

¹Mestre em Sexologia – Mestrado em Sexologia da UGF.

²Professor Titular – Mestrado em Sexologia da UGF e Instituto de Ginecologia da UFRJ. E-mail: parobastos@ig.com.br.

In such a perspective the present work aims at investigating the close connexions between the changes caused by this pathology and the sexual disturbances of male sexuality in consequence of it.

Therefore the present work tackles the issues connected with the evolution of the studied pathology, sexuality, emotions, diathetic relationships and self-esteem which are the source of anticipatory anxiety and lack of self-confidence regarding their sexual performance.

Keywords: Peyronic disease, Penis, Coitus painful, Masculine sexuality

Ao longo da história da humanidade, cada cultura expressou sua sexualidade na forma de simbolismos e fatos concretos, pertinentes aos seus paradigmas. Construíram condutas que determinaram verdadeiros “modus vivendis”, sócio-culturais. Aparentemente em quase todas as culturas, em especial na nossa, helênica-judaico-cristã, o falo simbolizou o poder.

Assim, hoje, vivemos um mundo falocêntrico onde, nos tempos idos, de alguma maneira a realidade acerca do pênis foi substituída pela força do simbólico. O padrão ora vigente nos impõe a fantasia de que a qualidade da experiência sexual e a avaliação do “ másculo ” estão diretamente relacionadas com o tamanho, o poder e a capacidade de penetração do pênis.

A importância dada ao pênis extrapolou as suas limitações fisiológicas e o centralizou como o catalisador fálico das alegorias criadas pela nossa cultura onde, segundo Zilbergeld (1978), a sexualidade masculina é considerada simples, direta e livre de enigmas.

Entretanto, no mundo vívido, o pênis está sujeito, como qualquer outro órgão do corpo humano, a apresentar inúmeras patologias, inclusive a denominada doença de Peyronie.

Não obstante a fibrose peniana ter sido reconhecida por Vesalius e Fallopius, no século XVI, esta patologia só veio a ser descrita pela primeira vez há três séculos, mais precisamente em 1743, por François Gigot de La Peyronie, médico do rei francês Luís XV, como “ *um dos obstáculos que se opunha à ejaculação natural da semente* ”. Até os nossos tempos esta doença permanece incompreendida, tanto na área do conhecimento médico, quanto na avaliação dos distúrbios psíquicos que se instalam, pela sua presença, na sexualidade do indivíduo e no seu relacionamento diádico. Na maioria das vezes, a doença de Peyronie desenvolve-se a partir dos 40 anos e atinge “ *até 3% da população masculina e cada vez com maior freqüência* ”. (Bonaccorsi, 2003). Considerada de origem idiopática, consiste em uma fibrose na túnica albugínea dos corpos cavernosos do pênis.

A fibrose, *enduratio penis plastica*, em sua evolução clínica, pode desencadear um processo doloroso (dispareunia) e desenvolver desvio angular do eixo peniano. Tanto o desvio

quanto a dor acabam prejudicado o intercuro sexual, bem como a sexualidade tanto do indivíduo, em si, quanto de suas relações sexuais (Bivalacqua, 2000).

Vejam os conceitos relacionados à doença de Peyronie, seus aspectos clínicos, suas possibilidades terapêuticas atuais e seus reflexos sobre a sexualidade.

Inúmeras condições médicas gerais podem induzir um transtorno erétil masculino. Doenças infecciosas, parasitárias e cardiovasculares, contribuidores farmacológicos, evenenamentos, procedimentos cirúrgicos, terapias por radiação, transtornos hepáticos, pulmonares, genéticos, nutricionais, endócrinos, neurológicos, renais e urológicos são listados como admissíveis bases orgânicas da disfunção erétil masculina.

A doença de Peyronie, transtorno exclusivamente masculino, não mostrou até o momento evidências de ser sexualmente transmissível ou apresentar malignidade. Sua natureza ainda é classificada como sendo de origem desconhecida. Caracteriza-se pelo aparecimento de placas fibro-escleróticas, de tamanhos variáveis, na túnica albugínea, comprometendo a elasticidade dos corpos cavernosos durante as ereções penianas, assemelhando-se, segundo Rahway (1977), à contratura de Dupuytren, uma contração fibrótica da fascia palmar capaz de gerar deformidade na flexão dos dedos das mãos, bem como a perda da função dos mesmos, em casos extremos. Como a doença de Peyronie a contratura da fascia palmar é idiopática, (Wilson 1997) e se manifesta nos homens na proporção de 7:1 com relação às mulheres. De acordo com Turek (2000), há associação freqüente de lesões nos cêndilos digitais com nódulos plantares e penianos (doença de Peyronie) o que sugere uma diátese (predisposição do organismo para ser afetado por doenças da mesma natureza, porém com localizações diferentes).

Outras tendinites fibro-estenosantes (tenovaginite de De Quervain e o dedo “em gatilho”) propiciam desvios angulares no polegar e na superfície palmar, próximo às articulações metacarpo-falangeanas, por alterações inflamatórias localizadas em suas bainhas comuns. Os achados anátomo-patológicos são comparáveis aos da doença de Peyronie. Estas tenosinovites, a exemplo da doença de Peyronie, não respondem de modo eficaz a tratamentos conservadores; no entanto, podem ser corrigidas cirurgicamente com resultados positivos, tanto na área funcional quanto estética. Certamente as regiões anatômicas envolvidas diferem, em funcionalidade, do pênis, por não envolverem mecanismos eretivos.

Ainda no âmbito destas conexões diatésicas, buscamos, mas não encontramos, até o presente momento, nenhuma menção a uma possível relação entre a doença de Peyronie e o Schwanoma vestibular (neurinoma do acústico ou do VIII par craniano), entretanto, supomos que futuras pesquisas possam criar novos horizontes sobre esta correlação.

Creemos que uma patologia como a doença de Peyronie, ainda considerada uma desordem de origem idiopática, possa influenciar significativamente, pela deformidade peniana, a sexualidade de seus portadores e as suas relações sexuais.

A visão atual sobre a sexualidade do ser humano nos mostra que ela está intimamente ligada à sua personalidade e está baseada em *modelo integrado pela biologia, psicologia e sociologia* (Kaplan, Sadock & Grebb, 1977), contrapondo-se à posição cartesiana, que prevalecia até pouco tempo no mundo ocidental. A dicotomia cartesiana tradicional considerava o corpo e a mente como entidades separadas.

Freud (1920), em “*Além do Princípio do Prazer*”, sistematizou suas principais idéias sobre a sexualidade humana, argumentando que duas pulsões opostas englobariam a totalidade de variantes do comportamento do homem, tanto o saudável quanto o patológico. No entanto, ciente de que suas especulações não passariam de hipóteses, pelo menos durante o seu tempo de vida, termina essa obra de modo magistral, afirmando (pág. 60): “*A biologia é, verdadeiramente, um campo de possibilidades ilimitadas. Nós podemos esperar que ela nos dê as mais surpreendentes informações e, não podemos imaginar quais respostas, daqui a algumas décadas, ela oferecerá para as questões que atualmente lhe apresentamos. Elas podem ser de um tipo que venham a destruir toda a estrutura artificial de nossas hipóteses*”.

Quase um século após Freud ter preconizado o progresso atual da biologia, as neurociências vêm preenchendo as lacunas e nos apresentando pesquisas que comprovam que a motivação humana é um espectro mais amplo e mais complexo de tendências comportamentais, envolvendo no mínimo, duas classes distintas de fenômenos que englobam as pulsões amorosas e agressivas por ele delineadas.

Apesar dos grandes avanços científicos, um dos maiores desafios da atualidade continua sendo a compreensão das relações humanas, pois a sexualidade é diversificada e determinada por uma variedade complexa de fatores (Master & Johnson, 1985). Entre estes fatores estão as possibilidades terapêutica medicamentosa e cirúrgica.

Atualmente, aplicam-se, à doença de Peyronie variadas opções de tratamento, tais como: medicamentos orais, que podem estar associados a substâncias para uso intralesional, procedimentos cirúrgicos e aplicação de fontes energéticas sobre a placa fibromatosa.

O tratamento clínico é considerado indicado para os pacientes que não apresentem comprometimento da função erétil. Nessa condição, o tratamento visa a aliviar a dor e curar ou estabilizar a evolução desta enfermidade. Dentre as drogas orais mais utilizadas (esteróides antiinflamatórios não hormonais, paraminobenzoato de potássio, colchicina e tamoxifeno), merecem um maior destaque as drogas derivadas do alfa tocoferol (Vitamina E).

A vitamina E (Rodrigues et al.,1995) além de estar presente na formação de todos os tecidos de origem mesodérmica, inclusive das fibras colágenas e elásticas do tecido conjuntivo peniano, participa da manutenção de suas funções bioquímicas. Por ser um antioxidante natural, a vitamina E atua impedindo a oxidação dos compostos polinsaturados responsáveis pela formação de radicais livres nocivos

ao organismo (Melo, 2002). Devido às suas ações lipofílicas, a vitamina E acumula-se nas membranas celulares, protegendo-as sob o aspecto funcional, principalmente inibindo a peroxidação lipídica.

Doses diárias entre 800 mg. e 1000 mg. de vitamina E têm se mostrado úteis na estabilização do quadro evolutivo da doença de Peyronie, quando administradas de modo continuado a partir de seu estágio inicial. Linus Pauling, defende a hipótese de a associação entre as vitaminas C e E incrementar a potencialização da capacidade de inibição da peroxidação lipídica nas membranas celulares durante os processos inflamatórios, por sua capacidade de estimular a produção orgânica de interferon alfa humano.

Modelos de tratamento baseados no uso de agentes injetáveis intralesionais (interferon alfa-2a, prostaglandina, papaverina, fentolamina, verapamil ou hidrocorticóides), bem como a utilização de fontes energéticas (radioterapia, ultra-som, iontoforese, laser de dióxido de carbono), mostram eficácia relativa no tratamento da doença de Peyronie, conforme demonstram os estudos publicados desde Arena, Felippeto, Kim e Wegner (1995); Judge, Polat e Treffiletti (1997); Rehman (1998) até Incrocci (2000).

Brock (2002) alerta que a utilização de agentes específicos para o tratamento da disfunção erétil, tais como tadalafil, vardenafil, sildenafil e apomorfina, deve ser aplicada com cautela em pacientes com deformidade peniana anatômica, como por exemplo, a doença de Peyronie. Tal alerta se deve ao fato de não existir referências, nos bancos de dados dos seus fabricantes, que versem sobre o assunto.

