

revista brasileira de
SEXUALIDADE HUMANA

volume 15 nº 2 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 2 - Julho a Dezembro 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

Caixa Postal 28236 – Cep 01234-990, São Paulo, SP.

Tel.: (11) 3662-4501 Site: www.sbrash.org.br – E-mail: sbrash@sbrash.org.br

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

04052-080 Mirandópolis São Paulo, SP.

EDIÇÃO, COMERCIALIZAÇÃO E ASSINATURAS

Iglu Editora Ltda.

Rua Duílio, 386 – Tel: (0xx11) 3873-0227

05043-020 – São Paulo, SP

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Comunicarte Agência de Responsabilidade Social

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

22631-000 Rio de Janeiro, RJ

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Real Produções Gráficas Ltda.

Rua Cons. Furtado, 324, cj. 1211 – Tel. fax (11) 3207-5050

01511-000 São Paulo, SP

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 15 - Número 2
Julho a Dezembro de 2004

SUMÁRIO

- 9 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO
- 17 EDITORIAL
- 21 TRABALHOS DE PESQUISA
- 23 PERCEPÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES ANTES E DEPOIS DA VIVÊNCIA
EM OFICINAS DE ORIENTAÇÃO SEXUAL
PERCEPTION OF TEENAGE MOTHERS BEFORE AND AFTER EXPERIENCING
SEXUAL ORIENTATION WORKHOPS
Daniela Inês Baldan da Silva; Cristina Barros Rodrigues de Abreu;
Márcia Regina Marsaro; Ana Cristina Canosa Gonçalves
- 35 PESSOAS COM CEGUEIRA: VIVÊNCIA DA ADOLESCÊNCIA
E MANIFESTAÇÃO DA SEXUALIDADE
BLIND PERSONS: YOUTH EXPERIENCES AND SEXUALITY MANIFESTATIONS
Dalva Nazaré Ornelas França; Eliane S. Azevedo
- 49 REINCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
SUBSEQUENT PREGNANCY AMONG ADOLESCENTS
Zenilda Vieira Bruno; Ivany Queiroz de Moraes; Maria de Fátima Bezerra;
Rita Maria Cavalcante Brasil; Patrícia E. Bailey; Zenilce Vieira Bruno
- 59 SEXO ANAL NAS RELAÇÕES HETEROSSEXUAIS
HETEROSSEXUAL ANAL INTERCOURSE
Celi de Souza Nunes Rodrigues de Sá; Paulo Roberto Bastos Canella; Marize Jurberg
- 73 DIFICULDADES AFETIVAS E SOCIAIS VIVENCIADAS PELA MULHER
CUJO CÔNJUGE RESIDE NO EXTERIOR COMO EMIGRANTE
AFFECTIONATE (EMOTIONAL) AND SOCIAL DIFFICULTIES EXPERIENCED
BY WOMEN WHOSE HUSBANDS LIVE ABROAD AS EMIGRANTS
Agnes Rocha de Almeida; Carlos Alberto Dias
- 93 RESENHA DE TESES E DISSERTAÇÕES
- 95 PAPÉIS SEXUAIS NA ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA
SEXUAL ROLES IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH
Zenilda Vieira Bruno

99 ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO

- 101 MITOS SOBRE A SEXUALIDADE DO LESADO MEDULAR
MYTHS ABOUT THE SEXUALITY IN SPINAL CORD INJURY PERSON
Maria Inês Gandolfo Conceição; Maurício Corte Real da Silva
- 111 O CORPO MUTILADO PELA MASTECTOMIA: A SEXUALIDADE AFETADA
THE BODY MUTILATED BY MASTECTOMY: AFFECTED SEXUALITY
Geovana Brandão Santana de Almeida; Maria Cristina Pinto de Jesus
- 119 REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE COM PRÉ-ADOLESCENTES:
RELATO DE EXPERIÊNCIA
REFLECTING ABOUT SEXUALITY WITH PRÉ-ADOLESCENTS:
EXPERIENCE REPORT
Irani Iracema de Lima Argimon; Helena de la Rosa da Rosa;
Karen Agostini Daldon; Renata Peretti Kuhn; Thais Galvani
- 133 O MOSAICO DA FAMÍLIA ATUAL: ESPELHO DA SOCIEDADE
MOSAIC OF THE MODERN FAMILY: CONTEMPORARY SOCIETY'S MIRROR
Edilaine Helena Scabello; Maria Alves de Toledo Bruns
- 141 PEQUENA VIAGEM DE UM PSICANALISTA AO MISTERIOSO
REINO DA TERAPIA SEXUAL
A PSYCHOANALYST'S SMALL JOURNEY TO THE MYSTERIOUS
REALM OF SEXUAL THERAPY
José Carlos Seligman Carpilovsky
- 147 FICHA PARA ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADES
- 149 PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

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 semestral distribuída aos associados e vendida em números avulsos, através de solicitação pelo e-mail sbrash@sbrash.org.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. In 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.

11. Trabalhos retirados da Internet:

UNESCO. *Educação para todos: linha de ação de Dakar*. 2000. Disponível em: <<http://www.unesco.org>>. Acesso em: 19.12.2003.

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

EDITORIAL

Neste número da Revista Brasileira de Sexualidade Humana, constatamos com alegria que os trabalhos sobre educação sexual tem sido registrados e discutidos nos cursos de formação e também nos programas de saúde no qual são inseridos. A aplicação de projetos de educação sexual em escolas não é algo novo. Recente é a idéia de inserir a sexualidade em cursos de formação universitária, especialização e atendimentos ambulatoriais com equipe multidisciplinar. Faltava ainda a divulgação dessas experiências nos meios acadêmicos para que a educação sexual, como especialidade tenha subsídios técnico-teóricos para fortalecer sua “identidade”.

Interessante também é a interação das teorias psicológicas no estudo da sexualidade humana e na prática da terapia sexual. Vemos que os profissionais têm buscado outras linhas para subsídio teórico além de abrir-se para o trabalho multiprofissional com colegas de outras abordagens.

Esta revista traz ainda textos com temas bastante atraentes e que, até agora, tem sido pouco divulgados em trabalhos de pesquisa: prática do coito anal nas relações heterossexuais; vivências afetivas e sociais de mulheres cujos cônjuges vivem como emigrantes no exterior; vivência da sexualidade em pessoas com cegueira. São essas iniciativas que promovem a ampliação do estudo da sexualidade e lançam luz aos profissionais que buscam na literatura apoio para sua prática.

Temos também neste número, reflexões sobre como a sexualidade tem sido experienciada pelas pessoas que tem lesão medular e pela mulher que passa pela cirurgia de mastectomia, para além dos aspectos físicos. Envolvendo sociedade e cultura, os autores chamam a atenção para a necessidade de um olhar mais amplo, que capte as diferentes visões que ainda se mostram relutantes a uma observação global do ser humano, tão necessárias e que congrace todas as suas dimensões: a biológica, a psicológica e a sócio-cultural. É fazendo justamente esta interrelação, que o estudo da família insere afeto e sexualidade no artigo opinativo que tece considerações sobre o *Mosaico da família atual*.

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana é um periódico importante para revelar estudos realizados na área, e por isso, convida os profissionais a contribuir sempre e mais.

Ana Cristina Canosa Gonçalves
Editora

TRABALHOS DE PESQUISAS

PERCEPÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES ANTES E DEPOIS DA VIVÊNCIA EM OFICINAS DE ORIENTAÇÃO SEXUAL*

Daniela Inês Baldan da Silva¹
Cristina Barros Rodrigues Abreu²
Márcia Regina Marsaro³
Ana Cristina Canosa Gonçalves⁴

Resumo: O objetivo deste trabalho é analisar a eficácia e importância de oficinas de orientação sexual para mães adolescentes ou em estado gravídico e carentes assistidas pela BRASCRI. As 27 jovens participaram de quatro Oficinas de Orientação Sexual ministradas pelos alunos do Curso de pós-graduação, *lato sensu* em Educação Sexual, promovido pelo Instituto ISEXP/FMABC, e responderam a um pré-teste e pós-teste que objetivou avaliar as concepções que as mesmas tinham a respeito de vários temas relacionados à sexualidade: valores e atitudes em relação ao casamento, virgindade, adultério, orientação sexual, necessidade de orientação sexual, prática sexual durante a gestação, relação amorosa x prazer sexual, uso de métodos contraceptivos, uso de preservativos para evitar o contágio por DSTs/AIDS, conhecimento sobre DSTs, influência da gravidez em seu status social, sentimentos acerca da gravidez, se a gravidez foi planejada ou não, desejada ou não, projetos de vida, etc.

Palavras-chave: Educação Sexual; Gravidez na adolescência; Estágio prático; Sexualidade.

* Monografia apresentada como trabalho de conclusão do Curso de pós-graduação em Educação Sexual pelo Instituto ISEXP/FMABC.

¹ Pedagoga, pós-graduada em Psicopedagogia e Educação Sexual pela FMABC/SBRASH – danyedson@uol.com.br

² Médica especialista em Ginecologista Obstetrícia, pós-graduada em terapia e educação sexual pela FMABC/SBRASH – cassioabreu@terra.com.br

³ Médica especialista em Ginecologista Obstetrícia, pós-graduada em terapia e educação sexual pela FMABC/SBRASH – mrm@directnet.com.br

⁴ Psicóloga. Pós-graduada em educação e terapia sexual. Diretora-editora da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana – acanosa@uol.com.br

Abstract: The objective of this work is to analyse the effectiveness and importance of workshops of sexual orientation for teenage mothers or needed pregnant attended by the BRASCRI. The 27 young women had participated of four Sexual Orientation Workshops given by the students of the after-graduation course, *lato sensu* in Sexual Education, promoted by the Institute ISEXP/FMABC, and had answered to a pre-test and an after-test that objectified to evaluate the conceptions that they had about various subjects related to sexuality: values and attitudes in relation to marriage, virginity, adultery, sexual orientation, necessity of sexual orientation, sexual action during the pregnancy, love relationship vs. sexual pleasure, use of contraceptive methods, use of condoms to prevent the infection by STDs/AIDS, knowledge of STDs, influence of the pregnancy in their social status, feelings concerning the pregnancy, if the pregnancy was planned or not, desired or not, life projects, etc.

Keywords: Sexual Educacion; Pregnancy during youth; Practical probation; Sexuality.

1. Introdução

Adolescência é uma fase de descobertas, de novas experiências, de questionamentos, de auto-afirmação e concretização da identidade. Por ser uma fase repleta de novidades, é comum o emergir de conflitos, dúvidas e muitas indagações.

A iniciação sexual que está ocorrendo hoje em nosso país entre os 14 e 15 anos tem resultado na abertura para a vivência da sexualidade e na quebra de barreiras repressoras; no entanto ainda crescem os índices alarmantes das conseqüências deletérias do exercício da sexualidade sem orientação adequada, como os cerca de 560.000 partos de mães adolescentes por ano, o alto número de abortamento provocado, a contaminação por DST e o desenvolvimento de disfunções sexuais.

A sexualidade é experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos.

Sexualidade envolve, além do nosso corpo, nossa história, costumes, nossas relações afetivas e a cultura.

A atividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas

também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. Assim sendo, além da falta ou má utilização de métodos contraceptivos, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoadas como desejável a uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre.

De qualquer forma, o que parece ser quase consensual entre os pesquisadores, é que a facilidade de acesso à informação sexual não tem garantido maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e nem contra a gravidez nas adolescentes.

De acordo com os dois últimos Censos, enquanto a fecundidade declinou em todos os grupos etários nos últimos dez anos, as jovens de 15 a 19 anos representam pela 1ª vez uma exceção, com crescimento de 25% entre 1991 e 2000; este crescimento foi mais expressivo nas jovens menos escolarizadas, mais pobres e das zonas urbanas. Em 2000 a fecundidade entre 15 a 19 anos já respondia por 20% do número total de filhos tidos pelas mulheres ao longo de todo o período reprodutivo, ou seja, 15 a 49 anos. A maior parte dessas jovens mães é constituída por mulheres solteiras, proporção que veio crescendo no período de 1991 a 2000, passando de 80% para 94%. O maior aumento ocorreu entre as jovens de 15 a 17 anos.

Algumas variáveis favorecem a gravidez na adolescência: o fato de a jovem confiar na própria sorte, ou seja, desenvolver o pensamento mágico de que a gravidez não acontecerá com ela; utilização incorreta de anticoncepcionais; o uso de álcool ou drogas; falta de diálogo com os pais; desejo de agredir a família, estar perdidamente apaixonada pelo rapaz; baixo rendimento escolar e/ou abandono dos estudos, início precoce da vida sexual, desejo de antecipar o casamento, entre outras.

Ao engravidar, a jovem tem de enfrentar, paralelamente, tanto os processos de transformação da adolescência como os da gestação.

Deve-se insistir na capacitação dos profissionais das áreas de saúde e educação, para que se sintam preparados a estabelecer uma comunicação interpessoal baseada na comunicação horizontal de escuta e de respeito aos valores e atitudes das jovens.

É necessário, cada vez mais, que os programas e os profissionais que lidam com adolescentes, aprofundem seus conhecimentos e suas ações de prevenção contínua, passem a combater os fatores que colocam em risco as expectativas

de futuro das adolescentes e fortaleçam os fatores de proteção para a saúde e para a vida.

Prevenção se faz com garantias no atendimento integral, multiprofissional e intersetorial, no acesso a uma educação que compreenda os aspectos da adolescência normal, seus riscos e seus desafios; na criação de espaços onde o adolescente possa falar de suas dúvidas, de seus problemas, de seus sonhos; no incentivo ao amor pelo conhecimento e pelos livros, num resgate das raízes da nossa identidade e da nossa tradição, na valorização da nossa história. Também se faz através de garantias de acesso a cultura e esportes, como uma forma de incentivar um potencial (Duarte, 2002).

Além das ações educativas, é preciso constituir políticas de saúde reprodutiva para os jovens de forma mais ampla, com caráter intersetorial levando em conta a participação dos jovens, considerando a heterogeneidade existente, inclusive dentro da faixa etária de 10 a 19 anos, na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), e de jovens de 15 a 24 anos, *idem*, e propor estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos de maior vulnerabilidade. Implementar políticas que aumentem o acesso a serviços de promoção geral da saúde reprodutiva e a métodos que promovam o sexo seguro e a dupla proteção. E, além disso, implementar políticas que abram oportunidades para atividades produtivas, educativas e recreativas visando à ocupação do tempo livre do jovem.

2. Metodologia

O trabalho “Percepção de mães adolescentes antes e depois da vivência em Oficinas de Orientação Sexual” é resultado da experiência e estudos adquiridos no curso pós-graduação em Educação Sexual, principalmente através do estágio prático realizado na forma de 4 encontros mensais com adolescentes grávidas e puerperais de uma entidade assistencial, durante o último semestre do curso, no primeiro semestre do ano de 2004.

Foi realizado um estudo transversal descritivo e comparativo com 27 jovens puerperais ou gestantes que participaram do “Projeto Amores”, que foi desenvolvido nas dependências da Associação Brasileira de Ajuda à Criança (BRASCRI), situado no Bairro de Santo Amaro, cidade de São Paulo, Brasil.

As jovens responderam um pré-teste, com 34 questões de múltiplas escolhas e dissertativas, e após participarem das quatro Oficinas: “Meu corpo, minha casa”; “O Amor em discussão”; “A prevenção necessária” e “Meu Projeto de

Vida”, o mesmo questionário foi aplicado às jovens que participaram de pelo menos três Oficinas, a fim de verificar as mudanças ocorridas.

As adolescentes foram convidadas a participar do projeto, assinaram um termo de consentimento, responderam pessoalmente o questionário com total garantia de sigilo e anonimato.

O referido instrumento de avaliação foi dividido em 5 partes:

- *Caracterização do público alvo*: composta pelos dados sociais e pessoais;
- *Métodos contraceptivos, DST/AIDS*: composta de questões relativas ao conhecimento e utilização de métodos;
- *Práticas Sexuais*: questões relativas a valores e atitudes relacionadas à sexualidade;
- *Gravidez*: questões relativas à particularidade e circunstâncias que envolveram a gravidez de cada adolescente e
- *Projeto de Vida*: questões relativas às perspectivas, sonhos e anseios das jovens.

Partimos para o trabalho com as jovens acreditando na necessidade que a sexualidade seja desmistificada e as instituições públicas e particulares, de ensino, saúde ou assistenciais, possam ajudar adolescentes, pais e profissionais a questionarem os elementos que impulsionam o jovem a buscar parceria amorosa e muitas vezes descuidar do uso de métodos contraceptivos já bastante conhecidos por eles.

Também concordamos com Gonçalves (2004) quando coloca que os jovens são aqueles que mais conseguem multiplicar conceitos, idéias e valores em sexualidade para outros de sua mesma faixa etária. Portanto os Cursos de capacitação em Sexualidade devem envolvê-los, transformando-os em agentes multiplicadores de um “saber sexual” que envolva a sexualidade biofisiológica, sócio-cultural, e afetiva (Gonçalves, 2004).

Através do Estágio Prático, percebemos que a função do Educador Sexual ficou mais clara e legítima, assim como mais confortável a comunicação com as jovens à medida que as Oficinas iam acontecendo. As técnicas mobilizadoras de emoção ajudam em muito o trabalho e promovem maior integração de grupo. O trabalho prático auxiliou também no aprendizado das técnicas de pesquisa e desenvolvimento de Projetos.

Já em relação as jovens atendidas observamos que a vivência nas oficinas possibilitou um espaço de acolhimento onde dúvidas e questionamentos puderam ser esclarecidos, sem rodeios ou preconceitos e com embasamento científico.

3. Discussão de resultados

Para destacar a eficácia e a importância das Oficinas para as jovens assistidas, vamos focar a discussão nas questões que mais chamaram nossa atenção em relação a comparação dos índices obtidos no pré e pós-teste, acrescidas da observação direta durante as vivências com as adolescentes.

Visivelmente a informação acompanhada de vivência emocional e vínculo com o grupo de profissionais possibilita elucidar dúvidas e diminuir ou quebrar algumas das defesas para que o tema sexualidade seja discutido. Isto ficou evidenciado nas questões relativas à DST, menstruação, etc.

Tabela 1

DST conhecidas pelas jovens	Pré-teste	Pós-teste
AIDS	22	18
Cancro duro	0	1
Cancro mole	2	2
Chato	1	0
Condiloma	2	2
Corrimento	1	3
Gonorréia	9	15
Hepatite	0	6
Herpes	4	6
HPV	1	8
Sífilis	14	17

Todas as jovens afirmam conhecer DST, as mais citadas foram: AIDS, Sífilis e Gonorréia. É possível observar que no pós-teste aumentou consideravelmente o índice de conhecimento de várias doenças (gonorréia, corrimentos, HPV, Sífilis), sendo que a Hepatite que não havia sido citada no pré-teste foi citada seis (6) vezes no pós-teste, fruto da orientação recebida durante as oficinas do “Projeto Amores” (Tabela 1).

Por outro lado, algumas idéias sobre o exercício da sexualidade, principalmente vinculadas ao afeto, se mostraram resistentes a modificações diante das ações empregadas neste Projeto. Principalmente as questões ligadas à virgindade de ambos os parceiros para o casamento e a importância desta para a relação, se mantiveram consolidados antes e depois das oficinas.

Podemos levantar ao menos duas hipóteses que indicam caminhos para o entendimento desta questão: a pouca carga horária (14 horas) para efetivamente promover reflexões mais aprofundadas e eventualmente algumas mudanças; as fantasias típicas dos adolescentes sobre relações amorosas nesta fase da vida. Acrescenta-se a este último fato que a população assistida neste Projeto é carente e o casamento, muitas vezes é uma solução que encontram para minimizarem as angústias vividas em família como agressões verbais e físicas, falta de espaço físico na moradia, etc.

Ligada, também, a esta realidade, foi curioso perceber que as jovens antes da vivência nas oficinas, diziam que suas gravidezes haviam sido planejadas e que os pais haviam ficado felizes com a notícia. Já no pós-teste, estes índices caíram bastante e se tornaram mais próximos do de outras pesquisas similares (Tabela 2).

Tabela 2

Quanto ao pai de seu filho, em relação à gravidez ele:	Pré-teste	Pós-teste
Ficou feliz e a apoiou	81%	59%
Ficou “assustado”, mas apoiou	11%	36%
Ficou ressentido e rejeitou a relação, mas assumiu a paternidade	4%	0%
Ficou ressentido e rejeitou a relação, e não assumiu a paternidade	4%	5%
Sugeriu um aborto	0%	0%

Percebemos que para as jovens do “Projeto Amores” a uma grande necessidade de manter a **fantasia** da família nuclear estabilizada e desejada como projeto de vida e realização pessoal. Também pensamos se a população carente assistida só tem como modelo exatamente este, o da mulher/mãe que não pode esperar muito da sociedade para oferecer-lhe conquistas no âmbito profissional e pessoal. No entanto, é também importante frisar que as jovens do “Projeto Amores” estavam engajadas no Projeto AMA da BRASCRI, onde recebiam o incentivo e o aprendizado para o trabalho informal, além de orientações para a busca de autonomia, sendo assim esta “rápida” quebra da fantasia inconsciente da gravidez desejada por ambos (jovem e pai) observada na diminuição dos índices do pós-teste, revela que estão mais conscientes das conseqüências deletérias da gravidez na adolescência diante

das possibilidades de realização em outros aspectos da vida (profissional, social, amoroso, etc.).

Avaliação das jovens

De acordo com a avaliação, as jovens gostaram muito de ter participado do “Projeto Amores”. Aprenderam, entre outras coisas, sobre prevenção nas relações sexuais, sobre DST, sobre seus corpos, sobre Métodos Contraceptivos e conseguiram tirar várias dúvidas sobre sexualidade. Adquiriram informações, que segundo elas irão “carregar para vida toda”, e que sem dúvida irão interferir na sexualidade delas, do casal, e na educação de seus próprios filhos.

Além de aprenderem, estas jovens afirmaram literalmente que multiplicarão os conhecimentos adquiridos, transmitindo-os para amigas, parceiros e filhos.

A constatação mais gratificante para os profissionais que desenvolveram o Projeto é que as jovens disseram que irão pensar mais, antes de tomar alguma atitude e vão cuidar e valorizar mais a sua saúde.

A avaliação das jovens nos possibilitou constatar a importância de trabalhos preventivos de orientação sexual e da necessidade eminente de estabelecer políticas públicas para a juventude, pois só desta forma estaremos possibilitando que mais jovens possam se “empoderar” de seus projetos de vida.

4. Conclusões

Podemos inferir que projetos semelhantes ao “Projeto Amores” proporcionam às jovens, entre outras coisas:

- reflexão e discussão sobre os sentimentos envolvidos no relacionamento como amor, paixão e família e a responsabilidade nas decisões, onde toda ação gera uma consequência;
- perceber a importância de cultivar uma boa auto-estima e valores próprios, em todos os momentos da vida;
- possibilidade de perceber que todos nós podemos transmitir ou ser contaminado por alguma DST, independente de classe social, raça, credo ou hierarquia;
- possibilidade de debater temas como relacionamento, confiança, comportamento de risco x grupo de risco, fidelidade x lealdade, esclarecer dúvidas;

- possibilidade de reforçar a importância dos cuidados com higiene, prevenção, uso de preservativos e busca de auxílio médico.

Para nós Educadores Sexuais foi possível perceber, “na pele” a importância do planejamento, da escuta ativa, da utilização de material educativo adequado para nos auxiliar na transmissão de informações. E acima de tudo, nos levou a crer que é preciso nos munir de todos os recursos dentro do possível, para levar a informação e a reflexão para que nossos jovens possam tomar decisões conscientes pautadas em conhecimento e escolha responsável assumindo as consequências das mesmas.

Através dos registros das oficinas foi possível comprovar na prática a validade do método empregado e a proposta da oficina, permitindo a coleta dos dados para posterior publicação que é fundamental para o crescimento científico.

Na formação de Educadores Sexuais o estágio prático é uma ferramenta valiosíssima, que possibilita aliar teoria, reflexão e prática.

Torna-se essencial aliar informação com discussão, para que os jovens coloquem suas dúvidas, medos, preocupações e também para que possam relacionar as informações com suas experiências afetivas e sexuais.

Os jovens anseiam por maior diálogo, orientação e espaço. Através do diálogo é possível a busca de caminhos que possibilitem repensar as práticas atuais, pois através da reflexão conjunta e de alternativas para a qualidade de vida é possível estabelecer relações com maior autenticidade. Informar é importante para a formação, mas é fundamental saber conectar-se com a dúvida do jovem, refletir conjuntamente, responder sem pré-julgamentos ou pré-conceitos e transmitir conceitos com capacidade, compreensão e carinho.

Deve-se levar em consideração que a sexualidade humana não se resume apenas à fisiologia e à prevenção, mas sofre interferência de aspectos afetivos, preconceitos, normas morais, vigentes em diferentes épocas e culturas. Medos e inseguranças, baixa auto-estima, assimetrias de gênero nas negociações sobre direitos sexuais e reprodutivos podem derivar em uma gravidez.

É importante começar com o trabalho de Educação Sexual preventivo, antes do início das atividades sexuais, pois esta iniciativa facilita a promoção de um comportamento sexual responsável e evita consequências não desejadas. Precisamos abrir um espaço para que nossos jovens possam refletir.

Um jovem está mais protegido quando tem um bom engajamento no meio em que vive, um bom relacionamento com a família, com os amigos e na

escola. Todos os esforços devem ser feitos para melhorar a auto-imagem que o adolescente faz de si mesmo.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, A. e colaboradores. *Adolescência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ABERASTURY, A. KNOBEL, M. *Adolescência Normal*. 4ª ed. Tradução: Suzana M. Garagory. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

ABRAMOVAY, M., CASTRO, M. G. & SILVA, L. B. da. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO. Brasil, 2004.

ANTIGHINI, M. R. *Manual para pais, professores e alunos*. 1ª ed., Santos, SP: Espaço do Autor, 2004.

BANACO, A. R. Adolescentes e terapia comportamental. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, p.143-148, 1995.

BANDURA, A. *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda, p. 69-128, 1979.

BECKER, D. *O que é adolescência*. 8ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

BRUNS, M. A. de T. *Adolescentes: maternidade e paternidade inoportunas*. Série: Conversando sobre sexualidade. São Paulo: Ômega Editora e Distribuidora, 2001.

_____ *O jovem e o "ficar"*. Série: Conversando sobre sexualidade. São Paulo: Ômega Editora e Distribuidora, 2001.

BUENO, G. M. *A gravidez na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Fonoaudióloga da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, 2003.

CAVASIN, S. & ARRUDA, S. (1995). *Gravidez na adolescência: um outro enfoque* Disponível em: www.intelecto.net. Acesso em maio de 2004.

COSTA, M. *Dilemas e crescimento*. Porto Alegre: Editoria L&PM, 11ª ed., 2002.

DADOORIAN, D. (2000). Gravidez na adolescência um novo olhar. Disponível em www.revistacienciaprofissao.org. Acesso em setembro de 2004.

DUARTE, A. *Gravidez na adolescência. Ai, como eu sofri por te amar*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 3ª ed. Ed. Sarvier, 2002.

EIRAS, M. S. *A gravidez como etapa do desenvolvimento da mulher: relatos de grávidas sobre suas experiências e sentimentos ligados a parentalidade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Fonoaudióloga da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, 1983.

FÁVERO, M. H.; MELLO, R. M. *Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 13, 1: (p.131-136), 1997.

FERREIRA, T. *Prevenção de gravidez na adolescência deve considerar a formação da identidade*. Jornal da Paulista-Comunicação UNIFESP – SP. Ano 14, ed. 159, setembro de 2001. Disponível em: www.unifesp.br. Acesso em setembro de 2004.

GALLETTA, M. A. *Garotas de classe média*. Órgão Oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Jornal do Cremesp, Ano XVIII, 145, 9, 1999.

KAHHALE, E. M. P. Mecanismos psíquicos da grávida adolescente. In M. Zugaib, J. J. Tedesco & J. Quayle, *Obstetrícia psicossomática* São Paulo: Editora Atheneu, p. 243-251, 1997.

MAAKAROUN, M. de F. Considerações gerais sobre a adolescência In: *Tratado da Adolescência, um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1991.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, p. 15-55, 1997.

MIRANDA, A. *Elas sabem o que fazem*. Jornal da Unicamp. Campinas, março, 2001. Disponível em www.unicamp.br. Acesso em setembro de 2004.

OSÓRIO, L. C. *Adolescente Hoje*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

PEIXOTO, S. *Pré Natal*. São Paulo: Editora Roca, 2004.

PESQUISA VOZ DO ADOLESCENTE. UNICEF, 2002. Disponível em www.unicef.org.br. Acesso em setembro de 2004.

PONTE Jr. G. M., XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no Município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 01, ano 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em junho de 2004.

PRÊMIO SAÚDE BRASIL. (2001). *Perfil da adolescente grávida*. Faculdade de Medicina de Campos, 2001. Disponível em www.saudebrasilnet.com.br. Acesso em maio de 2004.

RAMOS, M. H. M. & CECÍLIO, M. A gravidez ao longo dos tempos. *Nursing*, Ano 10, 118, 26-27, 1998.

RAPPAPORT, C. *Encarando a adolescência*. 4ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1996.

REIS, C. O. A. & RIBEIRO, M. A. (1999). *Gravidez na adolescência*. Disponível em www.nib.unicamp.br. Acesso em abril de 2004.

REY, F. G. *Personalidad: salud Y modo de vida*. México: Unam Iztacala, p. 07-45, 1993.

SARMENTO, R. C. *Gravidez na adolescência: amor, busca, desencontro*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Fonoaudióloga da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, 1990.

TRINDADE, E. & BRUNS, M. A. de T. Era isso o que eu queria? Um estudo da maternidade e da paternidade na adolescência, *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo: iglu editora, 7 (2): 167-205, julho-dezembro, 1996.

VITIELLO, N *Reprodução e Sexualidade, um manual para educadores*. São Paulo: CEICH, 1994.

_____ (org) *Sexualidade na Adolescência*. Sexologia 2. São Paulo: Editora Prol. p.117-125, 1995.

_____ *Sexualidade, quem educa o educador*. São Paulo: Editora Iglu, 2ª ed., 2000.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B. & CAVALCANTI, R. C. *Adolescência Hoje*. São Paulo: Editora Prol, 1999.

WEINBERG, C. *Porque estou assim, os momentos difíceis da adolescência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WEINBERG, C. (org.) *Geração delivery: adolecer no mundo atual*. São Paulo: Sá Editora, 2001.

WONG, L. L. R. & MELO, A. V. Gravidez na adolescência. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 1,1: p. 30-36, 1987.

ZAGURY, T. *O adolescente por ele mesmo*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1996.

