

revista brasileira de

SEXUALIDADE HUMANA

volume 16 nº 1 2005

revista brasileira de
**SEXUALIDADE
HUMANA**

sbrash

Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 16 – Número 1 – Janeiro a Junho de 2005
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: Marcio Ruiz Schiavo (RJ)

EDITORA GERAL: Ana Cristina Canosa Gonçalves

EDITOR ASSISTENTE: Paulo Roberto Bastos Canella

EDITORA-CONVIDADA: Jaqueline Brendler

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 16 – Número 1
Janeiro a Junho de 2005

X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana
15 a 17 de setembro de 2005
Centro de Convenções da AMRIGS. Porto Alegre, RS

SUMÁRIO

9 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

17 EDITORIAL

X CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA

15 a 17 de Setembro de 2005, Centro de Convenções da AMRIGS. Porto Alegre, RS.

23 CONFERÊNCIA: DA FILOSOFIA À FISIOLOGIA:
OS DESCAMINHOS DO DESEJO
CONFERENCE: FROM THE PHILOSOPHY TO THE PHYSIOLOGY
– THE THREADS OF DESIRE
Paulo Roberto Bastos Canella

TEMA: DISFUNÇÃO SEXUAL
SUBJECT: SEXUAL DYSFUNCTION

37 DESEJO SEXUAL HIPOATIVO. CLÍNICA E EXAMES
HYPOACTIVE SEXUAL DRIVE. CLINIC AND EVALUATION
Jorge José Serapião

TEMA: MULHERES: DOR E SEXUALIDADE
SUBJECT: WOMEN: PAIN AND SEXUALITY.

49 DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL
SEXUAL EXCITATION DYSFUNCTION
Valdir Marques de Souza

57 O PARCEIRO SEXUAL DA MULHER VAGÍNICA
THE VAGINIC WOMAN'S PARTNER
Marlise Flório Real

TEMA: A CULTURA E A ANORGASMIA FEMININA
SUBJECT: CULTURE AND FEMALE ANORGASMIA

67 POR QUE ELAS FINGEM O PRAZER?
WHY DO THEY FAKE PLEASURE?
Maria Luiza Macedo de Araújo

- 73 TRATAMENTO DA ANORGASMIA
TREATMENT OF ANORGASMIA
Florence Zanchetta Coelho Marques; Francine Zanchetta Coelho Marquese

TEMA: DROGAS E MULHER
SUBJECT: DRUGS AND WOMAN

- 81 O QUE A TERAPIA HORMONAL PODE AJUDAR
NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA?
WHAT DOES HORMONAL THERAPY CAN HELP
IN FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION?
Jorge José Serapião

- 89 CONFERÊNCIA: "CARDÁPIO SEXUAL": UM NOVO TRATAMENTO BASEADO NO
'PENSAR EM SEXO' PARA MULHERES COM DESEJO SEXUAL HIPOATIVO (HSDD)
CONFERENCE: "SEXUAL MENU": A NEW TREATMENT BASED ON 'THINKING
OF SEX' FOR WOMEN WITH HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER (HSDD)
Jaqueline Brendler

TEMA: HOMEM: ANTIGOS E NOVOS COMPORTAMENTOS
SUBJECT: MAN: OLD AND NEW BEHAVIORS

- 107 NEOCOMPORTAMENTOS: O NOVO HOMEM
NEW BEHAVIOR: THE NEW MAN
Laura Meyer da Silva

- 113 MACHOS OU MASCULINOS? UM ESTUDO SOBRE CONSTRUÇÕES
DE MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CONDUTAS VIOLENTAS
MALE OU MASCULINE? A STUDY ON THE CONSTRUCTION
OF MASCULINITIES AND THE PRODUCTION OF VIOLENT BEHAVIOR
Maria do Amparo Rocha Caridade; Helena Maria Diu Gonçalves Raposo;
Ana Patrícia Loureiro Freire Lopes

TEMA: O PÊNIS E A CULTURA
SUBJECT: THE PENIS AND THE CULTURE

- 125 O MAIOR É MELHOR?
IS THE BIGGEST THE BEST?
Raquel Simone Varaschin

TEMA: AS NOVAS ESTRUTURAS FAMILIARES E A SEXUALIDADE
SUBJECT: THE NEW FAMILIAR STRUCTURES AND THE SEXUALITY

- 139 UNIVERSO DA SEXUALIDADE NAS NOVAS FAMÍLIAS
THE UNIVERSE OF SEX AND THE NEW FAMILIES
Cláudia Maria Alves Bello Sarturi

- 143 CONFERÊNCIA: CASAMENTO E SEXUALIDADE NA PÓS-MODERNIDADE
CONFERENCE: MARRIAGE AND SEXUALITY IN POST-MODERN TIMES
Maria do Carmo Andrade e Silva

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 Eiguer, 1998)...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Eiguer, 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* (4^a 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

Queridos associados e colegas,

Fico feliz ao lhes apresentar uma edição especial, em dois números, da nossa querida RBSH, revista oficial da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH), que é exclusivamente sobre os temas oficiais discutidos no X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, realizado em Porto Alegre, de 15 a 17 de Setembro de 2005, e que foram redigidos pelos palestrantes do evento, que aceitaram o convite de registrar o seu conhecimento sobre as diversas áreas da sexualidade, nessa publicação. Essa edição somente foi possível graças ao balanço positivo da administração realizada no biênio 2003-2005 e por mim presidida que está deixando na conta bancária da SBRASH quase quatro vezes o valor recebido, no início do referido mandato.

Durante o ano de 2004 e 2005, além de montar a sede da SBRASH em Porto Alegre, na Av. Carlos Gomes, 328 – sala 403, realizamos inicialmente a criação de um novo site, novo em design e em conteúdo, o que fez o site registrar 38 mil acessos mensais. No site as áreas que beneficiavam diretamente os associados foram constantemente atualizadas, sendo elas a área “Sócios por região” que contém o nome e o telefone dos associados quites com a anuidade, a “Agenda” com os cursos realizados ou apoiados pela SBRASH em todo o Brasil, o “BIOL” (Boletim de Informação On-line) redigidos pelo Dr. Martin Portner e pela Psic. Vera Vaccari. A Internet, que desde a gestão anterior, já era o carro chefe da SBRASH continuou sendo o meio de comunicação oficial e preferencial com os associados, via e-mail e via site, por ser um meio rápido e eficaz, uma vez que essa sociedade tem filiados em vários estados do território nacional; no site, ainda visando destacar os associados titulados, foi criada a área do “TESH” (Título de Especialista em Sexualidade Humana). Nesse período, filiaram-se à Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH) 93 pessoas, foram concedidos 9 TESH em Educação Sexual e 49 em Terapia Sexual e que estão publicados no site, além dos aprovados no II Concurso TESH, realizado no X Congresso.

Em 2004, a SBRASH publicou o Boletim/2004, impresso com as principais novidades da sociedade e o nome dos novos 33 delegados regionais, os 16 nomeados para o Conselho Científico e os integrantes do Comitê de Ética e Fiscal.

A SBRASH se reintegrou ao quadro da FLASSES (Federação Latino – Americana das Sociedade de Sexologia e Educação Sexual) através da quitação do seu débito e se filiou a WAS (World Association for Sexual Health). Desde outubro de 2004, por ocasião do último Congresso Latino Americano no Chile, a FLASSES valida o TESH (Título de Especialista em Sexualidade Humana) conferido pela SBRASH.

Na minha gestão, foram pagas a publicação de 3 revistas (RBSH), sendo que duas referentes a 2003, volume 14, N^o 1 e 2, e uma revista referente a 2004 (N^o 1, volume 15), e com o esforço da diretora Ana Cristina Canosa, a RBSH foi indexada ao Índex Psi; A RBSH já possuía indexação à Edubase /UNICAMP, conquista realizada pela gestão anterior.