De acordo com Levine e Lenting (1997), quando o tratamento conservador da doença de Peyronie fracassa, a opção cirúrgica ideal não está bem definida e depende de um algoritmo baseado em experiências cirúrgicas prévias.

Assim, se esta patologia evolui, comprometendo a função erétil, seja por alterações no mecanismo veno-oclusivo dos corpos cavernosos, ou por impedimento a penetração, face ao grau de intensidade da curvatura peniana, o tratamento cirúrgico encontra as suas justificativas.

A cirurgia de Nesbit foi descrita em 1965, com a finalidade de corrigir curvaturas penianas congênitas. Em 1977, foi utilizada para corrigir o efeito provocado pela doença de Peyronie. Os resultados iniciais, segundo Ralph (1995) foram satisfatórios em 82% dos casos, porém, Andrews e Pryor (2001) alertam sobre a necessidade de ponderar as causas do variado grau de encurtamento peniano ocorrido pós-cirurgia. De fato, a deformidade peniana pode ser corrigida, com sucesso, pela cirurgia de Nesbit, mas gera, no entanto, encurtamento do pênis.

A tentativa de manter o tamanho original do pênis, através da excisão da placa e uso concomitante de enxertos, tais como: fâscia temporal (Gelbart e Hayden, 1991), material sintético (Lowe, Parsons e Schmidt, 1982), túnica vaginal (Das, 1980), ou derme (Devine, 1974) apresenta um excelente resultado cosmético.

Entretanto, está associada a um alto risco de disfunção erétil, que pode ocorrer em 60% a 100% dos pacientes operados, como nos alerta Brannigan (1998).

Uma nova técnica cirúrgica, desenvolvida por Lue (1998), utilizando-se de incisão na placa fibrótica seguida de enxerto de veia safena (cirurgia de Lue) vem substituindo a técnica de excisão da placa. Todavia as complicações, incluindo o “pênis em ampulheta”, após a cirurgia, permanecem, ainda, um risco ainda a ser contornado.

Eric Roger Wroclawski (2003), presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, enfatiza que a cirurgia peniana só está indicada caso resulte em melhor capacidade funcional, seja em casos específicos de alterações anatômicas congênitas (hipospádia, micropênis, fimose) ou adquiridas. Nestas últimas podem ser incluídos os traumas penianos e a doença de Peyronie.

A terceira via, de tratamento atual, consiste na terapia extracorpórea por ondas de choque altamente energéticas (Claro e Srougi, 2003). À semelhança da litotripsia, por ondas de choque, utilizada no tratamento dos cálculos renais, essa técnica vem demonstrando relativo sucesso no tratamento da doença de Peyronie.

O método não é invasivo e pode ser realizado em ambulatórios por não necessitar de anestesia ou analgesia. No entanto, exige um litotriptor que localize a placa de Peyronie através de ultra-som. O tratamento requer três sessões de ondas de choque, que variam entre 40 e 60 minutos de duração. A análise dos resultados iniciais, segundo seus autores, aponta um índice de sucesso em torno de 70%, sem complicações e com melhora na qualidade das ereções dos pacientes.

Entretanto, o que os estudos atuais no âmbito da sexologia vêm demonstrando é a impossibilidade de se fazer demarcações claras entre processos biológicos, psicológicos e sociais, apesar desta interação produzir efeitos recíprocos sobre a sexualidade do indivíduo e em seus sentimentos (Harris, 2001), entre eles a ansiedade antecipatória e a insegurança de desempenho.

As necessidades no mundo social atual são dinâmicas e, segundo Bingham (1991) estão em constantes mudanças. Não poucas vezes o sujeito deixa de fazer e de ser aquilo que realmente deseja, para atender a uma exigência social, valorizando a manutenção da boa convivência com seu grupo de referência, a necessidade de aceitação e a aprovação por parte deste grupo, mesmo que tenha de mascarar seus verdadeiros sentimentos.

Seus sentimentos permanecem, concorda Conti (2001), orientados pelos padrões comportamentais ditados pela sociedade e são internalizados pelos indivíduos. Igualmente, sua sexualidade é diversificada e determinada por uma interação complexa de fatores. Ela é afetada pelos relacionamentos do indivíduo com os outros, pelas próprias circunstâncias da vida e pela cultura na qual ele vive.

Ainda de acordo com Zilbergeld (1978), a sexualidade é um assunto que requer sempre a necessidade de grande esclarecimento, principalmente no que concerne

às habilidades sociais e sexuais em relação ao desempenho de homens e mulheres, visto que os estereótipos construídos em torno das sexualidades masculina e feminina persistem ainda na mentalidade da sociedade como um todo.

Assim sendo, a sexualidade de uma pessoa está tão estreitamente ligada a fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, quanto reflete experiências evolutivas com o sexo ao longo de todo o seu ciclo vital. Estes fatores, ao interagirem entre si, segundo Harris (2001), apresentam os padrões basais da sua própria constituição, gerando efeitos recíprocos no desenvolvimento da sexualidade do sujeito e em seus sentimentos.

Significativo progresso tem sido realizado na avaliação e tratamento dos fatores incidentes sobre os distúrbios da sexualidade durante os últimos 15 anos. O estabelecimento de equipes interdisciplinares e a evolução de centros de pesquisa têm alcançado uma abrangente apreciação do estado da arte e das múltiplas opções inovatórias de percepção destas ocorrências. No entanto, limitações em nosso conhecimento, de qualquer modo, persistem porque padrões relativos à diversidade não estão, ainda, devidamente mensurados.

Este campo não está, ainda, bem demarcado e temos a expectativa de que novos refinamentos nas técnicas de avaliação baseadas em atualizações médico-fisiológicas e novas abordagens psicológicas e analíticas tornarão os distúrbios da sexualidade tratáveis de maneira mais efetiva.

Não raro será necessário acompanhamento, pois em nossa experiência 73,5% dos doentes consideraram estar a sua sexualidade relacionada a aparência de seus órgãos sexuais. É destes, 60% consideram a impotência como sintoma mais marcante da doença de Peyronie. Ansiedade e insegurança constituem para este grupo 68% dos sentimentos percebidos e, apenas, 40% deles consideraram o desempenho sexual como bom ou regular. Os prejuízos para a sexualidade foram da ordem de 96% e apenas 24% dos entrevistados acreditam na melhoria da sua sexualidade no futuro. Sabemos que não basta tratar o distúrbio peniano, é fundamental fazer um cuidadoso diagnóstico das inadequações sexuais produzidas pela doença e com frequência estes cuidados devem estender-se a parceira (ou parceiro) que inevitavelmente estão envolvidos com a disfuncionalidade do portador da doença de Peyronie.

Materializa-se, portanto, a necessidade de definir a causalidade da doença de Peyronie, sua evolução, seu atual estado da arte, seus reflexos na sexualidade de seu portador e nas relações deste com seus parceiros. Estas informações nos permitirão propor uma formulação, em termos práticos, da terapêutica quanto aos fatores psicológicos determinantes, precipitantes e mantenedores do processo que se instalou.

A avaliação destas premissas também poderá fornecer os subsídios necessários para que se possa definir qual o tipo de intervenção na terapêutica orgânica que possa restabelecer a interação entre a doença de Peyronie e a sexualidade em busca da cura.

Referências bibliográficas

- ANDREWS, H. O. et al. The Nesbit operation for Peyronie's disease: an analysis of failures. *BJU International*, 87, 658-660, 2001.
- ARENA, F. et al. Clinical effects of verapamil in treatment of Peyronie's disease. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 66:6, 269-72, 1995.
- BINGHAM, S. G. Communication strategies for managing sexual. *Journal of Applied Communication Research*, 59-63. New Orleans, 1991.
- BIVALACQUA, T. J.; PUROHIT, S. K. e HELSTROM W. J. Peyronie's disease: advances in basic science and pathophysiology. *Current Urology Reports*, 1 (4): 297-301, 2000.
- BONACCORSI, A. *Disfunção sexual masculina; tudo o que você e ela gostariam de saber*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRANNIGAN, R. E. et al. Comparison of tunica albuginea substitutes for treatment of Peyronie's disease. *Journal of Urology*, 159:3, 1064-4, Mar, 1998.
- BROCK, G. et al. Efficacy and Safety of Talalafil and Similar for the Treatment of Erectile Dysfunction: Results of Integrated Analyses. *Journal of Urology*, 168: 1332-1336, Jan, 2002.
- CLARO, J. A.; SROUGI, M. Disfunção erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, 55-64, vol.60, ed. esp. Dez, 2003.
- CONTI, M. C. S. *Ética e direito na manipulação do genoma humano*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.
- DAS, S. Peyronie's disease; excision and autografting with tunica vaginalis. *Journal of Urology*, 124:818, 1980.
- DEVINE, C. J. Surgical treatment of the Peyronie's with a dermal graft. *Journal of Urology*, 111:44, 1974.
- FELIPPETO, R. et al. R. Laser and ultrasonic therapy in simultaneous emission for treatment of palstic penile induration. *Minerva Urol Nefrol*, 47:1, 25-9, Mar, 1995.
- FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVIII, 17-85. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GELBARD, M. K. e HAYDEN, B. *Expasion contractures of the tunica albuginea due to Peyronie's disease with temporalis free grafts*. *Journal of Urology*, 145:772, 1991.
- HARRIS, T. *Dragão vermelho*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- INCROCCI, L.; HOP, W.C. e SLOB, A. K. Current sexual functioning in 106 patients with Peyronie's disease treated with radiotherapy 9 years earlier. *Urology*, 56(6):1030-4, Dec, 2000.
- JAROW, J. P e LOWE, F. C. Penile trauma: an etiologic factor in Peyronie's disease and erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 158:4, 1388-90, Oct, 1997.