PESSOAS COM CEGUEIRA: VIVÊNCIA DA ADOLESCÊNCIA E MANIFESTAÇÃO DA SEXUALIDADE

*Dalva Nazaré Ornelas França*¹
*Eliane S. Azevedo*²

Resumo: A presente pesquisa teve por objetivo conhecer como pessoas adultas, portadoras de cegueira congênita, vivenciaram a adolescência e as manifestações da sexualidade. Foram entrevistados, na *Fundação Jonathas Telles de Carvalho*, em Feira de Santana (BA), seis (6) adultos, com cegueira congênita, que concordaram em participar da pesquisa respondendo a uma entrevista semi-estruturada e a uma escala de auto-avaliação. Os resultados demonstraram que: 1) em pessoas com cegueira congênita, a adolescência se caracteriza da mesma forma que em pessoas dotadas de visão, com sonhos, desejos e fantasias; 2) que adolescentes com cegueira congênita tiveram pouca informação sobre as modificações corporais da puberdade e também sobre sexualidade; 3) que as pessoas com cegueira congênita começam a vida afetivo-sexual em idade mais tardia; 4) que a superproteção dos familiares impedem que esses indivíduos logrem independência afetivo-sexual. Conclui-se que a manifestação da sexualidade independe da deficiência visual, todavia, o medo e o preconceito se sobrepõem à essa manifestação. Finalmente, as autoras relembram que viver a sexualidade é um direito de todas as pessoas.

Palavras-chave: Cegueira; Adolescência; Sexualidade.

Abstract: The present work had the objective of knowing how adults carriers of congenital blindness face their youth and the manifestations of sexuality. Six adults, from the Jonathas Telles de Carvalho Foundation in Feira de Santana, Bahia, Brazil, were interviewed and submitted to a self-valuation

¹ Bióloga, Professora Assistente de Sexualidade e Educação. Mestre em Educação Especial do Departamento de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. dfranca@fsonline.com.br

² Médica, Professora Titular de Bioética do Núcleo de Bioética – Departamento de Ciências Biológicas – Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. eedsea@uol.com.br

scale. The results showed that: 1) the youth experiences in the congenital blinds are similar to those with normal vision, plenty of dreams, wishes and fantasies; 2) the blind adolescents have little information on puberty body changes and sexuality; 3) adults carriers of congenital blindness have later beginning on sexual and affectionate life. This data let to the conclusion that the manifestations of sexuality are independent of visual capacity but fear and prejudice have more strength then sexuality manifestation. Finally, the Authors point out that to live one's sexuality is a right of every person.

Keywords: Blindness; Adolescence; Sexuality.

Introdução

Até o século XVII, o que se sabia acerca das deficiências estava ligado ao misticismo e ao ocultismo, sem estudos cientificamente orientados para o desenvolvimento de noções realísticas. As coisas desconhecidas, diferentes, causavam temor e, às vezes, eram julgadas como castigos, gerando medo e preconceitos. Assim as pessoas portadoras de deficiência, por serem “diferentes,” eram escondidas, marginalizadas, ignoradas e muitas vezes excluídas do convívio familiar e, conseqüentemente, privadas de educação formal e de vida social (Mazzotta, 1999).

A deficiência visual é caracterizada como qualquer alteração ou falência total de um analisador, neste caso, correspondente ao sistema de visão. De acordo com a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada pela Assembléia Geral da ONU, em 09.12.1975, em seu Artigo 1º, *qualquer pessoa, incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente as necessidades de uma vida individual ou normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais, são consideradas deficientes.* No caso da deficiência visual, serão consideradas as pessoas incapazes de assegurarem por si mesmas, totalmente, as necessidades de uma vida individual ou independente, em decorrência da falta de visão.

De acordo com Litvak (1990), os defeitos visuais perturbam a interação das pessoas com o ambiente e, em função disso, dificultam o estabelecimento de vínculos e relações sociais. Para Vigotsky (1985), as conseqüências fundamentais e mais graves da cegueira não estão ligadas ao defeito orgânico, e sim ao isolamento em relação à coletividade, isto é, a uma alteração das relações sociais. E afirma ainda que “*La ceguera como um hecho psicológico no es una desgracia, esta se convierte en una desgracia como hecho social*”.

Percebe-se, assim, que a concepção de deficiência vem se modificando ao longo do tempo. Todavia, não obstante a existência de um avanço nas políticas de inclusão, ainda existem aspectos, como a adolescência de pessoas com deficiência e sua sexualidade, que são pouco estudados e analisados, a fim de que se possa direcionar alguma ação neste sentido.

Deve-se entender a sexualidade como um conjunto de comportamento que engloba, não apenas o ato sexual em si, mas, também, interesses, atividades, e formas de expressar afetos e carinho, maneiras de dar e de receber amor que, como resultado, proporcionam prazer ao indivíduo.

Para Castellano e Gonzalés (2000), as pessoas portadoras de deficiência têm necessidade de ser reconhecidas como seres sociais em toda sua plenitude. Elas, como qualquer outra pessoa, necessitam encontrar espaço para a realização de suas ânsias de amar e de serem amadas. Conquistar as capacidades para expressar sexualidade no meio social em que vivem e alcançar suas aspirações reprodutivas e de casamento constitui algo decisivo para a integração social. A afirmação da vida sexual resulta decisiva para o desenvolvimento da personalidade, especialmente durante a adolescência e a juventude, quando todos tentam demonstrar a si mesmos, e demonstrar a quem lhe rodeia, que são seres humanos tão ávidos da vida afetiva e sexual, como qualquer outra pessoa, e que se consideram capazes para ela.

Segundo o Dr Hugues Costa de França Ribeiro, em conferência no *II Seminário de Educação Especial* (2000), existem fatores dificultadores para lidar com a questão da sexualidade de pessoas com deficiência e entre eles estão: incômodo causado em muitas pessoas pela idéia de que os deficientes possam ter desejos sexuais; concepção limitada da sexualidade, como se restringindo à atividade genital; concepção de que são seres inocentes e assexuados (eternas crianças). A sociedade continua a atrelar a questão da sexualidade à reprodução, esquecendo-se que a sexualidade não tem apenas um componente biológico, mas incorpora o sexo erótico, criativo, que visa a busca do prazer. Há um conflito muito forte entre os pais para aceitarem a sexualidade dos filhos com deficiência; o medo de que a obtenção de informação possa acarretar conduta sexual promíscua; e ainda a possibilidade da projeção pelos adultos, nos deficientes, do medo de sua própria sexualidade. Além de todo esse conjunto de questões, principalmente em relação à pessoa com cegueira congênita, verifica-se que existe ainda, na família, o receio de transmissão da deficiência aos descendentes.

Diante desse contexto, o presente trabalho propõe-se a buscar conhecer como pessoas adultas, com cegueira congênita, vivenciaram a sua adolescência e sexualidade.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo descritivo, prospectivo, com enfoque sócio-histórico-cultural de natureza qualitativa, utilizando o diagnóstico como processo de investigação científica. Foram entrevistados seis (6) voluntários com cegueira congênita, com idades de 21 a 47 anos frequentadores do Centro de Apoio Pedagógico ao deficiente Visual da *Fundação Jonathas Telles de Carvalho* em Feira de Santana – Bahia. Os participantes responderam a uma entrevista (Anexo 1) com 10 questões abertas norteadoras e foram submetidos a um teste de auto-avaliação (Anexo 2). Para medir a auto-avaliação usou-se um instrumento em arte plástica, especialmente construído para este fim, que constava de um corte vertical em uma escada, em alto relevo, com seis degraus, possíveis de serem percebidos com as mãos, por tato. Os entrevistados eram solicitados a indicar, subindo os degraus com os dedos, em qual altura eles se reconheciam em relação a cada uma, das dez situações, enunciadas por uma das autoras (DNOF).

Anteriormente à coleta de dados, o projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael, Salvador, Bahia. Antes da aplicação dos instrumentos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96, CONEP/CNS/MS), foi apresentado (lido), individualmente, para cada adulto com cegueira, tornando-os conhecedores de todos os procedimentos da pesquisa, deixando-os livres para aceitar, recusar ou desistir em qualquer momento dos trabalhos.

Resultados

Foram entrevistados seis (06) adultos, três (03) homens e três (03) mulheres, sendo três negros, dois mulatos e um branco identificados por números de 01 a 06. Em relação ao estado civil um (01) era casado e cinco (05) solteiros. Todos os entrevistados nasceram cegos, mas não souberam informar o diagnóstico médico sobre sua enfermidade.

Visando melhor sistematização, as variáveis investigadas na entrevista foram agrupadas nas seguintes categorias: 1 – Adolescência; 2 – Sexualidade e 3 – Felicidade.

1. Adolescência

Nesta categoria, procurou-se reunir algumas falas relacionadas às modificações corporais, menstruação, ejaculação e à própria fase da adolescência.

... “ninguém falou nisso... quando aconteceu minha mãe falou alguma coisa” (nº 3).

... “minha mãe não conversava por falta de instrução... ela achava tudo anormal” (nº 2).

... “eu fiquei diferente, minha mãe tinha vergonha de falar com a gente, se fosse por ela a gente nunca iria saber o que estava acontecendo” (nº 1).

... “não me preocupei, apesar de não saber de nada que estava acontecendo... só falaram comigo quando aconteceu” (nº 3).

... “não me lembro bem... ninguém me falou nada... lia muitos livros... fui alfabetizado no braile aos 7 anos” (nº 4).

... “normal, já tinha conhecimento” (nº 5).

... “gostava de brincar até os 18 anos” (nº 1).

... “ah.. foi bom... meu primeiro namorado eu tinha 13 anos... foi no colégio interno em Salvador... quando eu conheci ele, eu disse: é este que vou ficar” (nº 2).

... “gostava de sair, ouvir música, programa de rádio, não saía muito” (nº 3).

... “perdi meu pai com 11 anos... tinha um sonho ser jogador de futebol” (nº 4).

... “muito marcante...muito” (nº 5).

... “eu era desajustado...minha família, todo mundo desregrado, eu vivia assim, minha alegria era beber cerveja, cachaça... era influenciado por pessoas... eu era muito desobediente, só melhorei no internato” (nº 6).

2. Sexualidade

Nesta categoria, foram agrupadas falas relacionadas a alguns características da manifestação da sexualidade, como namoro, toque e sexo.

... “sempre me apaixonei, não tinha coragem de me declarar... só fui namorar agora... terminei porque não gostava dele, namorei só para ver como era... gostei” (nº 1) (Idade, 31 anos).

- ... “gastava, era superlegal, só tive um namorado na adolescência, e agora estou namorando é super legal” (nº 2) (Idade, 22 anos).
- ... “a coisa que menos fiz... povo não queria, a minha família... cego não poderia casar... se engravidar quem vai tomar conta do bebê”(nº 3) (Idade, 32 anos).
- ... “gostava sim, namorei um bocado”... (nº 4) (Idade, 47 anos).
- ... “gostava... tive algumas paqueras” (nº 5) (Idade, 46 anos).
- ... “sim, tive algumas namoradas” (nº 6) (Idade, 21 anos).
- ... “gostava sim de ser tocado... era bom... gostava” (nº 1).
- ... “mais ou menos, eu ficava com receio... sentia umas coisas estranhas, que não sentia antes... mais ou menos ficava encabulada” (nº 2).
- ... “às pessoas que eu gostava sim” (nº 3).
- ... “a depender do momento... mas gostava” (nº 4).
- ... “sim... é sempre bom ser tocado” (nº 5).
- ... “com certeza” (nº 6).
- ... “importante, apesar de nunca ter feito... eu ouço dizer que fazer sexo é bom” (nº 1).
- ... “desde quando seja feito com responsabilidade e com a pessoa certa... é legal. Para ter sexo tem que ser com amor... eu sou romântica viu, Pró” (nº 2).
- ... “normal” (nº 3).
- ... “é bom” (nº 4).

3. Felicidade

Nesta categoria, buscou-se levantar que coisas poderiam deixar estas pessoas felizes. Eis as respostas:

- ... “que Deus me dê inteligência para estudar... é isso que irá me tornar muito feliz” (nº 1).
- ... “ah, Pró... já estou feliz... estou namorando... estou estudando... já estou feliz” (nº 2).
- ... “que as coisas dêem certo... um carro... uma casa... um garoto” (nº 3).
- ... “eu sou feliz tenho minha namorada... ter um lar, constituir uma família... profissionalizar” (nº 4).

... “eu sou feliz, não tenho o que reclamar... não quero cobrar da vida mais do que tenho... a dificuldade da deficiência é normal faz parte da vida” (nº 5).

... “conseguir meu objetivo, passar no vestibular para direito... saúde para minha mãe” (nº 6).

Discussão

Em relação ao surgimento das características sexuais secundárias, que muito inquietam os adolescentes, observou-se que os entrevistados não tiveram informações acerca das modificações que iriam ocorrer em seus corpos, porque os pais tinham dificuldade em passar estas informações para os filhos com cegueira. Os fenômenos da menarca nas meninas e da semenarca nos meninos são momentos muito esperados, pois, quando isso acontece, ambos estão prontos, biologicamente, para a procriação.

À pouca informação recebida pela maioria das pessoas com cegueira, acrescenta-se o fato de não terem a oportunidade de observar (ver), nos outros, a ocorrência das mudanças da adolescência, para lhes servirem de modelo e, de certa forma, poderem prepararem-se para o seu momento individual. A dificuldade dos pais em conversar com as filhas sobre a menstruação é algo comum também entre pais de filhas videntes, principalmente, na época em que elas chegam à adolescência. Se há dificuldade em falar-se sobre menstruação, mais difícil é falar-se sobre ejaculação, porque na sociedade machista, considera-se que o indivíduo do sexo masculino já sabe tudo. Observam-se também, algumas colocações bastante curtas, simples, com poucas palavras: foram os homens da pesquisa. Perpassa por essas falas, o excesso de cuidados dispensados aos indivíduos com necessidades educativas especiais, numa tentativa de protegê-los das adversidades da vida.

Diante desses depoimentos, pode-se constatar que a fase da adolescência, vivida pelos portadores de cegueira congênita à sua época, não difere muito da vivenciada pelos videntes. Somente a entrevistada nº 2 se referiu à questão do namoro, algo bem comum nesta fase da vida. É provável que seja reflexo da superproteção, e de uma certa infantilização por parte dos familiares dos indivíduos com cegueira. Isso expressa o pensamento de que o indivíduo com qualquer necessidade educativa especial é considerado um assexuado e, por conta disso, não é preparado para um relacionamento afetivo sexual que se inicia com o namoro. Observou-se que uma pessoa, a de nº 6, lembrou esse episódio com tristeza. Constatou-se aí, também, o papel importante que tem a família e a influência exercida pelo meio social, no comportamento

e na personalidade. Essas observações confirmam o pensamento de Gil (2001), ao afirmar que devido a dificuldades em estabelecer relações, próprias da adolescência, no indivíduo com cegueira pode surgir a raiva da própria deficiência, e, se não existe uma estrutura familiar e educacional, pode surgir este tipo de comportamento aqui relatado.

Ao enfocar o namoro notou-se, nas falas dos entrevistados, aspectos pessoais, familiares e sociais que envolvem o relacionamento social afetivo-sexual, neste tipo de relação.

Percebe-se na fala da entrevista de nº 3, como são o pensamento e a atitude das pessoas que convivem com os indivíduos com cegueira, principalmente os pais, que os protegem demais. Preocupados com questões como: gravidez; o nascimento de outro cego; as doenças sexualmente transmissíveis; o envolvimento com usuário de droga, e o receio de que seu filho seja explorado e rejeitado, os pais terminam por complicar a situação, e levarem esses indivíduos a só buscarem o relacionamento afetivo-sexual, bem mais tarde, na fase adulta da vida. Isso vem acontecendo, de certa forma, por falta de esclarecimentos por parte das pessoas que lidam com indivíduos com cegueira, sejam eles pais, professores, orientadores etc.

Bruns (1995), em seu trabalho, *Deficiência Visual e Educação Sexual: a trajetória dos preconceitos – ontem e hoje*, desenvolvido com mães de adolescentes com cegueira, conclui que as dificuldades de lidar com a sexualidade, ocorrem devido à falta, ou ausência, de informações, por parte das pessoas que lidam diariamente com estes indivíduos com cegueira, pois desconhecem que, no processo educativo destes indivíduos, é necessário oportunizar situações de desafios e estímulos, iguais ou superiores aos indivíduos dotados de visão, já que lhes falta um dos sentidos – a *visão*, que é, sem dúvida, de grande importância para estabelecer relações, representações e criar seus referenciais, mas que não é o único.

Nota-se, através das falas nas entrevistas, que o tocar e ser tocado é algo bem aceito e que lhes dá prazer. Esta evidência confirma a importância do tato para as pessoas com cegueira, pois é através deste sentido que a pele recebe todas as mensagens sensoriais externas e responde a qualquer contato. Para Davis (1991), em algumas pessoas, o ato de tocar e ser tocado desperta sensações altamente desenvolvidas e à medida que esse sentido é mais usado, mais se desenvolve.

Existem determinadas partes do corpo mais sensíveis que outras, como, por exemplo, as mãos e as pontas dos dedos, onde se concentra grande quantidade

de receptores táteis. Esses locais são muito importantes para as pessoas com cegueira, pois é através deles que uma variedade de informações, sobre o que é tocado, é reconhecida. Os indivíduos com cegueira são capazes de formar a imagem de uma pessoa ao tocar o rosto. O tato é um dos sentidos mais importantes para os deficientes visuais. A quantidade de informações que pode ser transmitida por meio do toque é muito grande e difícil de ser avaliada, adequadamente, pelos videntes.

O sexo é referido como algo bom, normal, revelado nas falas com certo gostinho de prazer e, em alguns momentos, o desejo de experimentá-lo. Os entrevistados tratam o sexo com um tom de responsabilidade e associam o sexo ao amor, à afetividade e ao romantismo. Com isto, confirma-se que a falta de visão não lhes impede de sonhar e de sentir as mesmas necessidades e desejos comuns aos videntes. Para Vigotsky (1995), os maiores problemas da cegueira não são as questões orgânicas, mas sim, as bases sociais na qual o indivíduo se encontra, pois o preconceito que foi criado em relação às pessoas com cegueira, ou qualquer outra diferença, impede, muitas vezes, dessas pessoas buscarem se relacionar sexualmente, como podemos verificar nas falas do presente trabalho.

Evidenciou-se, que metade dos entrevistados já se considera feliz e os demais querem alcançar a felicidade através do relacionamento afetivo-sexual e do desejo de constituir família, coisas que, em função da cegueira, lhes são, em geral, negadas. A busca de conhecimento e a profissionalização, que também é escassa entre os portadores de cegueira, são percebidas como obtenção de felicidade. Mas, como diz Abraham Lincoln: *“Quase sempre a maior ou menor felicidade depende do grau da decisão de ser feliz”*. As pessoas com cegueira resolveram ser feliz ou buscar sê-lo. Ser feliz é um direito de todos.

A aplicação do teste de auto-avaliação, teve o objetivo de conhecer as opiniões que os entrevistados têm sobre si mesmos; qual a imagem que fazem sobre si e sobre seu comportamento. Usando o instrumento em arte plástica, que constava de um corte vertical em uma escada, com seis degraus, solicitava-se aos entrevistados, indicar, com os dedos, ao longo da escada, em qual altura (degrau), eles se reconheciam em relação a cada uma, das dez situações, enunciadas pela Pesquisadora. Na Figura 1, apresenta-se o resultado da auto-avaliação. Notou-se a presença de auto-estima relativamente elevada, apesar de alguns não se considerarem bonitos, inteligentes e enturmados, e outros não se acharem amados, como retrata o gráfico. Em relação a ser amado, supomos que, por se encontrarem com certo amadurecimento, e

somente agora é que estão namorando, este *amado* tenha ficado vinculado à relação afetivo-sexual, que nos adultos se manifesta com mais liberdade, pois muitos já saíram do domínio da família e buscam constituir a sua própria. A auto-estima elevada permite a pessoa crescer emocionalmente, ter segurança, ser alegre, livre, otimista e com capacidade de dar e receber afeto. Conclui-se que essas qualidades independem de deficiência visual.

Conclusões

Na adolescência, as pessoas desenvolvem três aspectos fundamentais em suas vidas: o biológico que, normalmente acontece com todos os indivíduos, independentemente de ser ou não portador da cegueira; o psicológico, passível de ser influenciado pela educação, mas com desenvolvimento e amadurecimento independentes da visão; e o social, este sim, poderá ser afetado, devido à rejeição da comunidade em relação às pessoas com deficiência, levando-as a desenvolver sentimentos de menosvalia, prejudiciais, às relações sociais. O pouco conhecimento e estudos acerca do comportamento do adolescente com cegueira e da manifestação da sexualidade dessas pessoas, facilita o preconceito.

Em geral, são as circunstâncias sociais que impedem o deficiente de se desenvolver e de vir a estabelecer consigo próprio e com outros, uma relação que lhe possibilite expressar-se como um ser sexuado. Ao contrário, há um ocultamento do desejo. Lamentavelmente, em geral, prazer e o erotismo são vivências somente admitidas e permitidas aos ditos “normais”.

A partir de estudos e de observações em trabalhos com deficientes (França e Azevedo, 2003) entendemos a sexualidade de forma abrangente, considerando sua influência sobre todos os aspectos da vida humana, desde a concepção até a morte, manifestando-se em todas as fases da vida, sem distinção de raça, cor, sexo, deficiência, etc, considerando-se a genitalidade como uma de suas formas de expressão, porém não a única.

Nesta perspectiva é possível lançar-se um olhar de otimismo vislumbrando uma sociedade inclusiva, com igualdade de oportunidades, em todas as dimensões da vida, inclusive a da sexualidade.

O presente estudo permite concluir que: a adolescência das pessoas com cegueira se caracteriza da mesma forma como acontece com as pessoas dotadas de visão, com sonhos, desejos e fantasias; que há pouca informação

recebida pelos deficientes no que diz respeito às modificações corporais da puberdade e também da sexualidade; que as pessoas com cegueira começam sua vida afetivo-sexual, com idade mais avançada que o vidente; e que a superproteção dos familiares, muitas vezes, impede que estes indivíduos logrem uma independência afetivo-sexual.

Concluimos, afirmando que a manifestação da sexualidade é um DIREITO de todas as pessoas, independentemente, de deficiência e somente quando este direito for respeitado, teremos uma sociedade inclusiva, humanitária e justa.

Referências bibliográficas

BRUNS, M. A. T. *Sexualidade e deficiência visual: encontro ou desencontro?* In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 5, 1955, São Paulo.

CASTELLANO, B.; GONZÁLEA, A. *La Sexualidad de los niños y adolescentes discapacitados*. Su atención e Educación. Conferência Científica Latinoamericana de Educación Especial, 9., 2000, Havana – Cuba.

CONSTITUIÇÃO – República Federativa do Brasil, 1988.

DAVIS, P. K. *O poder do toque*. São Paulo: Best Seller, 1991.

FRANÇA, D.; AZEVEDO, E. Imagem Corporal e sexualidade de adolescentes com cegueira, alunos de uma escola pública em Feira de Santana, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Ba. 2003. vol.2 nº2. p.176-184.

FRANÇA RIBEIRO, H. C. *Sexualidade e Deficiência*. Conferência no Seminário de Educação Especial. Universidade Estadual de Feira de Santana. Bahia. 2000.

GIL, M. (Org.). *Caderno da TV escola: deficiência visual*. Brasília, DF: MEC. Secretaria de Educação à Distância, 2001. p. 55-62.

LITVAK, A. G. *Tiflopsicologia*. Traduzido por G. I. Belinski. Moscou: Vneshtorgizdat. 1990.

MAZZOTTA, M. J. S. *Educação especial no Brasil – História e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

MINISTERIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Comitê Nacional de Ética em Pesquisa*. Resolução 196/1996.

TIBA, I. *Puberdade e adolescência, desenvolvimento biopsicossocial: esquema corporal*. 3ª ed. São Paulo: Ágora, 1986.

VIGOTSKY, L. S. *Obras Completas*. Volume V. Madrid: Ed. Pueblo e Educacion, 1995.

ANEXO 1

GUIA PARA ENTREVISTA (ADULTOS COM CEGUEIRA)

Objetivo: Levantar junto ao adulto com cegueira como passou pela adolescência e enfrentou as mudanças do seu corpo.

Instrução: Apresentar-se. Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Questionário nº. _____
2. Data _____
3. Idade _____ anos
4. Sexo _____
5. Religião _____
6. Etnia _____

II. ENTREVISTA

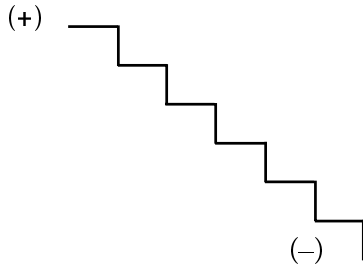
1. O que você gostou mais na sua adolescência?
2. Quem conversou com você sobre as modificações que iriam acontecer em seu corpo nesta fase?
3. Como você reagiu à primeira menstruação ou ejaculação? Alguém falou com você que isso iria acontecer?
4. Como você sentia seu corpo?
5. Com quem você costumava conversar sobre as transformações que estavam acontecendo em seu corpo?
6. Nessa época você gostava muito de namorar? Teve muitos namorados?
7. Nessa época você gostava de tocar e ser tocada?
8. O que você acha do sexo?
9. Quando você se interessa por uma pessoa para namorar, o que faz para conseguir?
10. Que coisas você acha que poderiam lhe fazer feliz?

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE AUTOVALORAÇÃO

Objetivo: Detectar o nível de autoavaliação (auto-estima) do aluno.

Consigna: Vamos desenvolver uma atitude em que vou lhe fazer algumas perguntas e você deverá assinalar nesta escada onde você se encontra de acordo com o que você acha mais (+) ou menos (-).



I. IDENTIFICAÇÃO

1. Questionário nº: _____
2. Data _____
3. Idade _____ anos
4. Sexo _____
5. Religião _____
6. Etnia _____

II. FRASES AVALIATIVAS DA AUTOVALORAÇÃO

1. Aqui estão as pessoas mais alegres e as menos alegres. E você, onde se encontra?
2. Pessoas mais fortes e menos fortes. E você onde se encontra?
3. Pessoas mais bonitas e menos bonitas. E você onde se encontra?
4. Pessoas mais preguiçosas e menos preguiçosas. E você onde se encontra?
5. Pessoas mais inteligentes e menos inteligentes. E você onde se encontra?
6. Pessoas mais amadas e menos amadas. E você onde se encontra?
7. Pessoas mais egoístas e menos egoístas. E você onde se encontra?
8. Pessoas que gostam de jogar mais e gostam de jogar menos.
9. Pessoas mais enturmadas e menos enturmadas. E você onde se coloca?
10. Pessoas com muitos amigos e pessoas com poucos amigos. E você?

REINCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

*Zenilda Vieira Bruno*¹
*Ivany Queiroz de Moraes*²
*Maria de Fátima Bezerra*³
*Rita Maria Cavalcante Brasil*⁴
*Patrícia E. Bailey*⁵
*Zenilce Vieira Bruno*⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar incidência e fatores relevantes na reincidência da gravidez na adolescência.

Metodologia: Estudo realizado com 187 adolescentes grávidas atendidas e acompanhadas por cinco anos no Serviço de Adolescentes da MEAC/UFC. Foram analisados: fatores relevantes para a repetição da gravidez.

Resultados: Verificou-se que 61% engravidaram nos cinco anos seguintes ao primeiro parto. Não foram fatores protetores: idade, estudar, trabalhar, ou morar com os pais. Entretanto, quando as adolescentes tinham oito anos ou menos de escolaridade o risco de engravidar quase duplicou (RR = 1,89). Engravidaram mais as solteiras sem companheiro estável e aquelas que mudaram de parceiro (RR = 1,4).

Conclusão: Fatores de risco para recidiva de gravidez: baixa escolaridade, mudança de parceiros e uniões não estáveis.

Palavras-chaves: Adolescente; Gravidez; Sexualidade; Contracepção; Educação sexual.

¹ Profª de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina (FM) da UFC. Coordenadora do Serviço de Adolescentes da MEAC – UFC – zenildabruno@hotmail.com

² Psicóloga do Serviço de Adolescentes da MEAC – UFC.

³ Enfermeira do Serviço de Adolescentes da MEAC – UFC.

⁴ Professora de Pediatra da FM da UFC. Coordenadora da Especialização em Adolescência da UFC.

⁵ Family Health International.

⁶ Psicóloga, Terapeuta Sexual, Profª do Curso de Especialização em Adolescência da UFC. Diretora de Relacionamentos com Associados da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana – zenilcebruno@uol.com.br

ABSTRACT

Objective: to assess the incidence and associated factors to subsequent pregnancy among adolescents.

Methodology: Adolescent that were attended at an unit at the Teaching Hospital Assis Chateaubriand from the Federal University of Ceará was followed-up over a five-year period. We examined the incidence of repeat pregnancy during the study period and factors related to repeated pregnancy.

Results: Most became pregnant again (61%) in the five-year period that followed their first pregnancy, often with another partner. Age group, enrollment in school, working or living with parents did not protect against a subsequent pregnancy. However, those having 8 or less years of schooling (elementary school) were more likely to have a new pregnancy than those from high school level (relative risk [RR] = 1,89). Adolescents who were married or lived with a partner were less likely to become pregnant again than those who had a boyfriend like those who reported they were with a different partner (RR = 1,4).

Conclusion: repeated pregnancies were related to schooling level and to new partners and unstable unions.

Keywords: Adolescent; Pregnancy; Sexuality; Contraception and sex education.

Introdução

Apesar de ser difícil generalizar sobre conduta sexual e reprodutiva na adolescência pesquisas realizadas em diferentes países têm verificado a interferência de distintos fatores no aumento da fecundidade nesta população, destacando-se a iniciação sexual precoce associada ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e a pouca utilização de contraceptivos, seja por falta de orientação da família e da escola, seja pela ineficiência de serviços de planejamento familiar (Costa, Souza, 2002).

Nos EUA, os índices de gravidez na adolescência estão crescendo assustadoramente. De acordo com estatísticas locais, de 1975 a 1989 a porcentagem dos nascimentos de filhos de adolescentes solteiras aumentou 74,4%. Em 1990, os partos de mães adolescentes representaram 12,5% de todos os nascimentos no país (Brasil, 2000).

No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, o que representa o triplo dessas ocorrências na década de 70

(Correa, 2003). A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, realizada em 1996, apontou que 14% das adolescentes já tinham, pelo menos, um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior (Bruno, 2002).

Entre as garotas grávidas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos (Brasil, 2000).

Esses dados se reproduzem quando analisamos estatísticas de outras regiões do país, inclusive aquelas mais desenvolvidas. Assad e Azevedo revelam prevalência da gravidez na adolescência em torno de 16% e 23 %, respectivamente para as cidades de São Bernardo do Campo e Londrina (Assad, Maciel, Franzon, 2002; Azevedo, Gomes, Duarte, 2002). O maior drama reside nos incontáveis casos de morte materna em adolescentes de baixa renda, resultantes do recurso ao abortamento por auto-manipulação ou abortamento clandestino. O coeficiente de mortalidade decorrente do aborto é 2,5 vezes maior em menores de 20 anos (Galetta, Zugaib, 2005).

A Organização Mundial da Saúde considera a gravidez na adolescência como gestação de risco. As grandes dificuldades encontradas na análise de trabalhos publicados na literatura nacional e internacional consistem em atribuir um possível pior desempenho obstétrico e repercussões sobre o recém-nascido simplesmente à idade materna, com um cortejo de situações de risco como: pobreza, baixa escolaridade, falta de assistência pré-natal adequada, entre outras (Neves Filho, 2002).