O Conselho Deliberativo em reunião determinou que a SBRASH, por ser uma sociedade científica e não uma universidade devia ater-se a cursos e congressos de atualização científica, desistindo da Pós-Graduação, ficando assim decidido pelo Distrato do convênio com o ISEXP e com a Fundação Faculdade de Medicina do ABC, tendo sido este ato por mim assinado, no mês de novembro de 2004, retroativo ao mês de setembro de 2004. Neste documento, ficou previsto que a SBRASH, através da sua presidente, continuaria assinando, junto com a Fundação de Medicina do ABC, todos os certificados dos alunos de Pós-graduação, que estavam matriculados na mesma, até o mês de setembro de 2004, o que foi cumprido pela minha pessoa. A lista dos alunos que freqüentaram o antigo Curso de Pós-graduação e que não retiraram o seu diploma, que foi revalidado pela anterior gestão da SBRASH, junto ao MEC, foi publicado na RBSH de 2004 (N^o 1, volume 15) e ainda consta no site da SBRASH, na área “Cursos”.

Cumprindo um compromisso firmado durante a gestão do Presidente anterior, do Sr. Márcio Schiavo, foram confeccionadas 183 carteirinhas de associados, trabalho esse realizado sob a supervisão da Dra. Simone Chedid.

A SBRASH envolveu-se com 18 eventos científicos – todos publicados na “Agenda” do seu site, sendo os associados notificados através de e-mails, 9 foram realizados pela SBRASH, 3 foram parcerias e 6 foram apoiados pela SBRASH, todos com descontos aos filiados, o que é apenas uma das muitas vantagens de ser associado da SBRASH.

No ano de 2005, foi defendida pela minha pessoa, em Montreal, a candidatura brasileira da SBRASH, visando sediar o Congresso Mundial de Sexologia, de 2009, na cidade de Recife. Essa proposta surgiu do interesse do Dr. Oswaldo Rodrigues Jr. e da minha pessoa em projetar os profissionais brasileiros e a SBRASH em âmbito internacional e contou com o apoio do Governo Federal, através da EMBRATUR e do Recife Convention & Visitors Bureau.

Anterior ao X Congresso, foi realizada a Assembléia Geral Ordinária da SBRASH, que aprovou o relatório de atividades desenvolvidas no biênio 2003-2005, o balanço financeiro positivo da entidade, elegeu a cidade de Recife como sede do XI Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana e a Psic. Maria do Amparo Caridade, como sua presidente. Dia 14 de setembro a referida assembléia também elegeu uma nova diretoria composta de 7 membros presidida pela Dr. Oswaldo Rodrigues Jr. e um novo conselho deliberativo também com 7 membros.

O X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana contou com 444 inscritos que enriqueceram as discussões sobre a exposição dos 120 speakers nacionais e 4 internacionais e realizou o II Concurso do TESH, cujos aprovados tiveram seu nomes publicados na área “TESH” do nosso site. Durante os 3 dias do X Congresso houve 17 conferências, 35 painéis, 2 cursos, 1 Workshop e 1 oficina de teatro, além de 16 trabalhos envolvendo Teses, Dissertações, Monografias e Projetos; 58 temas livres e 16 pôsteres. Os melhores trabalhos receberam o Prêmio SBRASH 2005 que foi entregue a Sheila Reis por Dissertação na Área Educacional, a Heléia C. de David por Monografia na área Assistencial/Clínica e ao Cláudio Pozzatti por Monografia na área Educacional. O sucesso científico e financeiro do X Congresso contou com a colaboração e os incentivos da comissão científica e de organização, bem como as importantes parcerias realizadas com os Laboratórios: Pfizer, Lilly, Jansen, Herbarium, Bayer, Shering do Brasil, SB Jaynco e Igefarma.

Agradeço de coração a todos que contribuíram com o árduo e gratificante trabalho realizado na minha gestão e que levou à maior solidificação da SBRASH como sociedade científica em âmbito nacional e internacional.

Um carinhoso abraço,

Dra. Jaqueline Brendler
Diretora Presidente 2003-2005.

CONFERÊNCIA: DA FILOSOFIA
À FISILOGIA:
OS DESCAMINHOS DO DESEJO

DA FILOSOFIA A FISILOGIA – OS DESCAMINHOS DO DESEJO

Paulo Roberto Bastos Canella¹

FROM THE PHILOSOPHY TO THE PHYSIOLOGY – THE THREADS OF DESIRE

Resumo: O autor discorre sobre as relações entre a filosofia e a fisiologia tentando mostrar que ambas surgiram simultaneamente. Examina o conceito de desejo através da etimologia dos termos que foram usados desde a antiguidade para nomear os diversos tipos de desejo o que sempre esteve ligado a sexualidade salvo na etimologia da palavra no Latim tardio. Finaliza examinando as tentativas de, através da neurociência, encontrar uma tradução “física” para as emoções, motivações, comportamentos depois de discorrer sobre a evolução dos conhecimentos e das metodologias usadas para se chegar a verdades que se revelam sempre provisórias e aprimoráveis.

Palavras-chave: Filosofia; Neurofisiologia; Desejo.

Abstract: The author describes the relationships between philosophy and physiology trying to show that both appeared simultaneously. He examines the concept of desire through the etymology of the terms since antiquity to name several types of desire always linked to sexuality except in the etymology of the word in late Latin language. He concludes, through the neuroscience that he could find a “physical” translation for emotions, motivations, behaviors through the evolution of the knowledge and of the methodologies used to come to truths that are always revealed temporal and to be better.

Keywords: Philosophy; Neurophysiology; Desire.

I

A filosofia para muitos, passou a integrar-se com a fisiologia a partir da afirmação de Thales de Mileto (640-548 aC) – “Tudo é Água”. Esta simples

¹ Professor Titular do Instituto de Ginecologia da UFRJ; Livre Docente de Ginecologia da UFRJ; Membro do Conselho Consultivo da SBRASH.
e-mail: canella@gineco.ufrj.br

afirmação continha nos primórdios do século VI aC, a substituição das verdades expressas através dos mitos que eram transmitidos pelos Sábios, pela idéia de que a verdade devia ser buscada pelo conhecimento das transformações, pela pesquisa da verdade que poderia estar encoberta aos nossos sentidos. Segundo Nietzsche, Thales diz algo sobre a natureza das coisas sem usar imagens e fábulas e traz a afirmação de que “Tudo é Um”. O conceito grego dos filósofos então chamados de físicos que amavam a sabedoria, que buscavam a verdade era o de *aleteia*. O desvelamento. Para alguns, a busca da verdade ultrapassava a *gnose*, a sabedoria dos sábios herdada dos Magos, e se fazia pela *episteme*, a viagem ao encontro do saber, o que hoje chamamos ciência.

O Desejo abrigava etimologia muito variada no saber grego. *Oresis*, *orégo*, *orgué*, *orgasmus*, *aphrodisia*, *cúpio*, *van*, *ven*, (palavras surgidas de *Vênus*), *Imeros*, *libet*, *voluptas*, das quais falaremos a seguir.

O conhecimento dos físicos estava, ou deveria estar submetidos ao bem, ao belo, a virtude (*arete*) e a justiça (*dike*) e encontrava-se na *physis* que podia ser desenvolvida pelo método (*meta* – acima, além e *odos* – caminho).

Devemos assinalar alguns importantes conceitos que entre outros envolviam a busca da verdade pela *episteme*: a teoria (contemplação), o espanto (*thalma*), o saber (*mathein*) a sabedoria (*sophos*) o espírito (*nous*) a paixão (*pathos*), o ser (*stin*), o não ser, etc. Muitos destes conceitos até hoje norteiam a ética necessária ao que se faz através da técnica e sua aplicação pelo método no mundo dos humanos.

Quanto a sexualidade, palavra que não existia no mundo helênico e que segundo Foucault, surgiu no século XIX, para nomear os aspectos sociais e culturais além dos reprodutivos do sexo, viam-se os gregos as voltas com conceitos específicos. *Aprodisia*, *epitunia*, *crisis*, *sophrosine*, *kairos*, que ultrapassavam a simples idéia de sexo natural, alicerçados no coito/procriação/prazer.