- JUDGE, I. S. e WISNIEWSKI, Z. S. Intralesional interferon in the treatment of Peyronie's disease; pilot study. *British Journal of Urology*, 79:1, 40-2, Jan, 1997.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. e GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria; ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- KIM, E. D. e MC VARY, K. T. Long-term followup of treatment of Peyronie's disease with plaque incision, carbon dioxide laser plaque ablation and placement of a deep dorsal vein patch graft. *Journal of Urology*, 153:6, 1843-6, Jun, 1995.
- LEVINE, L. A. e LENTING, E. L. A surgical algorithm for the treatment of Peyronie's disease. *Journal of Urology*, 158:6, 2149-52, Dec, 1997.
- LUE, T. F. Venous patch graft for Peyronie's disease. *Journal of Urology*, 160:2047-9, 1998.
- MASTERS, W. H. e JOHNSON, V. E. *A inadequação sexual humana*. São Paulo: Roca, 1985.
- MELO, J. M. S. *Dicionário de especialidades farmacêuticas: def 2002/03*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2002.
- PEYRONIE, F. G. *Sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence*. *Mém. Acad. Chir.*, 425-434 (nova edição), 316-323, 1819
- POLAT, O. et al. Peyronie's disease: intralesional treatment with interferon alpha-2A and evaluation of results by magnetic resonance imaging. *International Urology and Nephrology*, 29:4, 465-71, 1997.
- RAHWAY, N. J. *El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. EUA: Merck & Co. Inc, 1977.
- RALPH, D. J.; AL AKRAA, M. e PRIOR, J. P. The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year experience. *Journal of Urology*, 154:4, 1362-3, Oct, 1995.
- REHMAN, J. et al. Results of surgical treatment for abnormal penile curvature: Peyronie's disease and congenital deviation by modified Nesbit plication (tunica shaving and plication). *Journal of Urology*, 157:4, 1288-91, 1997.
- REHMAN, J.; BENET, A. e MELMAN, A. Use of intralesion verapamil to dissolve Peyronie's disease plaque: a long-term single-blind study. *Urology*, 51:4, 620-6, Apr, 1998.
- RODRIGUES, C. I. et al. Results of radiotherapy and vitamin E in the treatment of Peyronie's disease. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 31:3, 571-6, Feb, 1995.
- SMITH, B. H. Subclinical Peyronie's disease. *The American Journal of Clinical Pathology*, 52:4, 385-390, 1969.
- TREFFILETTI, S. et al. Iontophoresis in the conservative treatment of Peyronie's disease: preliminary experience. *Archivio Italiano di Urologia, Nefrologia, Andrologia*, 69:5, 323-7, Dec, 1997.
- TUREK, S. L. *Ortopedia: princípios e sua aplicação*. São Paulo: Editora Manole, 1991.

- WEGNER, H. E. et al. Local interferon-alpha 2b is not an effective treatment in early-stage Peyronie's disease. *European Urology*, 32:2, 190-3, 1997.
- WILSON, G. R. Current surgical treatment of Dupuytren's disease. *British Journal of Clinical Practice*, 51:2, 106-110, 1997.
- WROCLAWSKI, E. R. Medidas extremas, *O Globo*, Rio de Janeiro, 25-mar. 2003, *Jornal da Família*, p.1, 2003.
- ZILBERGELD, B. *Male sexuality*. San Francisco: Washington Post Book, 1978.

ESTUDOS DE CASOS

TRANSEXUALIDADE: UMA QUESTÃO DE IDENTIDADE

Sérgio José Alves de Almeida¹

Luciana Dotta²

Rudolf Krawczenko Feitosa de Oliveira³

Resumo: O presente estudo de caso aborda a problemática da transexualidade, um dos aspectos mais controversos da sexualidade humana. Apresenta os enfoques básicos do transexual homem → mulher A., 39 anos, branco, residente em São José do Rio Preto, que frequenta o Programa de Disforia de Gênero do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Embora desde a infância possuir o sentimento de inadequação quanto ao próprio gênero, apenas há três anos conheceu o conceito de transexualidade e deu início à sua “transformação” para o sexo feminino, o que representa um fato peculiar em termos de transexualidade. Não se identifica com homossexuais e tampouco com travestis. Atualmente vive as vinte e quatro horas do dia na condição de mulher e aguarda sua cirurgia de redesignação sexual. A. é solteiro, tem namorado, mora com uma amiga e trabalha como recepcionista.

Abstract: Transsexuality can be considered one of the most controversial aspect of human sexuality. This case study presents some important approaches of A., a man → woman transsexual, 39 years old, white, from São José do Rio Preto. He has been attending the gender dysphoria program at Hospital de Base, São José do Rio Preto Medical School, FAMERP. Although, since childhood he had faced his own gender inadequacy, only three years ago he noticed the concept of transsexuality. Afterwards, he initiated himself into “tranformation” of female Sex. This can be considered a special fact on transsexuality overview. He does not identify himself with both homosexuals and transvestites. At present, he has been

¹Médico Psiquiatra. Terapeuta Sexual. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. Responsável pelo setor Psiquiátrico/Sexológico do programa de Disforia de Gênero da FAMERP. E-mail: sergio.a@terra.com.br

²Acadêmica do terceiro ano de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP.

³Acadêmico do terceiro ano de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP.

living like a woman, expecting for his sehuai redesignation surgery. A. is single, has a boyfriend, shares a room with a female friend and works as a receptionist.

Introdução

De acordo com o dicionário Aurélio, a definição do conceito de identidade seria o conjunto de caracteres próprios e exclusivos de um indivíduo, que o faz ser reconhecido como ele mesmo. Este é exatamente o ponto crucial para o entendimento da questão transexual.

PAMPLONA DA COSTA, em “Os Onze Sexos” (1994), nos traz que “ao longo de quase toda uma vida, desde a infância, os transexuais sentem-se como uma pessoa que nasceu com o ‘corpo trocado’. São almas femininas, aprisionadas em corpos masculinos, ou vice-versa”. GOLDENSON E ANDERSON, em seu “Dicionário do Sexo” (1989), define a transexualidade como “distúrbio de identidade de gênero, caracterizado por um persistente sentimento de desconforto em relação ao próprio sexo anatômico, assim como uma necessidade obsessiva de mudar os órgãos sexuais, viver e se sentir como pessoa do outro sexo”. Outra conceituação nos apresentam VERDE E GAZIOTTIN em “Transexualismo, o Enigma de Identidade” (1997), quando se referem à transexualidade como uma “síndrome transexual”, sendo esta a “convicção precoce, permanente e irreversível de pertencer ao sexo oposto, em uma pessoa totalmente normal, sob o ponto de vista cromossômico, hormonal ou somático”. RAMSEY em “Transexuais, Perguntas e Respostas” (1999), trata o tema como “o sentimento de infelicidade ou depressão quanto ao próprio sexo”.

É importante diferenciar os transexuais dos homossexuais e travestis. Homossexualidade não é uma questão de identidade e sim de orientação sexual. O indivíduo apresenta-se absolutamente satisfeito com o próprio corpo e genitais, porém possui orientação afetiva sexual para o próprio sexo. Já os travestis, se vestem com roupas do sexo oposto geralmente para obtenção de gratificação sexual. Aceitam, gostam e utilizam sua própria genitália, experimentando uma mudança apenas momentânea de papel sócio/sexual. O transexual, como já referido, não aceita o próprio corpo e o papel a ele atribuído pela sociedade de acordo com seu sexo biológico, chegando por vezes a não se identificar com sua imagem no espelho e a ter repulsão por seus genitais. Não podemos deixar de citar que, apesar da transexualidade não ser uma questão recente (há referências mitológicas e personagens reais envolvidos nessa problemática que datam de milênios), ela ainda é vista como um ponto obscuro da sexualidade, tanto para a população em geral, como para grande parte da sociedade médica. Cada ser humano possui uma identidade sexual correspondente ao seu sexo biológico, desta maneira, homens apresentariam identidades masculinas e mulheres, femininas, independentemente de sua orientação sexual (heterossexuais, bissexuais,

homossexuais). Os transexuais, por sua vez, apresentam identidade cruzada. Ou como preferem dizer, “uma alma presa a um corpo que não lhes pertence”.

Relato de Caso

A., sexo masculino, branco, 39 anos, solteiro, natural de São Paulo, residente em São José do Rio Preto, possui ensino fundamental incompleto (até 4ª série primária), recepcionista de uma empresa de moto-taxi, é um transexual homem → mulher que há 4 anos participa do Programa de Disforia de Gênero do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Procurou nosso serviço com a seguinte queixa: *“eu me olho no espelho, me pergunto onde eu estou, por que eu vejo um homem, mas me sinto mulher”*.

A. relata ter tido uma infância relativamente normal, nos padrões sociais masculinos (vestimenta, brinquedos e regras sociais típicas de seu gênero), mas diz que sempre se sentiu diferente, embora não conseguisse identificar porque: *“eu tinha o sentimento, mas não pus para fora”*.

Perdeu a mãe precocemente, passando a morar apenas com o pai e parentes. Seu pai faleceu no início da sua adolescência, quando então já havia se mudado para São José do Rio Preto. Aos 9 anos sentiu-se atraído por um rapaz de 15 anos e aos 11 anos teve sua primeira experiência sexual (sexo oral) com seu primo de 15 anos, por livre e espontânea vontade: *“nunca fui seduzida. O que eu senti foi natural mesmo”*.

Embora se portasse como rapaz, sempre escondendo seus verdadeiros sentimentos, muitas vezes era vítima de chacotas, sendo rotulado como “bicha” e “viado”: *“...me sentia acusada de um crime que não cometi”*. Quando do surgimento dos caracteres sexuais secundários, o sentimento de desconforto com o próprio corpo tornou-se traumático. Já não suportava mais olhar-se no espelho e tirar fotos.

Aos 16 anos revelou-se para sua família como homossexual, embora não se identificasse como tal, fato que causou polêmica no ambiente familiar.

Nunca admitiu vestir roupas femininas tendo genitália masculina: *“o que me impedia de assumir é que eu nunca concordei em andar vestida de mulher com um pênis no meio da perna”*.

Refere que era muito assediado por mulheres e chegava até a sentir medo. Namorou três mulheres mas não teve relações sexuais com nenhuma delas: *“beija, abraça e para mim era uma geladeira”*. Namorou mais de vinte homens mas na época nunca praticou sexo anal.

Nunca se identificou com travestis ou com homossexuais, tampouco frequentou seus ambientes.

Aos 35 anos, assistindo à televisão, conheceu o Programa de Disforia de Gênero do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, quando

finalmente se identificou como transexual, sendo este seu primeiro contato com o conceito de transexualidade: *“áí eu chorei... de emoção, por saber que eu não era uma bicha... eu me descobri uma transexual”*.

Logo em seguida procurou o serviço com o desejo de realizar a cirurgia de redesignação sexual, sendo então esclarecido que deveria passar por um processo de avaliação e “transformação” durante um longo período.

No seu processo de “transformação” de homem para mulher, teve suporte do serviço e ajuda de outros transexuais que o ensinaram como se depilar, maquiagem e se vestir como mulher. Passou a utilizar estrógeno fornecido pelos médicos e outros hormônios por conta própria para “remodelação” do corpo. Seus amigos e familiares o apoiaram: *“então elas falaram (amigas): ‘Ah! Você nunca foi homem mesmo...’”*. Devido a esse processo, perdeu seu emprego na época (zelador de um edifício). Após um período de tempo, passou a viver as 24 horas do dia como mulher, expondo pela primeira vez seu verdadeiro eu.