O conhecimento dos fatores relacionados à gravidez na adolescência dentro de cada realidade social pode se constituir num importante caminho para a implementação de medidas que possam modificar esse quadro e favorecer ao exercício pleno e saudável da sexualidade desses adolescentes.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a reincidência da gravidez em adolescentes primigestas, num período de cinco anos após o parto, e fatores relacionados a uma nova gestação, neste período.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado em dois momentos da vida de uma coorte de adolescente. Um grupo de 187 adolescentes grávidas, atendidas no Serviço de Adolescentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em 1999, responderam a uma entrevista por ocasião da consulta

inicial no pré-natal, através de um questionário estruturado. Cinco anos após o parto, as adolescentes foram novamente entrevistadas, e indagadas, entre outras questões, sobre a ocorrência de nova gestação. O período do estudo foi de setembro de 1999 a agosto de 2004. Neste grupo, foram analisados fatores relevantes na repetição da gravidez, tendo como critérios de inclusão para a primeira entrevista: ter 18 anos ou menos, estar grávida pela primeira vez, residir na grande Fortaleza, assinar consentimento para participar da pesquisa. Os dados foram digitados e analisados no programa EPI-INFO e SPSS.

Foram feitas análises estatísticas das variáveis independentes (estudar, trabalhar, morar com os pais, estado civil, e mudança de parceiro) e comparadas quanto à variável dependente (ter ou não, uma nova gravidez, cinco anos após). Utilizou-se o teste exato de Fisher para avaliar associação entre os fatores que poderiam influenciar na repetição da gravidez, considerado como tendo associação quando o $p < 0,05$. Foram calculados os riscos relativos para a escolaridade, condição marital e mudança de parceiro, por serem fatores que se mostraram mais significativos para a reincidência de gravidez.

O estado civil foi dividido em casada ou morando juntos; solteira com companheiro fixo, ou seja, aquela paciente que tem namorado, mas não moram juntos; e a solteira sem companheiro fixo, tem atividade sexual porém sem namorado fixo.

Resultados

Na pesquisa realizada com as 187 adolescentes assistidas no Serviço de Adolescentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de setembro de 1999 a agosto de 2004, 29% eram adolescentes precoce, menores de 16 anos (Tabela 1).

Analisando a incidência de nova gestação após cinco anos do primeiro parto constatou-se que 61% delas (114) voltaram a engravidar nesse período, o mesmo não acontecendo com 39% (73). Das que engravidaram 40% tiveram mais que uma gravidez no período de estudo (Tabela 2).

Não houve associação entre o fato da paciente estar estudando, trabalhando ou morando com os pais e ter engravidado novamente. $p > 0,05$ em todas as condições (Tabela 3).

Entre os fatores que se associaram com uma ou mais gestações no período de cinco anos encontramos o grau de escolaridade naquela ocasião como um dos mais fortemente relacionados. A Tabela 4 mostra que a possibilidade de engravidar novamente no grupo de mais baixa escolaridade chega a ser quase duas vezes maior (89%) que o de maior escolaridade, com um intervalo de confiança de 1,37 a 2,60.

Também se observou associação entre a condição marital das pacientes e o fato de terem engravidado novamente. Aquelas que estavam casadas, ou morando com o companheiro, se preveniram mais de uma nova gestação, enquanto que aquelas solteiras com companheiro, ou seja, estavam namorando porém não moravam junto, engravidaram mais. O risco de uma nova gravidez após cinco anos nas adolescentes sem união estável é de 1,37 – quase 40% maior (Tabela 5). Não foram incluídas na análise as 25 pacientes que não tinham companheiro, no momento da entrevista.

As pacientes que mudaram de companheiro engravidaram mais. O risco de ter nova gravidez quando a adolescente tem um novo parceiro, também é 1,4 vezes maior (40%) do que quando permanece com o mesmo companheiro, pai de seu primeiro filho (Tabela 6). Não foram interrogadas sobre mudanças de parceiros as 25 pacientes que não tinham companheiro, no momento da entrevista.

Discussão

O estudo nos mostra uma alta incidência de nova gestação após cinco anos da primeira gravidez. Além disso, grande parte dessas adolescentes tinha engravidado mais que uma vez neste período. Nossos dados superam os referidos por outros autores que têm relatado uma taxa de reincidência da gravidez na adolescência de cerca de 50 % (Zabin, 2001).

Alguns aspectos a serem considerados são as condições econômicas e sociais dessas adolescentes. Tomando a escolaridade como exemplo, vimos que mais que 60 % das adolescentes já não estudavam e mesmo das que ainda estavam estudando a maioria tinha muito baixa escolaridade. Este fator deve certamente ter contribuído para a primeira gravidez e não se constituiu num fator de grande proteção para uma nova gestação, uma vez que somente 35,8 % delas estava cursando o segundo grau após cinco anos. Além disso, aumentou o percentual de adolescentes fora da escola após cinco anos, o que tem sido relatado como uma das conseqüências desfavoráveis da gravidez

na adolescência. Para Menezes (2002), a vivência da gravidez adolescente no contexto de vida das jovens das classes populares reforça o processo de exclusão social, bem como a exclusão social, pela falta de outros projetos, interfere para a gravidez na adolescência.

Para Bruno (2002), uma das conseqüências mais sérias da gravidez na adolescência é a evasão escolar. Segundo a autora, com o nível educacional menor, as mães adolescentes têm menor chances de bons trabalhos e mais dificuldade de conseguir emprego e nele se manter. Dessa forma, a falta de estudo concorrerá significativamente para comprometer o bem-estar e a condição econômica das adolescentes que engravidaram e isto se agrava quando há reincidência de gravidezes, aumentando o número de filhos e as responsabilidades destas mães ainda imaturas.

Um dos aspectos que merece ser mais bem estudado no contexto desse trabalho é a questão da escolaridade dessas adolescentes. Nos últimos anos, no estado do Ceará, tem sido feito grande esforço no sentido de garantir acesso ao ensino fundamental a todas as crianças e adolescentes do estado. É incompreensível, portanto, os índices de escolaridade encontrados nesse grupo de adolescentes, considerando, ainda mais, que todas são residentes em Fortaleza, onde são maiores as ofertas de escolas públicas. Segundo dados do relatório da UNICEF de 2001 a taxa de evasão do ensino fundamental no Ceará estava em torno de 4 %, muito inferior, portanto, ao encontrado neste grupo de adolescentes. Dessa forma é possível acreditar que as populações de condições socioeconômicas desfavoráveis, tais como grande parte da juventude nordestina, vive num contexto de exclusão social que compromete a educação, a auto-estima e a autonomia de vida e que, certamente, reflete no exercício da sexualidade. A gravidez precoce e a reincidência da gravidez são, possivelmente, algumas das conseqüências desse panorama social.

As adolescentes que engravidam prematuramente, geralmente, são forçadas a dar um novo rumo às suas vidas, deixando de morar com os pais, abandonando a escola e, em muitos casos, engravidando de um novo parceiro. Este fato fica bem demonstrado quando se constata que um terço das adolescentes na segunda entrevista tinham um novo parceiro. Este fato chama à atenção, uma vez que se demonstrou uma incidência bem maior de uma nova gestação neste grupo, quando comparado com aquele das adolescentes que não trocaram de parceiro. O comportamento das adolescentes se constituiu numa condição de risco para reincidência da gravidez, aumentando em cerca de 40 % esta chance.

Também observamos que, quando as adolescentes estão casadas ou morando com o companheiro há menor incidência de uma nova gravidez, se constituindo, portanto, num fator de proteção para nova gestação. É provável que, pelo fato de não estarem morando com o companheiro e terem relações menos freqüentes, não sintam necessidade de medidas adequadas de controle da contracepção. Lamentavelmente, um terço da população estudada permanece nessa condição de risco, o que se assemelha a outras estatísticas do país (Turolla e Stolai, 2002).

Conclusão

O presente estudo revela uma elevada reincidência de novas gestações em adolescentes com condições sócio-econômicas desfavoráveis do nosso meio, sugerindo que a baixa escolaridade, as relações conjugais instáveis e a mudança de parceiro sexual constituem importantes fatores de risco.

Dessa forma, ressalta-se a importância de programas assistenciais voltados à conscientização dos adolescentes, abrangendo a educação sexual, a formação de adolescentes multiplicadores, e acesso aos serviços de planejamento sexual e reprodutivo.

Para a construção de programas educativos é importante que se considerem aspectos culturais subjetivos e se observe que as adolescentes estão inseridas em um contexto dinâmico onde múltiplos fatores interagem. Realizar ponderações e dar novos direcionamentos a essas práticas educativas em saúde é contribuir, realmente, para o resgate da cidadania das jovens e para a sua emancipação.

Referências bibliográficas

ASSAD, M.; MACIEL, M.; FRANZON, A. *Caracterização das mães adolescentes do município de Londrina – Paraná no período de 1994 a 2000* – Anais do II Congresso de Adolescência do Cone Sul – Londrina, Agosto de 2002.

AZEVEDO, M. R; GOMES A; DUARTE, C. *Gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo* – Anais do II Congresso de Adolescência do Cone Sul – Londrina, Agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gravidez na Adolescência – 2000*. Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.sof.org.Br/saude/dados.html>.

BRUNO, Z.V; COSTA, M.C.O; CAMPOS, I; LYRA, J. Maternidade e paternidade. *In: COSTA, M.C.O; SOUZA, R.P Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

CORREA, H. Aspectos Sócio-demográficos sobre a Maternidade na Adolescência: O Contexto Brasileiro. *Femina.* V.31, n.8, p. 691-695,2003.

COSTA, M.C.O; SOUZA, R.P. *Adolescência: aspectos clínicos e psicológicos.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

GALETTA, M.A; ZUBAIB, M. O. O Risco Obstétrico da Gravidez na adolescência. *Revista da SOGIA.* v.2, n. 6. p 12 – 14, 2005.

HENRIQUE, H. *Manual para educadores comunitários em AIDS.*MS: Programa Nacional de DST/AIDS, 2002.

MENEZES, V. – *Gravidez na adolescência e exclusão social* – Anais do II Congresso de Adolescência do Cone Sul – Londrina, Agosto de 2002.

NEVES FILHO, A.C. Perfil das Gestantes Atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Associação entre idade materna e baixo peso ao nascer. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Ce, 2002.

TUROLLA, M.; STOLAI, B. ET. COL. – *Mãe adolescente – Aspectos sociais após a gravidez* – Anais do II Congresso de Adolescência do Cone Sul – Londrina, Agosto de 2002.

UNICEF – Situação da infância Brasileira – Unicef – Brasília, 2001

ZABIN, L. S. Impacto da gravidez na adolescência: avaliação após três anos após o parto. *In: VALE, J.R.A. et al. Nas pegadas da juventude: estudos e pesquisas sobre adolescentes no Ceará.* Fortaleza: Momentum, 2001.

ANEXO

Tabela 1 – Distribuição das adolescentes grávidas por faixa de idade da primeira gravidez.

IDADE (anos)	NÚMERO	%
12 a 15	54	29 %
16 a 18	133	71 %
Total	187	100,0%
Média = 16 anos (DP – 1.2 anos)	---	---

Fonte: MEAC (setembro de 1999)

Tabela 2 – Incidência de nova gestação no período de cinco anos após o primeiro parto.

Nova Gravidez	No	%
– Uma gestação	68	60 do subtotal
– Mais de uma gestação	46	40 do subtotal
Sub-total	114	61
Não	73	39
TOTAL	187	100

Fonte: MEAC (setembro de 1999 a agosto de 2004)

Tabela 3 – Fatores que poderiam influenciar na reincidência de gravidez na adolescência, no período de cinco anos.

Fatores que poderiam influenciar a reincidência de gravidez	Engravidaram novamente no período de cinco anos					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Faixa etária						
12-15	37	67,3	18	32,7	55	29,4
16-18	77	58,3	55	41,7	132	70,6
Estudar						
NÃO	82	64,3	46	35,7	124	68,4
SIM	32	57,1	27	42,9	63	31,6
Trabalhar						
NÃO	78	64,8	44	35,2	120	65,2
SIM	36	56,7	29	43,3	67	34,8
Mora com os pais						
NÃO	77	61,5	48	38,5	125	66,8
SIM	37	62,9	25	37,1	62	33,2

p> 0,05

Tabela 4 – Análise da associação entre grau de escolaridade e engravidar novamente após cinco anos.

ESCOLARIDADE	Engravidaram novamente no período de cinco anos					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Até 8 anos	88	73,3	32	26,7	120	64,2
Mais que 8 anos	26	38,8	41	61,2	67	35,8
TOTAL	114		73			

Risco relativo = 1,89 (Intervalo de Confiança = 1,37 – 2,60), * p < 0,000003.

Tabela 5 – Condição marital no momento da entrevista, cinco anos após o primeiro parto e sua relação com a gravidez subsequente.

Estado civil no momento da entrevista	Engravidaram novamente no período de cinco anos					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Solteira com comp.	28	82,4	06	17,6	34	100
Casada/mora junto	77	60,2	51	39,8	128	100

Risco relativo = 1.37 (Intervalo de Confiança = 1,11 – 1,69), P < 0,01

Tabela 6 – Mudança de parceiro, nos cinco anos após o parto e sua associação com uma nova gestação.

Companheiro atual	Engravidaram novamente no período de cinco anos					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Novo companheiro	41	80,4	10	19,6	51	100
Mesmo companheiro	64	57,7	47	42,3	111	100

P < 0,05, Risco relativo = 1,4 (Intervalo de confiança 1,1 – 1,7)

SEXO ANAL NAS RELAÇÕES HETEROSSEXUAIS*

Celi de Souza Nunes Rodrigues de Sá¹

Paulo R.B. Canella²

Marize Jurberg³

Resumo: O objetivo do presente trabalho consistiu em estudar o sexo anal heterossexual, presente desde o início dos relatos sobre a sexualidade humana, sendo uma das práticas sexuais não-convencionais, cada vez mais utilizada por casais heterossexuais, apesar de sua ligação com o maior risco para DSTs e a transmissão do vírus HIV. A pesquisa de campo foi realizada com 70 mulheres, entre 14 e 59 anos, clientes de ambulatório de ginecologia, submetidas a entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de avaliar a frequência das práticas sexuais (vaginal, oral e anal); os motivos da aceitação ou rejeição do coito anal; de quem partiu a sugestão; o uso de preservativo e o prazer obtido com esta prática.

Os resultados evidenciaram que 61,4% das mulheres que constituíram a amostra já praticaram o sexo anal, o que ocorreu em todas as faixas etárias. Em geral, foi sugerido pelo parceiro (78%), mas 10% das mulheres também tiveram essa iniciativa. O motivo para a primeira relação anal foi, majoritariamente, para agradar ao parceiro (81,4%), embora a curiosidade também tinha sido relatada por uma em cada quatro dessas mulheres (25,6%). A prática foi mantida por 48% das mulheres, igualmente para agradar ao parceiro (82,3%), ou em busca de prazer, por 44,1% destas mulheres, ou 21,4% do total. O uso de preservativo, entre as que praticam o sexo anal, aparece no relato apenas de 18,6% destas. Conclui-se que o método utilizado favoreceu a espontaneidade e veracidade das respostas, assim como evidenciou a não justificativa de certos estereótipos sexuais femininos, ao mesmo tempo em

* Trabalho derivado da Tese "Sexo Anal nas Relações Heterossexuais" apresentada ao Mestrado em Sexologia – Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro, 2004.

1 Mestra em Sexologia pela Universidade Gama Filho (UGF) – celi.nunes@uol.com.br

2 Professores do Mestrado em Sexologia da UGF – canella@gineco.ufrj.br

3 Professora de Mestrado em Sexologia da UGF – mabj@openlink.com.br

que mostra que as mulheres estão mais curiosas e tentando obter prazer de outra forma, que não as convencionais.

Palavras-chave: Heterossexualidade; Coito anal; DSTs.

Abstract: The purpose of this work is to study heterosexual anal intercourse, a practice that is present in the first available descriptions of human sexuality. It is one of the non-conventional present performances that has been increasing among heterosexual couples, even though it is the most risky for the transmission of the HIV virus. The research was made with 70 women, with ages varying from 14 through 59, all patients of gynecologic ambulatory. The patients responded to semi-structured interviews, with the purpose of evaluating the frequency of sexual practices (vaginal, oral and anal); the motivations for the acceptance or rejection of anal intercourse; who suggested and the pleasure obtained with anal intercourse. Results reveal that 61,4% of the sample had practiced anal sex, which happened in every age bracket. Generally, the man suggested anal intercourse (78%), but 10% of the women also shared the initiative. The alleged reason for the first anal relationship was primarily to please the partner (81,4%), though curiosity was a reported reason for one out of these women (25,6%). Anal intercourse was maintained as a practice by 48% of these women, equally to please the partner (82,3%) and in search of personal pleasure (44,1% of these women, 21,4% of the total). The use of condoms among the women who practiced anal intercourse was reported in only 18,6% of the cases. It is possible to conclude that the interviewing method favored spontaneous and truthful answers, and portrayed the formation of certain feminine stereotypes, at the same time showing that women are more curious and attempting to achieve pleasure in other, non-conventional forms.

Keywords: Heterosexuality; Anal coitus; DSTs.

Introdução

A atividade sexual não está relacionada somente à procriação, em que pênis e vagina são as únicas vias de prazer. O prazer sexual pode ser obtido através do contato entre outras partes do corpo humano que levam tanto ao prazer como à dor – o sexo anal é um deles.

A medicina e a psicologia sempre demonstraram uma inclinação para estudar o patológico, o anormal, os sentimentos e sensações negativas como a raiva,

o ódio e a dor. Em sexologia, não é diferente. Estudam-se mais as disfunções sexuais e os conflitos de casais, do que as atividades sexuais prazerosas, não patológicas e os relacionamentos que produzem satisfação sexual. As poucas pesquisas e informações incompletas sobre alguns temas, como exemplo o sexo anal heterossexual, propiciam a facilitação de disseminação de algumas doenças quando se busca o prazer, o que faz com que a sociedade interprete algumas práticas sexuais como patológicas, sujas e anormais, fechando e perpetuando o ciclo de tabu e preconceito.

Seja nas relações homossexuais ou heterossexuais, o *sexo anal* (pênis no reto), está presente desde o início dos relatos sobre a sexualidade humana, variando, de cultura para cultura, o nível de sua aceitação ou de repressão.

No Brasil, o coito anal é relatado desde o início da sua colonização, época pretensamente marcada, entre nós, por uma sexualidade sem limites, atribuída ao calor tropical e a uma possível “sensualidade da natureza”. No início, os portugueses, precisando povoar a nova terra e gerar riquezas para Portugal, toleraram e mesmo participaram da luxúria aqui instalada, pelos primeiros imigrantes, muitos dos quais ladrões ou degredados.

A partir do séc. XVI, chegou ao Brasil a Inquisição, época em que a sodomia (sexo anal) predominava largamente entre os pecados denunciados, com 42,70% do total de 82 desvios morais denunciados, conforme assinala Vainfas (1986). Nahoum (1989), ao comentar sobre a ética vitoriana retrata, de certa forma, o que vivenciamos antes e atualmente em relação ao sexo anal heterossexual: “... *há coisas que se pode fazer, mas das quais jamais se pode falar. Ou melhor: há coisas que não convém fazer, mas pecado maior do que fazê-las é dizer-se que as fez. No silêncio, as coisas não existem; se existiram, deixam de existir. A ação é tolerável, compreensível, até mesma lícita. Mas a verbalização dela é reprovável, inadmissível* – “*Não importa o que você faz, quero é que você não o diga, é o discurso de um pai sobre o dizer da filha*” (p.134-135).

Em nossa atividade profissional, ao abordar o assunto *sexo anal nas relações heterossexuais*, de maneira informal, com alguns médicos, psicólogos, enfermeiros, professores e outros profissionais formadores de opinião, observamos algumas atitudes que demonstravam o quanto este tema também era obscuro e perturbador para a classe acadêmica. O desconhecimento, preconceito e tabu com esta prática sexual eram trazidos nos diálogos, por alguns desses profissionais, através de diferentes reações: rubor facial, expressão de vergonha, inquietude, curiosidade excessiva sobre a pesquisa, omissão de opinião e saída discreta da conversa – posturas surpreendentes.

Durante 23 anos trabalhando com atendimento integral à saúde da mulher e tendo atendido cerca de 15.000 mulheres, observamos que a maioria não tinha informações adequadas sobre sexualidade, incluindo diversas práticas, como: sexo anal, oral, uso de preservativo, contracepção e outros, o que contribuía para facilitar as complicações na região anorretal, infecção vaginal, gravidez indesejada, insatisfação sexual e DST/AIDS.

Essas dúvidas, entre outras, demonstravam preconceito e desconhecimento sobre o corpo e sua sexualidade, deixando clara a necessidade urgente de informá-las adequadamente, sem tabu ou preconceitos, sobre vários temas relativos à sexualidade.

Uma pesquisa realizada no Brasil, pelo Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado (IPPM 1983), sobre *Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros*, revelou um percentual elevado de prática ocasional de sexo anal heterossexual: 52,9% (243) no Rio de Janeiro, 37,8% (151) em São Paulo e 42,1% (1.051) em 18 outras cidades pelo Brasil.

Joannides (2003) relata que, de acordo com várias estatísticas, 30 a 40% de todos os casais heterossexuais, nos Estados Unidos, já tentaram o sexo anal e metade desses continuam praticando-o, ocasionalmente.

Pesquisas do Ministério da Saúde (2004) demonstram um aumento da AIDS nas relações sexuais heterossexuais – nos homens, de 24% e, nas mulheres, de 86,7%, estando o sexo anal pontuado como a prática sexual de maior risco para a propagação do HIV. No IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana (2003), foi apresentado um tema livre, por Marzano, (Marzano e Esashiska, 2003) sobre pesquisa através da internet, com o título “Pesquisa entre mulheres sobre sexo anal”, e segundo os autores, das 200 mulheres que responderam ao questionário, 72 (36%) usavam preservativos e a maioria, portanto, não os usava. Surgiu então, o interesse em estudar mais detalhadamente este tema, para que se pudesse conhecer melhor esse comportamento sexual não patológico, mas que influencia diretamente a sociedade em geral, pois através dele os casais podem passar do prazer ao sofrer, face à maior probabilidade de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS.

Como objetivo geral, a pesquisa pretende avaliar a qualidade do sexo anal heterossexual, em relação ao prazer feminino e a prevenção de DST/AIDS, tendo como objetivos específicos saber: Qual a motivação da mulher para ter relação anal? O sexo anal é prazeroso para as mulheres? Na relação anal está sendo usada a “camisinha masculina”?

Foram utilizados, como referencial teórico, vários autores que escrevem sobre a sexualidade humana, como Freud (2002 e 2001), Kinsey (1954), Master e Johnson (1997, 1982 e 1968), Lewinsohn (1966), Taylor (1997), Morris (1974, 1969 e 1967), Bolling (1977) e outros, numa abordagem que se inicia na pré-história e vai até os dias atuais. O sexo anal heterossexual, especificamente, é pouco discutido por cada autor pesquisado, o que propiciou uma vasta procura na literatura que aborda temas mais gerais, na área da sexologia, enriquecendo a pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada com mulheres; para a escolha da amostra, o critério deveria ser o fato de manterem uma vida sexual ativa, em relacionamentos heterossexuais. O instrumento de pesquisa utilizado foi entrevista semi-estruturada, onde as entrevistadas tiveram total liberdade de expressão, respeitando seus relatos espontâneos, não sendo, portanto, modificada nenhuma de suas falas. Espera-se que os resultados possam demonstrar em que nível a relação anal faz (ou não) parte do universo sexual das mulheres na busca de prazer mútuo e o quanto o uso de preservativo é ou não habitual entre os casais que praticam esta relação sexual.

Metodologia

A verificação foi elaborada no modelo de Pesquisa de Levantamento (Survey), segundo Selltiz, Wrightsman & Cook (1987), embora a amostra, do tipo não-probabilística não seja adequada para as necessárias generalizações dos resultados obtidos.

Foram coletados dados de parte de uma população feminina, que freqüentou consultórios de ginecologia, num período de 30 dias.

O método utilizado pretende avaliar a incidência relativa, distribuição e inter-relações de fenômenos que ocorrem naturalmente, sendo, no caso dessa pesquisa: a prática de sexo anal, os motivos do consentimento, o prazer feminino nessa relação e uso de preservativo masculino durante este tipo de coito.

A amostra foi do tipo acidental (Selltiz, Wrightsman e Cook op.cit.) composta de 70 sujeitos do sexo feminino. Os critérios para a escolha das pacientes que iriam compor a amostra estratificada, em relação ao total de mulheres atendidas, era que tivessem vida sexual ativa e relacionamento heterossexual, clientes de ambulatórios públicos do Município de Casimiro de Abreu, provenientes de várias cidades vizinhas, tais como: Rio das Ostras, Unamar, Cabo Frio, Macaé, Silva Jardim.

Como instrumento de pesquisa, foi utilizada entrevista semi-estruturada, cujo modelo encontra-se a seguir:

- A primeira pergunta era comum para todas as entrevistadas:
 - 1 – Quais os tipos de relações sexuais (vaginal, oral e anal) que você tem ou já teve? (Obs. O sexo oral pesquisado foi o *cunnilingus*, explicado de forma clara para as entrevistadas).
- Se a paciente relatasse ou que tentou, ou já teve ou tem sexo anal, eram feitas, então, mais 4 perguntas caso as respostas não surgissem, espontaneamente, durante a resposta da primeira pergunta:
 - 2 – Quem sugeriu a relação anal?
 - 3 – Motivo de ter consentido a relação anal?
 - 4 – Relação anal: com ou sem prazer?
 - 5 – Usa (usou) preservativo masculino nessa relação?
- Se a paciente negasse o sexo anal, até mesmo uma tentativa, eram feitas duas perguntas:
 - 6 – Qual o motivo da negação?
 - 7 – Ele já sugeriu fazer sexo anal?

As entrevistas foram realizadas durante a consulta ginecológica, com o consentimento verbal da paciente para participar da pesquisa, sendo garantido o sigilo dos dados que pudessem identificá-la. As entrevistadas tiveram liberdade de expressão, não sendo feita nenhuma interferência para induzir as respostas, sendo, inclusive, respeitado os limites das entrevistadas em abordar o assunto. A primeira etapa da entrevista destinou-se à obtenção de dados de identificação, como idade, estado civil e exercício ou não de uma profissão; a segunda etapa era composta das 7 perguntas abertas, sobre o tema.

Como os relatos foram espontâneos, os resultados foram obtidos por análise quantitativa das respostas, utilizando-se da Estatística (Levin 1987, Vieira e Wada, 1992), através dos programas Excel para tabulação, e SPSS para cálculos e cruzamentos de variáveis, frequência, cálculo da média, moda e mediana (medidas de tendência Central), desvio padrão – medida de variabilidade; para alcançar os objetivos.

A verificação qualitativa das entrevistas foi realizada segundo as técnicas de Bardin (1994) e de Minayo (1994, 1992), com análise de conteúdo das entrevistas. Após a identificação das categorias das respostas, foram calculadas

as percentagens de cada categoria e foram estes os dados submetidos à análise quantitativa.

Provavelmente, a diferença que existe entre a frequência da prática de sexo anal nas diversas pesquisas, se deve ao método e ao instrumento utilizado. A frequência do sexo anal variou nas pesquisas do tipo survey, em torno de 70% (Schiavo e Araújo) até 3,1% (Carret). Na pesquisa atual, o instrumento utilizado favoreceu relatos espontâneos.

Análise e discussão dos resultados

Os achados qualitativos foram opiniões e sentimentos importantes, que a análise quantitativa não expressa.

A comparação de nossos resultados com os de outros autores foi prejudicada, tendo em vista que o sexo anal associado ao prazer feminino foi muito pouco estudado.

Em levantamento verificado via Internet, no site PubMed, encontramos 1896 artigos publicados entre 1966 e 2004, sobre sexo anal, apenas 1 artigo associava o estudo do prazer feminino à prática do sexo anal, (Bolling 1977), sendo os demais artigos sobre patologias relacionadas a essa prática, tanto em heterossexuais como em homossexuais.

Na amostra estudada, as entrevistadas tiveram a idade mínima de 14 e máxima de 59 anos, sendo a média das idades de 28,9; a mediana 26; a moda 25 e $DP \pm 9,72$. Das 70 mulheres estudadas 45 (64,3 %) eram casadas (foram consideradas casadas, aquelas que moravam com os seus parceiros); 47 (67,1%) das mulheres trabalhavam fora de casa.

As entrevistadas eram provenientes de várias cidades do Estado do Rio de Janeiro e de outros estados e estavam realizando consulta ginecológica, de rotina, ou apresentando alguma queixa.

A média das idades das pacientes que praticam sexo anal ($n = 43$) foi de 28,3 com $DP \pm 9,7$.

Na faixa etária de 20 a 29 anos está o maior percentual das entrevistadas (Tabela 1).

Acima de 20 anos é a idade em que a mulher tem a vida sexual mais ativa, procurando com maior frequência os exames ginecológicos, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero e mama.

Tabela 1 – Distribuição de experiência com sexo anal, por faixa etária.

Faixa etária			Com experiência		Sem experiência	
	nº	%	nº	%	nº	%
10 –20 anos	09	12,8	07	78	02	22
20 –30 anos	34	48,6	20	59	14	41
30 –40 anos	14	20	07	50	07	50
40 –50 anos	10	14,3	08	80	02	20
50 –60 anos	03	4,3	01	33	02	67
Total	70	100	43	61,4	27	38,6

Conforme a Tabela 1, entre 40 e 49 anos e entre as adolescentes, estão os maiores percentuais de mulheres com experiência com sexo anal (80% e 78%). Na faixa etária entre 40 e 50 anos, a mulher tende a ser mais experiente sexualmente, uma vez que a sua vida sexual, na maioria das vezes, iniciou-se na adolescência. Na segunda faixa etária, entre 10 e 19 anos, faixa etária de adolescentes, fase em que, em geral, a “curiosidade sexual” é muito forte, também aparece uma alta frequência de coito anal.

A seguir, serão apresentados dados oriundos da avaliação entre algumas das variáveis pesquisadas.

Quadro 1 – Resultados gerais.

Amostra: 70 pacientes de ginecologia

Entre 14 e 59 anos			Tipo de relações		
Nº	%		Nº	%	
25	35,7%	– solteiras	70	100%	– vaginais
45	64,3%	– casadas	4	5,7%	– só vaginal
47	67,15%	– trabalhando fora	64	91,4%	– mais <i>cunnilingus</i>
			43	61,4%	– mais coito anal

Quadro 2 – Motivação da atividade sexual anal.

Início das relações anais	Não permitiram a primeira relação (resistência inicial) 27 mulheres – 39,6% Razões:
Nº %	Nº %
55 78,6% – por desejo do parceiro	14 51,9% – medo de dor
4 5,7% – por desejo de ambos	6 22,6% – aversão a sexo anal
3 4,3% – por desejo da mulher	5 18,5% – o parceiro não solicitou ou não quis
8 11,4% – não houve	2 7,4% – não se achavam preparadas

Quadro 3 – Experiência com o sexo anal.