Vejamos estes conceitos de contenção, ou melhor de normatização do comportamento sexual na Grécia Helênica:

Aprodisia – o conjunto dos prazeres,

Epitunia – a vontade

Crisis – os regimes

Sophrosine – a temperança, o controle sobre si

Kairos – o tempo oportuno que se mostra na vida (*aion*) que é aferida no tempo que corre (*cronos*)

E agora passemos ao desejo que sempre esteve, como se pode ver pelos conceitos acima, trilhando caminhos que sob a égide de Eros podia facilmente tornar-se descaminhos.

II

O Desejo é um conceito que bem se enquadraria no que disse Santo Agostinho sobre o tempo: “O que é o tempo? se ninguém mo perguntam, eu sei, se mo perguntam, querendo que explique, já não sei” – se substituíssemos o “tempo” por “desejo” na citação do Santo não só o sentido se manteria como ficaria a idéia de que há coisas que sabemos porque sentimos mas das quais nossa razão, nosso intelecto, não consegue ter uma definição precisa. No caso nosso objeto é o de um tipo de desejo, o desejo sexual e mesmo assim a dificuldade em conceituar não se reduz.

Desejamos o que não temos, desejamos manter o que já temos, temos desejos impossíveis de serem realizados, desejamos o amor dos outros, desejamos amar nossos inimigos, desejamos desejar e desejamos deixar de desejar. Sem dúvida, mesmo que saibamos o que é o desejo e o que é desejar não será tarefa precisa escrever sobre o desejo em sua mais primitiva vertente, o desejo sexual.

Tentemos compreender o desejo através da etimologia desta palavra e a seguir vejamos os múltiplos determinantes do desejo em especial no tocante ao sexual quando o desejo é causa, ou fator causal (talvez impulso determinante) da conjugação sexual que através do prazer reproduz a vida e o próprio desejo que ela (a vida) inevitavelmente contém.

Desejo é palavra de origem latina como veremos, mas tem um ascendente Semântico grego, *Oresis, orégo* – desejar, desejo – de cuja raiz surge *orgué* – desejo sexual intenso, mas também, cólera. Desta mesma palavra deriva *orgasmus*, o êxtase da satisfação do desejo sexual. Para Foucault, na experiência dos *Aphrodisia* (da venérea latina) ato, desejo e prazer eram manifestações conjuntas, totalmente unidas embora pudessem ser distintas, o ato estaria associado ao prazer que suscitava o desejo. Neste movimento desencadeado pela “*Physis*” o desejo era sempre um desejo da coisa agradável. Vale assinalar que *Aphrodite* era originalmente a deusa do ato sexual e não do amor, *eros*, referente ao sexual posto que *philos* era amor amizade e *ágape* amor comunhão.

No latim moderno a etimologia da palavra desejo tem outras raízes capazes de ajudar a esclarecer seu conceito. Na sua principal acepção desejo vem de

desiderar que significaria “sem os Astros” ou “sem a direção (proteção) dos Astros” (Di Giorgi, 1990). É curiosa a explicação deste autor: depois da era clássica a palavra que deu sentido ao desejo veio do verbo *desiderase* que resultou no nosso desejar. Relaciona-se com *sidus, sideris* isto é astro, estrela. A explicação para esta relação deriva da linguagem dos adivinhos, dos *aruspices* que interpretavam o futuro na Roma Antiga. Os homens freqüentemente tentavam saber o futuro e os adivinhos consultavam os astros pelo *considerare*, quando um homem se desesperava, quando não tinha mais o que queria e desistia de consultar os astros por julga-lo inútil, quando ele desistia dos astros, era o *desiderare* quem não tinha o que queria, desejava. O desejo é sempre daquilo que está ausente.

O autor também faz distinção entre *cúpio* (eu desejo), de onde deriva em nossa língua palavras como cobiça, cupido, concupiscência, gula e gulodice (há uma relação clara entre o desejo de comer, beber e o desejo sexual) e *vênus* cujo significado primitivo era desejo sexual, e mesmo o ato sexual. Da raiz *van, ven*, surgida de *vênus* (a deusa Venus) aparece no português *vênia (data vênia)* – graça, favor. O autor cita ainda o latim *Aerusco* – ir atrás, certamente premido por vontade e/ou necessidade tal que estaria no âmbito do desejar. No entanto me parece que nosso tema, o desejo sexual, estaria ligado a raiz latina de *vênus* com as inevitáveis implicações conceituais do termo helênico *epithunia*, concupiscência, uma classe de apetite.

Do latim *libet* – gostar (com forte sentido erótico) deriva a palavra libido que além do sentido difundido por Freud, dá em português lubrificar. É curiosa a relação de “gostar sexualmente” com “lubrificação” a mais patente reação da excitação sexual feminina

O desejo é uma “faculdade” humana, do âmbito da mente, do psiquismo como também do espírito e da alma que pode manifestar-se por um ato do organismo regulado por motivações, ações e comportamentos. É por este viés que se presume possível analisa-lo biologicamente em cada pessoa e depois induzir estados que seriam comuns aos humanos. A idéia, duvidosa talvez, mas, aceita pelo senso comum prende-se a relações causais nas quais supomos que através de estímulos externos dos sentidos e/ou de lembranças de prazeres inclusive vindos das relações entre humanos (experimentados anteriormente e sincronizados com condições físicas neurofisiológicas) desencadeia-se um ato orgânico cujo objetivo se impõe impulsionado, mediado, pelo desejo. O desejo seria uma força capaz de ser desencadeada, disparada, por múltiplos determinantes, todos conjunturalmente ligados para induzir a um comportamento. Unidades de ação/reação na cadeia dos comportamentos.

Aristóteles considera o desejo como uma classe do apetite, como uma potência (vegetativa, sensível, locomotiva, intelectual e alimentar), e não considera o apetite como uma forma de desejo. O desejo poderia ser irracional ou um ato deliberado, a escolha e a preferência seriam um ato deliberado. Platão opõe desejo à razão e considera desejos necessários e desnecessários assim como a possibilidade do desejo pertencer exclusivamente a natureza da alma. No mundo antigo o desejo estava referido a perturbação da alma, a paixão, e assim seria como um obstáculo a razão. Para os estóicos o desejo, junto ao medo, a dor e ao prazer compunha as quatro paixões. O desejo é sempre do que não temos ou que queremos conservar e confunde-se em seu objeto com o amor e o deleite. Assinale-se finalmente a relação entre desejo e necessidade, o desejo é freqüentemente o de satisfazer uma necessidade, mas pode ser mais forte que ela até mesmo negando sua satisfação.

Para Freud o desejo está ligado a trocas “*mnesicas*”, isto é, a memória e se realiza na reprodução alucinatória das percepções que se tornaram sinais desta satisfação. Há desejos inconscientes ligados a signos infantis indestrutíveis do ego e assim conflitos entre duas realizações de desejos que se opõem existindo em sistemas psíquicos diferentes. Freud separa desejo de necessidade posto que para ele a necessidade nasce de um estado de tenção interna e se satisfaz por uma ação específica que fornece o objeto adequado, é o caso da fome e da sede.

Lacan distingue a noção de desejo, de necessidade e de demanda. Demanda dirige-se a “outrem” e no fundo é sempre demanda de amor, a necessidade visa um objeto específico e com ele se satisfaz, o desejo fundamenta-se em fantasias e nasceria da defasagem entre demanda e necessidade.

Distinção importante deve ser feita entre desejo e vontade. A palavra vontade é oriunda do *nous* grego e de *volutas* no latim, posto que não é incomum que estes dois termos sejam usados como sinônimos. Basicamente, vontade estaria sob o domínio da razão e dominaria o apetite e sua vertente, o desejo. Seguir simplesmente o desejo, sem submetê-lo a razão, seria estar se deixando dominar pelos impulsos. Para Aristóteles desejo – *orego* – é da ordem do sensível, da concupiscência e vontade da ordem da razão. Desejo e vontade são motores da alma, mas o desejo não a movimenta como a vontade. Assinale-se, no entanto, as possíveis razões da sinonímia, *volup* é um advérbio que significa “em acordo com os desejos”, “agradavelmente”, *volúpia* é a deusa do prazer e *voluptas* é prazer dos sentidos, voluptuosidade, sensualidade.