Atualmente namora um homem com o qual mantém relações sexuais, incluindo sexo anal.

Diz não se iludir com relação à sua vida após a cirurgia, que sofrerá decepções como qualquer mulher normal. Sonha em colocar biquíni, ir a um baile com vestido longo e ter relação sexual prazerosa vaginal: *“a cirurgia vai tirar uma peça que nasceu errada”*. Nutre o desejo de adotar filhos.

Discussão

Este relato de caso demonstra a dificuldade encontrada por muitos transexuais em identificarem-se como tais e procurarem serviços de apoio. Estatísticas variam de 1:30.000 a 1:100.000 para transexuais masculinos (homem→mulher) e 1:100.000 a 1:400.000 entre femininos (mulher→homem), mas provavelmente este número é muito maior. Existem muitos casos não identificados e não relatados, tanto por desinformação, preconceito ou por ausência de serviços especializados. A transexualidade geralmente é pontuada por determinados acontecimentos comuns, tais como: a não aceitação do papel social do seu próprio gênero desde a infância, a falta de compreensão e/ou a não aceitação por parte dos familiares e amigos, as experiências de travestismo, a não identificação com travestis e homossexuais, e o mais importante, o que identifica de fato o transexual como tal, o sentimento de inadequação quanto ao próprio corpo, genitais e caracteres sexuais secundários, o que leva os transexuais a buscarem a cirurgia de redesignação sexual.

A. é um caso confirmado de transexual homem→mulher, embora sua história não seja típica. Na infância, apesar do sentimento de desconforto e a sensação de “ser diferente dos outros meninos” aceitou o papel social do seu próprio gênero sem maiores conflitos. Vestia-se, portava-se e fazia parte dos jogos sociais masculinos.

Nunca se travestiu pois não concordava em usar roupas femininas tendo genitália masculina. Com a chegada dos caracteres sexuais secundários próprios do homem (barba, pêlos, engrossamento da voz, desenvolvimento típico da musculatura, etc.) tornou-se muito recluso. Essas atitudes constituem um mecanismo de defesa inconsciente desenvolvido para protegê-lo de sua realidade transexual, reprimindo sua verdadeira personalidade de maneira muito intensa.

Durante sua vida adulta, o sentimento de repressão e inadequação em relação ao próprio corpo intensificou-se, aumentando a sensação de desorientação pois não se encaixava em nenhum papel sócio/sexual.

Quando A. chegou pela primeira vez ao Programa de Disforia de Gênero do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, ainda não havia iniciado nenhuma etapa do seu processo de transformação homem → mulher, o que constitui um fato raro. A quase totalidade dos transexuais que procuram este tipo de serviço, já se apresentam assumindo algum tipo de caracterização feminina como roupas, adereços, maquiagem, depilação ou até remodelação corporal (homônimos e pequenas cirurgias plásticas). Uma vez inserido no programa, A. conscientizou-se rapidamente de sua verdadeira realidade e sua adequação ao grupo realizou-se em um curto espaço de tempo, adaptando-se muito bem ao tratamento. Outro aspecto peculiar da história de A. diz respeito à boa aceitação, por parte de seus familiares e amigos, de sua condição transexual, o que não acontece na maioria dos casos.

O tratamento de A. consiste em psicoterapia individual, terapia em grupo, acompanhamento por psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, sexólogo, clínico, cirurgião e por assistente social. Foram realizadas avaliações psiquiátricas e psicológicas utilizando-se dos seguintes testes: HTP, MMPI, Wais, Beck e Idate.

Os testes HTP e MMPI avaliam, em níveis diferentes, a personalidade do indivíduo: A. coloca-se na sua família como mulher e não apresenta transtornos mentais. Na aplicação do teste Wais, observou-se um Q.I. compatível com seu grau de escolaridade. Por fim, os testes Beck e Idate apontaram, respectivamente, um quadro de depressão mínimo (não patológico) e nível de ansiedade dentro da normalidade.

Conclusão

A transexualidade é um fenômeno único e bem definido, em que a mente não se adequa ao corpo ou vice-versa (identidade cruzada). Temos de um lado aspectos biológicos de um sexo e do outro, identidade de gênero do sexo oposto.

Atualmente, a única solução é adequar o corpo à mente através da cirurgia de redesignação sexual, uma vez que o inverso não é possível. Este tipo de cirurgia foi liberada para ser realizada em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa, em caráter experimental, pelo Conselho Federal de Medicina, portaria

no.1482/97. De acordo com a resolução no.1652/2002 a cirurgia de redesignação sexual homem → mulher pode ser realizada em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa. É necessário ser maior de 21 anos, ter acompanhamento de no mínimo dois anos por uma equipe multidisciplinar e a ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia, além de um diagnóstico preciso.

Uma vez realizada a cirurgia, os transexuais iniciam uma nova vida. O encaminhamento para a cirurgia deve ser precedido de um diagnóstico preciso, pois trata-se de uma solução definitiva.

A análise do caso de A., apesar de todas as peculiaridades apontadas, leva a um diagnóstico de transexualidade já confirmado pelo Programa de Disforia de Gênero do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Desta maneira, a solução é a realização da cirurgia de redesignação sexual.

Bibliografia

ABDO, C. H. N., (Org.) *Sexualidade Humana e seu transtornos*. São Paulo: Lemos, 2000.

ANGRIMANI, D. *Nicole, um romance transgênero*. São Paulo: G.L.S., 1999.

COSTA, R. P. *Os onze sexos / As múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo: Gente, 1994.

COUTO, E. S. *Transexualidade / O corpo em mutação*. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2000.

FERREIRA, A. B. H., *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1988

FRY, P.; MAC, R. *O que é Homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

GOLDENSON, R. M.; ANDERSON, K. W. *Dicionário de Sexo*. São Paulo: Ática, 1989.

PICAZIO, C. *Sexo secreto / Temas polêmicos em sexualidade*. São Paulo: G.L.S., 1999.

RAMSEY, G. *Transexuais, Perguntas e Respostas*. São Paulo: G.L.S., 1999.

SANTOS JÚNIOR, O. P. *Bichonário, um dicionário gay*. Salvador: Ed. Do autor, 1999.

VERDE, J. B.; GRAZIOTTIN, A. *Transexualismo, o enigma da Identidade*. São Paulo: Paulus, 1997.

O TRANSEXUALISMO MASCULINO HOJE E A QUESTÃO DA IDENTIDADE

Laura Meyer da Silva¹

Resumo: O Transexualismo constitui-se em um difícil tema psiquiátrico e social. Os psicanalistas, como inúmeros outros especialistas, interessaram-se pelo tratamento desse transtorno, tentando investigar e compreender a psicopatologia subjacente. A literatura psicanalítica não é extensa, as contribuições ao assunto não são muitas, tampouco atuais. O presente trabalho visa fornecer uma tentativa de entendimento psicanalítico sobre o Transexualismo, correlacionando os achados psicanalíticos já descritos. Pretende-se verificar se existe um consenso de opiniões entre os autores e se é possível identificar uma teorização psicanalítica do Transexualismo, abordando a questão da identidade.

A autora conclui com observações teóricas relativas ao material apresentado, juntando-as com vinhetas clínicas de quatro pacientes.

Palavras-chave: Transsexualismo; Identidade de Gênero; Transgenitalização.

Abstract: Transexualism constitutes a difficult psychiatric and social theme. Psychoanalyst as well as countless other specialists concern themselves with the treatment of this disturbance trying to investigate and to understand the subjacent psychopathology. The psychoanalytical literature is not extensive and there are few contributions, or even up-to-date, on this subject. This present work aims at providing an attempt at a psychoanalytical understanding of transexualism correlating psychoanalytical data already described. The author intend to verify if there is a consensus of opinion between the authors and if it is possible to identify a psychoanalytical theorization of transexualism by approaching the question of identity. The autor concludes with theoretical observation related the matter presented, joining them with four clinical vignetes.

keywords: Transexualism, Gender Identity, Transgenitalization.

¹Terapeuta Sexual, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS, candidata em formação psicanalítica pela SPPA, responsável pelo setor de Psicologia Clínica da ISCMPA. E-mail: lmeyer@matrix.com.br

1. Introdução

Este trabalho nasce a partir da necessidade de realizar avaliação psicológica em pacientes transexuais, candidatos à cirurgia de Transgenitalização. Este tipo de cirurgia foi permitido recentemente, mas só em hospital-escola, sem fins lucrativos. Conforme o levantamento bibliográfico, ainda hoje é incerta a origem dessa patologia. As hipóteses são as mais variadas, chegando mesmo a ser pensada uma condição que poderia ocorrer intra-uterinamente. Stoller (1973) foi um dos primeiros psicanalistas a criar uma teoria a respeito, na qual defende a idéia de que o Transexualismo teria como origem a simbiose excessiva mãe-bebê.

Conforme Money e Ehrhardt (1996), seria mais fácil para a natureza fazer uma mulher do que um homem; alguma coisa teria de ser acrescentada para produzir um homem. É bem possível que a mesma idéia poderia ser aplicada à diferenciação da identidade de gênero, apesar de não haver uma prova conclusiva para essa hipótese. Postulam os autores acima citados, que influências hormonais pré-natais estariam presentes em várias características de personalidade, e poderiam interagir com influências sociais pós-natais que formam a identidade do gênero.

Segundo o DSM IV – TR (American Psychiatric Association, 2002), Transexualismo é um Transtorno da Identidade de Gênero.

Os critérios diagnósticos são:

- A. *Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto).*
- B. *Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.*
- C. *A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.*
- D. *A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo” (2002, p. 552).*

Para Moore e Fine (1992), *“embora os transexuais não deneguem o seu sexo físico, denegam a significação psicológica de sua masculinidade ou feminilidade. Associado ao desejo de modificação física acha-se o desejo de assumir o papel de gênero do sexo oposto tanto social quanto sexualmente e ser socialmente assimilado nesse papel” (p. 209).*

Os autores consideram ainda que estes pacientes poderiam situar-se em qualquer lugar, da normalidade à psicose, mas que a maioria não é psicótica, *“a menos que sua denegação do significado e da importância de sua anatomia genital aproxime-se de proporções delirantes”. (...) “Os raros transexuais que são relativamente livre de conflitos são denominados verdadeiros ou primários; aqueles que exibem mais conflitos recebem o nome de secundários. A etiologia do transexualismo ou do transtorno de identidade de gênero é controversa. As hipóteses incluem uma etiologia biológica, uma anormalidade*

não conflitiva da fase simbiótica (apenas em alguns transexuais masculinos primários) e os processos psíquicos de conflito mais usuais, a regressão e a fixação” (p. 210).