43 mulheres (61,4% da amostra) Motivos para aceitar	Após a primeira relação anal das 43 mulheres 34 continuaram a prática por:
Nº %	Nº %
32 74,4% – agradar ao parceiro	11 32,3% – agradar o parceiro e prazer
7 11,8% – curiosidade	4 11,8% – prazer
4 9,3% – as duas coisas	2 5,9% – medo de ser traída
17 50% – agradar o parceiro	

Quadro 4 – Evolução na prática do coito anal.

Não continuaram a prática – 9 mulheres – 20,8%, Razões:
Nº %
8 88,8% – por dor
1 1,1% – por mudança de parceiro
Das 43 mulheres que praticaram o coito anal
Nº %
23 53,5% – sentiram ou passaram a sentir prazer
Das quais:
Nº %
5 11,6% – muito prazer
20 46,2% – não relataram sentir prazer
• Apenas 8 das 43 mulheres (18,6%) usavam preservativo

Considerações

O tema da pesquisa é tabu em sexualidade, principalmente, no universo feminino, entretanto, falar sobre ele com as mulheres fez com que a maioria desnudasse a sua intimidade sexual, como se fosse uma confissão, um desabafo, um pedido de informação, uma oportunidade de falar sobre “o proibido” e “tudo que é proibido é mais gostoso”. Algumas mulheres demonstravam ou expressão de vergonha, ou de tristeza, ou de malícia, outras de naturalidade e outras, expressão de desafio.

Embora o sexo anal sempre tenha estado ligado à pornografia e ao erótico, proibido, o que se percebe é que esta variação de coito está cada vez mais presente entre casais com união considerada como estável.

Tornou-se um consenso, entre as mulheres, a frase: *“todo homem quer fazer sexo anal”*. Várias entrevistadas, inclusive, usaram este relato. A pressuposição do desejo masculino pelo sexo anal é tão forte a ponto de causar curiosidade em algumas mulheres, o fato de seu parceiro nunca ter sugerido o sexo anal, enquanto outras se consideram respeitadas, pelos seus parceiros, por nunca terem eles sugerido essa prática. Apenas uma em cada dez entrevistadas relatou não ter recebido a sugestão por seu parceiro, de sexo anal em seus relacionamentos.

Uma vez que o sexo anal é um tabu, e falar de transgressões sexuais é muito difícil, para algumas pessoas, principalmente, para as mulheres, podemos duvidar de algumas respostas. Não ignoramos lidar com padrões sexuais não aceitos socialmente.

Segundo os resultados da pesquisa, nove em cada dez mulheres relatou, em seus relacionamentos, o sexo anal, que esteve presente, pelo menos, como sugestão do parceiro. E cinco em cada dez entrevistadas haviam praticado o sexo anal, embora a maioria destas admitisse que o principal motivo tenha sido “agradar o parceiro”; para outras foi curiosidade, e duas em cada dez mulheres sentiam prazer com essa prática.

Esta variação de coito, portanto, faz parte do universo sexual feminino, quer seja para o seu próprio prazer ou, principalmente, para o prazer do seu parceiro e, geralmente, tem início nas primeiras experiências sexuais, ainda na adolescência, ou por curiosidade da adolescente, ou para agradar ao parceiro, como ocorreu na presente pesquisa.

O coito anal apareceu em todas as faixas etárias, entre as mulheres jovens e também entre as maduras. Estas, geralmente, sabem o que querem, já estão

sexualmente mais experientes e se permitem sentir prazer sem culpa, independentemente das convenções sociais ou religiosas, embora o façam, em geral, apenas para agradar a seus parceiros e apesar de o considerarem desprazeroso, pela dor que sentem, devido à penetração anal.

Embora a dependência econômica, ou a necessidade de segurança conjugal possam ter interferido na decisão, da maioria, em consentir ou não o sexo anal, como uma opção de prática sexual, é difícil, quase impossível, para algumas mulheres entrevistadas, dizer não ao parceiro, principalmente quando existe uma submissão econômica total ou uma forte insegurança afetiva. Em relação ao sexo, observamos a perpetuação do domínio masculino sobre muitas mulheres, fazendo com que estas não expressem o que lhe satisfaz, na cama. Ainda hoje, existem mulheres que se submetem, ao extremo, como objetos de uso sexual, para satisfazer seus parceiros, nos seus desejos mais perversos.

Para algumas pessoas, independentemente do gênero, dar prazer ao outro, mesmo sem que elas próprias sintam prazer, não é demonstração de submissão, medo ou baixa auto-estima, mas sim demonstração de afeto, carinho, retribuição, amor.

Pelo estereótipo de gênero, agradar ao parceiro pode ser um tipo de submissão social, econômica ou afetiva ao parceiro.

A pesquisa revelou, através da análise de conteúdo de seus discursos, que algumas mulheres consideram o ânus uma parte tão importante do seu corpo, no jogo sexual, que permitem a relação anal, tendo inclusive, um relato de uma mulher que só faz sexo anal quando está feliz na relação e o faz como um presente para seu parceiro, mesmo que esse tipo de relação não lhe dê prazer sexual. É uma “retribuição”, dada ao seu companheiro, pelo que considera “receber dele”.

Culturalmente, ainda é muito forte o pensamento de que agradar, sempre, ao homem principalmente na cama, é o papel social da mulher (estereótipo de gênero). Entretanto, algumas mulheres estão encontrando alternativas para agradar ao parceiro, sem que sejam violentadas no seu direito de dizer não ao que realmente não lhes agrada. Elas criam, inovam, buscam alternativas que possam satisfazer seu parceiro e também a si mesmas.

O direito ao prazer sexual tem sido conquistado, gradativamente, por uma grande parte das mulheres; porém, ainda existem muitas que nunca sentiram prazer sexual, seqüela dos tabus impregnados pela herança da cultura judaico-cristã. Ainda se fala pouco sobre sexo com os adolescentes de hoje, muito menos se falava com os adolescentes de ontem, adultos de agora.

Apesar de pouca – ou quase nenhuma – informação educativa sobre a função sexual do corpo e sobre o prazer sexual, o sexo anal foi mantido por quase a metade das mulheres e o prazer com o sexo anal foi obtido em quase a metade das mulheres que o praticaram. Conclui-se que a maioria que permitiu o sexo anal, ou por curiosidade ou por um forte desejo de agradar ao parceiro, teve a experimentação de nova variação de coito que acabou por ser sentida como prazerosa. Nesse tipo de relação, principalmente, o estar tensa, seja por medo, vergonha, ou qualquer outro motivo negativo, leva a uma contração do esfíncter retal, provocando dor intensa, em caso de tentativa de penetração anal e, até complicações, caso a penetração ocorra, tais como fissuras, inchaço local e sangramento.

A dor intensa foi o fator que funcionou como o maior inibidor do consentimento da mulher para as “futuras” investidas do parceiro, quando este tentava continuar, mesmo que eventualmente, a prática do sexo anal.

A descoberta do prazer feminino com a relação anal deve-se ao fato de ser, a região anorretal, extremamente inervada, levando a uma sensibilidade intensa, tanto para dor, como para o prazer. Sentir dor ou prazer vai depender da habilidade do parceiro e da aceitação espontânea da mulher para a variação coital, sem culpa ou medo.

Conclusões

Apesar dos esforços de entidades governamentais e não-governamentais, em divulgar o uso do preservativo masculino, nas práticas sexuais consideradas de risco, ficou muito claro, na pesquisa, que essa mensagem não está sendo introjetada pela “grande maioria” das pessoas de ambos os sexos, provavelmente por estarem com parceiros fixos, nos quais elas confiam. As crenças e credências sexuais são muito fortes, como exemplo: *camisinha corta o tesão; sou saudável, logo, nenhuma doença me pega; ele é meu único parceiro, logo estou segura*. Elas ainda estão presentes no imaginário sexual e, não só dos brasileiros.

Sendo o sexo anal uma prática cada vez mais utilizada por casais heterossexuais, para a busca do prazer e sendo, esta prática, uma categoria de risco elevado para a transmissão do vírus HIV, é necessário que se estabeleçam ações educativas contínuas de esclarecimento e orientação, para que jovens e adultos, caso optem por buscarem prazer com este tipo de coito, possam fazê-lo com total conhecimento das medidas preventivas e dos riscos, para que o prazer não se transforme em dor.

É de grande importância conhecer o comportamento sexual da nossa sociedade, a fim de estabelecer programas educacionais adequados, na tentativa de influenciar a mudança de comportamento sexual de risco.

Fingir que não existe a busca do prazer sexual, através da experimentação do sexo anal, tratando-o como tabu, só aumenta a sensação de transgressão, produzindo um bloqueio no sentido de prevenir as DST/ AIDS, pois transgredir normas sexuais é excitante, é demonstração de “poder”, de domínio e, por conseguinte, quem tem poder é imune a qualquer doença.

A partir do momento em que as práticas sexuais, num contexto amplo, sejam tratadas com naturalidade, todos saberão lidar melhor com sua sexualidade, buscando o prazer de forma completa, sem riscos para a saúde. Como ocorre quando uma mulher que não deseja engravidar, irá se sentir envergonhada ao ficar grávida, apesar de ter sido através de uma prática sexual, dentro dos padrões convencionais.

A responsabilidade de ajudar jovens e adultos a buscarem o prazer sexual, sem risco de danos à saúde, cabe a qualquer formador de opinião: médicos, profissionais de saúde, professores, profissionais de educação, jornalistas, escritores, atores, políticos, líderes comunitários, mídia, etc. Entretanto, uma mensagem só alcança seu objetivo se ela transmitir credibilidade, se seduzir e se for constante, como acontece com os comerciais.

Se a mídia é capaz de mudar comportamento para vender produtos, será capaz de vender saúde sexual. Não são as práticas sexuais, sejam elas convencionais ou não-convencionais, que transmitem as doenças, mas sim as pessoas. É preciso liberdade para buscar o prazer; conhecimento para escolher o melhor caminho e ter a certeza de que quem ama cuida, sempre.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, M. L. M *Sexo e Moralidade: o prazer como transgressão no pensamento católico*. Londrina: UEL, 1997.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BOLLING, D. R., Jr. *Prevalence, Goals and Complications of Heterosexual Anal Female*.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S. de; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e de Janeiro: Dissertação de Mestrado de Psicologia –

UGF, 1985 – Vol I, 170 pg. fatores de risco. *Revista Saúde Pública* 2004; 38 (1), p. 76-84.

FREUD, S. *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Tradução Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 2002. Tradução de *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*.

JOANNIDES, P. *Prazer & Emoção*. Rio de Janeiro: Leganto, 2003.

KINSEY, A. C. et col. *Conduta Sexual da Mulher*. Tradução: Dr. Antônio Vespasiano Ramos. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954. Tradução de *Sexual Behavior in the Human*

LEVIN, J. *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. 2ª ed. Tradução Sérgio Francisco Costa. São Paulo: Harbra, 1987. Tradução de *Elementary Statistics in Social Research*.

LEWINSOHN, R. *História da Vida Sexual*. 3ª ed. Tradução Maria Lúcia Pessoa de Barros. Rio de Janeiro: Vecchi, 1966. Tradução de *Eine Weltgeschichte Der Sexualität*.

MARZANO, C.; MARZANO, S. F.; ESASHIKA, A. A. Tema livre: *Pesquisa entre mulheres sobre Sexo Anal*. Anais do IX Congresso Brasileiro de sexualidade Humana

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. *Heterossexualidade*. Tradução Maria Clara Fernandes. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Dados e Pesquisas em DST/AIDS* (on line). www.aids.gov.br. Acesso: 19 de março de 2004.

MORRIS, D. *Comportamento Íntimo*. Tradução Reynaldo Bairão. Rio de Janeiro: Olympio, 1974. Tradução de *Intimate behaviour*.

NAHOUM, J. C. *A Construção da Sexualidade Feminina: a relação entre ideologias, ciências e práticas*. Rio de Janeiro: Eleá Ciência, 1989.

SCHIAVO M., A Sexualidade da Nova mulher Brasileira. *Revista Cláudia* – Pag. 183-199 – Edição outubro/2001.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. 2ª ed., v. 1 – Delineamentos de Pesquisa. Tradução Maria Martha H. D'

TAYLOR, T. *A Pré-história do Sexo*. Tradução Ana Gibson. Rio de Janeiro: Campus 1997. Tradução de *The Prehistory of Sex*

VAINFAS, R. (Org.). *História e Sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DIFICULDADES AFETIVAS E SOCIAIS VIVENCIADAS PELA MULHER CUJO CÔNJUGE RESIDE NO EXTERIOR COMO EMIGRANTE

Agnes Rocha de Almeida¹
Carlos Alberto Dias²

Resumo: Governador Valadares é, internacionalmente, conhecida por exportar mão-de-obra para o exterior. Muitos cidadãos deixam esposa e filhos, assumindo o compromisso de reunir recursos, para em seguida, levá-los consigo. Alguns acabam considerando que isto seria um gasto suplementar devendo ser evitado. Entendem que, economizando, conseguirão rapidamente aumentar seu capital, voltar para o Brasil e gozar de uma vida confortável. As esposas desses deixam de contar com o parceiro para resolverem juntos os problemas cotidianos, e atender suas necessidades sexuais. A realidade vivida por tais mulheres, incita a formulação da questão: *Quais são as dificuldades afetivas e sociais vivenciadas pela mulher cujo cônjuge reside no exterior como emigrante?* Objetivando responder essa questão, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo, onde 62 esposas de emigrantes foram entrevistadas. Os resultados apontam para a importância da prática sexual como fator de equilíbrio psíquico dos indivíduos e para a manutenção do relacionamento conjugal.

Palavras-chave: Relação conjugal; Emigração; Sexualidade; Isolamento sexual.

Abstract: Internationally, Governador Valadares is known as exporter of manual labor abroad. Many citizens leave their wives and children, taking on a commitment to accumulate resources and then taking them home. Some eventually consider this as additional expenses to be avoided. They

¹ Psicóloga Clínica, especialista em Dependência Química e Outros Transtornos Compulsivo, psicóloga da Prefeitura Municipal de Gonzaga.

² Doutor em Psicologia Clínica, professor da Universidade Vale do Rio Doce -MG.

understand that by saving they will be able to increase their capital quickly, return to Brazil and then enjoy a comfortable life. Their wives cannot count on their partners any more to solve their daily problems together, and to attend to their sexual necessities. The reality lived by such women, provokes the formulation of the question: *What are the affectionate (emotional) and social difficulties lived by a woman whose husband lives abroad as an emigrant?* To answer this question bibliographical research and a case study were carried out, in which 62 emigrants' wives were interviewed. The results point to the importance of sexual practice as a factor in mental balance of individuals and to the maintenance of the conjugal relationship.

Keywords: Conjugal relationship; Emigration; Sexuality; Sexual isolation.

Considerações introdutórias sobre a emigração

Em decorrência da crise econômica e social vivenciada pelos brasileiros, sobretudo nas décadas de 80 e 90, tem-se observado um aumento gradativo dos movimentos migratórios dirigidos para o exterior (PATARRA, 1995). Os brasileiros que deixam o País buscam, efetivamente, obter uma remuneração financeira maior do que aquela que lhes tem sido oferecida. Na partida, existe um compromisso de cada emigrante, bem como dos familiares que são impedidos de acompanhá-los, de tudo fazer para que as condições financeiras da família sejam melhoradas.

Governador Valadares é conhecida, nacionalmente, por ser uma cidade que se converteu em palco de duas realizações: a primeira é relativa ao grande percentual de cidadãos que vivem no exterior, e a segunda, diz respeito à indústria de passaportes falsificados. Tais passaportes, que normalmente possuem um visto de entrada verdadeiro, são adulterados e vendidos àqueles que, por apresentarem características de imigrantes, dificilmente seriam contemplados com um visto de entrada, sobretudo nos Estados Unidos da América. Esse país, apesar de já ter acolhido grande número de brasileiros, continua sendo a destinação privilegiada dos emigrantes. Deve-se ressaltar que esse grupo de cidadãos que partem para o exterior não é composto apenas por valadarenses, mas também, por indivíduos pertencentes a diversas outras comunidades localizadas na Região do Vale do Rio Doce.

SCUDELER (1999), baseando-se numa pesquisa de campo realizada no período de 10 a 31/07/1997, em Governador Valadares, observou que o fluxo emigratório compõe-se basicamente de trabalhadores jovens, com idade entre 20 e 34 anos. Embora exista uma tendência de que as mulheres participem

cada vez mais desse fenômeno, a autora observou que a participação do sexo masculino é predominante. Os resultados revelaram que tais indivíduos são pertencentes em sua maioria, às classes média e média baixa e com nenhum domínio da língua inglesa. Quanto à educação escolar, foi constatado que 13% dos emigrantes são universitários.³

Raros são os emigrantes capazes de ocupar postos de trabalho de nível técnico ou superior. A baixa escolaridade dos brasileiros emigrantes, uma preparação técnica que não coincide com aquela praticada no país de destino e, sobretudo, o fato de que grande número vive em situação irregular, fazem com que obtenham oportunidade de trabalho basicamente, em setores secundários. Efetivamente, trabalhos que requerem nenhum ou pouco treino e se encontram na mais baixa escala de salários (SALES, 1995). Embora as atividades desenvolvidas no exterior sejam aquelas normalmente rejeitadas pelos cidadãos do país de acolhida, e, portanto de menor remuneração, os emigrantes conseguem sobreviver e ainda enviam dinheiro para realizar investimentos no Brasil. Para que tais investimentos sejam possíveis, o emigrante se vê obrigado a possuir vários empregos, cumprindo uma jornada de trabalho em torno de 18 horas.

Tal realidade põe em questão o motivo que leva o brasileiro a trabalhar tanto para ganhar menos que um europeu ou um americano. Mesmo considerando esse aspecto, os salários são, indubitavelmente, maiores que os do Brasil. Trabalhando em dois empregos de melhor remuneração, considerando a condição de imigrante, é possível um salário entre U\$1500 a U\$3500 por mês. A possibilidade de alcançar tal remuneração continua sendo um atrativo para grande número de pessoas que se esforçam por deixar o Brasil. O migrar tornou-se um projeto não individual, mas coletivo, assumido por toda a família. Embora redundante, é importante considerar que aqueles que permanecem no Brasil, dividem as responsabilidades e as aspirações concernentes a uma melhoria das condições de vida.

Em função do alto custo de vida no exterior, para que se torne possível economizar e investir no Brasil, os imigrantes se submetem a precárias condições de habitação e escassas oportunidades de lazer. O brasileiro que vive no exterior tem um estilo de vida baseado no trabalho, e não, em diversões, cultura, viagens. O dinheiro economizado é enviado à região de origem. A título de ilustração, convém salientar que em 2001, a cidade de Governador Valadares recebeu cerca de 2 milhões de dólares por mês (BRAGA e MAZZINI, 2001).

³ <http://www.comciencia.br/reportagens/migra%E7%F5es/migr17.htm>.

A prefeitura de Governador Valadares estima que cerca de 40000 valadaresenses vivem nos EUA. Muitos desses cidadãos conseguem, de fato, residir e trabalhar no exterior durante longos períodos. Em torno de 52% dos imigrantes já vivem no exterior há 5 anos ou mais, podendo chegar a até 27 anos (SCUDELER, 1999).

No intuito de dar maior conforto à família, o emigrante deixa para trás esposa e filhos. Na tentativa de tornar menos sofrida a separação, parte dos maridos assumem com suas esposas o compromisso de, uma vez no exterior, reunir recursos financeiros que tornem possível a compra de passagens para que ela e as crianças possam juntar-se a ele no país onde se encontra. Entretanto, raramente esse compromisso é cumprido. Geralmente os emigrantes permanecem sozinhos no exterior, convencendo seus familiares de que seu retorno ao Brasil será breve. Isso por considerarem que a ida da família para o exterior, será na verdade, um gasto suplementar que deve ser evitado. Com essa medida, crêem que mais rapidamente conseguirão aumentar seu capital no Brasil, de forma que a permanência no exterior deixe de ser uma necessidade.

O que normalmente tem sido observado é que o tempo necessário para o retorno daqueles que partem ultrapassa, em muito as expectativas dos envolvidos. Via de regra, quando os emigrantes têm a oportunidade de visitarem seus familiares no Brasil, apresentam dificuldades em adaptar-se novamente à família. Esses sujeitos passam a encarar o Brasil como o país onde passar férias.

Envolvidos com o árduo e bem remunerado trabalho no exterior, grande parte dos emigrantes delegam às esposas, a tarefa de gerir os investimentos feitos no Brasil. Quando retornam ao País para visitarem seus familiares, implicitamente é estipulado que as esposas devem cuidar para que seus maridos se sintam efetivamente de férias. Nesse caso, não é esperado que os maridos se ocupem em administrar qualquer que seja o tipo de problema.

As esposas dos emigrantes devem se resignar à solidão. Elas devem acreditar que a vida será melhor e, ainda, aguardam pacientemente o retorno de seus maridos. Acredita-se que a ausência prolongada do marido no seio familiar contribui para que as esposas apresentem modificações em sua rotina diária e em seus hábitos sociais. Em termos globais, os diversos comportamentos assumidos por mulheres que vivem tal situação, podem ser organizados em dois grupos distintos.

O primeiro grupo assume uma atitude de cuidados suplementares com o corpo, participando de aulas de academia, dança, caminhadas. Essas mulheres

investem o dinheiro enviado pelo marido em cursos, roupas, carro; enfim, procuram atualizar-se quanto à moda e passam a participar mais ativamente da sociedade, deixando para trás a noção de “mulher dona de casa”. Seus filhos passam a freqüentar melhores escolas, a terem mais acesso a atividades esportivas e a serem mais bem assistidos em termos de saúde.

As mulheres do segundo grupo aumentam o comportamento sedentário, adotam como hábito a superalimentação e, por conseqüência, acabam por adquirir peso. Além das mudanças relativas à alimentação, tendem a adotar o comportamento consumista, adquirindo aparelhos de som, DVD e outros, que proporcionam diversão sem que seja necessário sair de casa.

Além das modificações citadas, percebe-se que a ausência prolongada do esposo traz, para a mulher, outras conseqüências que merecem maior atenção. Além do fato de a mulher não mais poder contar com o parceiro para discutirem e buscarem juntos resolver as diversas situações que afligem os membros da família no dia-a-dia, ela perde também, por longos períodos, seu parceiro sexual.

Ressalta-se que a sociedade espera da mulher um comportamento de fidelidade em relação a seu marido, não considerando que um dos motivos para o matrimônio é o de possibilitar ao outro o direito e a prática sexual, de forma a garantir o bem estar geral dos envolvidos. Nessa forma, no período em que o marido se encontra ausente, a mulher deve conseguir, de alguma forma, apaziguar seu “instinto sexual”. Acredita-se que aquelas que desejam manter-se fiéis apelam para as práticas auto-eróticas; outras, no entanto, não colocam a fidelidade como uma obrigação e optam por um relacionamento extraconjugal.

Embora possível a fidelidade é questionável. Por um lado, existe o fato de a mulher ter filhos e se dedicar a eles de forma a não se relacionar com outras pessoas que não sejam da família; que, de certa forma, cobra delas uma restrição social. Por outro lado, existem mulheres que distantes da vigilância familiar, buscam uma vida social mais ativa, o que pode ocasionar envolvimento afetivo ou sexual com alguma pessoa desse meio.

É importante considerar que a carência dessas mulheres, demonstrada no apego aos filhos ou no envolvimento com outros homens é, muitas vezes, uma forma de suprir a necessidade de estar com seu marido.

Em alguns casos, observou-se que a mulher não consegue permanecer muito tempo sem seu parceiro, acabando por pedir o divórcio, tornando socialmente possível que ela se envolva em uma nova relação. Algumas mulheres iniciaram

o processo de divórcio em função das dificuldades de readaptação, após o retorno definitivo do marido.

Essa dificuldade de readaptação ocorre em decorrência do fato de que os cônjuges, permanecendo longo tempo sozinhos, adquirem comportamentos que não são aceitos pelo parceiro. Nos momentos de desentendimentos do casal, com frequência pode-se ouvir acusações do tipo: *“Agi assim desde que você partiu e agora tenho que mudar?”* Ou *“Acostumei a agir assim e agora tenho que dar satisfações?”*.

Como é possível observar, o movimento migratório não atinge apenas questões de cunho financeiro, mas, cria dificuldades para os sujeitos, comunidade e, em última instância, para a sociedade como um todo. Esse processo que, de certa forma, reflete uma incapacidade do Estado de criar condições adequadas para que os cidadãos possam viver com dignidade em seu próprio país, tende a provocar distúrbios na relação conjugal e, por conseqüência, interfere na família, produzindo sua desagregação.

Não é difícil imaginar que, com o distanciamento do marido, esposa e filhos se vejam, dia a dia, numa situação de violência. Uma violência consentida pelos sujeitos envolvidos e considerada positiva pela comunidade. Não se trata de uma violência ostensiva, mas, de uma violência cujos efeitos são muito mais duradouros. Os filhos perdem a presença do pai e, nessa ausência, todo um conjunto de descobertas a serem feitas em família deixa de se tornar uma realidade. Essa situação de abandono, que normalmente é compensada com bens materiais, gera, por sua vez, o embotamento das autênticas emoções que se constroem no dia-a-dia e, inevitavelmente, cria a possibilidade da repetição.

A mulher que sonhou ter um dia alguém com quem dividir seus sonhos, alguém para acompanhar cada conquista, cada passo dos filhos que juntos decidiram ter, vê-se responsável por desenvolver, solitariamente, uma tarefa para a qual raramente está de fato preparada. Além disso, ela sente necessidade de esquecer que é mulher. Para sua tranqüilidade, a única coisa de que pode se lembrar é de que é mãe e que, como mãe, deve esperar o retorno do pai de seus filhos. Seguramente pensar no que signifique ser esposa, no que representa ter um marido, faria com que ela pensasse no compromisso sagrado assumido no dia do matrimônio: viver a sexualidade como um alimento para a fidelidade, uma arma no combate a qualquer ato que possa colocar em risco o compromisso assumido diante do juiz ou do altar.

O ato sexual, segundo KUSNETZOFF (1987, p.27), é um momento de íntima união; momento no qual o sujeito deixa para trás, por alguns instantes, as

preocupações e desgostos. Tal prática, além de contribuir para o estabelecimento de uma maior cumplicidade na vida do casal, colabora também para o alívio de tensões. Em termos globais, a prática sexual contribui para a harmonia conjugal e o bem-estar pessoal. Viver adequadamente a sexualidade facilita a manutenção da auto-estima do sujeito, bem como mantém intacta sua identidade sexual.

Considerações sobre o matrimônio e sexualidade sob a perspectiva social

REICH (1996) considera que o casamento visa atender três funções primordiais: econômica, política e social. Em termos econômicos, o casamento teve um desenvolvimento histórico paralelo à história da evolução da propriedade privada e dos meios de produção. Segundo REICH, enquanto houver propriedade privada, sobretudo atrelada aos meios de produção, o casamento será socialmente necessário.

Em termos políticos, o casamento monogâmico representa a fonte que prepara cada membro da família para atuar na sociedade. A família se estrutura, efetivamente, de forma similar à estrutura social, onde o pai exerce o poder político-autoritário enquanto mulher e filhos cumprem o papel de fiéis cidadãos.

Em termos sociais, o casamento visa a defesa e a proteção dos membros da família e dos bens que lhe pertencem. No tocante à função social, LOBO (2004) relembra o desenvolvimento do Estado Social ao longo do Século XX, que se caracterizou pela intervenção sobre as relações privadas e pelo controle dos poderes econômicos, objetivando a proteção daqueles que antes eram marginalizados.

O Estado Social interveio sobre a família, com o intuito de garantir a seus membros a dignidade, a igualdade de valores e a importância social. Nesse contexto, a palavra de ordem é a solidariedade e a promoção da justiça social. Tal intervenção não foi criada ao acaso; ela surgiu em decorrência das mudanças nas relações familiares.

A família assume, cada vez mais, um papel centrado na qualidade das relações entre as pessoas e no desejo de cada um. Se, antes, o equilíbrio da estrutura familiar estava centrado na consangüinidade, a cada dia mais, esse equilíbrio é obtido através das relações de afeto e na qualidade da convivência entre os membros.

LOBO considera que, na atualidade, a função básica da família é a realização pessoal da dignidade humana, no ambiente de convivência e solidariedade. Acrescenta ainda, que as funções econômica, política, religiosa e a de procriação se encontram em segundo plano.

A respeito dessa convivência REICH (1966) relata em seu livro um caso publicado no jornal “*Pester Bloyd*”, em 1929. Tal caso dizia respeito à introdução de uma disciplina nas escolas públicas que ensinaria os alunos a jogar o “Bridge” (jogo de cartas), com a intenção de que eles pudessem jogá-lo com seus futuros cônjuges.

O que se defendia, na época, era a idéia de que se os cônjuges soubessem jogar cartas, eles teriam oportunidade de se divertir dentro de casa, ao invés de cada um sair sozinho para buscar diversão com os amigos. Além de manter uma vida conjugal sólida, o casal poderia exercer boa influência sobre os filhos e ter a afetividade como núcleo das relações.

Há que salientar que, no casamento, a sexualidade é um fator de fundamental importância para, fortalecer os laços afetivos e os de convivência. Desde que não afete negativamente a dignidade dos envolvidos, o relacionamento sexual, só tem a contribuir, para que o casal tenha intimidade e respeito, um pelo outro.

Considerando a afetividade como elemento nuclear e definidor da união familiar para a sociedade atual, observa-se que as famílias que se encontram “desmembradas”, ou seja, em que um de seus membros encontra-se ausente do domicílio conjugal, perdem a garantia de ter a afetividade como núcleo de suas relações.

Com base nessas considerações, pode-se dizer que essas, têm, como núcleo de suas relações, a economia, e não, a afetividade. Embora o trabalho como uma forma de garantir o sustento e conforto da família seja aceito, o abandono do domicílio conjugal não é socialmente visto com bons olhos e, ao mesmo tempo, não garante a continuidade da unidade familiar.

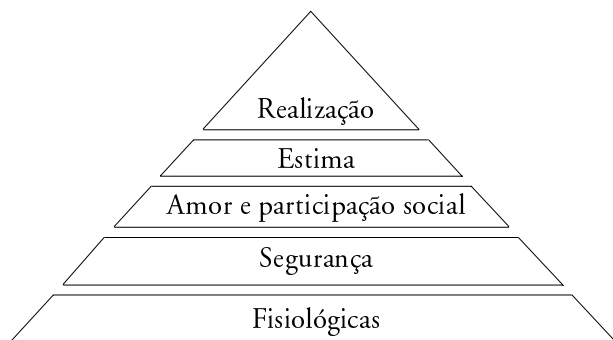
A separação física da família observada quando o marido vai sozinho para o exterior, faz com que todos os seus membros sejam vítimas de especulação social. Essa especulação ocorre quando pessoas alheias ao seio familiar levantam questões a respeito da situação vivenciada. As crianças são questionadas a respeito da existência do pai, o marido tem de defender a necessidade da mudança de país para trabalhar, e a esposa tem que prestar contas a respeito da gestão do dinheiro enviado pelo marido e a respeito do seu comportamento social.