Filosófica, biológica e psicologicamente algumas questões nos inquietam: parece que os bichos agem como se tivessem desejo, mas podem os animais desejar? Ou desejar é faculdade exclusivamente do homem? Quando teria primazia a mente na determinação do desejo? e nesse caso qual seria o papel do corpo (que contem a mente) neste processo? Quais as relações entre desejo, apetite, necessidade e vontade quando nos propomos a estudar o desejo? De qualquer forma os estudos derivados da neurociência tratam o desejo sob o viés do corpo com seus órgãos sensoriais e verificam sua expressão por “motivação” e “comportamento”. Há, portanto ao tratar o tema além da vertente filosófica, também as vertentes psicológica, biológica e comportamental. Sendo impossível compartimentar o desejo, estas vertentes estão sempre a interligar-se e sobrepor-se quando estudamos esse complexo tema.

III

As vertentes filosóficas, que deram origem a fisiologia, essa que permite o fazer, cederam espaço às primazias da busca metodológica do conhecimento. Já ensaiadas por Aristóteles, dentro de uma relação de causa e efeito primária, a técnica (*ars* no latim) evoluiu para a preponderância do método sobre a ciência, a busca do saber, mesmo após a aceitação da policausalidade dos fenômenos.

Para Aristóteles o saber submetia-se, segundo Lewin (apud. Jurberg, 2000), a:

- Frequência das leis
- Dicotomia
- Variáveis avaliáveis
- Fenótipos
- Explicações por pertencer a classes
- Mudanças derivadas de fatores internos

Já Galeno, ainda segundo o mesmo autor, mudava e complexificava o método da busca desse saber:

- Caso singular com leis próprias
- O contínuo
- Variáveis neutras
- Genótipos
- Explicações pela interação das variáveis
- Mudanças pela interação de fatores internos e ambientais

A separação da mente do corpo, a filosofia do sujeito de Descartes, o “Penso logo Existo” o “Discurso do Método” do poderoso filósofo, a vitória absoluta

do método sobre a ciência (denunciado por Nietzsche e elevada a base do saber por Comte e seu positivismo) é ainda o que fundamenta a instância que pesquisa hoje o desejo através da neurociência.

Emoção, Motivação, Comportamento, Ação seriam a parte mensurável para o conhecimento. As emoções motivando uma ação comportamental, coisa do corpo, do soma. Mas sua manifestação interior, os sentimentos, as sensações interiores, coisas da mente, do psique.

A regulação da vida depende de apetites, vontades, afetos e é possível através de técnicas como tomografia por emissão de positrons (PET), encontrar os setores cerebrais ativados. Aí as esperanças dos cientistas de hoje.

Há inúmeras dificuldades da biologia em definir e conceituar com clareza o que chamamos desejo. Sob certos aspectos os estudos feitos em animais consideram motivação e atração, como os parâmetros mensuráveis que envolveriam as ações e os comportamentos compatíveis com o desejo. Desejo seria a tradução humana para este direcionamento das ações animais investigadas em laboratório. Enquanto na fome e na sede os estímulos internos desencadeiam mecanismos de importância nas ações de satisfazer a demanda por água e alimentos, no despertar de outros desejos, como o caso do desejo sexual, a representação do imaginário, determinada pela influência sócio cultural, é fator relevante para a expressão biológica do impulso sexual. Ter vontade ou desejar copular é diferente de ter desejo de dormir, de desejar correr ou tomar um refrigerante. Podemos dizer que o “tesão” é a expressão máxima do desejo, exatamente por envolver com a mesma intensidade, a ação dos diversos fatores que desencadeiam, modificam ou inibem o desejo sexual.

IV

Traduzir biologicamente o despertar do desejo e em especial o desejo sexual talvez seja mais difícil que as demais motivações observadas na espécie humana. Uma pródiga terminologia (libido, *drive*, interesse, instinto, apetite, impulso, etc.) não tem ajudado no entendimento do despertar sexual inevitavelmente considerado um fator motivacional distinto daquele observado na sede ou na fome. O desejo motiva ou a motivação faz com que tenhamos o sentimento de desejar? Na sede e na fome reconhecemos a existência de um *déficit* a ser suprido, a falta de uma determinada substância na corrente sanguínea registrada no hipotálamo. Por exemplo, no caso da fome, a motivação para a busca de alimento está identificada entre outros

parâmetros, por níveis baixos de glicose no sangue (hipoglicemia), já no caso de sede há, por exemplo, um aumento da concentração sanguínea de sódio (hipernatremia). Estas situações orgânicas de *déficit* são identificadas no hipotálamo sendo registradas no córtex associando-se a uma sensação motivadora de um comportamento específico.

Quanto ao desejo sexual, não se identificou claramente nenhum *déficit* orgânico a ser suprido e que mobilizasse o indivíduo na busca de um parceiro. Ao contrário, é mais fácil admitir o importante papel que pode ser desempenhado por estímulos externos ao indivíduo atuando como desencadeadores da ação/reação produzida pelo desejo. Inclusive o desejo entre pessoas. Haverá um quadro orgânico semelhante em duas pessoas que se desejam? Mas parece que de alguma forma podemos inferir, desde que o indivíduo é um todo, é uno, que haja uma tradução orgânica, biológica, concomitante a ação desencadeada pelo desejo.

Durante anos, à semelhança da atração que observávamos nos animais, atribuíamos aos hormônios a responsabilidade por quase todas as manifestações reprodutivas e sexuais que se processam no nosso organismo. Uma cópia servil das observações nos animais, uma semelhança entre a atração quase irresistível que ocorre no cio e desejo sexual. Não se considerava o sexo, a faixa etária, o componente étnico, a diversidade do “outro” ser desejado, os comportamentos e sensações eram atribuídos aos hormônios de forma indiscriminada. Qualquer coisa era “culpa” dos hormônios!

Estudos recentes tem modificado uma série de conceitos, até então considerados verdadeiros, e que facilitavam a compreensão sobre determinadas alterações biológicas que ocorrem no desejo sexual. Considera-se algumas questões complexas como o papel dos neuro transmissores e o mecanismo de ação das drogas sobre o desejo sexual.

Admitindo que o desejo sexual é um processo biopsicossocial podemos nele encontrar três fatores: o cognitivo, o emocional e o neurofisiológico.

O fator cognitivo é representado pelos pensamentos e imagens mentais, e pela inevitável inserção dos indivíduos no mundo, sofre influências sociais e psicológicas.

A dimensão emocional está sujeita a influências psicológicas e a tradução metabólica destas emoções sendo de grande importância as relações entre desejo sexual e eventuais quadros depressivos onde é possível encontrar estados orgânicos correspondentes aos sentimentos embora não saibamos

quando as emoções alteram o metabolismo e quando o metabolismo altera as emoções. A associação é evidente, mas os mecanismos são duvidosos.

Finalmente o fator neurofisiológico explica as correlações químicas e hormonais com o despertar do desejo sexual. Podemos identificar estados neurofisiológicos específicos no indivíduo sob ação do desejo (cor, batimentos cardíacos, respiração, apetite), mas produzir estas condições artificialmente não provoca o desejo.

Reconhecemos que também no caso da fome, por exemplo, fatores externos aos indivíduos podem funcionar como estimulantes. A apresentação visual do alimento ou seu cheiro serão responsáveis pelo aumento do apetite, há influência na qualidade da fome do indivíduo. O mesmo se dirá do apetite sexual que será mais ou menos aguçado pelos estímulos decorrente das percepções a que estejam expostas as pessoas. Assim, para o despertar sexual, devemos considerar em primeiro lugar os não muitos claros determinantes ligados a neuro farmacologia do desejo e em segundo lugar os mecanismos de percepção sensorial que dele participam.

O desejo sexual é experimentado em forma de sensações específicas que levam o indivíduo a buscar experiências sexuais ou os torna receptivo a elas. Acredita-se que tais sensações sejam produzidas pela ativação de centros específicos localizados em um sistema neural do cérebro, o sistema hipotalâmico. Se esses centros são ativados em animais ele vai sentir-se irrequieto e propenso a desenvolver um comportamento propício a atividade sexual. Se esse sistema permanece inativo o bicho fica em repouso. Esta ativação biológica se faz por ação de hormônios e neuro transmissores. Mas o humano pode controlar esses estímulos, modificá-los, submetê-los a sua vontade.