Transexuais primários homens possuem anatomia e fisiologia normais, homens com aparência feminina. Sabem que biologicamente são masculinos, mas desde crianças queriam mudar seus corpos para um corpo de mulher. Rejeitam aproximação sexual de homens homossexuais, pois estes estariam interessados nos genitais masculinos do transexual. Nos transexuais secundários, o comportamento de gênero cruzado não aparece na infância, existe comportamento masculino e este é permeado de experiências prazerosas com os genitais masculinos (Stoller, 1993). De acordo com Stoller, sexo e identidade de gênero não são necessariamente correlacionados. “*Sexo (qualidade de ser homem e mulher) refere-se ao estado biológico (...) gênero é um estado psicológico – masculinidade e feminilidade*” (1993, p. 21). Identidade implicaria em uma organização ao longo da vida, proporcionando um senso de *self*. Identidade de gênero seria, portanto, uma convicção de ser masculino ou feminino. Esse senso seria encorajado pela forte intimidade com o comportamento do pai do sexo oposto.

Segundo Stoller (1975), masculinidade e feminilidade se estabelecem nos primeiros anos de vida, por forças psicológicas em oposição ao estado biológico. O transexual sabe que tem uma anatomia que não corresponde ao que sente ser, ao contrário do psicótico que acredita que seu corpo masculino se transformou em feminino. Como exemplo, cita o caso Schreber, de Freud. O psicótico também teria alucinações em outras áreas, como fuga da realidade, o que não é encontrado no transexual, conforme Stoller (1975). Para o autor, o transexualismo feminino tem uma origem diferente do masculino, mas como a proposta deste trabalho limita-se ao transexualismo masculino, não entraremos nesta questão.

É interessante também salientar, conforme revisão bibliográfica desenvolvida, que Freud não citou em momento algum de sua obra a palavra Transexualismo. Nos *Três Ensaio*s (1905) ele discorre sobre as Perversões, o Homossexualismo, o Bissexualismo, o Hermafroditismo e o Travestismo, mas nunca o Transexualismo. Alguns autores revisados por mim, traçam paralelos entre o Transexualismo, Travestismo e Homossexualismo, fazendo diferenças entre eles, mas assim como esclareci anteriormente que não entraria na questão do Transexualismo Feminino, não entrarei também nessas questões por ampliarem em demasia o escopo desse trabalho, cujo objetivo é o Transexualismo Masculino e a questão da identidade.

2. Revisão de Literatura

A compreensão dinâmica do Transexualismo, para Stoller (1973), faz-se a partir da existência de fatores precoces no desenvolvimento do transexual masculino.

Esse homem teria tido uma mãe deprimida crônica, bissexual, com uma severa inveja do pênis, que não se valorizava, casada com um homem distante, passivo, incompetente como marido e pai. Se essa mulher deu à luz um filho bonito, considerava possuir em seus braços a cura para sua esperança. Sem um marido presente para interferir ou para servir como modelo para a identificação masculina do menino, ela tinha a criança perfeita. Como resultado, a criança não aprendeu adequadamente onde seu próprio corpo terminava e onde o corpo da mãe começava, não tendo um senso de masculinidade ou feminilidade. Com esse comportamento, *“a mãe impede o desenvolvimento do ego”* (1975, p. 24). O menino é encorajado a falar usando o corpo da mãe e ela o mantém tão próximo dela, física e emocionalmente, que no final de seu primeiro ano já mostra tendências femininas. A feminilidade que o transexual apresenta, seria derivada da maneira com a qual sua mãe o tocava e desejava que ele fosse, seu falo idealizado. Ela usaria o filho dessa maneira porque, em sua neurose, sofre de uma angustia, que ele, com seu maravilhoso falo, é a cura. Aparentemente, não haverá conflito edípico porque não existirá um pai, não existirá rival para a mãe. Ele possui a mãe completamente, mais do que outra criança, porque eles são praticamente um. O problema, portanto, ocorre sem trauma ou conflito. O transexual seria, difícil de analisar por ser egosintônico e não ter como origem um conflito, um produto de uma neurose, ou mesmo uma perversão. *“É em seu núcleo uma estrutura de caráter confortável, primitiva, que apenas depois de um tempo fica acrescida de ansiedade e de componentes conflituais”* (p. 48).

O pai, segundo Stoller (1979), teria um papel de escudo protetor, na tentativa de romper a prolongada simbiose mãe-bebê. Quanto mais profunda e prolongada a persistente simbiose, mais feminino será o menino. Não utilizando o pai como modelo no qual poderia construir sua masculinidade, acaba desvalorizando-a, não experienciando nem amor nem ódio pelo pai. Já Glasser (1998), chama atenção ao fato de que, para existir um desenvolvimento masculino normal, *“a identificação corporal do menino com o pai é ingrediente essencial, incluindo, especialmente, o pênis”* (p. 231).

Segundo McDougall (1998), *“a psicanálise ainda não desenvolveu nenhuma teoria abrangente sobre o núcleo da identidade sexual e de gênero (no sentido em que Stoller (1968) define esses termos). Como reconstrução psíquica, gênero e identidade sexual têm origens tanto biológicas quanto adquiridas e só, portanto, na área de investigação comum a várias disciplinas científicas”*(p. 239).

Entretanto, McDougall, assim como Stoller, consideram muito importante as projeções inconscientes da mãe sobre a criança durante o primeiro ano de vida, a forma como toca e fala com o bebê e suas expectativas com relação a ele. Vital, também, será o lugar que o pai da criança ocupará na mente da mãe. *“Se a personalidade e a sexualidade do pai forem desvalorizadas ou tiverem um*

papel reduzido na vida da mãe, e se, além disso, o pai não estiver interessado em seu pequeno descendente e aceitar ser excluído, há um grande risco de que possa estar levando a criança a cumprir um papel derivado dos problemas inconscientes da mãe”(McDougall, 1998, p. 246).

Uma mãe que tem seu bebê como uma extensão narcísica de si mesma, ou que usa o filho como complemento libidinal substituto do pai, está facilitando um desenvolvimento sexual desviante no futuro dessa criança (McDougall, 1998).

Quanto à questão da relação do menino com o objeto primário, Greenson (1998) acredita que para o menino obter um sentimento saudável de virilidade, será necessário que consiga substituir o objeto primário de identificação e identifique-se com o pai. Chama este processo de des-identificação. Portanto, segundo ele, dificuldades em se des-identificar é que causariam problemas de identidade de gênero no homem, a noção de pertencer ao sexo masculino.

O falo não pertenceria a nenhum sexo, conforme McDougall (1997). Ele seria o organizador da constelação introjetiva e das fantasias fundamentais que determinariam as organizações psicosssexuais adultas, tanto para homens como para mulheres. O falo poderia ser reduzido ao *status* de objeto parcial, sendo dividido em duas imagens distintas de pênis: *“um objeto persecutório que deve ser odiado ou evitado e um objeto idealizado e inatingível que deve ser incansavelmente buscado. Conquanto essas duas representações do pênis proporcionem uma fonte dinâmica de fantasias inconscientes e influenciem a ulterior escolha de atos sexuais, assim como as escolhas objetais, ambas perderam qualquer papel simbólico fundamental”* (p. 196). A autora chama atenção ao fato de que muitas vezes a mãe já antes do nascimento do bebê pode consciente ou inconscientemente considerar o filho como extensão libidinal ou narcísica dela, a fim de reparar danos interiores. Também assinala que este tipo de investimento materno leva a exclusão do pai em seus papéis real ou simbólico e que se este pai submeter-se ao papel passivo *“então os terrores e desejos libidinais arcaicos, próprios do bebê, podem não ser elaborados e harmoniosamente integrados à representação sexual do self adulto, criando dessa forma aquilo que poderia ser chamado de massacre simbólico”* (p. 196).

Para Mahler (1982), o aspecto essencial da simbiose *“é constituído pela fusão onipotente, psicossomática ou ilusória com a representação da mãe e, particularmente, a ilusão de limites comum dos dois indivíduos real e fisicamente separados”* (p. 68). Esse seria, segundo ela, o mecanismo ao qual o ego regride nos casos de perturbações de individuação e desorganização psicótica. Ela crê que, a partir do estado simbiótico mãe-bebê, *“derivam aqueles precursores experimentais dos começos do indivíduo, os quais, junto com fatores constitucionais congênitos, determinam as exclusivas características somáticas e psicológicas de todo indivíduo da espécie humana”* (p. 121). Vai mais além, enfatizando a necessidade da mãe de renunciar à posse do corpo do bebê, que é essencial para que se inicie o processo de separação-individuação

normal. Se a criança não atravessa com sucesso a fase simbiótica e a primeira subfase de separação-indivuação, chamada diferenciação, pode instalar-se a psicose. A autora esclarece que cada vez mais é constatado que as patologias dos adultos são derivadas dos primeiros anos de vida, *“os analistas vêm tentando reconstruir não apenas o período pré-edípico, mas também as raízes genéticas pré-verbais do maior ou menor fracasso do processo de individuação-separação de seus pacientes”* (p. 129). A identidade de gênero seria, portanto, uma aquisição da fase de separação-indivuação e é consolidada com o descobrimento da constância objetal. A renúncia por parte da mãe em ver seu filho como uma parte preciosa de seu próprio corpo, como um pênis ou substituto do pênis, seria um dos fatores cruciais para o desenvolvimento normal da identidade de gênero. Em meninos, a presença ativa do pai no final do segundo ou no início do terceiro ano é necessária para reforçar a identidade de gênero (Mahler e outros, 1975). Porém, ao contrário de Stoller, Mahler (1975) não acredita que o Transexualismo possa ocorrer em estágios tão precoces sem que tenha havido um trauma severo ou um conflito e, particularmente, sem alguma contribuição de uma predisposição constitucional do bebê. Comenta que a excessiva simbiose mãe-bebê não existiria além do quinto mês. *“Porque a simbiose é automaticamente, através da maturação, dissipada pelo recurso interno do ego”* (p. 246).