Com a ausência do marido, toda a família fica sujeita a um número elevado de especulações provenientes do meio social. Diante de tais especulações, inicia-se em cada um dos membros da família “desprotegida”, a geração de sentimentos normalmente negativos, fazendo com que a vida dos mesmos se torne menos confortável do que anteriormente poderia se esperar.

Considerações psicológicas sobre sexualidade e prazer na vida conjugal

Maslow (HALL e LINDZEY, 1973) oferece importante contribuição para o presente estudo ao tratar da teoria da “Hierarquia das Necessidades”. Esta teoria supõe que o homem tem determinadas necessidades, e essas, estão dispostas hierarquicamente, conforme a pirâmide abaixo:

Figura 1: Hierarquia das Necessidades – Pirâmide Motivacional.



As necessidades fisiológicas são aquelas relacionadas às necessidades mais básicas do indivíduo, tais como a fome, a sede, o sono, o sexo. Essas são mais prementes e dominam fortemente o comportamento, quando não se encontram satisfeitas ou razoavelmente satisfeitas.

Uma pessoa dominada por essa necessidade tende a perceber apenas aqueles estímulos que visam satisfazê-la. Sua visão de presente e futuro fica limitada e determinada por tal necessidade.

É nesse sentido que Maslow ressalta ser impossível a uma pessoa faminta pensar em conceitos abstratos como liberdade, amor, sentimentos humanitários e respeito, pois, tais pensamentos não podem satisfazer à necessidade fisiológica imediata.

As necessidades de segurança surgem na medida em que as fisiológicas estejam razoavelmente satisfeitas. Levam as pessoas a protegerem-se de qualquer perigo, seja ele real ou imaginário, físico ou abstrato (GUIMARÃES, 2004).

Após a satisfação das necessidades acima, surgem as necessidades de amor, afeição e participação. Segundo Maslow, essas se referem à necessidade de afeto das pessoas que consideramos (namorado, filhos, amigos). Para ele, a frustração dessa leva à falta de adaptação e a psicopatologias graves no ser humano.

As necessidades de estima dizem respeito às necessidades ou desejos das pessoas de uma auto-avaliação estável e de uma auto-estima firme. A satisfação dessa gera sentimentos de autoconfiança, de valor, de capacidade e sentimento de utilidade. Quando não saciadas, geram sentimentos de inferioridade, fraqueza e desamparo.

As necessidades de auto-realização são necessidades de crescimento e revelam uma tendência de todo ser humano em realizar, de forma plena, o seu potencial. O aparecimento dessas supõe que as anteriores estejam de certa forma, satisfeitas.

Existem, contudo, condições para que as necessidades fundamentais possam ser satisfeitas: a liberdade de falar e agir como se deseja, desde que não interfira no direito alheio, a liberdade de investigar e procurar informações, a liberdade de se defender e buscar justiça. Todas essas condições são, de fato, pré-condições para a satisfação das necessidades.

Embora seja importante que se procure atentar para todas as necessidades, não podemos perder de vista aquelas que se situam no primeiro nível. Como foi dito, uma pessoa dominada por tais necessidades não estará apta a cuidar daquelas que se situam em níveis superiores.

Considerando essa hierarquia, pode-se entender que a privação sexual, ou o não atendimento da necessidade sexual (vida sexual incompleta) tende a debilitar, a frustrar o sujeito. Estando o sujeito preso à sua frustração, torna-se difícil para o mesmo direcionar sua atenção à realização de outras aspirações.

No caso das mulheres que vivem em isolamento sexual por motivo de viagem do marido por tempo prolongado, é importante considerar que sua frustração se dá por estar vivendo uma situação que não desejou. Embora existam combinações e promessas entre o casal no momento de decidir pelo distanciamento, quando se percebe sozinha, a mulher acredita que não foi para isso que se casou. Pelo contrário, casou-se para estar unida a alguém em todos os momentos de sua vida, sejam eles bons ou ruins.

Seguindo essa linha de raciocínio, Rogers (*Apud* FADIMAN, 1986) considera que qualquer relação íntima, em longo prazo, tal como no casamento, deve-se focalizar sobre quatro elementos básicos: compromisso contínuo, expressão

de sentimentos, não-aceitação de papéis específicos e capacidade de compartilhar a vida íntima. Ele resume cada elemento como uma promessa, apoiando-se sobre o ideal de um relacionamento contínuo, benéfico e significativo.

Essas promessas têm a intenção de propiciar ao casal uma melhor qualidade no relacionamento, proporcionando aos mesmos, crescimento psicológico e acima de tudo, maior congruência por parte de cada um. Ambos devem investir na busca da satisfação mútua. O não cumprimento dessa promessa pode impedir que o casamento se mantenha. O distanciamento do casal faz com que a relação se torne sofrível, angustiante e os sujeitos acabem perdendo o sentido de dar continuidade à relação.

Considerações sobre a emigração e o isolamento sexual na perspectiva das esposas dos emigrantes

A situação apresentada, bem como a questão da saúde psicológica das pessoas envolvidas por essa problemática, levou à formulação da questão que ocupa o centro das reflexões deste estudo: *A que conseqüências físicas e psíquicas estão sujeitas as mulheres vítimas do isolamento sexual?* Além desta, outras questões também foram objeto de investigação: *Após a partida de seus maridos, que hábitos e comportamentos tendem a ser adotados por tais mulheres? Que tipos de sentimento a ida do marido para o exterior provoca nessas mulheres? Como as mulheres vítimas do isolamento sexual, analisam a situação por elas vivenciada?*

Para a realização deste estudo, utilizou-se tanto da pesquisa bibliográfica quanto de uma pesquisa de campo. Além de possibilitar o conhecimento da emigração e da importância da prática sexual para o equilíbrio do indivíduo e para a continuidade da vida conjugal, a pesquisa bibliográfica contribuiu para a elaboração de um questionário que serviu de instrumento de coleta de dados por ocasião da pesquisa de campo.

A amostra é constituída de 62 mulheres casadas ou que foram casadas, cujos maridos vivem ou viveram no exterior por um período mínimo de três meses bem como aquelas cujos maridos submeteram-se ou se submetem a sucessivos períodos de permanência no exterior, com durabilidade mínima de um ano. A idade média das entrevistadas é 33 anos e o tempo médio de relacionamento conjugal é de 12 anos, estando isoladas acerca de 3 anos. O desejo de melhorar a situação financeira da família foi o principal motivo da ida do marido para o exterior (47%). O acúmulo de dívidas e a falta de emprego constituem-se juntos (40,9%) no segundo maior motivo da emigração. No caso em questão, a busca pela melhoria da condição financeira não significa, necessariamente que a família se encontra em dificuldades

financeiras. Esse desejo pode estar ligado à necessidade de status ou busca de maior conforto para a família.

Conforme pode ser observado na Tabela 1, com a partida do esposo diversos sentimentos passaram a fazer parte do cotidiano das mulheres. Dentre as entrevistadas 28,8% sentiram-se felizes, pois mesmo estando longe os maridos, estes não deixavam de prestar assistência e dar afeto. 25,8% do grupo sentiram-se confiantes, pois acreditavam que o sacrifício seria recompensado pela estabilidade financeira. O somatório dessas duas percepções (54,6%) supera os sentimentos negativos que também fazem parte do dia a dia dessas mulheres.

Tabela 1: Amostra repartida conforme sentimentos diante da ida do marido para o exterior.

Amostra repartida sobre os sentimentos diante da ida do marido	%
Feliz, mesmo longe estava comigo	28,8
Triste, era difícil estar só	25,8
Confiante, valeria a pena o sacrifício	25,8
Tive medo de perde-lo	15,2
Preocupada com seu bem-estar	3,0
Outra	1,5

Os sentimentos negativos que totalizam 45,4% estão descritos na Tabela 1, apresentando os seguintes percentuais: 25,8% sentiram-se tristes, pois achavam difícil ficar sozinhas, 15,2% tiveram medo de perder o esposo e 3,0% sentiram-se preocupadas com o bem-estar do marido (distância da família e riscos por sua viagem ilegal).

De fato os sentimentos diante da ida do marido para o exterior são em sua maioria, positivos, entretanto, há que se ressaltar que, esses sentimentos são observados nos primeiros meses de separação, mais especificamente, quando o marido ainda enviava as primeiras remessas de dinheiro. Nesse período, a mulher ainda estava em um curto período de isolamento e, tudo lhe era novo e excitante.

Conforme pode ser observado pela Tabela 2, com a ausência do esposo a mudança mais significativa ocorrida nos hábitos femininos foi, a intensificação do convívio social (26,2%). Esse convívio social estava relacionado em sua maioria aos parentes e filhos.

Durante a entrevista, muitas mulheres se queixaram da especulação dos vizinhos sobre sua vida social e, por esse motivo, evitavam sair de casa sozinhas ou freqüentar ambientes, que não fosse a casa de parentes. As mulheres que começaram a freqüentar uma Igreja (23%), além de buscarem apoio espiritual para suportar a situação, buscavam, de certa forma, manter contato com outras pessoas, sem se sentirem vítima de especulação. Outras mulheres (3,3%), se sentiram tão afetadas por essa especulação, que preferiram parar de sair de casa. A alternativa “outra”, diz respeito a, começar a estudar, parar de fumar, trabalhar mais ou dormir menos.

Quando a mulher, está a um certo tempo isolada do marido, ela apresenta sensibilidade a determinadas situações relacionadas ao que ela não possui, ou ao que ela almeja. Uma dessas situações, é exemplificada na Tabela 4, no qual é demonstrado os sentimentos da mulher de um emigrante, frente a casais que moram juntos, ou seja, quando ela vê a mulher morando na mesma casa, que seu marido.

Tabela 2: Amostra repartida conforme comportamentos adotados.

Amostra repartida sobre o comportamento adotado após a partida do marido	%
Aumentei vida social	26,2
Comecei a freqüentar a Igreja	23,0
Almoçar fora de casa	12,3
Comecei fazer academia	10,7
Dormir ou comer mais	8,2
Outra	8,2
Não houve mudanças	4,1
Assumi as tarefas da casa	4,1
Isolei-me socialmente	3,3

Apesar das mudanças de hábitos, o sentimento de solidão assombra o dia-a-dia dessas mulheres. Nesses momentos, procuram recursos que as façam suportar a provação visando garantir a continuidade de sua vida matrimonial, como pode ser observado na Tabela 3. Diante da solidão, a reação mais comum entre elas é a de pedir forças a Deus (39,4%) e quando se analisa essa reação, percebe-se que, a mulher não compartilha com outras pessoas, essa sua necessidade de força. Enfim, pedir forças a Deus, é uma forma de

se isolar socialmente, assim como tomar remédios, trancar-se no quarto, trabalhar, chorar ou ver fotos do casal (dentro da alternativa outra), o que demonstra que 59,5% das mulheres ficam isoladas não só do esposo, como também da sociedade.

Tabela 3: Amostra repartida conforme reação diante da solidão.

Amostra repartida conforme reação diante da solidão	%
Peço forças a Deus	39,4
Eu saio para me distrair	15,2
Converso com alguém	16,7
Outra	15,2
Telefone para ele	9,1
Tomo remédios	4,5

Observa-se na Tabela 4, que a maioria das respostas se refere ao conformismo (27,4%). Este sentimento se dá, pelo fato de que, as mulheres acreditam que em pouco tempo, seus maridos estarão de volta. Embora o conformismo, aparentemente não seja um sentimento negativo, ele pode ser considerado como negativo quando se analisa o fato de que, tais mulheres ficam à espera da volta do marido e essa expectativa, mesmo não gerando sentimentos relacionados a outros casais, provoca uma vivência carregada de ansiedade.

Tabela 4: Amostra repartida conforme sentimentos diante de casais que moram juntos.

Amostra repartida conforme sentimentos diante de casais que moram juntos	%
Eu me sinto conformada	27,4
Eu me sinto angustiada	25,8
Eu sinto inveja	24,2
Outro	11,3
Eu sinto pena delas	6,5
Eu me sinto rejeitada	4,8

Os sentimentos negativos totalizam de fato 54,8%, sendo eles: a angústia, a inveja e o sentimento de rejeição. Esses dados colaboram para atestar, o quão negativos podem ser os sentimentos apresentados pelas mulheres, após algum tempo de isolamento.

Conforme pode ser observado na Tabela 5, as três primeiras conseqüências do distanciamento do marido são psicológicas e negativas: ansiedade (25,2%), tristeza (13,5%), irritação (10,4%), o que totaliza 49,5% e, positivamente, se observa que apenas 9,8% dos sentimentos diz respeito a felicidade e liberdade.

No tocante às conseqüências físicas positivas, 16% se percebem mais magras e mais bonitas, o que reflete o investimento no cuidado com o corpo. Ainda nesse aspecto, como conseqüências negativas, observa-se que 9,8% se sentem mais feias e mais gordas.

Tabela 5: Amostra repartida conforme conseqüências físicas e psíquicas após a partida do esposo.

Amostra repartida sobre as conseqüências físicas e psíquicas após a partida do esposo	%
Mais ansiosa	25,2
Mais bonita, mais magra	16,0
Mais triste	13,5
Mais impaciente	12,3
Mais irritada	10,4
Mais livre, mais feliz	9,8
Mais feia, mais gorda	9,8
Outra	3,1

Convém salientar que, durante as entrevistas, muitas mulheres informaram que, a ausência do marido só lhe trouxeram, mudanças psíquicas e não físicas. No entanto, era visível o descuido com o corpo e com o modo de se vestir. Este descuido poderia ser compreensível, quando a mulher não tem tempo para se cuidar, por trabalhar o dia inteiro, ou quando ela não tem condições financeiras para tal desfrute. Em relação a essas mulheres entrevistadas, esse não era o caso.

Embora o tempo e a distância, tenha o poder de reduzir sentimentos de união de um sujeito para com o outro, pode-se observar a partir da Tabela 6, que a maioria (73,7%) das mulheres deseja ou aguardam o reencontro com seus maridos. Uma pequena parcela (18,2%) preocupa-se prioritariamente com a melhoria das condições financeiras, ou sentem como positivo o distanciamento de seu cônjuge. As mulheres que responderam que a vida está melhor com ele longe (4,5%) pediram a separação. As que optaram pela alternativa “outra” aguardam o fim de ano para se juntarem à seus esposos no exterior.

Tabela 6: Amostra repartida sobre a opinião atual em relação à emigração do esposo

Amostra repartida sobre a opinião atual em relação à imigração do esposo	%
Quando ele voltar ficaremos juntos	28,8
Seria melhor se ele desistisse	22,7
Foi bom, vida financeira está melhor	18,2
Prefiro ele perto de mim, a ter dinheiro	16,7
Está difícil, mas não posso falar nada	6,1
Minha vida está melhor com ele longe	4,5
Outra	3,0

Considerações Finais

Em relação à questão, *quais as conseqüências físicas e psíquicas estão sujeitas as mulheres vítimas do isolamento sexual?*, respostas podem ser obtidas tanto na literatura quanto no discurso das entrevistadas. Segundo ALENCAR, a frustração faz com que o sujeito vivencie uma situação de tensão. Como reação a essa tensão, o sujeito pode se mostrar ativo ou apático; assumir comportamentos regressivos (comportamento imaturo); agredir a fonte de frustração ou deslocar a agressão para objetos substitutivos.

A análise dos dados obtidos por pesquisa de campo, revelou que a apatia ou indiferença se manifestou nas mulheres entrevistadas, após um longo tempo sem o esposo. Efetivamente, muitas passaram a ignorar os estímulos sexuais, evitando o sentimento de frustração, por não encontrarem uma

forma de atender tais estímulos. A ansiedade é outro sentimento que faz parte do dia a dia de grande parte dessas mulheres. Esse sentimento tende a se manifestar no momento de cuidar dos filhos, de investir o dinheiro enviado pelo esposo e, ainda, no seu convívio social. A ansiedade tem se manifestado, sobretudo, quando tais mulheres tomam consciência de que estão sozinhas, faltando, portanto, a presença e o apoio do esposo.

As principais conseqüências psíquicas identificadas pelas mulheres que fizeram parte da amostra foram: ansiedade, tristeza, irritação, impaciência, liberdade, felicidade; 9,8% das entrevistadas citam o sentimento de liberdade como algo decorrente do distanciamento de seus cônjuges.

Em temas físicos, 16% passaram a cuidar mais do próprio corpo, indo à academias, o que provocou o emagrecimento e aumento de sua auto-estima; 9,8% das entrevistadas sentiram-se mais feias, devido ao aumento de peso e descuido para com a própria aparência física.

Em relação à pergunta, *Após a partida de seus maridos, que hábitos e comportamentos tendem a ser adotados por tais mulheres?*, não foram encontradas respostas na literatura consultada. O que a observação tem deixado transparecer é que as mulheres de emigrantes se tornam o centro das atenções em seu meio social. As pessoas que as conhecem estão sempre especulando sobre o seu comportamento social, sobre os investimentos financeiros, e outros.

Na tentativa de evitar essas especulações, muitas mulheres alteraram sua rotina. Bom número delas afirmaram que, diante de tais especulações, passaram a sair sempre acompanhadas dos filhos ou de algum parente (de preferência, do sexo feminino); outras começaram a freqüentar a Igreja e se limitaram a este espaço de convivência social; algumas, ainda, chegaram a isolar-se totalmente do meio social.

Diante do sentimento de solidão, uma das reações mais encontradas é o isolamento: 59,9% das mulheres buscam distanciar-se do convívio social, envolvendo-se em atividades que pouco contribuem para evitar a depressão: oram, choram, vêem fotos do casal ou tomam remédios para dormir. Uma das entrevistadas fez a seguinte revelação: *“Quando me sinto sozinha, eu me tranco no quarto, choro toda minha dor. As pessoas acham que é frescura minha; então, prefiro mesmo ficar sozinha”* (C. 38 anos).

As mudanças observadas no comportamento das mulheres no tocante ao relacionamento social e lazer somam 64,7%. No tocante aos hábitos alimentares e cuidados com o corpo, somam 18,9%.

Em resposta à pergunta *Que tipos de sentimento a ida do marido para o exterior provoca nessas mulheres?*, faz-se necessário atentar para os dados obtidos em duas perguntas do questionário, a saber: *como você se sentiu a partir das providências tomadas por seu parceiro logo que ele se estabeleceu no exterior?* e *Como você se sente quando vê outras mulheres casadas vivendo na mesma casa que seus maridos?*

Embora as perguntas sejam diferentes, elas abordam sentimentos que, fazendo parte da vivência da mulher do emigrante no seu dia-a-dia, tendem a provocar elevado nível de sofrimento.

O que se observa é que, logo após a partida do marido, a mulher ainda estava cheia de expectativas no tocante à possibilidade de melhorar de vida financeiramente, desta maneira, ela ainda não tinha experimentado sentimentos de solidão. É nesse sentido que, dentre as diversas respostas um maior número apontam para sentimentos positivos (51,6%): felicidade (28,8%), tristeza (25,8%), confiança (25,8%), medo (15,2%), preocupação (1,5%) e outras (1,5%).

Quando a ausência do marido se prolonga, a mulher passa a ter um maior número de sentimentos negativos ou destrutivos (82,2%): conformismo (27,4%), angústia (25,8%), inveja (24,2%), nenhum sentimento (11,3%), liberdade (6,4%) e rejeição (4,8%). É, sobretudo, devido aos sentimentos de angústia, inveja e rejeição, que muitas das entrevistadas anseiam a volta do esposo

Grande número de pessoas na região de Governador Valadares acredita que as mulheres que possuem o marido no exterior tem a “*vida ganha*”⁴ sendo, portanto, consideradas, “*mulheres de sorte*”. Segundo o censo comum, estando o marido recebendo em dólar, elas poderão ter tudo aquilo que desejarem.

No entanto, quando se busca responder à questão *Como as mulheres vítimas do isolamento sexual analisam a situação por elas vivenciadas?*, percebe-se que, para muitas, o dinheiro não pôde comprar tudo o que desejaram. Isso se dá pelo fato de que grande parte delas (70,3%) desejam estar novamente perto do marido.

Dentre as entrevistadas, um pequeno número de mulheres envolvidas nessa situação acredita que o casamento com o emigrante foi um golpe de sorte. Para a maioria, o estar longe da pessoa amada, não poder contar com seu

⁴ No sentido de não mais precisarem trabalhar e continuar tendo recursos financeiros.

parceiro sexual, ter que cuidar sozinhas dos filhos e não ter com quem compartilhar os casos do dia-a-dia quando a noite chega, é muito mais motivo de tristeza do que de alegria. Convém salientar aqui o desabafo de uma delas que, embora não com as mesmas palavras, é compartilhado por outras: “*Não desejo essa situação nem para o meu pior inimigo!*” (P. 32 anos).

Referências bibliográficas

- ALENCAR, E. M. L. Soriano de. *Psicologia: Introdução aos princípios básicos do comportamento*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1976. p 175-191.
- BRAGA, B.; MAZZINI, L. *Valadarenses de olho na TV*. 2001. <http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/brasil/2001/09/12/jorbra20010912027.html>
11 de março de 2004
- FADIMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Harbra, 1986, p. 232-234.
- FRANÇA, J. L. *Manual para normatização de publicações técnico-científicas*. 5ª ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001
- GUIMARÃES, M. C. *Maslow e Marketing – Para Além da Hierarquia das Necessidades*. Unai: MG, 2001. Disponibilidade e acesso: <http://www.unifran.br/daltro/site/marketing/abril/Maslow%20e%20Marketing.htm>.
20 de Abril de 2004.
- HALL, C. S; LINDZEY, G. *Teorias da personalidade*. 9ª ed. São Paulo: EPU, Ed da Universidade de São Paulo, 1973, p. 360-362.
- KUSNETZOFF, J. C. *O homem sexualmente feliz: Do mito à verdade científica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- PATARRA, N. L. *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo. Programa interinstitucional de avaliação e acompanhamento das migrações internacionais no Brasil*. Volume 1. Campinas: FNUAP, setembro de 1995.
- PUGET, J.; BERESTEIN, I. *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- REICH, W. *A revolução sexual*. São Paulo: Círculo do livro: 1966
- SCUDELER, V. C. *A Inserção de Imigrantes Brasileiros no Mercado de Trabalho dos EUA*. Campinas: Unicamp, 1999. Disponibilidade e acesso: <http://www.comciencia.br/reportagens/migra%E7%F5es/migr17.htm>.
11 de março de 2004.

RESENHAS DE TESES E DISSERTAÇÕES

PAPÉIS SEXUAIS NA ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA

Zenilda Vieira Bruno

Monografia: PAPÉIS SEXUAIS NA ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA – As correlações entre as fases do desenvolvimento psicosexual e os modos de ser nas relações amorosas sexuais adultas.

Autora: Zenilce Vieira Bruno

Na monografia apresentada ao Curso de Formação em Psicodrama na instituição Matriz Criativa Núcleo de Ação e Desenvolvimento, como pré-requisito para a obtenção do título de Psicodramatista no Foco Terapêutico, a autora, Zenilce Vieira Bruno, apresenta uma compreensão da sexualidade que não se atém especificamente à vida sexual propriamente dita, mas a uma visão mais ampla do ser humano. Pretende demonstrar, que o papel sexual, masculino ou feminino, é a base para o desenvolvimento de todos os demais papéis.

A sexualidade é o aspecto mais conflituoso, controverso e desconhecido do ser humano. A nossa cultura lida mal com essa importante dimensão da vida e, para agravar, cria modelos estanques nos quais pretende encaixar e emplacar as pessoas. Esses moldes, muitos dos quais baseados apenas no preconceito e na falta de informação, não nos permitem que sejamos exatamente aquilo que somos ou que poderíamos ser. Nos seres humanos, a atividade sexual ultrapassa suas raízes biológicas. Ampla e difusa, gravita sobretudo na direção do prazer e satisfação do desejo, sendo disciplinada pelas interdições sócio-culturais. As psicoterapias, entre elas a psicoterapia psicodramática, estão convocadas a entender e superar a mais conflitiva questão do sujeito.

A sexualidade está no centro da experiência humana para o bem e para o mal, e assim o é em função de sua própria natureza. O processo do adoecer, afeta as funções essenciais da personalidade de forma autônoma.

Segundo Zenilce, na antropologia moreniana, a espontaneidade adoece em suas funções de adequação e de criação, assim como, também a dimensão relacional do indivíduo pode adoecer, envolvendo o grupo e a tangibilidade, ocasionando a patologia do papel.

Nas últimas décadas, temos presenciado um número cada vez mais elevado de casos de disfunção sexual, que deixa de ser restrito ao recesso familiar, ganhando espaço público. A mídia se reporta diariamente a casos ligados à sexualidade e cada vez mais os profissionais são abordados, a fim de prestarem maiores esclarecimentos sobre o tema.

Ao iniciar seus estudos em Psicodrama, a autora desta Monografia tinha como propósito entender e trabalhar através da visão psicodramática as questões ligadas à sexualidade. Tal interesse surgiu, devido a sua formação em Psicologia e Terapia Sexual, onde procurava uma técnica que melhor se adaptasse ao trabalho em questão.

Ao começar a delinear o projeto de seu trabalho, percebeu que antes de enfrentar a discussão teórico-metodológica sobre o enfoque terapêutico, era necessário entender e analisar alguns aspectos teóricos anteriores que suscitaram suas indagações e para as quais a autora ainda não tinha respostas. Perseguindo tais indagações, desviou-se, portanto, do primeiro caminho traçado que lhe trouxe aos estudos do psicodrama, devido à necessidade sentida de melhor entender as questões ligadas à sexualidade, que elegera como objeto de seu trabalho profissional.

Ao concluir a redação, a autora revela que o seu desejo em desvelar o sentido que os pacientes atribuem a sexualidade, portanto, a si próprios enquanto aos seus papéis sexuais, longe de se constituir num distanciamento do primeiro objeto de estudo programado, foi na verdade, o princípio de um caminhar nesse universo pleno de significações.

Quando lidamos com as queixas sexuais, a questão mais importante é entender o que ocorreu para o desenvolvimento desarmônico das funções sexuais. E devido a esta pergunta chave, procurou através da teoria psicodramática, aprender o melhor caminho para atender ao campo dos distúrbios da sexualidade.

O psicodrama tem se confirmado como um dos recursos dos mais adequados e propícios para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas e preventivas. O trabalho com sexualidade portanto, encontra no psicodrama um excelente instrumento em diversas frentes, ou seja: programas terapêuticos, preventivos e pedagógicos para alunos, profissionais e pacientes.

Nunca é demais recordar que, se o homem já descobriu que o sexo não se restringe à procriação e aprendeu a conquistar o prazer com sua sexualidade, ainda sofre com e por ela, por motivos diversos. Nessa hora, deve saber que precisa de ajuda profissional e que pode contar com ela.

É imprescindível termos em mente que a conserva cultural compromete a nossa espontaneidade, onde fica claro, que o desejo não é tão espontâneo assim, pois quase sempre somos induzidos a desejar.

O que foi apresentado neste trabalho, tem sua aplicação concreta no campo do comportamento e dos costumes. Os princípios que regem a conduta em termos de comportamento sexual na relação amorosa, sejam de casal, do casamento ou da interpretação da própria sexualidade humana em boa parte dos cidadãos, não parecem poder ter uma interpretação diferente da que em certa época lhes foi dada.

Sabe-se que uma grande parte da sócio e da psicopatologia humana pode ser atribuída a um desenvolvimento insuficiente da espontaneidade. Encontrada a causa do adoecimento, surgem duas possibilidades de tratamento terapêutico: uma corretiva, se a doença já apareceu e para a qual Moreno criou técnicas terapêuticas, todas elas vinculadas à manifestação e ao desencadeamento da espontaneidade. A outra possibilidade é de medicina preventiva, que justifica a infinidade de páginas que Moreno dedica a educação da espontaneidade.

Devemos convencer-nos de que a sexualidade, como qualquer outro aspecto do ser humano, pode ser percebida e vivida a partir de perspectivas distintas e enriquecedoras. Para isso, deveríamos ser levados a pensar que a realidade da vida e da pessoa humana não se esgota numa única teoria e sistema.

A existência é sempre muito mais. Ninguém a viveu em sua plenitude e podemos estar certos de que ninguém a viverá. E mais, ninguém a percorre da mesma maneira, vale a pena insistir nisso. Deveríamos enaltecer e ajudar a todos os que nos ensinam a viver de forma diferente, e com mais profundidade nossa realidade vital, já que nos revelam a apaixonante aventura de viver como homens.

A reprodução e o sexo, são funções biológicas naturais, no entanto, a maioria das atitudes de nossa sociedade em relação à sexualidade são irracionais e baseadas na culpa e repressão, com funestas conseqüências na nossa qualidade de vida. A expressão da sexualidade e do amor, deve ser encorajada desde o início da existência. Concordo com a autora na crença que tem no desenvolvimento do ser humano, no jovem, na capacidade de perceber o

outro e ser sensível às suas vulnerabilidades sexuais, não usando o sexo destrutivamente ou para exploração.

O ensinamento da igualdade de direitos entre o homem e a mulher é um ingrediente imprescindível para o crescimento de uma relação sem exploração. Se o jovem não receber mensagens deste tipo desde o começo de sua existência, dificilmente atingirá seu potencial como ser humano completo. Poderá, ao contrário, desenvolver disfunções sexuais ou viver a sexualidade parcialmente, de forma amputada ou desconectada dos sentimentos, devido a um treinamento comprometido no exercício da sua sexualidade, repetindo erros e frustrações, muitas vezes irreparáveis.

Trabalhar em psicoterapia, implica encontrar-se permanentemente com os desejos humanos, entre eles, os desejos de transformação, crescimento e elevação. Por isso, a referência constante a essa fonte e a essas disponibilidades, é elemento fundamental a tarefa psicodramática.

Para contactar a autora da monografia: zenilcebruno@uol.com.br

Zenilda Vieira Bruno: Médica Ginecologista. Especialista em Adolescentes.
Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

ARTIGOS OPINATIVOS
E DE ATUALIZAÇÃO

MITOS SOBRE A SEXUALIDADE DO LESADO MEDULAR

Maria Inês Gandolfo Conceição¹

Maurício Corte Real da Silva²

Resumo: Neste artigo, trata-se de desvendar o que há de fato e o que há de mito nas crendices em torno da sexualidade do deficiente físico, em especial, da pessoa com lesão medular. São discutidas crenças errôneas de domínio popular de que o deficiente físico é um ser assexuado, que não possui atributos físicos, que não pode ter ereção, que não sente prazer e que não pode reproduzir. Conclui-se que, embora a disfunção sexual do lesado medular venha recebendo atenção crescente por parte de profissionais da área de reabilitação, os aspectos fisiológicos e médicos da disfunção sexual têm sido enfatizados em detrimento dos aspectos emocionais da sexualidade que, por sua vez, têm se revelado muito mais determinantes que os fatores físicos na satisfação sexual e na qualidade dos relacionamentos entre parceiros. Em suma, o texto enfatiza que a deficiência em si não constitui um empecilho para a obtenção de gratificações com a vida sexual.