V

Enfim a neurociência debate-se nas interações orgânicas de motivações, comportamentos, ações diante da falta de finalidade na natureza como postulam Espinosa, Nietzsche e outros muitos filósofos, a finalidade seria coisa dos humanos e não da natureza.

Damásio nos mostra através da imagem de uma árvore que sai da complexidade de sua raiz para o tronco onde estariam as respostas imunitárias, os reflexos básicos e a regulação metabólica, passando para a dicotomia do tronco onde figuram os comportamentos de dor e prazer com seus reforços positivos ou negativos.

Complexificando, Damásio coloca as pulsões e motivações nos galhos, as emoções nas ramagens e sob a ação dos ventos, nos ramos mais finos e nas folhas se revelariam os sentimentos.

Mas é ainda Damásio quem nos alerta que nenhuma das funções da mente humana, percepção, aprendizagem e memória, emoção e sentimento, atenção, raciocínio, linguagem, movimento, tem como base um mero centro cerebral; como a cúpula vegetal das árvores interagindo com o ambiente as incertezas dos sentimentos se fazem sempre presentes. Parece que estamos muito longe de dominar e controlar os (dês) caminhos do desejo, mas não creio que os humanos possam desistir da busca, um dia, quem sabe vamos sentir o que quisermos, insossamente, sem emoções livres.

Referências bibliográficas

DAMÁSIO, A. R. *Em Busca de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

_____. *O Erro de Descartes (1994)*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 1996.

DI GIORGI, F. “Os Caminhos do Desejo”. In: *O Desejo*, São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade* (I, II, III). Rio de Janeiro: Graal, 1977.

JAEGER, W. P. *A Formação do Homem Grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

JURBERG, M. B. “Individualismo e Coletivismo na Psicologia Social: Uma Questão Paradigmática”. In: R. H. F. CAMPOS e GUARESCHI, P. (org) *Paradigmas em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

KANDEL, E. R., SEHWARTZ, J. N. & JESSEL, T. M. *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda., 1997.

KAPLAN, H. S. *Disorders os Sexual Desire and Other new Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner and Mazel, 1979.

KAPLAN, H. S. *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects*. New York: Brunner and Mazel, 1983.

MASTERS, H. W. & JOHNSON, V. E. *O relacionamento amoroso*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MORA, F. *Dicionário de Filosofia*. Barcelona, Editorial Ariel, 1994.

REALE, G. & ANTISERI, D. *História da Filosofia*, São Paulo: Paulus, 2002.

TEMA: DISFUNÇÃO SEXUAL

DESEJO SEXUAL HIPOATIVO. CLÍNICA E EXAMES

Jorge José Serapião¹

HYPOACTIVE SEXUAL DRIVE. CLINIC AND EVALUATION

Resumo: O autor conceitua os termos Desejo Sexual Hipoativo, Diminuição do Desejo Sexual, Síndrome Hipoandrogênica Feminina e Hipogonadismo Masculino Tardio. Chama a atenção para a frequência e a sintomatologia desse quadro. Analisa a validade do exame físico. Faz considerações gerais sobre a ação dos androgênios na resposta sexual humana. Em relação às mulheres comenta sobre as dificuldades técnicas da dosagem dos androgênios e seu emprego na prática clínica. Conclui que a função sexual é muito complexa e não simplesmente uma decorrência de níveis hormonais. Em relação à mulher reconhece que a mensuração dos níveis de testosterona continua sendo um desafio à prática clínica. Isto se deve à baixa sensibilidade dos atuais ensaios comerciais disponíveis. E, finalmente, afirma que o diagnóstico de Desejo Sexual Hipoativo, quando relacionada a um hipoandrogenismo, é ainda muito baseado na sintomatologia clínica.

Palavras-chave: Desejo sexual hipoativo; Clínica; Exames complementares.

Abstract: The author describes the concepts for Hypoactive Sexual Drive, Reduction of Sexual Desire, Female Hypoandrogenic Syndrome and Late Male Hypogonadism. He calls attention to the frequency and the symptomatology of those illness. The validity of the physical evaluation is analyzed. The author also makes generals considerations about the action of androgenic drugs on the sexual human behavior. For women he mentions the difficulties in prescribing the right dosage of androgen and its use in medical practice. The author concludes that sexual function is very complex and not simply a consequence of hormonal deficiency. The right measurement of levels

¹ Médico e Psicólogo. Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ e da UGF
e-mail: serapius@unisys.com.br

testosterone is still a challenge in medical practice due to the low sensibility of currents commercial evaluation kits for women. And, finally, he reaffirms that the diagnose of Hypoactive Sexual Desire, when related to the hypoandrogens syndrome, is yet largely based on clinical symptomatology.

Keywords: Hypoactive Sexual Drive; Clinical symptomatology; Exams.

1. Conceito

O desejo sexual hipoativo (DSH) e a inibição do desejo sexual (IDS) são síndromes comuns ao homem e a mulher. Infelizmente o diferencial entre esses dois conceitos não é muito claro nem mesmo para os autores mais tradicionais. Em seu clássico trabalho *A Nova Terapia do Sexo*, Vol. 2 – *O Desejo Sexual e os Novos Conceitos e Técnicas da Terapia do Sexo*. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1983, Helen Singer Kaplan, no Capítulo 1 dedicado à fisiologia da resposta sexual humana, afirma:

“O indivíduo hipoativo é assexuado; porta-se como se seus circuitos estivessem ‘interrompidos’. Perde o interesse pelo assunto, não se entrega à gratificação erótica e, caso se apresente uma situação sexual, não se vale da oportunidade. Já na inibição do desejo sexual (IDS), os indivíduos serão capazes de ereção, ou lubrificação-ingurgitamento e orgasmo, porém de modo mecânico, sem grande prazer” (p. 33).

Parecia que Kaplan estabelecia um diferencial no diagnóstico entre IDS e DSH baseado na intensidade da queixa. Mais adiante, entretanto, no Capítulo 4 sobre Definição, descrição e diagnóstico das Disfunções do Desejo, Kaplan aponta para outro critério a ser usado no diagnóstico diferencial dessas duas afecções. Diz ela:

“Para clareza conceitual, o termo IDS é reservado para as situações de libido anormalmente baixa, em que foi feito diagnóstico etiológico, isto é, quando ficou estabelecido que o desejo sexual é inibido por fatores psíquicos. O termo DSH é preferível quando a etiologia da libido ainda não foi determinada” (p. 70).

Aqui parece que Kaplan quer estabelecer, e vai dizer isso com suas próprias palavras, que “a inibição do desejo sexual é somente uma entre as várias causas possíveis de comportamento assexual e o paciente pode desenvolver um padrão de evitação da sexualidade quer sinta ou não desejo sexual”. Pela mesma razão Kaplan critica o termo Evitação Sexual aplicado por Master e Johnson às pessoas com pouca frequência sexual ou ausência de atividade sexual, por se tratar também somente de um determinante do DSH.

No DSM III da APA o termo utilizado é Inibição do Desejo Sexual. No tópico 302.71 aquela Instituição conceitua *Disfunção Psicosexual com Inibição do Desejo Sexual* da seguinte maneira: “Inibição persistente e difusa do desejo sexual”. O juízo de inibição é feito pelo clínico que se baseia na idade, sexo, ocupação e depoimento subjetivo do indivíduo no que respeita à intensidade e frequência do desejo sexual, ao conhecimento das normas de comportamento sexual e ao contexto de sua vida. Na prática esse diagnóstico será raramente usado, a menos que a ausência de desejo seja origem de angústia, tanto para o indivíduo como para o parceiro. Esta categoria será usada muitas vezes em conjunto com uma ou várias das outras categorias de disfunção. O distúrbio não é causado *exclusivamente* por fatores orgânico e não é sintomático de outra síndrome de clínica psiquiátrica.

Apesar das dúvidas conceituais os terapeutas sexuais, seguindo o proposto por Kaplan, tem utilizado mais frequentemente o termo desejo sexual hipotativo para traduzir um quadro clínico identificado pela queixa de uma diminuição do desejo sexual deixando o conceito de Inibição do desejo sexual para um dos fatores determinantes desse quadro clínico.