Problemas sérios de identidade ocorrem somente em neuróticos com conflitos narcisísticos específicos e em pacientes borderline e psicóticos, segundo Jacobson (1969). A autora considera a relação simbiótica mãe-bebê o começo da formação da identidade. A mãe imprimiria na criança um tema de identidade através da relação simbiótica precoce. Jacobson considera essa idéia aceitável, apesar de que para ela a separação da criança da mãe é o resultado do processo de individuação que seria essencial na formação da identidade. Acredita ela que a aquisição da identidade também depende do papel da agressão nas relações do homem com o mundo que o cerca e que os seres humanos, assim como os animais, nascem com uma capacidade potencial para manter relações mutuamente gratificantes e de adaptação, com os outros e com o meio. Os seres humanos só atingem a maturidade mental e física total, autonomia do ego e superego, domínio emocional e instintual e liberdade, depois da adolescência. Até então, só se relacionam com o meio através e sobre a influência de seus pais e outras pessoas, que transmitem regras e normas da sociedade e da realidade de seu meio. A simbiose inicial mãe-bebê continua, em parte, pela infância, na interrelação da criança com os pais. A formação da identidade seria o reflexo do desenvolvimento instintual do homem, da lenta maturidade de seu ego, do superego e das relações objetais e identificações com a família e seu meio social.

Para Limentani (1979), o Transexualismo é uma defesa contra os desejos homossexuais. Se um homem acredita que é uma mulher, e sente-se atraído por um homem, consequentemente ele é um homossexual. Transexuais e homossexuais tem muito

em comum, especialmente quando a mãe se torna parte de uma organização do *self* narcisista e o menino é sentido como a parte masculina dela, evitando a participação e do pai e destruindo a imagem desse. Inveja e sentimentos de competição com a mãe serão proeminentes na vida mental do homossexual, e o transexual insiste em que é uma mulher para não ter nenhum motivo de invejar as mulheres. O papel do pai tem muita relevância nas desordens de identidade de gênero, se ele é ausente ou excessivamente intrusivo e masculino. Em alguns casos, o relacionamento com a mãe assume uma qualidade simbiótica. Limentani (1979) prefere utilizar a palavra fusão, que finalmente envolve numa atmosfera de ambivalência. Na opinião de Limentani (1979), a ansiedade de castração baseia-se no mais profundo distúrbio nas relações de objeto que é ansiedade de separação, a base para a Síndrome Transexual em homens e mulheres, independente da idade. No caso do transexual masculino, a explicação psicodinâmica baseia-se na severidade dos processos de identificações projetivas e introjetivas, os quais causaram muita confusão com o objeto primário nos primeiros estágios de desenvolvimento. A necessidade pela segurança na separação e individuação pode ir além da ansiedade a respeito da preservação do próprio corpo. As relações de objeto são um fenômeno que ocorre logo que a criança nasce, pois é a relação do bebê com sua mãe. É exatamente este fato que torna impossível separar o papel do ambiente, da vida psíquica do indivíduo que sofre de Transexualismo.

Ovesey e Person (1973), estão de acordo com Limentani quanto a origem do Transexualismo, que se baseia na ansiedade de separação, de origem muito precoce, precedida pela diferenciação *self*-objeto. O fenômeno Transexual seria uma tentativa de afastar qualquer ameaça a essa fusão, ou seja, seria utilizado como defesa, uma formação de compromisso (Meyer, 1982; Socarides 1970).

Socarides (1970) considera o Transexualismo uma perversão sexual, pois os conflitos nucleares (relação com os pais), são a base de todas as perversões sexuais. A perversão do transexual representa uma regressão para a fase precoce de separação-individuação na qual existe ambos, medo e desejo de união com a mãe. Meyer (1982) acrescenta que no Transexualismo a fantasia é convertida em realidade através das cirurgias de mudança de sexo, não protegendo a integridade física do transexual. Já nas perversões o ato simbólico protegeria a integridade física.

Czermak (1991), refletindo a respeito da questão dos transexuais, questiona que tais pacientes têm como objetivo ser inteiros e unificados; para alcançar tal objetivo querem mutilar-se e colocar próteses, revelando, portanto, que homem inteiro não existe. O autor afirma que: *“A castração não é indispensável para alguns transexuais, se o significativo fálico puder ser rejeitado no outro, tomar corpo no outro e é como se lhes viesse no Real do outro”*(p. 91).

Passarei agora para a apresentação dos casos clínicos, a fim de ilustrar o material apresentado.

3. Casos Clínicos

Caso 1

D., 42 anos, solteiro, profissão empregado doméstico. Terceiro filho de uma família de oito, as outras cinco depois dele são mulheres. Desde pequeno já se sentia uma menina, mas o pai não aceitava isso, batendo nele sempre que bebia, o que era bastante freqüente. A mãe e os irmãos tentavam protegê-lo, mas sente mágoa da mãe por tê-lo feito assim, pois ela o vestia como menina. Aos 5 anos foi estuprado por dois jovens, o que o deixou muito traumatizado. Decidiu aos 13 anos ir embora de casa, pois sentia-se muito maltratado pelo pai. Acha que ele queria matá-lo de tanto o espancar. Sempre procurou esconder sua verdadeira identidade. Quando inicia um relacionamento, não permite que lhe toquem os genitais. Apesar de ter a aparência muito masculina, diz que os homens apaixonam-se por ele. Já perdeu muitos casamentos com homens em função de sua condição física. Acha que mudando definitivamente de sexo vai poder casar e ser feliz. Está convicto de que a mudança de sexo mudará sua vida. Sua expectativa é de casar e adotar filhos.

Caso 2

G., 27 anos, solteiro, profissão cabeleireiro. Desde pequeno já interessava-se por atividades femininas. É o mais velho de quatro filhos, sendo que a irmã seguida dele é filha do mesmo pai, as outras duas só por parte de mãe. Os pais separaram-se quando tinha sete anos. Acha que o pai jamais quis ser pai, pouca atenção lhe dava, estava sempre na rua. A mãe, ao contrário, dava muita atenção, mas quando casou de novo, o padrasto não aceitava seu jeito feminino, viviam brigando. Foi morar com a tia para não atrapalhar o relacionamento da mãe. Com 16 anos teve seu primeiro namorado, com quem ficou até os vinte anos. Acha que seu pênis lhe atrapalha e que por isso não conseguiu casar até agora. A mãe sempre o tratou como a um menino e foi muito difícil aceitar que queria ser uma mulher. O pai nunca aceitou essa condição, apesar de que sempre sentiu-se muito rejeitado por ele, pois não tinham muito contato. Não acredita em homens. Acha que com a cirurgia vai ser mais fácil casar e adotar um filho, pois é o sonho de sua vida poder dedicar-se a alguém; a continuidade do relacionamento com o parceiro não é tão importante. Outro sonho seu é também entrar na universidade, mas quer primeiro fazer a cirurgia.

Caso 3

D., 27 anos, solteiro, profissão agricultor. Já aos quatro anos notava que era diferente de suas irmãs e queria ser como elas; queixava-se para a mãe disso, pois não se conformava. Tem duas irmãs e um irmão mais moços, só por parte de mãe, pois o pai morreu quando era ainda muito pequeno e não chegou a conhecê-lo. Os relacionamentos da mãe não eram muito duradouros, então quase nunca tinha

uma figura masculina presente. Tem uma relação muito forte com a mãe, mora junto com ela ainda hoje e estão sempre juntos, considera-a sua melhor amiga. Vestiu-se sempre como um menino, mas nunca aceitou essa condição. Constrangia-se em usar o banheiro masculino. Somente de dois anos para cá é que começou a vestir-se como mulher, iniciou com hormônios e contou para a mãe e os irmãos, que aceitaram sua condição. Jamais teve relacionamento sexual, nem com mulheres (nunca sentiu atração) nem com homens. Não aceita o próprio corpo e por isso só quer tentar relacionamento com um homem quando não tiver mais pênis, de preferência com um homem que já tenha filhos. É estudante universitário e sua escolha é por uma profissão bastante masculina, Engenharia Civil, da qual gosta muito.

Caso 4

F., 26 anos, solteiro, estudante universitário. É o filho mais velho de três, tendo uma irmã mais moça e depois um irmão. A mãe é bastante agressiva e descontrolada e o pai bastante submisso a ela. O clima entre eles em casa sempre foi de muita violência entre a mãe e os filhos, existindo agressão física com muita frequência. Desde criança tinha a sensação de que não era um menino, pois identificava-se com heroínas femininas na TV, gostava de brincar com as coisas da irmã, mas reprimia o desejo em função da mãe. Sempre vestiu-se como menino e até hoje disfarça para a mãe não ver, pois ela não aceita esta situação. Diz que se fizer a cirurgia, a mãe o mata e depois a si própria. Faz dois anos que começou a tomar hormônios e assumir que é mulher. É estudante universitário e tem um namorado 9 anos mais jovem, o qual não se considera um homossexual e o aceita como é, apesar de que quando estão em público não ficam muito perto. Faz 7 anos que deseja a cirurgia, mas não possui recursos financeiros, nunca trabalhou e os pais o sustentam. Já tentou cortar seu órgão genital, pois odeia o pênis e deseja ser uma mulher completa, com uma vida normal, sem discriminação. Faz planos de casar com o namorado e adotarem um filho, para o qual já tem até nome.

4. Discussão

Percebe-se através destas vinhetas que em três dos quatro casos, os pais desses transexuais eram ausentes física ou emocionalmente, o que não oportunizaria ao filho identificar-se com eles. Somente F. tem pai presente fisicamente, mas este é muito ausente e submete-se muito à esposa, que facilmente torna-se agressiva, tanto verbal quanto fisicamente com ele, desvalorizando a figura masculina do pai. Já no caso do pai de D., o mesmo era muito intrusivo, o agredia fisicamente, talvez quisesse até matá-lo, por não aceitar um filho assim. As mães, provavelmente com dificuldades quanto a sua sexualidade, possivelmente transmitiram de alguma forma seus conflitos aos filhos.

Conforme as teorias dos autores anteriormente citados, estas mães provavelmente utilizaram seus filhos como uma extensão narcisista de si mesmas, ou como complemento libidinal substituto do pai. Não houve a substituição do objeto primário de identificação e não ocorreu o processo de des-identificação, impossibilitando a identificação com a figura masculina do pai (Greenson, 1998). A mãe de F, por exemplo, demonstra através de sua agressividade a desvalorização do papel masculino: quem manda é a mãe e o pai tem um papel passivo. As outras, que não aparecem desta forma, mas não possuem, entretanto, um parceiro constante; seus relacionamentos são rápidos, fugazes ou, como no caso dos pais de F, vivido com muitos conflitos. A relação de D. com a mãe era boa aparentemente, mas não sentia que a mãe lhe protegia daquele pai que queria destruí-lo, e culpava a mãe por tê-lo feito assim. D. não conheceu o pai, pois este morreu quando ele era muito pequeno, a relação com a mãe é muito forte, vive com ela até hoje e não se separaram para nada, o que caracteriza a fusão entre mãe e filho.