Palavras-chave: Sexualidade; Lesão medular; Deficiência física.

Abstract: This paper aims to unveil what are the facts and the myths in the absurd belief that rounds the sexuality of disable people, especially of people with spinal cord injury. Wrongs believes of popular dominium which states that physically disable person are asexual, are not physically attractive, can't hold an erection, can't feel pleasure and can't reproduce, are discussed. It's concluded that, even the sexual dysfunction of spinal cord injury person are receiving increasingly attention by professionals of rehabilitation area,

1 Doutora em Psicologia e Professor Adjunto da Universidade de Brasília – inesgand@unb.br

2 Mestre em Educação Física e Professor de Educação Física da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor – Sarah Brasília – mauricio.corte@uol.com.br

physiological and medical aspects of the sexual dysfunction are been emphasized in detriment to emotional aspects of the sexuality which, in the other hand, have been revealed much more relevant than physical factors on sexual satisfaction and in the quality of the relationships between the partners. Summarizing, the text emphasized that the disability per se doesn't constituted an impediment to the obtainment of rewards with sexual life.

Keywords: Sexuality; Spinal cord injury; Physical disability.

“Em princípio, ninguém é tão deficiente a ponto de não ter prazer com o sexo”.

Alex Comfort

Se entre a população em geral o assunto “sexo” ainda é revestido de tabus e preconceitos, o que não dirá quando o tema é a sexualidade do deficiente físico! Este assunto é ainda mais enigmático porque o interesse pelo estudo do comportamento sexual do parapléxico e tetrapléxico sempre esteve relegado a um segundo plano. O tema só passou a ser interesse de estudo no meio científico quando se começou a pensar na integração do deficiente físico e na exploração de seu potencial residual, o que ocorreu com maior ímpeto a partir do Ano Internacional da Pessoa Deficiente, estabelecido pela ONU em 1981.

Analisando-se o histórico da lesão medular, tal realidade torna-se compreensível, uma vez que, somente a partir dos anos 40 é que a lesão medular deixou, de fato, de ser uma doença terminal (Maddox, 1990). Antes disso, as vítimas de lesão medular morriam nas duas primeiras semanas após a lesão. Graças aos avanços na farmacologia e nas técnicas de terapia respiratória e de ressuscitação cardiopulmonar – mas principalmente com o surgimento de antibióticos específicos e de amplo espectro, os padrões de sobrevivência e de longevidade de parapléxicos e tetrapléxicos se transformaram (Hammell, 1995).

É provável que esta longa fase durante a qual a lesão medular permaneceu associada a uma sentença de morte tenha sido responsável pela herança cultural que associa a lesão medular a uma “involução” (ou seja, ao processo contrário à evolução), enfim, a uma catástrofe. Inúmeros são os adjetivos dirigidos a essa população que expressam tal conceito cultural, qualificativos

como: inválidos, paralíticos, impotentes, carentes, aleijados, dependentes, submissos, quietos, doentes (Guttman, 1981). Estas noções consolidaram atitudes nas quais a estes indivíduos não lhes era permitida nenhuma iniciativa, nenhuma competência, nenhuma expressão de desejo.

Felizmente, as coisas vêm mudando, vagarosamente, mas de forma significativa. Nos dias de hoje tem sido crescente o interesse voltado para a promoção de uma melhor qualidade de vida do portador de lesão medular. Isto se deu graças aos avanços científicos e tecnológicos, mas foi, sobretudo, uma conquista de direitos a partir de uma grande mobilização política dos interessados, ou seja, dos próprios deficientes físicos. Tal movimento iniciou-se nos Estados Unidos com manifestações de veteranos de guerra com seqüelas físicas e foi o primeiro passo para iniciar a ruptura da visão refletida naqueles sinônimos anteriormente citados (Diaz, 1995; Guttman, 1981).

Se a imagem do deficiente físico era associada a tantos qualificativos depreciativos, a expressão de sua sexualidade não poderia ser outra senão de acordo com os mesmos atributos (impotentes, doentes, inválidos, quietos, dependentes, submissos). Derivam-se daí, as diferentes crenças errôneas às quais nos referiremos como “mitos” criados em torno da sexualidade da pessoa com lesão medular. Dentre estes mitos, os mais comuns são:

- o deficiente físico é um ser assexuado;
- o deficiente físico não pode ter ereção;
- o deficiente físico não pode ter orgasmo;
- o deficiente físico não pode ter filhos;
- o deficiente físico não possui atrativos sexuais.

Mas o que há de fato e o que há de mito nessas afirmações? É fato que as seqüelas de uma lesão medular não se restringem ao sistema locomotor. Além de acometer as funções deste, a lesão medular costuma provocar mudanças também no funcionamento de outros sistemas do corpo humano (nervoso, circulatório, respiratório, digestivo, excretor e reprodutor).

Sabemos que os aspectos principais requeridos na resposta sexual envolvem a integridade do órgão sexual, o sistema endócrino, o sistema circulatório, o sistema nervoso e os aspectos psicológicos (Maior, 1988). A lesão medular, por ser um dano no sistema nervoso, pode, portanto, alterar a resposta sexual. Veremos de que forma isso ocorre ao analisar brevemente cada um dos mitos anteriormente citados, tratando de desvendar suas falácias.

O deficiente físico é um ser assexuado

Muito sábia e audaciosamente para a sua época, Sigmund Freud postulou que a sexualidade humana estava presente na vida da pessoa desde o momento em que ela nasce até o dia em que ela morre. Freud foi muito polemizado e criticado principalmente por ter chocado a sociedade de sua época, ao afirmar que os ingênuos bebês já possuíam um “quantum” de energia sexual. Em outras palavras, Freud postulou, muito oportunamente, que todos os seres humanos possuem sexualidade e a maneira pela qual cada um a vive é uma opção pessoal, muito embora, na maioria das vezes a escolha do objeto de desejo não seja ditado pelo consciente. Assim, por exemplo, um indivíduo pode optar por não ter uma vida sexualmente ativa. Sua escolha estaria provavelmente escamoteando sua dificuldade em fazer frente a situações que lhe geram ansiedade, medo e frustração.

Transpondo esta discussão para os deficientes físicos, o que está muito claro é que, qualquer que venha a ser a perda física sofrida por uma pessoa, esta perda poderá abalar sua imagem corporal mas não a sua identidade sexual. Não há dúvida de que, quando uma pessoa sofre uma lesão medular, nem por isto ela passa a acreditar que deixou de ser homem ou mulher e muito menos deixa de sentir atração e desejo sexual pelo seu objeto de escolha.

Cabe aqui fazer uma distinção entre os conceitos sexualidade, função sexual e ato sexual. A sexualidade é muito mais do que os aspectos anatômicos e funcionais dos órgãos reprodutores envolvidos na resposta sexual humana. Esta abrange a pessoa como um todo, ou seja, envolve o seu corpo inteiro, sua maneira de ser, de interagir, de se comunicar.

A sexualidade humana costuma estar associada a três funções básicas: a procriação, o prazer e a comunicação. Apesar de a lesão acarretar alterações na resposta sexual, nenhum destes três aspectos da sexualidade tem necessariamente que ser excluído da vida da pessoa que sofreu uma lesão medular.

Por sua vez, o ato sexual consiste na execução das sucessivas etapas que abrangem a resposta sexual humana e que, didaticamente, são subdivididas em ereção, emissão, ejaculação e orgasmo (Maior, 1989).

O deficiente físico não pode ter ereção

Por ser a ereção uma das etapas do ato sexual, faz-se necessária uma breve explanação sobre as diferentes etapas da resposta sexual. Para compreender

o que ocorre após uma lesão, precisamos conhecer as etapas da resposta sexual e sua localização medular.

RESPOSTA SEXUAL MASCULINA

1ª Etapa:

Ereção – acontece em conseqüência do estado de intumescência do órgão sexual masculino, ou seja, quando ocorre a vasodilatação do pênis e os corpos esponjosos e cavernosos são fortemente irrigados durante uma excitação ou estimulação, aumentando o volume do órgão e provocando seu estado erétil. A ereção pode ocorrer de duas formas básicas:

Ereção Psicogênica: este tipo de ereção ocorre quando um estímulo excitante é apresentado aos órgãos do sentido ou imaginado. A área responsável por esta ereção está localizada entre os segmentos medulares T11 e L2. Se a lesão for acima deste nível, a mensagem vinda do cérebro pode não passar através da área lesada na medula, como acontecia antes da lesão (Maior, 1988).

Ereção Reflexa: este tipo de ereção é resultado da estimulação direta do pênis ou de áreas adjacentes a ele. A área responsável por este tipo de ereção está localizada nos níveis medulares S2-S3-S4. Então, se a lesão for acima de T11, na maioria das vezes, a ereção do tipo reflexa estará preservada. Em suma, lesões acima de T11/T12, a ereção do tipo reflexa fica preservada e, em lesões abaixo do nível T11/T12, fica preservada a ereção do tipo psicogênica (Maior, 1988).

Ainda que, por ventura uma lesão venha a abalar seriamente a função erétil, existem diversas drogas vasoativas que produzem a ereção peniana necessária à penetração, e que podem ser prescritas pelo urologista, como por exemplo: fenoxibenzamine, papaverina, papaverina fentolamina e prostaglandina (Ducharme, 2000).

Além destas drogas vasoativas, existem também as próteses penianas internas e externas que simulam uma ereção.

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos foram os responsáveis pela garantia da sobrevivência, pela ampliação na sobrevida e pela melhora na qualidade de vida dos portadores de lesão medular e, no que tange à sexualidade, uma vez mais, a tecnologia é também uma grande aliada, visto que proporciona alternativas seguras de minimizar as seqüelas que abalam a resposta sexual do lesado medular.

2ª Etapa:

Emissão – é a saída do líquido seminal das vesículas seminais, próstata, canal deferente e colo vesical para dentro da uretra posterior. A área responsável está localizada entre T11 e L2 (Maior, 1988).

3ª Etapa:

Ejaculação – significa a saída do líquido seminal através da uretra para o meio externo. A área responsável está localizada nos segmentos medulares S2-S3-S4. Na fase de choque medular, ou seja, na fase aguda da lesão, há ausência de ereção peniana e de ejaculação. Após esta fase, observa-se o retorno da ereção, seja ela reflexa e/ou psicogênica, dependendo do nível de lesão medular.

A ejaculação também pode sofrer alterações após a lesão medular. Geralmente, durante a ejaculação o pênis envia para fora do organismo o líquido seminal produzido. Em algumas pessoas portadoras de lesão medular pode haver uma dificuldade para eliminar o líquido e ele pode voltar para a bexiga. Este fato é chamado de **ejaculação retrógrada** (Maior, 1988; Lianza, 1985). Tal fato não acarreta nenhum transtorno orgânico ao sistema urinário ou ao organismo. Atualmente existem diversas técnicas para se produzir uma ejaculação desejada com fins de fertilização às quais se pode recorrer com a devida orientação médica: injeção intratecal de neostimina, administração subcutânea de fisiotigmina, eletroestimulação transretal e técnica de eletrovibração.

RESPOSTA SEXUAL FEMININA

A resposta sexual feminina tem sido menos estudada do que a masculina, o que se aplica igualmente ao estudo da sexualidade da portadora de lesão medular. Porém, sabe-se que, a única alteração na resposta sexual mais provável de acontecer após uma lesão medular é na lubrificação. De modo similar à ereção masculina, a lubrificação pode ser **psicogênica** – ou seja, provocada por estímulos indiretos, tais como, lembranças, fantasias, imagens, dentre outros – e **reflexa** – ou seja, provocada por estímulos diretos de contato na região genital. Existem dois centros medulares responsáveis pelo processo de lubrificação vaginal: o centro da lubrificação psicogênica está localizado entre os segmentos medulares T11 e L2 e o centro da lubrificação reflexa encontra-se entre S2 e S4 (Lianza, 1985).

Nas mulheres, após uma lesão medular podem ocorrer alterações na resposta de lubrificação, tornando-a insuficiente para a penetração e podendo ocasionar lesões com o atrito. Para tais casos recomenda-se a utilização de gel lubrificante solúvel em água.

O deficiente físico não pode ter orgasmo

A maioria das pessoas confunde a ejaculação com o orgasmo por serem eventos que ocorrem concomitantemente, embora os centros responsáveis por cada um deles estejam localizados em sítios diametralmente opostos. O centro responsável pela ejaculação é medular e encontra-se nos segmentos S2-S3-S4 e o centro responsável pela resposta de prazer é encefálica, especificamente na região hipotalâmica. Se a lesão ocorreu na medula e não no cérebro, podemos supor, portanto, que a evocação de respostas de prazer encontra-se totalmente preservada! Porém, a nova via de acesso às respostas de orgasmo é ainda um mistério e um desafio não apenas para aqueles que perderam a conexão pela via medular, mas também para os estudiosos de neurociências e para todos aqueles que procuram potencializar suas sensações de prazer. Muitos são os portadores de lesão medular que descobriram o “caminho das pedras” depois que se permitiram viver experiências sexuais após a lesão. Sabe-se, por outro lado, que a cultura oriental desenvolve experiências nas quais as sensações de prazer sexual e orgasmo são evocadas sem qualquer tipo de contato direto ou por outras vias erotizadas por condicionamento!

Embora as pessoas que sofreram uma lesão na medula possam não mais sentir prazer com a estimulação de partes do corpo abaixo do nível da lesão, outras áreas, porém, que não eram normalmente reconhecidas como áreas erógenas, podem ser estimuladas e provocar respostas sexuais. Algumas pessoas com lesão medular referem sensações prazerosas na superfície da pele que envolve o nível neurológico da lesão (Ducharme, 2000).

É interessante constatar no relato de várias pessoas que sofreram uma lesão medular e que mantiveram uma vida sexualmente ativa após a mesma que, do ponto de vista qualitativo, seus relacionamentos amorosos melhoraram muito. Elas justificam que estas mudanças ocorreram graças a uma mudança na visão e na vivência da sexualidade. Afirmam que, após a lesão, foi inevitável o diálogo com o parceira ou a parceiro, o ritual de preparação para o ato sexual passou a ser mais prolongado e cuidadoso, as carícias preliminares foram mais valorizadas, a satisfação de ambas as partes mais

assegurada e a proximidade afetiva mais estreita. Pode parecer inacreditável, mas um estudo com esposas de casais cujos maridos sofreram lesão medular mostrou que aproximadamente a metade delas revelaram sentir maior satisfação no relacionamento e nas experiências sexuais ocorridas após a lesão medular (Kreuter, Sullivan, Siosteen, 1994).

Alguns estudos têm apontado que não existe diferença significativa em relação à satisfação com a vida sexual quando comparados grupos de pessoas com lesão medular e grupo de pessoas da população em geral (Kreuter e col., 1994 a e b). Do ponto de vista dos parceiros, sentimentos de intimidade, interesses recíprocos e desejos de se engajar em uma variedade de atividades sexuais parecem ser mais importantes para a satisfação sexual do que os aspectos fisiológicos da sexualidade (Kreuter e col., 1994b).

E se nos indagássemos sobre qual é o maior órgão sexual humano? Pois bem, o maior órgão sexual humano é de certo a pele. Nela encontram-se a maior quantidade de receptores sensitivos de que dispomos em nosso organismo. A este propósito, reponta-me aqui a lembrança do relato marcante de um paciente que sofrera uma lesão medular e que disse: “Antes da lesão eu tinha um pênis e me divertia com ele. Agora, descobri que “eu” sou um pênis”.

O deficiente físico não pode ter filhos

Nos homens, os espermatozoides produzidos pelo corpo não deixam de existir após uma lesão medular, porém, a quantidade deles pode estar alterada, de acordo com o grau e o nível da lesão, podendo ou não dificultar a reprodução. A ejaculação retrógrada, as constantes infecções do trato urinário e a alteração da temperatura testicular são condições que contribuem para a infertilidade (Ducharme, 2000). Porém, existem atualmente recursos específicos que podem melhorar não somente a qualidade e o tempo de ereção, como também, há técnicas de indução de ejaculação, englobando até mesmo a inseminação artificial.

As mulheres com lesão medular, por outro lado, não sofrem alterações no aparelho reprodutor que comprometam sua fertilidade, ou seja, elas continuam capazes de engravidar. Além disto, na maioria dos casos, estas mulheres são capazes de conceber, conduzir a gestação a termo, entrar em trabalho de parto e dar a luz por via vaginal.

O deficiente físico não possui atrativos sexuais

Os padrões estéticos de nossa sociedade que regem e ditam o que é belo e o que é feio são muito perversos e rigorosos. A busca obsessiva pelo padrão estético perfeito é a doença narcísica do século e suas vítimas se concentram em maior número nas academias de ginástica onde dedicam longas horas de malhação e nas clínicas de cirurgia estética. Ser escravo destes ditames é estar cego às suas mensagens subliminares, quais sejam: *“neste mundo não há lugar para o que é diferente; as pessoas perdem seu valor quando envelhecem; ser bonito, magro e musculoso significa ser feliz, gostoso e poderoso”*.

Quem tem um mínimo de senso crítico e não é escravo desta ditadura consegue viver de bem com sua imagem corporal e com sua auto-estima, vive bem seu *“sex appeal”*, incrementa seu repertório sexual de acordo com o seu desejo e o desejo do outro, consegue enxergar o belo no diferente, sabe apreciar o charme na postura de quem está de bem consigo mesmo e de bem com a vida. Para isto, obviamente, um pouco de vaidade não vai mal. Alguém que não tem o menor cuidado com sua aparência física e que não faz questão de estar sequer aseado, dificilmente poderá despertar algum tipo de interesse de outra pessoa. Isto vale para todos, deficientes explícitos ou implícitos, gordos ou magros, altos ou baixos.

Hoje, a beleza e a sensualidade do lesado medular têm sido exploradas pela mídia. Alguns filmes – como por exemplo, “Carne Tremula” do diretor Almodóvar – usam protagonistas em cadeira de rodas com indubitáveis atributos atrativos. Vários exemplos poderiam ser aqui lembrados: nos Estados Unidos há poucos anos, a revista *Playboy* publicou ensaios fotográficos belíssimos de uma mulher tetraplégica. Na verdade, uma lesão medular não tem a peculiaridade de tornar sua vítima nem mais nem menos atraente.

Embora tenhamos nos empenhado em evidenciar a improcedência de várias das crenças associadas à pessoa portadora de deficiência física, lamentavelmente o desconhecimento da população em geral sobre o aspectos falaciosos de tais crenças produzidas pelo senso comum leva a atitudes que contribuem para a construção e o fortalecimento do estigma do deficiente físico.

Por sua vez, embora a disfunção sexual do lesado medular venha recebendo atenção crescente por parte dos profissionais da área de reabilitação, os estudos apontam que os aspectos fisiológicos e médicos da disfunção sexual são enfatizados ante a exclusão dos aspectos emocionais da sexualidade (Alexander, 1991). Tais atitudes, portanto, contrariam os resultados dos

estudos que mostram que os fatores psicossociais são mais importantes que os fatores físicos na satisfação com a vida sexual e na qualidade dos relacionamentos (Kreuter e col., 1996).

Não resta dúvida de que o desconhecimento, a desinformação e o preconceito são os principais patrocinadores das visões negativas associadas à imagem e à sexualidade do deficiente físico. Porém, concordamos com Alex Comfort – autor da epígrafe deste texto – em que não está na deficiência física o pretexto para não se obter prazer com o sexo.

Referências bibliográficas

ALEXANDER, C. J. *Psychological assessment and treatment of sexual dysfunctions following spinal cord injury*. Journal of the American Paraplegia Society; v. 3, n. 14, jul., p. 127-131, 1991.

DIAZ, A. L. A. *História de las Deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, 1995.

DUCHARME, S. *The Rehabilitation of People with Spinal Cord Injury*. Boston: Blackwell Science Publishers, 2000.

GUTTMAN, S. L. *Lesionados medulares: tratamiento global e investigación*. Barcelona: Editorial JIMS, 1981.

HAMMELL, K. W. *Spinal Cord Injury Rehabilitation*. USA: Chapman & Hall, 1995.

KREUTER, M.; SULLIVAN, M.; SIOSTEEN, A. *Sexual adjustment and quality of relationship in spinal paraplegia: a controlled study*. Archives of Physical and Medical Rehabilitation. v. 6, n. 77, p. 541-548, 1996.

_____. *Sexual adjustment after spinal cord injury-comparison of partner experiences in pre – and postinjury relationships*. Paraplegia. v. 11, n. 32, nov., p 759-770, 1994a.

_____. *Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences*. Paraplegia. v. 4, n 32, p. 225-35, 1994b.

LIANZA, S. *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1985.

MADDOX, S. *Spinal Network*. Colorado: Library of Congress Cataloguing in Publication Data, 1990.

MAIOR, I. M. L. *Reabilitação Sexual do Paraplégico e Tetrapégico*. Rio de Janeiro: Ed Revinter, 1988.

O CORPO MUTILADO PELA MASTECTOMIA: A SEXUALIDADE AFETADA*

*Geovana Brandão Santana de Almeida*¹

*Maria Cristina Pinto de Jesus*²

Resumo: O presente estudo traz à tona reflexões teóricas sobre o corpo e a sexualidade à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty, expondo sua concepção acerca de imagem e espaço corporal, com o objetivo de compreender uma mulher que teve o seu corpo mutilado pela mastectomia.

Palavras-chave: Mastectomia; Sexualidade; Fenomenologia.

111

Abstract: The study work show reflections about the body and the sexuality to the light of the phenomenology of Merleau-Ponty, exposing his conception concerning image and corporal space, for understand woman that had your body mutilated by the mastectomy.

Keyword: Mastectomy; Sexuality; Phenomenology.

O corpo feminino e a sexualidade

O conjunto dos atributos anatômicos e fisiológicos que constituem cada sexo, bem como o conjunto dos comportamentos e todas as atividades ligadas ao instinto sexual de cada um de nós, caracteriza e define a sexualidade humana, a qual é diferenciada através do modo de *ser-no-mundo* de cada pessoa.

* Reflexões realizadas a partir da Dissertação de Mestrado: ALMEIDA, G. B.S. *Câncer de mama: desvelando os sentimentos de mulheres mastectomizadas – uma contribuição para a enfermagem*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2002.

1 Professora, Mestre na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – geovanabrandao@yahoo.com.br

2 Professora, Doutora na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – rodolfo84@acessa.com

Daí a sexualidade humana ser muito mais abrangente do que simplesmente o conceito de sexo. Suas dimensões permeiam o biológico, o psicológico e o sociocultural do ser humano. Falar sobre sexualidade é falar sobre a vida na sua forma global, compreendendo, desse modo, o sexo, como expressão da vida, sob o aspecto da reprodução, do prazer e da comunicação.

Segundo Cavalcanti (1997), do ponto de vista reprodutivo, sexo é vida, uma vez que a reprodução o perpetua, e, do ponto de vista prazeroso, sexo e vida estão intimamente ligados, porque a vida, sem o mínimo de prazer, não tem sentido de ser. Enquanto vivemos, estamos buscando nossas satisfações e extraindo dessa busca o máximo de prazer possível.

Reconhece-se ser a mama uma expressão da sexualidade, celebrada através dos tempos, na história e na arte, como símbolo do desejo sexual, da sedução e do erotismo. As mamas, para a mulher, exprimem toda a essência feminina, pois estão intimamente relacionadas à maternidade, à sexualidade, ao erotismo e à amamentação. De acordo com Costa (1999), a mama como zona erógena é tão importante quanto a área genital. Ademais, desde a infância, representa aconchego e proteção, sendo um ingrediente fundamental para a maioria dos homens. Entretanto, essa parte do corpo vivido tem sido, dentre outras questões, o cerne de processos dolorosos e objeto de estudo.

Rodrigues (1998) ressalta que a retirada da mama é um procedimento cirúrgico agressivo, que vem acompanhado de conseqüências, muitas vezes traumatizantes nas experiências de vida e na saúde da mulher acometida de um câncer.

A mama é mais do que nunca uma expressão de atração sexual, de erotismo, de beleza, principalmente por ser um órgão naturalmente sedutor, que integra a feminilidade e a estética, e sua retirada pode significar para a mulher a perda da sua totalidade corporal.

É relevante considerar a forma como as mulheres reagem à mastectomia, o que depende da vulnerabilidade específica de cada uma, da sua história de vida e do seu modo de agir e vivenciar a situação, que lhe é bastante peculiar e único.

Bittencourt (2000) constatou em seu estudo que a extirpação parcial ou total de uma mama origina sentimentos e reflexões de complementariedade das partes para formar o corpo existencial.

A sexualidade afetada pela mastectomia

Buscando compreender o “corpo”, que é um aspecto importante na vivência de cada pessoa, ou seja, o mediador entre o ser e o mundo, mundo este em

que a pessoa se vê situada através de seu corpo, recorremos à Merleau Ponty (1996), que define o corpo como veículo do ser-no-mundo e, ainda, que ter um corpo é projetarmos nele nossa maneira de “estarmos-no-mundo”. Na compreensão desse autor, não poderíamos apreender as coisas desse mundo sem a mediação da nossa experiência corporal, pois o sentir está inserido nas expressões e manifestações desse corpo.

Nessa perspectiva, a mulher, diante da possibilidade de se submeter à cirurgia mutiladora da mama, antevê, com aflição e sofrimento, as repercussões que esse desfiguramento poderá vir a acarretar no ser-mulher. As restrições e os cerceamentos em que se via envolvida ao perder uma parte de seu corpo constituem uma ameaça à sua própria identidade.

Merleau Ponty (1996), ao expor sua concepção acerca da imagem e do espaço corporal, enfatiza que não “temos”, nós “somos” o todo, habitando cada segmento do corpo. Ser corpo é habitá-lo integralmente na existência enquanto ser, e não enquanto algo que se possui. As partes do corpo não estão distribuídas umas lado a lado com as outras, mas inseridas, envolvidas umas nas outras, não sendo apenas uma reunião de órgãos justapostos.

Esse autor refere-se ao corpo como um desdobramento efetivo de nossas intenções, atitudes, expressões e dos gestos, porque o corpo está sobrecarregado, preocupado com conflitos de toda ordem, não sendo difícil imaginar e perceber como será a sua expressão, o seu existir. Podemos dizer que tal expressão seja essencialmente corporal, revelando uma configuração sensível e uma significação própria de alguém que está vivenciando todo o processo de submeter-se a uma cirurgia. Faz-se pertinente valorizar, nesse momento, a compreensão da pessoa em toda a sua estrutura, numa totalidade de carne e espírito que se entrelaçam, para a sublimação da existência biológica em detrimento da existência pessoal.

O corpo sabe e compreende; é nele que o significado das coisas se manifesta. “[...] Toda percepção exterior é imediatamente sinônima de uma certa percepção de meu corpo, assim como toda percepção de meu corpo se explicita na linguagem da percepção [...]” (MERLEAU PONTY, 1994, p.277). Essa percepção ocorre consigo mesmo, no encontro, na interação, na relação em que se expressa um corpo em experiência.

Para a mulher mastectomizada aceitar o seu corpo, é primordial compreendê-lo, porquanto não se aceita aquilo que não se compreende, que não se entende. Ao se submeter à remoção cirúrgica da mama, como resultado de um câncer de mama, essa mulher sinaliza um corpo preocupado com as

suas possibilidades, com o seu existir, e a necessidade de cuidar desse corpo, porque qualquer desequilíbrio na sua existência estaria refletido nesse corpo (ALMEIDA, 2002).

Contrapondo o paradigma mecanicista, no qual o corpo do ser humano nem sempre é inserido em sua corporeidade, em que não se trata o ser que adoce, mas a doença, esse corpo existência não pode ser mutilado e aviltado em suas manifestações, pois é, através de cada encontro, que o corpo se faz corpo, se humaniza, expressando a sua corporeidade. Merleau Ponty (1994) refere-se a este corpo como uma obra de arte, na qual as cores e os traços se comunicam, se entrelaçam em harmonia e descompassos.

Ao ser submetida à extirpação da mama, a mulher tende a desenvolver sentimentos de mutilação, afetando seguramente a sua sexualidade, a sua feminilidade, visto que a mastectomia pode vir a representar para ela a amputação real de seu corpo, remetendo-a a uma situação de castração, dada a importância que a mulher atribui à mama. Muitas vezes, essa mutilação simboliza não só a perda física, mas também a perda da sua identidade.

Merleau Ponty (1996), ao abordar a sexualidade do corpo, nos desperta a atenção para o corpo encarnado, pulsátil, vivo. Aquele que interage com o mundo percebido e estabelece com este uma relação de reciprocidade. Na situacionalidade da extirpação parcial ou total da mama, a mulher passa a reconsiderar seu mundo vivido, pois a relação consigo mesma e com o outro fica afetada, já que lhe falta uma parte do corpo vivido.

Cada um de nós está situado no mundo através do corpo e, portanto, seria impossível desvincular-nos de nossos sentimentos, do nosso corpo e vice-versa. No nosso corpo, são registradas as marcas de nossa existência, resultantes da forma e do modo como estamos inseridos no mundo.

No que concerne às alterações físicas, significativas no corpo da mulher, como é o caso da extirpação da mama, estas acarretam, também, importantes modificações na sua imagem corporal, considerando o ser no corpo orgânico, que se apoia e se sustenta na sua imagem corporal.

Santos (1999, p.121) destaca que “antes de se ter um corpo e padecer com o que nele se manifesta, temos uma alma, maior e mais poderosa do que qualquer órgão, precisando assim unir o corpo à alma para o equilíbrio total do ser humano”. O corpo existencial parece tornar-se desarticulado sob a ótica da mulher que experienciou a situação da mutilação e/ou extirpação de uma parte de seu corpo, o que nos reporta à própria mastectomia.

A extirpação da mama, além de eclodir numa grande mudança na imagem corporal, pode ocasionar na mulher alterações em sua auto-estima, pois se sente insegura, impotente ou frustrada por considerar-se uma mulher “imperfeita” e “incompleta” em relação às outras.

Tal insegurança pode estar diretamente ligada ao fato de existirem as dúvidas, as incertezas e as inseguranças com relação à aceitação por parte de seu parceiro/companheiro, na incapacidade de satisfazê-lo sexualmente, o que pode vir a detonar a desvinculação afetiva-emocional da mulher/parceira/companheira, que ambos parecem idealizar; visto que a mama é considerada e valorizada culturalmente como um dos símbolos que expressam a sexualidade e a feminilidade do Ser mulher.

Ao falar da sexualidade, Costa (1998, p.89) nos afirma que “a sexualidade não se resume ao seio, portanto pode não afetar a sexualidade se os dois, a mulher e seu parceiro, encontrarem juntos novas formas de continuar com uma relação sexual gratificante”.

Sabendo-se que a mastectomia constitui um processo conflituoso e amedrontador também para o parceiro, Quintana (1999) destaca a necessidade de atenuar esse processo vivido, de modo a facilitar e a possibilitar a re-elaboração da extirpação da mama pela mulher, pois, comumente, o parceiro tornar-se cúmplice.

A mastectomia afeta profundamente não somente a sexualidade da mulher, mas sobretudo a do casal e, por isso, cremos ser de suma importância que o casal, seja acompanhado e conduzido para a sensibilização, a mobilização e o envolvimento do companheiro em todas as fases iniciais do tratamento, incluindo a reabilitação e a reinserção da mulher na família, comunidade e/ou sociedade.