Termos como Síndrome Hipoandrogênica Feminina e Hipoandrogenismo Tardio para designar uma baixa de libido respectivamente em mulheres climatéricas e em homens na andropausa sinalizam a vinculação da queixa de DSH à etiologia de redução dos níveis de testosterona nesses indivíduos.

2. Frequência

Enquanto, como vimos, a DSM III estabeleça que esse diagnóstico deva ser raramente usado, Kaplan afirma que a falta de desejo sexual é uma das queixas predominantes em sua clínica. Esta discrepância se justifica, entre outras coisas, pelo fato de que não se tem um consenso sobre o que seria o normal em desejo sexual. Os parâmetros de normalidade são deduzidos dos vários estudos estatísticos relativos à frequência de ato sexual, de orgasmo, de pensamentos e fantasias sexuais, de masturbação etc. que só muito indiretamente estão medindo intensidade de desejo.

Por outro lado, na elaboração desses parâmetros, deverão ser consideradas diversas variáveis tais como idade, sexo, atividade profissional, individualidade etc. cuja participação, como fatores geradores de dificuldades de consenso, é fácil de se deduzir.

3. Sintomatologia

No sexo masculino, o DSH se confunde com as queixas que variam desde uma consciência por parte do indivíduo de que poderia ter um nível de desejo sexual mais intenso, até aquelas vinculadas a um quadro de hipogonadismo relacionada a uma diminuição dos níveis de andrógenos. Tais queixas podem incluir: fadiga; cansaço; sentimentos depressivos (tristeza, baixa auto-estima, desânimo); disfunção erétil e obviamente diminuição do desejo sexual.

4. Exames

Não caberia, no presente trabalho, discutirmos sobre o mecanismo de ação dos diversos hormônios que atuam sobre o desejo sexual, muito menos na validade de sua utilização terapêutica até porque será o tema do expositor que nos segue.

Nos limitaremos no tópico Exames, que nos foi designado tratar, tecer comentários sobre o exame físico do paciente e de exames complementares a serem solicitados, muitos deles relacionados com o seu perfil hormonal.

Aqui fica evidente que se estará buscando determinar as causas orgânicas que, de uma forma absoluta ou associada a questões psíquicas, estão determinando a queixa de DSH. Vale lembrar que, de acordo com as normas de DSM III, não poderão ser rotulados de distúrbios da inibição do desejo sexual aqueles pacientes cujo fator determinante das queixas sejam *exclusivamente* de natureza orgânica. É fácil imaginar que tal situação será difícil de ser encontrada na prática convencidos que estamos de que a sexualidade é, basicamente, um fenômeno psicossomático.

4.1 Exame físico

A grande maioria dos indivíduos com queixa de DSH não apresentará qualquer alteração física relacionada a ela. No sexo masculino, em uns raros casos, o exame físico poderá revelar sinais de hipogonadismo como:

- diminuição da massa e do tônus muscular;
- aumento nos depósitos de tecido adiposo;
- escasso desenvolvimento sexo-genital na puberdade;
- ossos quebradiços;
- óligo ou azoospermia.

4.2. Papel dos Androgênios na Função Sexual

Os Androgênios são importantes na sexualidade e no bem estar geral do homem e da mulher. Níveis séricos reduzidos contribuem para um declínio da libido.

Nos homens o dado mais contundente da importância dos androgênios na manutenção do desejo sexual é a relação entre essa queixa e os quadros de hipogonadismo.

Nas mulheres a testosterona é primariamente responsável pela manutenção da motivação e do interesse sexual e os níveis reduzidos desse hormônio estão associados com o declínio da motivação entre elas. Demonstrou-se melhora mais acentuada da sexualidade em mulheres climatéricas tratadas com reposição hormonal contendo testosterona, quando comparadas com mulheres usando reposição apenas com estrogênio.

A prova mais convincente do papel dos androgênios na função sexual feminina vem de estudos controlados, prospectivos, de mulheres que foram submetidas à menopausa cirúrgica (ooforectomia), mostrando que a utilização de androgênios mantivera o interesse sexual depois da cirurgia, enquanto que estrogênios e placebo, não. Há quem acredite que as alterações da libido têm relação com os androgênios, mas não guarda direta proporção com a concentração plasmática dos mesmos e sim com a forma com que agem nos órgãos alvos.

Para tentar estabelecer uma relação entre os níveis de androgênios e a função sexual é necessário antes discorrer sobre a sua fisiologia.

A testosterona, junto com o seu metabólito diidrotestosterona (DHT), é o andrógeno mais potente tanto no homem como na mulher. É também o precursor mais importante dos estrogênios. Testosterona é secretada pelos ovários e formada, periféricamente, a partir de precursores, como a androstenediona, DHEA e SDHEA.

Tanto os ovários como as adrenais secretam androstenediona e deidroepiandrosterona (DHEA) e as adrenais produzem também sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA). Depois de uma ooforectomia, tanto os níveis de testosterona como de androstenediona, caem em 50%.

Os androgênios são produzidos no ovário pelas células tecais sobre controle do hormônio luteinizante (LH). A secreção de DHEA é influenciada pelo hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), já o SDHEA, não.

A testosterona é convertida em diidrotestosterona pela 5 α -reductase, presente em tecidos periféricos. Estudos imunocitoquímicos demonstraram maiores quantidades de 5 α -reductase em homens do que em mulheres.

Numa situação fisiológica normal, mais de 98% da testosterona circulante na mulher está ligada a globulinas carregadoras de hormônios sexuais (SHBG). Essa globulina (SHBG) se liga, por ordem decrescente de afinidade, com a DHT, testosterona, androstenediona, estradiol, estrona e DHEA. A SHBG não se liga com a SDHEA.

Flutuações nos níveis de SHBG afetam a quantidade de testosterona livre (biodisponível). Assim, o aumento na quantidade de estradiol circulante, como se verifica nas terapias de reposição hormonal com estrogênio exógeno e na gravidez, aumenta o SHBG e, assim, diminui a quantidade de testosterona biodisponível.

Durante o ciclo menstrual normal, a androstenediona e a testosterona plasmáticas aumentam na segunda metade do ciclo.

Os níveis de testosterona declinam com o passar dos anos, e por volta dos 40 anos os níveis plasmáticos estão pela metade, quando comparados com o de mulheres com 20 anos. SDHEA e DHEA também declinam com a idade, prejudicando ainda mais a fabricação de testosterona. No climatério e na pós-menopausa, a conversão periférica de androstenediona em testosterona, se torna a principal fonte deste hormônio.

Caso se deseje avaliar laboratorialmente a perda da libido em mulheres climatéricas, estaria indicado dosar o nível de testosterona sérico, porém estudos recentes demonstraram uma maior relação entre a libido e a atividade da 5 α -reductase, do que com o nível plasmático de testosterona.

4.3. Diagnóstico laboratorial

Androgênios

Testosterona circula no sangue na quase sua totalidade (98%) ligado a proteínas séricas, principalmente SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais) e albumina. Somente 1% a 2% da testosterona sérica é livre de ligação protéica.

A SHBG, portanto uma globulina, se liga à T (testosterona) com alta afinidade. A testosterona TB ligada à SHBG (SHBG-bound T) não seria disponível

para dissociação em tecidos alvos via clássico mecanismo de receptor de andrógeno. Ao contrário, a albumina se liga à testosterona com baixa afinidade e a dissociação da testosterona ligada à albumina é rápida. Assim, tanto Ta ligada à albumina como a TL livre, se considera que sejam disponíveis a tecidos alvos para ação androgênica. A soma da testosterona ligada à albumina mais a testosterona livre é conhecida como testosterona biodisponível (TB).

Para a dosagem de T total (TB + Ta. + TL) os laboratórios clínicos utilizam kits comerciais de RIA e imunoensaios do tipo competitivo que utilizam a tecnologia de quimioluminescência. Esses ensaios de T total usam como padrão e níveis de referência, valores fornecidos pelo fabricante.