Para Mahler e outros (1977), a identidade de gênero no menino *“se estabelece com menos conflito se a mãe respeita e aprecia a qualidade fálica do menino, especialmente na metade do terceiro ano”*. (...) *“... a identificação com o pai ou possivelmente um irmão mais velho facilita um início precoce da identidade de gênero de menino”*. (...) *“Algumas mães estimulam, – e as vezes forçam – a passividade no menino”* (p. 255-6). O medo da mãe como agente absorvente e infantilizador, mãe intrusiva e interferindo direta ou indiretamente com os esforços fálicos do menino, a luta ambivalente (tendências contrastantes não estão ainda completamente internalizadas), pode seguir, podendo resultar em uma rendição passiva, principalmente se a imagem do pai não se presta à idealização e a uma identificação do ego real (Mahler e outros, 1977), como é o caso de F.

Na fase fálica vai aparecer no menino um vago medo de ser de novo engolido pela mãe, segundo Mahler e outros (1977). A maior preocupação do menino é encontrar ideais do ego que não a mãe para identificar-se. A figura ameaçadora e castradora parece ser a mãe e não o pai, como no desenvolvimento normal.

Para que o menino atinja o objetivo do processo de separação-indivuação normal é necessário, segundo Mahler e outros (1977), que ele tenha estabelecido um grau de constância de objeto e de constância do eu, do objeto, e para atingi-la é importante que ele obtenha dois níveis do sentido de identidade: ter a consciência de ser separado e individual e ter a consciência inicial de uma identidade do eu definida em termos de gênero.

É fundamental que a fase fálica seja alcançada para que o menino receba o ímpeto decisivo para a integração da imagem do eu corporal determinada pelo gênero, segundo Mahler e outros (1977). Mas vai depender da diferenciação e integração da estrutura do ego determinada pelo gênero, que depende da estratificação e organização hierárquica da catexia ligada às zonas libidinais e da síntese das representações de partes das imagens mentais do eu corporal em um todo (Mahler e outros, 1977).

Chama a atenção o fato de que os quatro pacientes possuem o desejo de casar e adotar um filho. Podemos nos questionar o quanto desse desejo não seria uma tentativa de assumir um papel feminino como a mãe, sendo a própria mãe, e se na realidade não existiria um desejo de gerar o filho, tema não falado. G. relatou que na verdade um marido não seria tão importante como ter um filho, pois é seu sonho poder dedicar-se inteiramente para um filho, dando a impressão de querer unir-se com um homem mais na expectativa de que com isso seria possível adotar um filho, mesmo processo de desvalorização da figura masculina, este homem só teria valor para obter o filho tão desejado.

É possível observar que os fatores psicodinâmicos do Transexualismo são comuns aos do Homossexualismo. O que vai diferenciar será o grau da patologia, que iria do Homossexualismo, passando pelo Travestismo até o Transexualismo (Socarides, 1970). Assim como também afirmam Moore e Fine (1992) que os transexuais podem situar-se em qualquer lugar, da normalidade à psicose (Siomopoulos, 1974). O transexual não se identifica com a mãe, como o homossexual, mas sente ser parte dela. A ansiedade de separação seria a base para a Síndrome Transexual, como sublinha Limentani (1979), gerando os processos de identificação projetiva e introjetiva, que por sua vez provocaria uma confusão com o objeto primário. Temos uma mãe que dificulta a individuação de seu filho, borrando os limites entre eles, onde o filho sente-se *parte dela*. Uma total ausência da figura masculina, ou um pai intrusivo, impossibilitaria a identificação do filho com o pai. Quanto à questão da presença da figura do pai, existe uma concordância unânime entre todos os autores de que a ausência da figura masculina ou um pai intrusivo, seria um fator primordial nas desordens de identidade de gênero, assim como uma mãe que não renuncia ao corpo do filho, utilizando-o como um pênis ou substituto do pênis.

Para Stoller (1975), o perigo da castração não é o órgão perdido, mas é mais profunda a perda de um senso de existir, de não pertencer àquele sexo. O processo de identificação com a mãe é de um nível muito mais primitivo do que se poderia alegar para ser uma defesa. Seria anterior à estruturação do ego, "*um processo rudimentar não mental*"(p. 289). O transexual masculino não quer mudar seu gênero, só o seu sexo, para que seu corpo corresponda a sua psiquê. Esse autor parece ver de forma bastante simplificada a questão do transexual, onde não existiriam maiores conflitos ou traumas e cuja origem da patologia, para ele, seria a excessiva simbiose mãe-bebê.

Mahler e outros (1977), chamam atenção ao fato de que sobre a formação da "identidade nuclear", "*mesmo que tivéssemos a oportunidade de observar momentos íntimos na vida do bebê, ainda assim não conseguiríamos ver a construção do núcleo de sua representação do eu feita por ele*"(p. 264-5). Seria portanto difícil de estabelecer a origem desta patologia em sua raiz, ficando mais em evidência as hipótese até aqui feitas pela autora.

5. Considerações

Afinal, após essa discussão, podemos identificar uma teorização psicanalítica sobre o Transexualismo? Parece ainda bastante difícil, pois conforme os autores revisados, não existe um consenso de opiniões sobre a questão, exceto no que diz respeito ao papel do pai. Todos concordam que um pai intrusivo, ou ausente física ou emocionalmente, não oportunizariam a identificação do filho com este pai.

Sabe-se que este assunto: Transsexualismo, surgiu em função da questão da cirurgia de mudança de sexo, pois este paciente não se considera um doente emocionalmente, como está classificado no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Para ele, o sexo é que está trocado, somente isso e, portanto, dificilmente procura auxílio nessa área. Talvez por isso Freud não tenha abordado essa questão, por não terem aparecido casos assim para tratamento naquela época. Percebemos que o sofrimento por eles vivido é muito grande. Não se aceitam como são e são discriminados pela sociedade. A pergunta que fica é: o que fazer? De que forma ajudar? A cirurgia é a melhor saída? Uma vez que se trata de um transtorno mental?

Mas ficamos aguardando e continuaremos pesquisando, na expectativa de chegarmos a um consenso um dia, para então falarmos em uma teorização psicanalítica do Transexualismo. Por enquanto vamos tentando compreendê-los dentro de uma ótica Mahleriana, que segundo meu ponto de vista é a melhor forma de entender essa patologia.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CZERMAK, M. *Paixões do objeto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- FREUD, S. (1905) Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. *S.E.B.*, v.7, Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- GLASSER, M., in BREEN, D. *O Enigma dos Sexos. Perspectivas Psicanalíticas Contemporâneas da feminilidade e da masculinidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- GREENSON, R., in BREEN, D. *O Enigma dos Sexos. Perspectivas Psicanalíticas Contemporâneas da feminilidade e da masculinidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- JACOBSON, E. *El Self (Sí Mismo) y el Mundo Objetal*. Buenos Aires: Beta, 1969.
- LIMENTANI, A. The significance of Transsexualism in relation to some basic Psychoanalytic concepts. *Int. Rev. Psycho-Anal*. 1979, 6: 139- 153.

- MAHLER, M.; PINE, F. & BERGMAN, A. *"The Psychological Birth of the Human Infant"*. New York: Basic Books, 1975.
- _____. *"O Nascimento Psicológico da Criança"*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- MAHLER, M. *"O processo de separação-individação"*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MCDUGALL, J. *"As múltiplas Faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana"*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- _____, in BREEN, D. *"O Enigma dos Sexos. Perspectivas Psicanalíticas Contemporâneas da feminilidade e da masculinidade"*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- MEYER, J. The Theory of Gender Identity Disorders. *"J. Amer. Psychoanal. Assn."*. 1982, 30: 381-418.
- MONEY, J. & EHRHARDT, A. *"Man & Woman, Boy & Girl. Gender Identity from Conception to Maturity"*. New Jersey: Aronson, 1996.
- MOORE, B. e FINE, B. *"Termos e Conceitos Psicanalíticos"*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- OVESEY, L. & PERSON, E. Gender identity and sexual psychopathology in men. *"J. Amer. Acad. Psychoanal"*. 1973, 1: 53-72.
- SIOMOPOULOS, V. Transsexualism: Disorder of Gender Identity, Thought Disorder, or Both? *"J. Amer. Acad. Psychoanal"*. 1974, 2(3): 201-213.
- SOCARIDES, C. A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (Transsexualism): The plaster-of-Paris man. *"Int. J. Psycho-Anal."*. 1970, 51: 341-349.
- STOLLER, R. The Male Transsexual as 'Experiment'. *"Int. J. Psycho-Anal"*. 1973, 54: 215-225.
- _____. *"The Transsexual Experiment. Sex and Gender"*. vol. II, London: The Hogarth Press, 1975.
- _____. Father of Transsexual Children. *"J. Amer. Psychoanal, Assn"*. 1979, 27: 837-866.
- _____. *Masculinidade e Feminilidade. Apresentação do gênero*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RESENHA DE LIVRO

JOGANDO OS ENTULHOS NA LIXEIRA

ANA CRISTINA CANOSA GONÇALVES

Christyne Rose Cavalcante: *Faxina Sexual: Jogando os Entulhos na Lixeira*

O livro nasceu do intenso desejo da autora de poder partilhar alguns aspectos de grande significado no que tange ao exercício pleno, autêntico e saudável da sexualidade humana.

Nos seus dez capítulos, abordando temas como: jogos sexuais infantis, sexualidade na adolescência, masturbação, orgasmo feminino, ejaculação e orgasmo masculino, fantasias sexuais, sexo oral, sexo anal, homossexualidade e aposentadoria sexual, vemos surgir reflexões a respeito da maneira como a maioria das pessoas lida com tais assuntos, sobrecarregando-os de emoções negativas, mitos, tabus, estabelecendo crenças errôneas sobre o comportamento sexual humano. A autora, esclarecendo a temática com naturalidade, objetividade, propriedade técnica e graça, cria assim uma proposta para varrer, deletar, arrumar, procurar, separar, atualizar, descobrir e limpar inúmeros entulhos sexuais que vão obstruindo progressivamente o lugar para a construção do que ela chama de um “vazio fértil”, capaz de ser preenchido lentamente com novos conteúdos, a serem escolhidos e selecionados pelo próprio indivíduo com sua bagagem chamada experiência de vida.

Percebendo a realidade da vivência negativa do comportamento sexual de muitas pessoas, “Faxina Sexual” toma como ponto de partida a necessidade do aprendizado baseado em forma mais equilibrada e saudável das experiências sexuais, desde aquelas vividas na infância, as da adolescência até a vida adulta.