Conforme menciona Merleau Ponty (1996, p. 215):

“a patologia põe em evidência, entre o automatismo e a representação, uma zona vital em que se elaboram as possibilidades sexuais do doente (...). É preciso que exista, imanente à vida sexual, uma função que assegure seu desdobramento, e que a extensão normal da sexualidade repouse sobre as potências internas do sujeito orgânico”.

O envolvimento do parceiro é fundamental, pois, quando ele aceita as limitações de sua mulher e envolve-se no tratamento, a mulher sente-se segura, amparada e confiante, apesar de expressar, paradoxalmente, em alguns momentos, insegurança e apreensão quanto à situação vivenciada, o que

consideramos natural, já que o ser humano vive, constantemente, situações ambíguas e, portanto, são essas contradições que fortalecem os laços existenciais.

O apoio e o suporte do parceiro/companheiro indubitavelmente parece garantir a segurança para a mulher, talvez isso se dê devido ao temor e à apreensão constante sentidos pela mulher com relação a uma possível separação, já que a mutilação dessa parte do corpo poderá repercutir negativamente no relacionamento sexual do casal ou afetá-lo.

Conforme reforça Quintana (1999), quanto mais o parceiro participa das decisões a serem tomadas e faz-se presente após a cirurgia de mastectomia, mais capacidade terá para prestar o apoio a seu cônjuge. Já os parceiros que não se integram nas diferentes fases do tratamento da mulher terão maiores dificuldade de prestar o auxílio à mesma.

Mesmo insegura frente à ausência da mama, a mulher acredita que, pela vida, vale todo sacrifício, até mesmo a mutilação de sua mama, como um requisito essencial para continuar vivendo e convivendo no mundo. Assim, a preservação da vida é uma necessidade básica, essencial à natureza humana, sobrepujando a idade cronológica e a situação conjugal. Contudo, nessa circunstância, nem mesmo a reação do parceiro é capaz de determinar a mudança na vida dessa mulher frente à luta pela continuidade do seu existir e co-existir no mundo, mesmo que venha a repercutir na separação conjugal.

Tecendo considerações

Creemos ser essencial considerar que, apesar de a cirurgia constituir a possibilidade de cura do câncer, não é o suficiente para que a mulher viva como se nada tivesse acontecido com seu corpo.

Perceber o corpo que transcende à concepção do biofisiológico para o corpo uno, sensível, perceptível, o qual vai além do gesto puramente mecanicista, é assegurar-lhe o direito à vida, o direito de se afirmar como ser humano.

Faz-se necessário, então, que os profissionais de saúde que atuam na assistência a essas mulheres possam realizar uma assistência especial, não somente ao atendimento dos aspectos técnicos e biológicos do câncer de mama, mas assegurando à pessoa acometida dessa enfermidade, e que necessita da intervenção cirúrgica, um suporte psicológico amplo, adequado, com vistas ao cuidado humano, autêntico e ético.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, G.B.S. *Câncer de Mama: Desvelando os sentimentos de mulheres mastectomizadas – Uma contribuição para a Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2002.
- BITTENCOURT, J.F.V. *Compreendendo o pré-operatório de mastectomia aos olhos da mulher que o vivencia*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2000.
- CAVALCANTI, M. Sexualidade Humana – Caminhos e Descaminhos. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo: Iglu, v. 8, n. 1, janeiro-junho. 1997, p. 104-115.
- COSTA, M. M. *A saúde dos seios*. Rio de Janeiro: Diagrafihc, 1998.
- COSTA, M. Seios e prazer: a influência da mama na vida sexual. *Revista Época*. Rio de Janeiro, v.1, n.34, p.72, jan., 1999.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- _____. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- QUINTANA, A. M. e cols. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. *Rev. Bras. Cancerologia*, v. 45, n. 4, p. 45-52, 1999.
- RODRIGUES, D. P et al. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.43, n.3, p.231-238,1998.
- SANTOS, E. M. A Mulher e a sua mama. *Rev. Atenção Primária à Saúde*. NATES/UFJF, n. 3, p. 44-45, 1999.

REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE COM PRÉ-ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Irani Iracema de Lima Argimon¹

Helena de la Rosa da Rosa²

Karen Agostini Daldon³

Renata Peretti Kuhn⁴

Thais Galvani⁵

Resumo: Este é o relato de experiência de um trabalho realizado por um grupo de graduandas de Psicologia, com pré-adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em um Centro Comunitário localizado na cidade de Porto Alegre/RS. O objetivo principal foi proporcionar um espaço descontraído de reflexão, através de um grupo operativo no qual os jovens pudessem trazer questões sobre sexualidade. Foram realizados encontros semanais durante seis meses, construídos de acordo com as necessidades que iam surgindo ao longo do processo. Assim, aspectos como sexualidade, pré-adolescência e o relato das atividades realizadas são discutidas neste trabalho.

Palavras-chave: Sexualidade; Pré-adolescência; Educação Sexual.

Abstract: This is a report of a work carried out by psychology students, with pre-adolescents in a socially vulnerable situation, in a Community Center located in Porto Alegre/RS. The principal aim of this work was to

¹ Psicóloga. Professora da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Tutora do Programa de Educação Tutorial. kdaldon@uol.com.br

² Graduanda em Psicologia na PUCRS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial. helenadelarosa@hotmail.com

³ Graduanda em Psicologia na PUCRS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial. kdaldon@uol.com.br

⁴ Graduanda em Psicologia na PUCRS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial. rezinhapk@pop.com.br

⁵ Graduanda em Psicologia na PUCRS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial. thaisgal@hotmail.com

provide a relaxed space for reflection, through a work group in which the young people raise questions about sexuality. Weekly meetings took place over a period of six months, in accordance with their needs, which arose along the way. Therefore, subjects such as sexuality, pre-adolescents and the report of the activities carried out are discussed in this article.

Keywords: Sexuality; Pre-adolescence; Sexual Education.

Toda a primeira vez é, com certeza, no mínimo angustiante, e todo principiante provavelmente sente-se inibido frente ao tema da sexualidade. No entanto, quando chega a ocasião, logo se aprende a encarar as dificuldades como insignificantes e os tabus como fonte de inspiração. Esta foi a proposta do trabalho realizado por nós, graduandas de Psicologia, bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na qual nos víamos instigadas pelo desafio de trabalhar sexualidade com pré-adolescentes em situação de vulnerabilidade social em um Centro Comunitário localizado na cidade de Porto Alegre/RS. Para isso, necessitávamos unir dois mundos novos: o nosso, no qual fazíamos o papel de educadores pela primeira vez, e o deles, que se viam diante do novo, sentindo a sexualidade aflorar em seus corpos e desabrochar em suas atitudes.

A proposta de trabalho surgiu após algumas visitas ao local, nas quais pudemos conversar com representantes da instituição e, juntos, discutimos a necessidade de serem retomadas com os alunos as oficinas de educação sexual, anteriormente ministrada pelo estagiário de Psicologia. Dentro desta proposta, nos foi sugerido que trabalhássemos com turmas de pré-adolescentes, numa faixa etária entre 10 e 13 anos.

Essa demanda, relatada pela coordenação do centro, nos foi justificada a partir de atitudes, dúvidas e colocações feitas pelos jovens, que eram manifestadas, muitas vezes, em momentos não apropriados. Também foi solicitada a necessidade dos pré-adolescentes aliviarem suas ansiedades, tão características dessa fase.

Os educadores do local muito contribuíram para a formulação do nosso plano de trabalho, uma vez que convivem diariamente com estes jovens. Pontuaram a extrema importância de trabalhar não somente aspectos físicos e biológicos relacionados à sexualidade, mas, principalmente, aspectos emocionais e afetivos, nos quais os pré-adolescentes mostram-se mais carentes e desorientados durante etapa do desenvolvimento. Assim, seria um trabalho de educação sexual, que para Carvalho (2001) diz respeito ao ensino de aspectos

da sexualidade humana, envolvendo a discussão de valores e sentimentos envolvidos nela, com a visão de que o indivíduo é ativo neste processo, não apenas um receptor de informações. A educação sexual, portanto, é mais abrangente e profunda, e inclui a orientação sexual. Esta proposta vem ao encontro do conceito proposto por Suplicy (1999), no qual explicita que orientação sexual é um processo de intervenção que envolve o desenvolvimento sexual, compreendido também pelas relações interpessoais, afetividade, imagem corporal, auto-estima e relações de gênero. Enfoca, então, não só a dimensão fisiológica, mas também a social, a psicológica e a cultural. Esse processo de educação sexual costuma ocorrer informalmente, através de tudo o que a família transmite à criança e ao adolescente, promovendo o progressivo amadurecimento de sua sexualidade no decorrer da vida. Entretanto, atualmente, muitas famílias estão desprovidas de elementos necessários para a realização desta educação, recaindo sobre outras instituições o desempenho desta função. Tendo estes conceitos como norteadores de nosso caminho, objetivamos, principalmente, proporcionar um espaço descontraído de reflexão, através de um grupo operativo no qual os jovens pudessem trazer questões sobre sexualidade. Este espaço foi construído de acordo com as necessidades que iam surgindo ao longo do processo, incorporando e respeitando a filosofia da instituição de propiciar espaços de cidadania, educação e lazer, objetivando despertar um posicionamento participativo, crítico e consciente.

A realidade da instituição permeando a dinâmica do trabalho

A extensão comunitária foi realizada em uma Instituição de Assistência à Comunidade, financiada pelo Governo Estadual, situada em um bairro afastado do centro da cidade, próximo à periferia. Neste espaço, pessoas de todas as faixas etárias são recebidas para diversas atividades.

Logo que o Centro iniciou suas atividades, trabalhavam em conjunto assistentes sociais, psicólogos, advogados, dentistas, professores e outros profissionais, promovendo serviços respectivos a suas profissões. O principal objetivo do centro, portanto, é promover cidadania, através de ações de saúde, esporte, trabalho, lazer, educação e cultura. Despertar a consciência das pessoas para a realidade e motivá-las a uma maior participação neste âmbito são metas que já vem sendo atingidas.

Apesar de toda a construção social realizada por este espaço, diversas outras questões acabam, muitas vezes, por dificultar o crescimento local. Toda a

realidade encontrada na instituição na qual desenvolvemos o projeto, tanto em relação aos alunos quanto à sua estrutura, é fortemente marcada pela sua história de necessidades e privações, que acabaram por permear a trajetória de nosso trabalho. No âmbito institucional, devido à dependência financeira do Governo, a maioria das atividades fica limitada pela falta de recursos. Muitas áreas que estavam no planejamento do prédio não foram concluídas, materiais e outros recursos são escassos, como os recursos humanos. Nota-se um grande movimento de estagiários no local, mas faltam profissionais formados, como havia no início do processo, profissionais aqueles que possuíam uma maior experiência na área, inclusive para a tão necessária supervisão dos estagiários. Todas estas questões contribuem para uma dicotomia entre a riqueza de crescimento do local e a sua limitação. No âmbito dos usuários do local, esta história é em decorrência da sua situação de vulnerabilidade social, caracterizada por problemas que vão além de renda ou posse de bens, compreendem incertezas, inseguranças e exposição a riscos provocados por eventos socioeconômicos ou pelo não acesso a determinados bens, como educação, saúde e lazer (Abramovay, 2002).

O termo vulnerabilidade surgiu a partir de reflexões acerca das limitações existentes nos estudos sobre a pobreza, que não eram capazes de abranger a complexidade dos problemas sociais. Pode ser compreendido como o momento em que os recursos materiais ou simbólicos, de uma pessoa, família ou comunidade são insuficientes ou inadequados para lidar com a estrutura social vigente, impedindo-os de ascender a melhores níveis de bem estar (Vignoli, 2001). Tal situação levou-nos a refletir sobre a situação dos pré-adolescentes com os quais convivemos nesses encontros. Aliando este conceito de vulnerabilidade com o pensamento de Cruz (1997), de que “as idéias infantis sobre sexualidade, o que as crianças dizem, explicitam ou ocultam, revelam o contexto sócio-histórico em que vivem”, é possível entender gestos mais “tímidos” e contidos, quando esperávamos uma maior mobilização durante técnicas e dinâmicas. Tais atitudes, que acabavam por nos despertar um certo desânimo, eram justamente o indicativo de toda a demanda que queríamos despertar. Aqueles pequenos gestos, que pareciam distantes ou frios, já eram um início, uma aceitação, tendo em vista que, primeiramente, observávamos apenas tapas, chutes e palavras agressivas entre os participantes.

Esta falta de recursos, principalmente humanos, da instituição, e a realidade de insuficiências, vivida por essa população, facilitou nossa inserção. As necessidades de realização desse trabalho, aliada ao nosso entusiasmo e disposição, impulsionaram a concretização deste projeto. No entanto, toda essa responsabilidade que nos foi delegada, com certeza, era uma grande

geradora de ansiedade. Estar dentro de uma instituição com uma estrutura deficitária, entrar em contato com uma realidade diferente da nossa e abordar questões capazes de mobilizar os mais diversos e distintos sentimentos era um grande desafio, que foi sendo intensificado ao depararmos-nos com bocas mudas e gestos de recusa. Entretanto, a cada encontro tentávamos incessantemente, através de diversas formas, mobilizar o grupo para o que seria trabalhado, e, apesar da forte resistência dos pré-adolescentes durante vários encontros, gradualmente a participação deles foi acontecendo.

Trabalhando a sexualidade: uma constante evolução

Depois de identificada a demanda, perguntávamos-nos como iríamos abordar sexualidade para jovens do século XXI, que deveriam ser os atores da era da informação, produzidos e nutridos pelos conhecimentos humanos e tecnológicos. Entretanto, são estes que acabam, muitas vezes, sendo meros coadjuvantes, carentes de recursos materiais e simbólicos.

Cientes de que o conceito e o manejo da sexualidade foram evoluindo no decorrer dos anos, procuramos entender essa evolução que culminou na atual conjectura dos fatos que hoje presenciamos. Nos anos 60, uma época tradicional, o assunto era visto como tabu, na maioria das vezes, relacionado a questões religiosas e morais, sufocando o espaço de discussão e crítica. Os questionamentos eram reprimidos, ignorados, e algumas regras impostas eram tomadas e aceitas como verdades absolutas.

Com o tempo, as pessoas e suas atitudes frente à sexualidade foram mudando. Finalmente, na década de 80, houve uma grande revolução neste âmbito. Os movimentos feministas reivindicaram direitos para as mulheres, e a liberdade sexual foi difundida praticamente em todo o mundo. Diversos paradigmas foram questionados e modificados, permitindo que a sexualidade fosse discutida cada vez mais cedo.

Teríamos, então, que abordar a sexualidade de acordo com um novo conceito massivamente exposto pela mídia. Uma sexualidade dicotomizada, que vem sendo apresentada de uma forma que em nada favorece a educação sexual. Pode-se perceber, hoje, o crescimento de uma sexualidade desprovida de afeto ou emoção. O papel da relação, do vínculo e da afetividade, aparentemente, tornou-se segundo plano, dando ênfase apenas para o desejo e para a excitação.

Com certeza, em nosso trabalho não poderíamos desconsiderar que estes aspectos fazem parte da sexualidade e, principalmente, da sexualidade

daqueles jovens carentes de orientação. No entanto, era nosso papel alertar que é esta forma de sexualidade que nos traz riscos biológicos, sociais e psíquicos. Essa maneira distorcida de ver e encarar a sexualidade foi o maior desafio da atividade que estávamos propondo. Fazer esta união entre o físico e o emocional, o corpo e a mente, mostrava-se extremamente necessária e difícil. Orientar não era nossa idéia, e sim proporcionar a estes pré-adolescentes, persuadidos pelos exigentes hormônios que produzem, um espaço no qual pudessem trazer à tona sua sexualidade. Espaço este onde pudessem, sozinhos, perceber uma nova forma de encarar a sexualidade, uma forma integrada, na qual a excitação encontra o sentimento e proporciona o prazer pleno, sendo assim, verdadeiramente vivida, sentida e aproveitada.

No entanto, é impossível desconsiderar a dificuldade, culturalmente construída, do ser humano para falar abertamente sobre a sexualidade. Apesar do espaço conquistado para se falar sobre o assunto, mesmo que nas escolas, em casa e em outros lugares haja uma preocupação com a educação sexual, em transmitir informações sobre os órgãos e atividades sexuais, percebe-se hoje uma carência muito grande na área das relações afetivas, no aspecto emocional. Mais do que não saber a respeito da prevenção, ou não conseguir colocar em prática nas suas vidas o que aprendem tecnicamente, seja por vergonha ou descuido, os jovens estão tendo dificuldades para entender seu lado emocional, de colocar limitações e determinar seus valores relacionados ao assunto. Surge, então, uma dificuldade para nortear relacionamentos, que ficam perdidos, sem direção, já que não há uma reflexão sobre o que realmente esperam e querem.

Todas estas dúvidas acabam por crescer e intensificar-se devido à faixa etária em que o grupo de jovens se encontra. A adolescência é uma fase de muitas dúvidas e reafirmações, na qual os jovens vão concretizar e decidir certas posturas que querem assumir em suas vidas. Todavia, essa construção precisa de direção, de crítica e de reflexão. Esse auxílio que o jovem necessita, muitas vezes, é falho e distante, pois ultrapassa o âmbito da informação, pressupõe recursos materiais e simbólicos, além de acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais. Sendo estas estruturas provenientes do Estado, do mercado e da sociedade, independem de suas possibilidades, deixando-o a luz de suas indagações e pensamentos contraditórios próprios da idade.

Dessa forma, queríamos desenvolver um trabalho sobre sexualidade que também pudesse abranger questões referentes a essa fase da vida pela qual os pré-adolescentes estão passando. E para isso, não bastava trabalhar sexualidade apenas, era necessário um profundo conhecimento, aproximação e inserção no mundo adolescente.

O pré-adolescente e seu mundo de descobertas

Segundo Siqueira (2003), as brincadeiras, os grupinhos, as piadas, os palavrões e os grafismos são ações carregadas de excitação e que demonstram a liberação de fortes impulsos sexuais. O mesmo autor ainda acrescenta que por volta dos 10 ou 11 anos de idade, a menina está com a expectativa da primeira menstruação, algumas até já ficaram menstruadas, enquanto os meninos, na sua maioria, ainda não estão vivenciando os fenômenos da puberdade. Esses aspectos estavam explícitos no nosso trabalho, transparecendo através de gestos, atitudes e durante pequenas tarefas determinadas. Na solicitação de desenhos, era marcante o número de meninas que rabiscavam absorventes e figuras de adolescentes na menarca, assim como a diversidade de manifestações dos meninos a respeito do surgimento de pêlos e a mudança na voz, sendo estas as questões que mais despertavam interesse e curiosidade.

A partir desses entendimentos da pré-adolescência e cientes da realidade de carências, tanto materiais quanto psicológicas, vivida por esses jovens, construímos um plano de atividades. Este consistia no desenvolvimento de dinâmicas e tarefas com materiais que nos auxiliassem a trabalhar assuntos como o conhecimento do próprio corpo e seu desenvolvimento, a relação com o outro, bem como a importância da mesma, além de conhecimentos práticos sobre sexualidade.

Nos primeiros encontros focalizamos o corpo e sua importância. Primeiramente, realizamos um exercício de alongamento e relaxamento, onde cada um podia sentir cada parte de seu corpo. Tal atividade iniciou-se com um pouco de resistência, que perdurou até seu término, aliando retraimento e desconfiança. Complementando esse primeiro momento, propusemos uma dinâmica de (re)conhecimento corporal, na qual cada um foi instigado a pensar em todo seu corpo, nas partes que consideravam mais importantes e em suas utilidades. Nestas ocasiões, precisávamos trabalhar com a vergonha e o silêncio, já que mesmo que o movimento de seus corpos expressasse a inquietude, as palavras acabavam não surgindo e os olhares desviavam-se.

Tais dificuldades confrontavam nossa proposta inicial de funcionar apenas como facilitadores de conversas informais, estimulando os pré-adolescentes a colocarem suas opiniões e questionamentos espontaneamente. Passados alguns encontros, percebemos que eles estavam muito inibidos e com dificuldade para se expressar. Nestes momentos, sentimentos de desafio e motivação mesclavam-se com o medo da frustração e do silêncio, então nos

olhávamos e sutilmente os incentivávamos e instigávamos, para que verbalizassem o que seus olhos nos expressavam. A partir disso, nossa caminhada foi sendo modificada, reestruturamos nossa forma de trabalhar. Acrescentamos ao trabalho dinâmicas de descontração que pudessem aumentar nosso vínculo e incentivar o desabrochar daqueles corações que travavam uma luta entre o anseio por conhecer e a vergonha de questionar.

Essa mudança acarretava uma maior participação dos jovens, que pareciam estar mais desinibidos por se tratarem de atividades que fugiam do foco da sexualidade, tornando-as aparentemente mais simples. Por outro lado, essa nova forma de trabalhar nos causava sentimentos que oscilavam entre o alívio, por poder contar com a participação efetiva do grupo, e a frustração pela sensação de que o nosso objetivo principal não seria adequadamente abordado e nem atingido.

Recortar e colar: construindo conhecimentos

Na tentativa de alcançar portos mais seguros, onde fosse possível a imersão dos conceitos pré-estabelecidos, além das dúvidas e questionamentos, buscamos uma atividade diferenciada das até então praticadas. Ressaltando as diferenças de gênero e das etapas do desenvolvimento, questionamos o que diferenciavam entre eles e seus irmãos, menores e maiores. Propusemos que em grupos procurassem, em revistas, imagens que evidenciassem ou simbolizassem essas questões. No ato de recortar e colar, os conceitos e conflitos foram emergindo, através de figuras de faces joviais e já envelhecidas, corpos cobertos e corpos sedutoramente expostos ou cenas de inocentes beijos e cenas muito sensuais. Tais imagens mobilizavam sentimentos e provocavam a inquietude traduzida em seus gestos e movimentos incessantes.

As primeiras figuras, de conteúdo sexual explícito, coladas nos cartazes por alguns alunos mais extrovertidos, causavam uma inquietude ainda maior no grupo. Quando perceberam a nossa naturalidade frente a tais figuras, desprenderam-se do constrangimento, expressando suas curiosidades através das colagens.

No encontro posterior, para retomar o assunto, expusemos os cartazes confeccionados por eles e solicitamos que cada grupo explicasse as figuras e os pensamentos despertados a partir deste trabalho. Como de costume, o desenrolar do assunto foi conturbado por risadinhas, cochichos e olhares que se desviavam ao entrarem em contato com os nossos. Percebíamos,

mais uma vez, a demanda que nos levou a realizar este trabalho, ela estava na nossa frente, colada em papel pardo e estampada em gestos de recusa com que nos deparávamos novamente. As palavras não saíam, e então precisamos estimulá-los com perguntas e reflexões. Porém, a fluidez da conversa ainda era interceptada por risadas e deboches. Com o intuito de driblar tais dificuldades, intensificamos nossa atuação, comentando sobre o que podíamos observar nos cartazes e a respeito das transformações que sofreremos na adolescência, instigando-os a refletir se eram mudanças apenas corporais. A partir daí, começamos a integrar o amadurecimento do corpo com o do psíquico e a conversa passou a fluir livremente.

Dominando nossas expectativas e ansiedades, iniciamos uma retomada de tudo que já havíamos discutido, inclusive em outros encontros. Falamos sobre todo o processo de desenvolvimento físico e emocional, que acaba por nos preparar para um novo olhar em relação ao sexo oposto, iniciando-nos em novos conhecimentos e relações. Foram momentos de visualizar o conflito, recortar as dúvidas e colar as respostas, integrando conhecimentos que possibilitaram um olhar mais concreto e consciente do homem, da mulher, e dos caminhos percorridos pelo corpo e pela mente.

Uma nova prática: aspectos biológicos

Nessa etapa do desenvolvimento, é comum aumentar as rivalidades entre meninos e meninas e a curiosidade sexual, o que propicia um clima de maior agitação e excitabilidade. Pôde-se perceber isso nas diversas vezes em que nos deparamos com o “zunzunzum” da turma que, inquieta pelo assunto proposto, dificultava a continuidade das atividades. Essa rivalidade tão característica da pré-adolescência, somada à inibição frente ao sexo oposto, eram evidenciadas nos sorrisos, nos sussurros e nas piadinhas, levando-nos a questionar a validade de fazermos alguns encontros onde as meninas e os meninos pudessem ficar em grupos separados e discutir mais livremente.

Tal proposta foi aceita com entusiasmo pela turma, e a nova estrutura mobilizou esperanças e expectativas tanto no grupo quanto em nós mesmas. Acreditávamos que essa mudança propiciaria discussões mais profundas e desinibidas e no dia marcado foi possível identificar os benefícios dessa divisão.

No grupo dos meninos, em um primeiro momento, nossas expectativas de quebrar o silêncio encontraram novamente a timidez e o retraimento, levando-nos a questionar essa “separação” de gênero, já que as coordenadoras

eram todas mulheres. No entanto, ao encerrar o encontro, alguns meninos permaneceram na sala e, com a saída dos colegas, conseguiram trazer algumas dúvidas que nos impulsionaram a promover um segundo encontro com uma estrutura diferenciada. Tendo como ponto de partida a necessidade de aproximação e de fortalecimento do vínculo, além da dificuldade inicial, propusemo-nos a realizar um trabalho mais específico, uma aula que enfatizasse os aspectos biológicos, esclarecendo as dúvidas mais recorrentes com uma linguagem clara e próxima das suas realidades. A especificidade do assunto, a maneira de abordar o conteúdo e a postura que assumimos, sentando-nos no chão, facilitaram o nosso contato e possibilitaram um ambiente permissível e acolhedor, onde as questões podiam emergir naturalmente. Primeiramente, mostramos o corpo do homem, e os garotos, inquietos, já questionavam se não tínhamos levado a figura do corpo da mulher. Na tentativa de diminuir a ansiedade e a expectativa, ressaltamos o quanto era importante conhecermos o nosso próprio corpo e entendermos o nosso funcionamento. Neste momento, iniciamos a “aulinha” para qual havíamos nos preparado. Os olhinhos curiosos estavam atentos, mas, algumas vezes, também inibidos, e na ambivalência entre a vontade de conhecer e a vergonha de perguntar, eles demonstravam todo o entusiasmo em risadas e agitação corporal.

Apesar de nosso esforço em manter a atenção dos participantes sobre o corpo masculino, os meninos não conseguiam controlar a ansiedade para visualizar a figura feminina. Quando a ansiedade foi diminuindo, mostramos as próteses penianas e do aparelho feminino que havíamos levado. Primeiramente trabalhamos a feminina, que parecia demandar maior curiosidade, e explicamos com detalhes como era colocada e usada a camisinha feminina. Posteriormente, mostramos a prótese masculina e demonstramos como utilizar a camisinha masculina. Após a sua colocação, passamos a prótese para que cada um pudesse visualizar, tocar e sentir. Alguns pegavam e analisavam, outros nem queriam tocar, mas todos riam e faziam comentários maliciosos.

Paralelamente ao grupo dos meninos, caminhava um grupo pequeno e tímido: o das meninas. A maioria estava muito envergonhada e, de cabeça baixa, escondiam-se atrás de seus cabelos. As conversas paralelas e os cochichos enchiam a sala e pedimos, então, que pudessem trazer para o grande grupo o que tanto lhes incomodava. Assim, o que, às vezes, era motivo de graça, foi aos poucos se transformando em colocações inseguras.

A vergonha e a ansiedade eram tantas que por muito tempo todas evitavam falar diretamente a respeito de suas experiências. Contavam histórias das

amigas e falavam umas pelas outras, mas sempre sem citar nomes, chegando, inclusive, a nos perguntar como tinha sido a nossa passagem pela adolescência e a vivência dos aspectos relacionados à menstruação. Depois que contamos o que nós havíamos sentido, tentamos aliviar uma de suas maiores ansiedades, a questão do tempo. Tempo de menstruar, de beijar, de ficar, de ver os seios crescerem, tudo isso borbulhava dentro daquelas meninas e nos fazia cada vez mais reviver nossos tempos de pré-adolescência. Essas vivências em comum estreitaram nosso vínculo e favoreceram um ambiente livre de vergonha, culpa ou pudor, fazendo com que aquele grupo de meninas conseguisse trazer questões tão pessoais. Diante disso, propusemos uma brincadeira que funcionaria da seguinte forma: nós falaríamos uma palavra, e então elas diriam a primeira coisa que pensassem a respeito dela. A primeira palavra na roda foi menstruação, depois beijo, sexo, entre outras. Os assuntos renderam muitas histórias, dúvidas e preocupações que concretizavam a validade daquele trabalho.

Em um segundo momento, assim como no grupo dos meninos, levamos próteses do aparelho reprodutor feminino e masculino, o que gerou muitos gritos e risadas entre as meninas. Propusemos uma atividade mais específica relacionada ao corpo e seu funcionamento, abordando, também, o uso de preservativos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Este assunto gerou muita curiosidade em todas as meninas, e as perguntas eram misturadas com as risadas que demonstravam o nervosismo e a vergonha diante das próteses. O não saber o que fazer, o medo de tocar naqueles objetos tão familiares e, ao mesmo tempo, estranhos, era evidente. Assim, depois de superado, toda a conversa começou a fluir naturalmente.

Todos esses materiais auxiliaram-nos a proporcionar um entendimento sobre a sexualidade de maneira mais clara e objetiva, finalizando a trajetória percorrida. Foi um encontro diferenciado, de novos sentimentos e algumas certezas, no qual, pela primeira vez, sentimos o vínculo estabelecido e a relevância de nosso trabalho. Cada olhar, cada pergunta ou mesmo cada palavra, nos transmitiam a confiança que eles depositavam em nós, nas nossas palavras e atitudes. No decorrer do encontro conseguimos perceber uma certa mudança naqueles que antes pareciam tão pequenos e desinteressados, mas que durante aquele momento pareciam tão grandes e maduros, deixando transparecer os frutos do nosso trabalho e, assim, nos engrandecendo também.

Produzidos pela diferença e pela vergonha, esses dois encontros, separados por gênero, foram reproduzidos pela ânsia de conhecimento e expressão,

mas barrados pelos limites do tempo. A princípio, a idéia era de um único encontro, mas o desejo verbalizado de continuar levou-nos a realizar mais um espaço de conhecimento, troca de experiência e esclarecimento. Este, já que nos encontrávamos no término da execução do projeto, finalizou nosso ciclo de encontros, antecedendo apenas a festa de encerramento. Foram poucos, mas valiosos os minutos que transformaram nossas angústias e ansiedades em alívio e certezas capazes de alimentar a esperança e o entusiasmo em trabalhos como este.

O pesar do fim e o desejo de recomeço

Muito embora as despedidas tragam sempre o “sabor amargo da saudade”, com a proximidade do “fim” sabíamos que esta nos traria também um certo alívio. Foi uma miscelânea de sentimentos, ansiedade e dúvida, tristeza e alegria, o desejo de continuar muitas vezes barrado pelos percalços do caminho.