Dosagem de testosterona no sexo masculino

Os valores normais de testosterona total para o sexo masculino são de 240 a 820 ng/dl. Outro usa imunoensaio do tipo competitivo que usa a tecnologia de quimioluminescência e o valor de referência para homens adultos é de 300 a 1.000 ng/dl. Outro laboratório usa RIA e a referência para homem adulto é de 280 a 1.100 ng/dl.

A testosterona livre pode ser dosada pelo método direto com RIA com kit comercial cujos valores de referência podem variar de 13,0 a 50,0 pg/ml em um laboratório a 8,7 a 54 pg/ml em outro.

Tanto testosterona livre e biodisponível podem ser calculadas tendo como base à dosagem de SHBG e de testosterona total, empregando complicadas fórmulas matemáticas.

Como podem ocorrer variações semanais na dosagem de testosterona principalmente no homem mais velho cujos níveis de testosterona flutuam entre o limite baixo do normal e levemente abaixo do normal, é importante realizar pelo menos duas dosagens de testosterona para confirmar o diagnóstico de hipogonadismo.

A dosagem de testosterona na saliva poderá ser útil para estudar perfis hormonais de grande número de indivíduos, com correlações válidas com as dosagens de testosterona no soro.

Dosagem de testosterona no sexo feminino

A maioria de métodos para medir testosterona em mulheres é bastante imprecisa e tornam-se mesmo não confiáveis quando os níveis sanguíneos de testosterona são baixos. O exame deve ser feito preferentemente entre 8:00 e 10:00 horas

da manhã já que os níveis de testosterona variam ao longo do dia. Para as mulheres que têm ciclos regulares, o exame não deve ser feito durante a fase menstrual porque os níveis de testosterona são baixos neste período; idealmente o exame pode ser feito a partir do oitavo dia do ciclo.

Pesquisas recentes mostraram que, por essa imprecisão, não há uma relação direta entre níveis de testosterona e perda de libido e disfunção sexual. Conseqüentemente esses valores não podem ser usados para diagnosticar a insuficiência dos androgênios, mas serão válidos tão somente para assegurar que esses níveis não estão elevados. Assim, a dosagem de testosterona, não poderia guiar uma reposição androgênica na mulher. Por outro lado todas as mulheres deveriam ter seus níveis de testosterona plasmática dosados antes de serem submetidas a tratamento de reposição androgênica, principalmente para excluir aquelas com níveis normais ou elevados da testosterona. Afinal, se não há, atualmente, definido um nível abaixo do qual se deva sugerir ou implementar uma reposição, é essencial que as mulheres com níveis normais ou elevados e não diagnosticados não sejam tratadas com os androgênios.

A terapia de reposição hormonal parece estar indicada em mulheres que se queixam de forma persistente de baixa da libido com comprometimento de sua qualidade de vida e de seu relacionamento interpessoal e nas quais o componente psicológico possa ser nulo ou desprezível. Isto é especialmente verdadeiro para aquelas que foram ooforectomizadas. Porém deve ser considerado que esse tipo de hormonioterapia esta exigindo estudos mais cuidadosos em relação a:

- uma definição mais clara das características da insuficiência androgênica em mulheres;
- desenvolvimento de métodos apropriados para aferição dos pequenos valores de testosterona encontradas entre elas;
- disponibilidade de preparações de testosterona apropriadas para mulheres;
- dados sobre a segurança do uso no mais longo prazo.

Outros testes de laboratório

5-A reductase

A atividade da 5 α -reductase pode ser medida indiretamente pela determinação da relação entre os produtos da 5 α -reductase (androsterona) e da 5 β -reductase (aetiocolanolona) na conversão de androstenediona. Estes hormônios são

facilmente detectáveis na urina por espectrometria. A relação entre a androsterona e aetiocolanolona urinárias é indicativa da atividade da enzima 5 α -reductase.

Alguns autores já advogam o uso da mensuração da relação urinária de aetiocolanolona / androsterona para predizer que mulheres são mais predispostas a terem diminuição da libido no climatério e na pós-menopausa.

DHEA (Dehidroepiandrosterona)

Pesquisadores australianos tem identificado a DHEA como um novo marcador para a baixa de libido em mulheres com mais de 45 anos, contrariando a corrente clássica que relaciona a baixa da libido com os níveis de testosterona.

Outros Exames

Deve-se excluir as mulheres da possibilidade de patologia tireoidiana ou de anemia ferropriva como causas possíveis de seus sintomas.

5. Conclusões

A função sexual é um complexo e não simplesmente uma decorrência de níveis hormonais. Desejo sexual envolve um jogo intrincado de alterações biológicas tais como os hormônios e influencias psico-sociais como fatores relacionais, imagem corporal, envelhecimento, menopausa e expectativas sócio-culturais. O diagnóstico de DSH, quando relacionada a um hipoandrogenismo, é ainda muito baseado na sintomatologia clínica. Quanto aos dados laboratoriais no hipogonadismo masculino em pacientes jovens as dosagens de TL e TB, ainda que complexas, podem ser esclarecedoras. No hipoandrogenismo tardio considerando-se a ausência de parâmetros clinicamente úteis da atividade androgênica o limite inferior dos níveis plasmáticos de uma população jovem é usado como parâmetro para o diagnóstico de hipogonadismo masculino tardio (270 a 300 ng/dl).

Na mulher a mensuração dos níveis de TL e TB continua sendo um desafio a prática clínica frente à baixa sensibilidade dos atuais ensaios comerciais disponíveis.

TEMA:
MULHERES: DOR E SEXUALIDADE

DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL

Valdir Marques de Souza¹

SEXUAL EXCITATION DYSFUNCTION

Resumo: A atividade sexual é um processo extremamente complexo, composto de uma interligação de vários sistemas orgânicos, psicológicos, sócio-culturais e religiosos. A compreensão adequada das fases da Resposta Sexual Humana é fundamental para o entendimento de suas disfunções. A fase da excitação é basicamente o preparo do organismo para o ato sexual, apresentando reações congestivas e miotônicas. A característica essencial do *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* é uma incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada, seja essa excitação refletida através da lubrificação vaginal ou através da sua turgescência, e que essa excitação não seja eficaz até a conclusão da atividade sexual. Diversos fatores podem causar ou contribuir para a disfunção sexual: orgânicos-físicos, orgânicos-hormonais, e psicossociais. O tratamento deve focar a causa principal, seja ela orgânica ou psicossocial. A abordagem básica inclui medidas gerais que devem ser utilizadas em todos os casos, independente de sua etiologia.

Palavras-chave: Transtorno; Excitação; Resposta sexual humana.

Abstract: Sexual activity is an extremely complex process, including organic, psychological, religious and socio-cultural aspects. An adequate understanding of the phases of the Human Sexual Response Cycle is fundamental for the comprehension of the sexual dysfunctions. The excitation phase is basically the preparation of the body for the sexual act, including congestive and miotonic reactions. The essential characteristic of the female sexual excitation dysfunction is the inability. Several factors can cause or contribute to the development of this dysfunction: organic-physical, organic-hormonal and psychosocial. The treatment should focus in the main cause. The basic approach includes general measures that should be used in every case.

Keywords: Dysfunction; Excitation; Human Sexual Response.

1 Médico Ginecologista. Obstetra. Pós-Graduado em Terapia Sexual.
e-mail: valdirmarquesdesouza@uol.com.br

A atividade sexual é um processo extremamente complexo, sendo composta de uma interligação de vários sistemas orgânicos (neurológico, endócrino e vascular), estados psicológicos, características sócio-culturais e religiosas. É muito influenciada por estados mórbidos diversos, pelo envelhecimento, pelos relacionamentos e pelas experiências anteriores. Quaisquer alterações nessa ampla gama de fatores, pode levar a alterações nas várias fases do processo sexual. Estima-se que 19% a 50% das mulheres têm disfunções sexuais. Este número se estende para 68% a 75% quando são incluídas as insatisfações sexuais não relacionadas com as disfunções sexuais propriamente ditas. Uma revisão de prontuários feita por um grupo de médicos revelou uma incidência de apenas 2% desses problemas nas mulheres estudadas. Tal fato ilustrou a dificuldade dos médicos generalistas em identificar tais problemas.