O livro desmistifica a masturbação, propondo ressignificar todos os ensinamentos errôneos sobre esta prática, que não faz mal a saúde, não é pecado, feia ou inútil. Muito pelo contrário. Segundo a autora, principalmente na adolescência, além de aliviar a tensão sexual ainda proporciona mais conhecimento da funcionalidade do órgão sexual e dá oportunidade de o (a) jovem experimentar sensações bem interessantes. A masturbação é entendida como fazendo parte do processo de auto-conhecimento corporal, sendo que muitas vezes, é a partir das sensações extremamente agradáveis desfrutadas pelas meninas durante a masturbação, que

mais tarde muitas mulheres atingem o tão almejado orgasmo. Há no livro um capítulo dedicado ao Orgasmo Feminino, que é referido como um momento intenso de sensações físicas e emocionais, tendo uma duração de três a dez segundos. Muitas vezes, para ser alcançado é necessário além de auto-conhecimento sexual, treino. Já o homem, tende a confundir ejaculação com orgasmo, desconhecendo que apesar de serem fenômenos fisiológicos que quase sempre estão interligados, na verdade são distintos, e é possível ejacular sem sentir um intenso orgasmo e ter orgasmo sem ejacular. Estes mecanismos estão explicados no Capítulo “Separando ejaculação de Orgasmo”

Outra dificuldade que Christyne Rose revela em seu livro é que no campo do exercício da sexualidade humana é a assumpção dos desejos sexuais mais secretos. É sabido que as fantasias sexuais constituem forte combustível para a manutenção de uma vida sexual mais colorida, sensual e estimulante. Em particular, explorar o campo fértil e ilimitável das fantasias pode estimular o apetite sexual, aumentar a excitação, permitir o indivíduo a gozar a riqueza de sua imaginação e identificar necessidades afetivo-sexuais ocultas. Uma vasta relação de fantasias sexuais constrói um rico cenário na cabeça de homens e mulheres homo e heterossexuais.

A mente humana, muitas vezes funciona como depósito de inúmeros tabus, mitos e crenças sobre o sexo oral. Afinal, ninguém aprendeu que essa modalidade é algo natural, habitual e amplamente desejada por ambos os sexos. A autora sugere que é possível treinar com inúmeros exercícios de musculação sexual a arte do sexo oral. E assim ficar apto(a) para iniciar ou reiniciar com mais eficiência e determinação essa prática.

Enquanto o sexo oral está de um lado ainda com alguns seguradores resistentes, a prática do sexo anal recebe uma tempestade maior de repressão. O livro esclarece a anátomo-fisiologia do ânus e para aqueles que desejam a experiência, propõe estratégias para facilitar a prática com objetivos de obtenção de prazer para ambos os parceiros. Outro tema altamente contaminado de preconceitos é a homossexualidade, já que ainda persiste a vinculação do sexo ressaltando a reprodução, pois a ordem social associa o erotismo a uma série de ritos procriativos. Segundo a autora, a orientação sexual não tem uma explicação concreta e delimitada para ser expressa facilmente; é algo complexo e profundo, como qualquer outra emoção sentida na espécie humana. Para ela ao invés das pessoas se preocuparem com os porquês da orientação homossexual, deveriam se focalizar na mudança de atitude, aprendendo como lidar de uma forma mais saudável com essa questão.

Concluindo a reflexão sobre os temas polêmicos do comportamento sexual humano, “Faxina Sexual” enfatiza que durante muitas décadas a sociedade resistiu a encarar o exercício da sexualidade na terceira idade e faz um chamamento á desmistificação da “aposentadoria sexual”.

O livro aborda idéias que funcionam como inúteis entulhos e que ainda insistem em obstruir a sexualidade humana, resistindo a serem jogados á lixeira – seu devido lugar!



SÓCIOS ANTIGOS

ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADE

NOME:	_____
ENDEREÇO:	_____
TEL: ()	_____
CEP:	_____
CIDADE:	_____
ESTADO:	_____
SEXO: () FEMININO () MASCULINO	
DATA DE NASCIMENTO:	___/___/_____
PROFISSÃO:	_____
ENDEREÇO COMERCIAL:	_____
TEL: ()	_____
E-MAIL:	_____
BANCO:	_____
CHEQUE Nº:	_____
DATA DE EMISSÃO:	___/___/_____

OBSERVAÇÃO: DATILOGRAFAR OU PREENCHER EM LETRAS DE FORMA.

PAGAMENTO DA ANUIDADE:

ATRAVÉS DE CHEQUE CRUZADO NOMINAL À SBRASH OU POR DEPÓSITO IDENTIFICADO COM O NOME DO FILIADO (informe-se do valor da anuidade e número da conta pelo e-mail: sbrash@sbrash.org.br).

IMPORTANTE:

- É IMPRESCINDÍVEL QUE NOS SEJA ENVIADA (CORREIO OU FAX), A FICHA DE ANUIDADE ACOMPANHADA DE XEROX DO COMPROVANTE DO DEPÓSITO, POIS O BANCO NOS INFORMA APENAS OS VALORES DEPOSITADOS, SEM INFORMAR QUEM FOI O DEPOSITANTE.
- NÃO ACEITAMOS DOC, VALE POSTAL OU QUALQUER OUTRA FORMA DE PAGAMENTO QUE NÃO A ESCRITA ACIMA.

SBRASH

AV. CARLOS GOMES, 328 – SALA 403 – ED. MERCOSUL CENTER – PORTO ALEGRE – RS – CEP: 90480-000
TEL (51) 3328-3735 – E-MAIL: sbrash@sbrash.org.br – SITE: www.sbrash.org.br



NOVOS SÓCIOS

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TEL: () _____
CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
SEXO: () FEMININO () MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____
TEL: () _____
E-MAIL: _____
ATIVIDADE PROFISSIONAL LIGADA À SEXUALIDADE HUMANA: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA (GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO, OUTROS TÍTULOS): _____

REFERÊNCIAS PROFISSIONAIS (PREFERENCIALMENTE SÓCIOS DA SBRASH): _____
1) _____
2) _____
OBS.: _____

IMPORTANTE:

• SUA PROPOSTA DEVERÁ SER ENVIADA PELO CORREIO, JUNTAMENTE COM AS CÓPIAS AUTENTICADAS DOS PRINCIPAIS TÍTULOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS.

• NÃO ENVIE PAGAMENTO

• A PROPOSTA SERÁ AVALIADA PELA SECRETARIA GERAL. A SBRASH ENVIARÁ A RESPOSTA POR CORRESPONDÊNCIA, ORIENTANDO A FORMA DE PAGAMENTO.

SBRASH

AV. CARLOS GOMES, 328 – SALA 403 – ED. MERCOSUL CENTER – PORTO ALEGRE – RS – CEP: 90480-000

TEL (51) 3328-3735 – E-MAIL: sbrash@sbrash.org.br – SITE: www.sbrash.org.br

Notícias da SBRASH

Diplomas revalidados pela Fundação de Medicina do ABC

Os diplomas abaixo listados são dos ex-alunos do curso “Persona”, que foram revalidados pela FMABC e encontram-se na SBRASH para serem retirados pelos mesmos. A SBRASH, infelizmente não possui o endereço desses profissionais e por esse motivo não foram enviados via correio. Essa mesma lista encontra-se desde 2004, no *site* da SBRASH, na área “cursos”, visando facilitar a sua divulgação.

Se você é um dos profissionais mencionados na lista, faça contato com a SBRASH, através do e-mail sbrash@sbrash.org.br ou ligue para o telefone da sede da SBRASH que consta no *site*: www.sbrash.org.br.

- Adriana Maria Capistrano Pereira
- Ana Cristina Rebouças Gouveia
- Ana Paula Junqueira Santiago
- Ana Rita dos Santos
- André Luiz Gonzales Orso
- Angela Aparecida Del Santoro Marques
- Angela Maria Cabrera Melges
- Cecília de Medeiros
- Cintia Pereira
- Claudete Aparecida Alves
- Cláudia Maria Santos Grillo
- Clóvis Hatum de Almeida
- Daniela de Souza Guerra
- Denise Haas de Souza Gastal
- Dulce Maria Souza de matos Barros
- Dulce Marina Vasconcellos Del Santoro
- Eliana Rodrigues Otapiassis
- Eliany Regina Mariussi
- Elisângela Lima Guedes
- Elizabeth Nascimbem Felix
- Elizabeth Sancheta Santos Gunji
- Eveline Novacki
- Faiez Farah SalibaFuad Chamas
- Fuad Chammas
- Heloisa de Senzi Carvalho Carnelossi

- Enrieles Kristina Wentz
- João Emílio Francato
- José Antônio de Oliveira
- Joselene Regina Breda Ferreira
- Leony Stella Corrêa Nogueira
- Lígia Maria Engel
- Lígia Maria Rigoto Guimarães
- Lolita Rivera Back
- Luci Costamagna Parmejani
- Lucia Tereza Schaffer Morais
- Luciane Machado Secco
- Luis André Frozoni Atun
- Luis Mauro Coelho Nascimento
- Marcelo Costa Ferreira
- Marcello Lopes da Silva
- Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres
- Márcia Gonçalves Ribeiro
- Márcia Helena Gianotti Tsugame
- Marco Tulio Araújo de Vasconcelos
- Maria Cristina Pedreschi Caliento
- Maria Goretti Hamerski
- Maria José Almeida Ribeiro
- Maria Lucia Faleiros da Costa Machado
- Maria Regina Domingues de Azevedo
- Maria Tereza Ribeiro Lopes Navarro
- Mariza Lot Sérgio
- Melissa Scarpeta Borges
- Mirian Manica Fontana
- Mônica Maria Danda Garcia
- Patrícia Bertipaglia
- Raquel Cristina Bianco de Moraes Figueiredo
- Regyane Moya Garcia
- Rosana Vallim
- Rosângela Amorim de Cicco
- Rubens Sérgio Achê
- Sabine Cavalini Krinski Mansano
- Sandra Bertelle Pimentel
- Sandra Dea Carvalho
- Sicerlei Casado
- Sônia Bertelli Angelini
- Tatiana Santana de Azevedo
- Zuleide Laura Quintela

ERRATA

Na última Revista (Vol. 14 - nº 2 - ano 2003), a autora dos trabalhos abaixo citados é **Jaqueline Brendler**.

1. VAGINISMO/DISPAREUNIA/DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO. RBSH, 2003, (14); 2: 143-44.
- 2 A SEXUALIDADE EM PORTADORAS DE CÂNCER: OS MÉDICOS E O QUE PODE SER FEITO. RBSH, 2003 (14); 2: 229-30.