Ciclos se encerram e novos horizontes se abrem, e ao encerrar um trabalho visualizávamos mais que o término, vislumbrávamos possibilidades, presenciando certezas. Confeitamos bolos elaborando a despedida, partilhamos acreditando nos resultados, brincamos e cantamos para celebrar as pequenas conquistas. Após tantas dúvidas e algumas frustrações, sentimos o valor e a importância do caminho que juntos percorremos. Entendemos que os resultados não são imediatos, nem as transformações capazes de serem realizadas com a mesma intensidade e rapidez por todos os seres humanos. Cada um, de acordo com suas possibilidades, respeitando seus limites e momentos pode, ou não, ser tocado por palavras, gestos e olhares. Aprendemos que pequenas mudanças e o despertar de consciências já valeria horas de ansiedades, incertezas e frustrações. Percebemos que tantos sentimentos, considerados negativos, estariam sempre presentes quando nos deparássemos com desafios como este, no qual nos confrontávamos não só com uma diferente realidade, mas também, precisávamos enfrentar nossos anseios e limitações a respeito do assunto.

O crescimento e desenvolvimento dos pré-adolescentes foram sendo percebidos a cada encontro, através de palavras e atitudes que demonstravam o quanto estavam aprendendo com tudo que estava sendo trabalhado. Mais do que aspectos biológicos específicos, percebemos uma reflexão a respeito do âmbito emocional da sexualidade, da importância do afeto, do respeito e do amor para com si e para com os outros. Foi possibilitado um espaço onde foi possível lançar as dúvidas, construir estratégias para lidar com as incertezas

e estabelecer um vínculo de confiança que nos incentiva a continuar investindo cada vez mais instrumentalizados para ensinar e aprender. Assuntos que talvez por outro meio esses pré-adolescentes em situação de vulnerabilidade social não teriam oportunidade de discutir foram refletidos, através deste espaço que era para eles e, ao mesmo tempo, construído por eles. Os frutos deste trabalho talvez sejam colhidos futuramente, quando antes de uma atitude, possam pensar no que aprenderam e direcionar seus caminhos com escolhas mais conscientes e seguras. E é essa nossa maior esperança.

Esta turma foi um desafio constante, uma incógnita querendo ser decifrada, que nos acolheu e nos recusou, que falou com os olhos, mas nos envolveu no silêncio. Um desafio que, com certeza, nos proporcionou um espaço de muito crescimento. Progresso este que foi profissional, através do aprimoramento de técnicas de trabalho em grupo, de manejo de conflitos e situações adversas. Foi, também, um crescimento pessoal, no qual desenvolvemos a sensibilidade e a capacidade de traduzir gestos e relacionar, além de conhecimentos científicos, experiências de vida, proporcionando um enriquecimento dos encontros e da produção realizada neles. Nos deparamos com uma realidade diferente da nossa, podermos crescer e aprender juntamente com pré-adolescentes que tinham outras experiências e conhecimentos foi a maior contribuição que pudemos ter com a realização deste trabalho. Acreditamos, também, que não há recompensa maior que poder observar o resultado de nossos encontros no progresso de cada um, de forma particular e única. Tal vivência e prática serão base para outras tantas que possam vir a ser realizadas, uma porta de entrada para novos projetos e novas dedicações.

Referências bibliográficas

- ABRAMOVAY, M et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, 2002.
- BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. E. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto? *Seminário Gravidez na Adolescência*. Ministério da Saúde, Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International, Associação Saúde da Mulher. Ceará: USAID, 1998.
- CARVALHO, H. R. A educação sexual na escola católica. In: *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. Vol. 12, n. 2, 2001.
- CRUZ, E. *A fala da criança sobre sexualidade humana: o dito, o explícito e o oculto*. Campinas: Educ, 1997.
- SIQUEIRA, T. C. B. Educação sexual X Informação sexual na escola. *Revista Educativa*. Goiânia, 2003.

SPINK, M. J. Das disputas necessárias para pensar a psicologia na modernidade tardia. In: *Psico*. Vol. 35, n.1, jan./jun. 2004.

SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. Petrópolis: Vozes, 1999.

VIGNOLI, J.R. *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*. Santiago de Chile: CEPAL, 2001.

Agradecimento:

Agradecemos à Psicóloga Eluisa Bordin Schimidt pela revisão do texto e aos participantes anônimos deste trabalho.

O MOSAICO DA FAMÍLIA ATUAL: ESPELHO DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA*

Edilaine Helena Scabello¹
Maria Alves de Toledo Bruns²

Resumo: Esse artigo objetiva abordar as mudanças sócio-culturais ocorridas nas últimas décadas do século XX em nossa sociedade e suas ressonâncias no *ethos* das relações de gênero e na redefinição dos novos arranjos familiares, demarcados pelos casamentos, descasamentos, casamentos sucessivos, parcerias homossexuais entre outros modos de vivenciar as relações afetivo-sexuais. Tais relações são reconstruídas a partir dos modelos tradicionais de gênero, valores, normas sociais e sexuais. Desse modo, a família contemporânea espelha seu mosaico infinito de possibilidades.

Palavras-chave: Família; Conjugalidade; Relações de gênero; Hipermodernidade.

Abstract: The aim of this article is to approach socio-cultural changes that occurred in our society in the last decades of the 20th century and their resonance in the *ethos* of gender relations, in the redefinition of new familial arrangements, delimited by marriage, demarriage, continuous marriage,

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada: "Desvelando a dor amorosa da infidelidade conjugal: discursos de homens e mulheres", em fase final de análise de dados, desenvolvida por Edilaine Helena Scabello, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP. Psicóloga formada pela FCL - UNESP - Assis-SP. Docente do ITES - Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior "Dr. Aristides de Carvalho Schlobach" - Taquaritinga-SP. Membro do Grupo de Pesquisa Sexualidadevida - ehelena@usp.br

² Doutora em Psicologia Educacional pela UNICAMP. Especialista em Sexualidade Humana, Psicanalista. Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Sexualidadevida - toledobrun@uol.com.br

homosexual partnership among other forms of sexual affective relations. Such relations are rebuilt from traditional models of gender and social and sexual norms. Therefore, the contemporary family mirrors its infinite mosaic of possibilities.

Keywords: Family; Conjuality; Gender relations; Hipermodernity.

No atual cenário sócio-cultural, um processo de acelerada transformação social impulsionado principalmente por avanços tecnológicos vem ampliando as fronteiras culturais entre as nações, exaltando a individualidade e o hiperconsumismo, bem como redefinindo as práticas afetivo-sexuais e acentuando o sentimento de insegurança.

No âmbito familiar, a extraordinária rapidez de mudança e de maleabilidade nas relações evidencia formas alternativas de conjugabilidade. Vivemos a transgressão de regras e a ruptura de modelos solidificados. Não há uma representação social definida e homogênea acerca do familiar e do conjugal, tampouco acerca das concepções do feminino e do masculino que se inscrevem de maneira difusa, diversa, múltipla e efêmera na contemporaneidade.

Na perspectiva de Hall (1992/2002), o homem atual vive uma “crise de identidade” cuja origem está no processo de mudanças pertinentes que têm ocorrido nas estruturas econômicas sócio-culturais das sociedades modernas, que deslocam as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade das identidades bem definidas de outrora para uma identidade “móvel” do sujeito atual, em contínua formação e transformação.

Desse modo, o próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em identidades culturais, tornou-se provisório, variável e problemático, resultando em identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragilizadas e desencadeando assim, mudanças significativas na estrutura familiar, bem como na expressão das emoções e nos papéis de gêneros a serem desempenhados.

Para Hall (1992/2002), o “deslocamento do sujeito moderno”, pelo descentramento das identidades culturais e nacionais, seria resultante do impacto de cinco grandes rupturas ou mudanças conceituais nos discursos do conhecimento moderno, ocorridas no pensamento na segunda metade do século XX.

Tais rupturas se referem às tradições do pensamento marxista, que deslocaram qualquer noção de agência individual, à descoberta do inconsciente por Sigmund Freud, que deslocou o conceito de sujeito cognoscente e racional provido de uma identidade fixa, unificada e estável, ao trabalho do linguísta estrutural Fernand de Saussure, que afirmou a instabilidade da identidade e a da linguagem expressa pelo sistema social e não individual que nos precede, ao trabalho do filósofo e historiador Michel Foucault, que com o caráter dos regimes disciplinares acabou por individualizar ainda mais o sujeito e a submeter mais intensamente o corpo e ao impacto do feminismo, tanto como crítica teórica, quanto como movimento social.

É importante enfatizar o lugar que o movimento feminista teve em relação ao “descentramento” conceitual do “sujeito cartesiano” e “sociológico”, pois ao questionar a clássica distinção entre o “privado” e “público” politizou a subjetividade, a identidade e o processo de identificação de novos lugares para a mulher. Nas brechas da contestação política, esse movimento juntamente com os movimentos revolucionários do “Terceiro Mundo” e o movimento mundial pela paz abriram arenas inteiramente novas na vida social, cujas conseqüências foram e são até hoje ressentidas na constituição da família, no exercício da sexualidade, na divisão do trabalho doméstico, bem como no lugar da criança e do adolescente.

Corroborando com essa visão, Lipovetsky (2004) enfatiza o avanço grotesco da globalização e das novas tecnologias de comunicação que culminam com o consumo exagerado que vem ocorrendo desde os anos 80.

Ainda na visão deste autor, a moda e o consumismo contribuíram para a ampliação da esfera da autonomia subjetiva e das diferenças individuais, para o esvaziamento dos princípios sociais reguladores, bem como para a dissolução da unidade de opiniões e dos modos de vida, sendo que, através do mundo “midiático”, fomos seduzidos pela imagem e pela efemeridade do espetáculo, além do entretenimento. Neste contexto, assistimos à valorização do novo, à desqualificação do passado, à afirmação do individual sobre o coletivo, em virtude da subjetivação do gosto, da primazia do efêmero e da economia da liberdade individual. A ênfase é dada ao tempo presente, no qual a percepção de tempo e espaço redimensionou nosso modo de ser. O modelo da família patriarcal foi enfraquecido, e com isto, o lugar do homem no contexto familiar foi redesenhado.

Para Lipovetsky (2004), o momento atual, a hiper-modernidade, se expressa pelo constante paradoxo entre a cultura do “excesso” e da “ausência”, na

qual coexistem autonomia e dependência, bulimia e autocontrole, individualismo e desagregação das estruturas tradicionais de normatização, empenho prometício e falta de vontade, responsabilidade e desregramento, e gozo e angústia. Dessa perspectiva, o indivíduo contemporâneo, ao mesmo tempo em que se tornou mais autônomo e mais livre, é mais instável e mais frágil, na medida em que suas obrigações e exigências tornam-se mais amplas. De acordo com este autor, o sujeito atual transformou-se em um narciso inseguro, ansioso, exibicionista e auto centrado, capaz de buscar prazer a qualquer custo. Ao mesmo tempo em que vivencia uma espécie de “esvaziamento das relações inter-humanas”, a depressão, a solidão, o estresse, o auto-abandono, por não conseguir atender aos apelos da sociedade do espetáculo, sente-se desestruturado e só. Desalojado de suas referências de estabilidade e segurança, clama por afeto e pelo sentimento de pertencimento.

Constatamos assim, que os fenômenos da globalização e a informatização contribuíram para efetivarem o paradigma do risco e da incerteza que caracterizam a sociedade atual afetando, desse modo, as relações familiares, de gênero e de conjugalidade, dentre outras.

Na perspectiva de Vaitsman (1994), o processo de transformação das identidades masculinas e femininas, bem como as relações de família e casamento, foram afetadas pela industrialização e pela urbanização, que demarcou a redefinição na rede de relações de gêneros. É importante dizer que a flexibilização dos papéis de gêneros na visão de Costa (1998) e Giddens (1993) abalou a estrutura idealizada da união conjugal de outrora, cedendo espaço às parcerias, aos descasamentos e casamentos sucessivos entre outras modalidades de união.

Para Costa (1998), ao se deslocar para o centro imaginário do ideal de felicidade pessoal, o “amor romântico” deixou de ser um meio de acesso à felicidade e tornou-se um atributo essencial, uma prerrogativa, um fim em si mesmo. Fundamentado pela perspectiva de idealizações e expectativas de amor recíproco e eterno o casamento foi abalado em seus alicerces. O desencanto das expectativas não alcançadas, os conflitos vividos no decorrer da vida conjugal, desencadeou desgastes emocionais e conflitos e ao mesmo tempo criou novas possibilidades de alternativas de relacionamentos e realização pessoal.

Giddens (1993) aponta uma destas possibilidades de relacionamento: o “amor confluyente”, que se constitui pela igualdade de trocas afetivas e sexuais

no envolvimento amoroso e introduz a *ars erótica* no centro da relação amorosa, transformando a reciprocidade do prazer sexual em elemento chave para a continuidade do relacionamento. O “amor confluyente” é visto em desencontro com os ideais do amor romântico, que apregoa uma relação sem conflitos, e de felicidade eterna. Nessa perspectiva, a sexualidade é expressa de uma maneira plástica e criativa, uma vez que é enfatizada a *ars erótica* na relação do casal. Torres (2000), ao entrevistar homens e mulheres casados, de diferentes classes sociais no cenário português, constatou que os ideais do amor romântico estavam presentes como um sonho a ser concretizado. Na visão desse autor a igualdade entre os gêneros não é reconhecida. Aponta para a imergência de modelo alternativo, denominado “amor construção”. Este modelo implica na descoberta de sentimentos e aspectos novos na relação após o casamento, isto é, com o decorrer do tempo, a desidealização do parceiro vai cedendo espaço para a construção de uma relação estável alicerçada na possibilidade de paridade entre homem e mulher, desde que reconhecendo as assimetrias existentes entre os gêneros. Continuando a nossa trajetória de compreensão das mudanças na estrutura familiar, Salém (1989) nos mostra a visão de um “casal igualitário”, que valoriza o companheirismo, busca a completude, estimula o investimento individual de cada parceiro e centraliza a díade em relação às famílias de origem. A reciprocidade e a dependência afetiva do “casal igualitário” são marcadas pela interdependência e complementaridade simétrica de modo que, masculino e feminino podem experimentar o lugar e a identidade um do outro. Todavia, a autora reconhece que está na tentativa de conjugar “dois em um” na relação e de conciliar os projetos individuais com os familiares o grande impasse do casal: a expressão da difícil convivência entre dois indivíduos concebidos como singulares e a existência do dual e/ou familiar.

Corroborando com essas novas redefinições da família, os autores a seguir expõem várias possibilidades de relações conjugais. Vaitsman (1985) cunhou o termo “coabitação separada”, referindo-se àqueles casais que em nome da preservação de um espaço próprio, da liberdade e da autonomia pessoal de cada parceiro optam por morarem em casas separadas. Moraes (1985) referiu-se àqueles indivíduos, que alegando maior autonomia, privacidade e liberdade, optam por morarem sozinhos como “*singles*”. Heilborn (1980) cunhou o termo “casal emancipado”, referindo-se àqueles que constroem seus projetos de relacionamento aberto, sobretudo na esfera sexual e proclamam a prevalência do indivíduo sobre a díade. Bauman (2004) denominou de “amor líquido” aquelas relações em que à presença

da fugacidade e da flexibilidade dos laços afetivos resulta em um curto tempo de duração.

Diante dessa flexibilização e pluralização de formas de se relacionar que afetam a expressão das subjetividades dos gêneros, é possível apontar que há vários tipos de família, algumas sendo aceitas, outras apenas toleradas, como são as famílias de gays e lésbicas. No entanto, em geral é possível identificar nesses novos modelos de família, a coexistência de valores oriundos da família tradicional e os da contemporaneidade. Desse modo, a família atual é redesenhada pelos casamentos, descasamentos e casamentos sucessivos, não somente entre casais jovens, mas também entre os mais velhos. Temos assim, famílias ampliadas, famílias monoparentais, além dos altos índices de uniões informais, parcerias homossexuais, casais sem filhos, filhos adotados, filhos de uniões anteriores, filhos gerados a partir de inseminação artificial, namoros cada vez mais longos e, paradoxalmente relações relâmpagos, e relações virtuais.

Diante dessa realidade apontada pelos autores consultados, é possível identificar um mosaico de famílias, que espelham as mudanças de paradigmas originadas pelo “deslocamento do sujeito moderno”, oriundas das rupturas conceituais dos discursos acerca do conhecimento e das mudanças e articulações ocorridas entre as instâncias econômicas, políticas, religiosas, científicas e educacionais, ocorridas nos últimos anos.

Retomando Lipovetsky (2004), a sociedade mais flexível e mais comunicativa de hoje é marcada pelo frívolo, pelo supérfluo e pela inconstância das opiniões e das mobilizações sociais. A ênfase é dada à individualidade. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que promove maior liberdade de escolha para o indivíduo, seja no âmbito familiar, profissional, ou pessoal, e incentiva democratização entre os gêneros, propicia a superficialidade e um sentimento de esvaziamento de afeto e de segurança nas relações afetivo-sexuais e favorece ainda o isolamento, a solidão e também a depressão.

Constatamos que esse mosaico de famílias é construído no decorrer dos anos, pelo desfazer de projetos, de fantasias, idealizações e de infinitas expectativas elaboradas a partir das ressonâncias do modelo da família nuclear ou hierárquica, que enfatizava a continuidade, e a estabilidade da relação familiar. Assim, não sem dor e sofrimento, o *ethos* das alianças e segredos familiares espelham a construção dos paradoxos ocorridos nas instâncias econômicas sócio-culturais, ao mesmo tempo que essas instâncias espelham as possibilidades infinitas de reconstrução do mosaico familiar.

Referências bibliográficas

- BAUMAN, Z. *Amor Líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. (Tradução de Carlos Alberto Medeiros.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- COSTA, J. F. *Sem fraude nem favor. Estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. (Tradução Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro) 7ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. (Trabalho original publicado em 1992).
- HEILBORN, M. L. *Compromisso de modernidade: casal, vanguarda e individualismo*. Rio de Janeiro, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, Datilo, 1980.
- LIPOVETSKY, G. *Os tempos hiper-modernos*. (Tradução de Mário Vilela) São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.
- MORAES, D. P. A opção de ser solteiro. Em: *Jornal do Brasil*, Caderno Especial. Rio de Janeiro, 1985.
- SALÉM, T. O casal igualitário. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro. 9, (3), 24-37, 1989.
- TORRES, A. A individualização no feminino, o casamento e o amor. Em: PEIXOTO, C.; SINGLY, F. de e CICHELLI, V. (Orgs.), *Família e individualização*. (pp. 135-154). Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.
- VAITSMAN, J. Casal, sim, mas cada um na sua casa. *Jornal do Brasil*, Caderno Especial, Rio de Janeiro, 1985.
- VAITSMAN, J. *Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

PEQUENA VIAGEM DE UM PSICANALISTA AO MISTERIOSO REINO DA TERAPIA SEXUAL*

José Carlos Seligman Carpilovsky¹

Resumo: O autor traz um pequeno relato de sua experiência, como psicanalista, de trabalhar em cooterapia com terapeutas sexuais, em hospitais públicos.

Palavras-chave: Psicanálise; psicoterapia de grupo; cooterapia; terapia sexual.

Abstract: The author brings a small account about his experience as a psychoanalyst working in co-therapy with sexual therapists in public hospitals.

Keywords: Psychoanalysis; group psychotherapy; co-therapy; sexual therapy.

Eu sempre gostei de viajar. Quando volto, trago sempre alguma experiência nova, alguma lembrança, algo que posso utilizar. Quando estive no Reino do Psicodrama, por exemplo, trouxe possibilidade de trabalhar com os papéis e com a troca de papéis, como uma mobilização em psicoterapia analítica de grupo.

A última viagem que eu fiz, e é sobre ela que eu vou tecer comentários, foi tão interessante que eu quis trazer algumas fotografias para mostrar a vocês.

Nós dizemos que uma região é misteriosa – certas aldeias da Índia, por exemplo – quando, além da língua, da cultura, dos hábitos, do modo de vida, os valores são tão diferentes que se torna difícil compreendê-los. Talvez isto seja apenas no início, pois, com o tempo, começa a se desenvolver uma

* Colocações apresentadas em uma mesa-redonda sobre "Disfunções Sexuais e seu Tratamento em Grupo" – no XII Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, Campinas, novembro de 2003.

¹ Médico, psiquiatra e psicanalista, membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, da Sociedade de Psicoterapia Analista de Grupo do Estado do Rio de Janeiro e da SBRASH.

linguagem comum. Isto porque os fenômenos que todos nós observamos são, provavelmente, os mesmos. A explicação dada a estes fenômenos – teoria – é que pode variar, devido ao referencial usado por cada um. Mas, como o fenômeno é o mesmo, as diferentes explicações podem se relacionar, bem como certos conceitos podem ser traduzidos de uma teoria para outra. Um pequeno exemplo: um “morador” do país do psicodrama observa o desenvolvimento de um bebê e diz que, para se desenvolver, ele precisa de pessoas que exerçam o papel de egos auxiliares. Já outra pessoa, “residindo” na psicologia psicanalítica do self, fala que ele precisa de seus selfobjetos mais primitivos. Como se vê, há uma correlação entre ego-auxiliar e selfobjeto, embora não sejam sinônimos.

Antes de uma viagem, costumo passar os olhos pelos guias turísticos, para já ter uma noção do que me aguarda. No caso, livros e artigos e, eventualmente, cursos e conferências sobre as regiões que pretendo visitar.

A psicanálise, eu já conhecia. É um método de investigação da mente humana; é uma teoria, obtida através deste método; é uma técnica terapêutica baseada nesta teoria. O que a faz singular, como escola psicológica, é o valor dado aos processos mentais não conscientes e o estudo da repetição de certas situações primitivas em um novo cenário temporo-espacial, ou seja, da transferência.

E a terapia sexual? É um conjunto de técnicas (cognitivas, comportamentais, corporais e outras), a serem utilizadas no tratamento de um sintoma, a disfunção sexual. Visa uma solução rápida deste sintoma, permitindo ao paciente, se for o caso, buscar posteriormente uma terapia mais profunda. Inclusive, porque, sem uma visão intrapsíquica há, segundo vários autores, um alto índice de recidivas.

As técnicas cognitivas – o principal suporte da terapia sexual– elas estão ligadas à teoria da aprendizagem, desenvolvida a partir de 1950. Baseiam-se no modelo cognitivo, segundo o qual o afeto e comportamento são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura sua visão do mundo, ou seja, pelas informações que recebe e pelas interpretações que delas faz. Com isto, organiza regras e esquemas, com os quais lida nas situações habituais.

Na prática, a terapia sexual consiste em dar informações sobre todos os assuntos relacionados às atividades sexuais, bem como indicar exercícios de sensualidade e autoconhecimento, a serem feitos em casa. É um tratamento diretivo, em que a comunicação é iniciada a partir do terapeuta. Não escotomiza a realidade externa nem teme dar conselhos ou esclarecimentos. Já a psicanálise, em um esquema igualmente rápido, não é diretiva, e se baseia

na livre associação; recentemente, na introspecção e empatia. São interpretados os conflitos, as fantasias, as ansiedades e as defesas, de preferência no aqui-e-agora da situação transferencial. Importante é que a comunicação é iniciada a partir do paciente.

Minha primeira viagem foi no Hospital da Lagoa, Rio de Janeiro, quando a SPAG-E.Rio (Sociedade de Psicoterapia Analítica do Estado do Rio) foi convidada a participar de um programa para o tratamento das disfunções masculinas. Foi tudo muito fácil, porque houve uma nítida separação em que minha tarefa era, apenas, a psicoterapia de grupo, nos moldes que eu conhecia bem. O andrologista, Dr.Oswaldo Berg, participava como terapeuta sexual em momentos totalmente diferentes, tanto antes do início do tratamento, como em sessões especiais. Os resultados deste trabalho foram apresentados no XI Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, em Lindóia, em setembro de 2001.

Minha viagem mais recente foi no Instituto Fernandes Figueira, a convite da Dra. Junia Dias de Lima, ginecologista, psicodramatista e terapeuta sexual. Como de costume, cuidei de toda a burocracia para obter o passaporte, aqui chamado de “crachá”. E comecei a participar. Os guias que eu havia consultado falavam da privacidade, do treinamento dos atendentes, do isolamento acústico; em suma, de um “setting” muito parecido com o que eu conhecia. No hospital, as coisas não foram bem assim. Nossa sala se situava na entrada do setor de ginecologia, e freqüentemente éramos interrompidos por pessoas pedindo informações, ou pela enfermagem, procurando por algum colega. Além disso, eventualmente, surgiam residentes que se revezavam, que compareciam quando tinham disponibilidade, o que alterava o clima psicológico. O espaço físico era pequeno, em parte ocupado por uma grande mesa redonda, que nós colocávamos em um canto da sala. Um velho e barulhento ar refrigerado cumpria, precariamente, a sua função. Com tudo isso, não se pode falar de um “setting” extremamente acolhedor. Mas nós conseguimos trabalhar e, penso, bastante bem.

Nosso propósito era atender, em cooterapia, um grupo de mulheres com disfunção sexual em termos de desejo e orgasmo. Seria um tratamento breve, focal, com tempo e objetivos limitados. E assim aconteceu, semanalmente, durante 4 meses.

No primeiro período, que vou chamar de “didático”, eu me sentia excluído. A Dra. Junia deu informações sobre a anatomia do aparelho genital, sobre a fisiologia, sobre a quantidade de sangue necessária para um congestionamento pélvico ou peniano, sobre a auto-focagem, sobre a necessidade de

conversar mais com os companheiros, conscientizando os desejos, sobre a função da fantasia etc. Como toda a comunicação partia dela, eu me sentia sem material para interpretar as pacientes. Mas observava que estas melhoravam.

Tentei entender o que acontecia. Havia a terapia sexual, é claro. E o grupo, funcionando como um suporte, como um selfobjeto acolhedor e protetor. Mas também percebi alguns mecanismos que me pareceram importantes:

Primeiro, a *idealização dos terapeutas*. Terapeutas estes vistos como livres de todos os problemas, e com uma vida sexual extremamente rica e satisfatória.

Segundo, a *identificação com a terapeuta mulher*, idealizada, não apenas como uma meta, um ideal do ego, mas até na elegância, no modo de vestir.

Em terceiro lugar, esta *terapeuta como um modelo introjetado*, um superego menos rígido, mais permissivo.

Pois bem, conversei com a Dra Junia sobre o que estava acontecendo e combinamos o seguinte: eu iniciaria as sessões e ela participaria mais a partir, aproximadamente, da metade do nosso tempo. Foi quando as pacientes trouxeram uma grande necessidade de falar, de serem ouvidas, de discutir seus conflitos e problemas familiares. Houve uma interação em que cada uma participava da experiência das outras.

Neste segundo período, a participação dos cooterapeutas foi mais equilibrada. Coube a mim propiciar a abertura de novos campos e o retorno ao foco, abrindo mão, muitas vezes, da interpretação transferencial. Vou descrever pequenos trechos para ilustrar minha participação no grupo, isto através de três (3) “fotografias”:

1ª fotografia: As pacientes falam muito, e se centralizam no problema da infidelidade (delas, dos maridos). Quando aviso que a hora terminou, Lucia* suspira: “Quando começa a ficar bom, a gente para”. Mostro, apenas, que é uma queixa que se refere, também, aos maridos, pois o tempo que recebem é, na opinião delas, insuficiente para a satisfação que desejam. Isto abriu campo para, na sessão seguinte, trazerem problemas ligados à ejaculação precoce, à rapidez da relação sexual e à ausência de orgasmo.

2ª fotografia: Gabriela* conta que comprou o sabonete Barbatimão , que viu na propaganda de uma revista (mostra). Quando o usa, nos

* Os verdadeiros nomes foram modificados para salvaguardar a identidade das pacientes.

genitais, se excita muito. Neste momento, pontuo: “Mas o que excita é o Barbati, ou é a mão?”

Todos riem, e o assunto passa a ser a masturbação.

3ª fotografia: Luiza* conta como foi agredida pelo marido. Ela ia aproveitar o feriado para descongelar a geladeira: “aí ele chega, discute, não consigo ficar calada, “expludo”, igual a uma panela de pressão”. Por isso, ele a agrediu. Agora a mãe não pode se recusar a recebê-la em casa.

Neste momento, a Dra. Junia discute com o grupo os riscos da violência doméstica, e a possibilidade, inclusive, de buscar amparo legal.

Quanto a mim, mostro o descongelar a geladeira como uma tentativa de diminuir seu sentimento de frieza, buscando ser mais afetiva e esperando uma relação mais calorosa com o marido, para “aproveitarem o feriado”. Com a frustração, com a decepção, sua excitação, sua “tesão”, ela se transforma em ódio.

Aliás, para muitos selfistas, as agressões são menos explicadas por pulsões instintivas do que por injúrias narcísicas. No fundo, Luiza cria situações difíceis para obter o apoio da mãe e, aqui, dos terapeutas.

Para finalizar trago, para vocês, algumas impressões desta minha viagem:

1. A psicoterapia analítica e a terapia sexual são dois tratamentos diferentes, tanto pela base teórica quanto por suas indicações e objetivos, mas que podem se complementar.
2. Embora a disfunção sexual seja o sintoma predominante, seja o que leva os pacientes a procurarem ajuda, é grande a necessidade de uma aproximação psicológica.
3. No grupo estudado, as pacientes trouxeram mais o seu relacionamento afetivo e problemas familiares e, inclusive, ligados ao trabalho, do que problemas sexuais propriamente ditos.
4. Houve alguma coisa além das informações e exercícios, dados pela terapeuta sexual, e das interpretações do psicoterapeuta. Falo do papel selfobjetal do grupo, como acolhedor e protetor e das transferências cruzadas gemelares, ligadas ao compartilhar.

* Os verdadeiros nomes foram modificados para salvaguardar a identidade das pacientes.

5. Dois mecanismos psicológicos jogaram um grande papel em ambas as situações: a idealização dos terapeutas e a identificação com os terapeutas idealizados. Terapeutas estes vividos, na fantasia, como livres de todos os problemas e com uma vida sexual extremamente rica.
6. Também a introjeção dos terapeutas como um superego menos rígido, mais permissivo.
7. Mesmo em curto prazo, o uso conjunto destas duas técnicas se traduz em bons resultados. No nosso grupo, houve um aumento da frequência das relações sexuais, bem como um maior prazer nas relações sexuais e, mesmo, na vida. Um maior entendimento entre os casais e a decisão de manter um casamento, instabilizado pelo ressentimento.
8. E para as próximas viagens? Talvez utilizar as duas técnicas em sessões separadas.



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

CAIXA POSTAL 28236 – CEP 01234-990 – SÃO PAULO-SP. TEL.: (11) 3662-4501 – SITE: www.sbrash.org.br
E-MAIL: sbrash@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

CAIXA POSTAL 28236 – CEP 01234-990 – SÃO PAULO-SP. TEL.: (11) 3662-4501 – SITE: www.sbrash.org.br

E-MAIL: sbrash@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

CAIXA POSTAL 28236 – CEP 01234-990 – SÃO PAULO-SP. TEL.: (11) 3662-4501 – SITE: www.sbrash.org.br

E-MAIL: sbrash@sbrash.org.br