Ciclo da Resposta Sexual Humana

A compreensão adequada das fases da Resposta Sexual Humana é fundamental para o entendimento das disfunções que afetam a sexualidade do ser humano. Na década de 60, Masters e Johnson, montaram um laboratório para pesquisar cientificamente as modificações corporais durante o ato sexual humano. Com estes estudos, chegaram a um padrão de resposta sexual para homens e mulheres, ao qual deram o nome de *Ciclo da Resposta Sexual Humana*. Inicialmente, esse Ciclo era composto por quatro fases diferentes: excitação, platô, orgasmo e resolução. Mais tarde, a psiquiatra Helen Kaplan complementou esse ciclo com a fase do desejo sexual. Hoje em dia, o *Ciclo da Resposta Sexual Humana* é conhecido como constituído de quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (período refratário). Sua compreensão é fundamental para o entendimento das disfunções que afetam a sexualidade do ser humano. Existem consideráveis diferenças relativas a estes aspectos entre mulheres e homens, como o fato de, na mulher, após o orgasmo não haver período refratário que a impeça de, logo em seguida, reiniciar um novo ciclo excitatório – ao contrário do que ocorre no homem. Isto possibilita à mulher ter orgasmos múltiplos, sucessivos.

A fase do desejo é a primeira, onde os instintos são estimulados e os apetites crescem. O desejo, ou a sensualidade é uma experiência subjetiva que incita a pessoa a buscar atividade sexual. Em termos cerebrais, há mensagens neurofisiológicas que motivam a busca por sexo. Nos homens, o estímulo visual é de extrema importância para iniciar e manter o desejo sexual.

A fase da excitação é a segunda. Ocorre quando o corpo passa a responder fisiologicamente frente aos estímulos que dispararam o desejo sexual. Ou seja, a excitação é a resposta do corpo ao desejo. É basicamente o preparo do organismo para o ato sexual. Duas alterações fisiológicas são as principais protagonistas nessa fase. São as reações congestivas (de vasodilatação) e reações miotônicas (caracterizadas por um aumento do tônus e da contratilidade muscular), sendo controlados pela inervação vegetativa dos genitais femininos (que é um tipo de inervação que controla o funcionamento das vísceras, compreendendo os sistemas simpático e parassimpático). Na mulher, os principais fenômenos objetivos que se passam nos genitais durante esta fase são:

- 1) Transudação e lubrificação vaginal;
- 2) alongamento e alargamento da vagina;
- 3) intumescimento da genitália externa;
- 4) intumescimento do terço inferior da vagina, formando a “plataforma orgásmica”;
- 5) aumento de volume do útero;
- 6) elevação do útero na pelve – fenômeno que só se dá nos úteros em anteversão (posição do útero na qual o corpo do órgão encontra-se inclinado para a frente, na direção da bexiga), não ocorrendo nos retrovertidos (posição na qual o corpo uterino inclina-se para trás, na direção do reto). Há também aumento da temperatura da pele, da frequência cardíaca e da pressão arterial.

O orgasmo é a terceira fase. O orgasmo, o êxtase, o gozo ou ápice de prazer é atingido quando ocorre a liberação total das tensões antes retidas. Durante o orgasmo, tanto o útero quanto a musculatura perineal que circunda o intróito vaginal se contraem ritmicamente; acompanha todo esse processo a sensação subjetiva de profundo prazer. Após o orgasmo, se não se iniciar outro ciclo excitatório, todas as transformações fisiológicas regridem em pouco tempo. É após o orgasmo que a intensa vasocongestão pélvica decorrente da excitação sexual se desfaz com rapidez. Não sendo atingido o orgasmo, essa vasodilatação leva um tempo bem maior para desaparecer, o que, na mulher, pode desencadear fenômenos dolorosos devidos ao intumescimento persistente dos genitais internos.

A quarta fase, é chamada de Período Refratário. É um tempo de relaxamento necessário para que se possa reiniciar novamente atividade sexual.

Disfunção Sexual

A disfunção sexual, como definida pelo DSM-IV, compreende um grupo de transtornos relacionados a desequilíbrios do ciclo de resposta sexual.

As disfunções sexuais nas mulheres são classificadas em:

- Disfunções de desejo
- De excitação
- De orgasmo
- e as dores sexuais – dispareunia e vaginismo.

Devem-se distinguir as disfunções de acordo com seu padrão temporal entre situacional ou global, pois pode ser que esteja havendo problemas com um parceiro específico num momento específico ao contrário de disfunções que ocorrem independente do parceiro. Deve-se também certificar da presença de mais de uma disfunção devido ao fato de que muitas vezes possa haver sobreposição das mesmas. O enfoque deste artigo é a disfunção da excitação.

Disfunção da Excitação Sexual Feminina

O DSM-IV trata desse assunto sob o nome de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*. A pessoa com esse transtorno pode ter pouca ou nenhuma sensação subjetiva de excitação sexual. Pelo DSM-IV, esse transtorno pode resultar em intercurso doloroso, esquiva sexual e perturbação de relacionamentos conjugais ou sexuais.

A característica essencial do *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* é uma incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada, seja essa excitação refletida através da lubrificação vaginal ou através da sua turgescência, e que essa excitação não seja eficaz até a conclusão da atividade sexual. Como dito anteriormente, a resposta de excitação consiste num estado de congestão sanguínea da pelve, lubrificação e expansão vaginal, bem como de turgescência da genitália externa. Para o diagnóstico de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*, a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal à paciente. Da forma como é colocado, “*incapacidade de adquirir ou manter...*” tem-se a impressão de que a responsabilidade desse aspecto do desempenho sexual é exclusivamente da mulher. Embora seja ela quem fica excitada, a excitação aparece como uma resposta sexual a alguma coisa que a deixou excitada, portanto, essa *alguma coisa* também é cúmplice da excitação sexual feminina. Nossa contestação sobre essa categoria de diagnóstico

do DSM-IV se reforça na medida em que consideramos a responsabilidade do parceiro. Assim sendo, a frase “incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada”, referida por essa classificação como característica para o diagnóstico poderia, na prática, ser melhor dita da seguinte forma: “incapacidade em proporcionar, adquirir ou manter uma excitação sexual adequada”. Portanto, o mais correto para esse diagnóstico seria *Transtorno da Excitação Sexual*, suprimindo-se dessa denominação a expressão Feminina.

Aparentemente todos casos de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* são acompanhados de *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo*, donde se suspeita que aquele seja, basicamente, uma consequência deste. Assim sendo, o mesmo raciocínio aplicado ao *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo* quanto suas causas e elementos emocionais, seja igualmente aplicável ao *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*.

Também está claro, e é logicamente esperado que, havendo tanto o *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo* quanto o *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*, também existirá o *Transtorno Orgástico Feminino* mas não pode ser diagnosticado assim por supor-se que o defeito é anterior à fase de se atingir o orgasmo (fase de desejo e de excitação). Por isso dizemos que não pode mesmo haver orgasmo sem que haja boa qualidade do desejo e da excitação mas, não obstante, pode não haver orgasmo ainda que hajam boas condições de desejo e excitação, embora esse caso seja mais raro.

A falta de desejo é a base de muitas queixas sexuais femininas e, freqüentemente, diz respeito à falta de excitação sexual. Os manuais de diagnóstico psiquiátrico, como o DSM-IV, recomendam como indicador da excitação sexual feminina a resposta de lubrificação-edema da vulva, portanto, uma ocorrência fisiológica. A experiência e o bom senso parecem mostrar que, mesmo esse, não é um indicador absolutamente confiável de que tudo vai bem na sexualidade feminina. Não se pode excluir do mecanismo da excitação, que é uma resposta em nível genital, o importante papel que desempenha o desejo sexual, que é uma atitude de natureza psicoemocional.

Diversos fatores podem causar ou contribuir para a disfunção sexual. Às vezes, esses fatores são inter-relacionados e requerem uma combinação de terapias. Para uma maior compreensão didática, são divididos em grupos:

Orgânicos-Físicos

Em geral podem ser causas diretas ou indiretas desses distúrbios. Condições físicas que podem causar ou contribuir para problemas sexuais incluem

artrite, dificuldades urinárias ou intestinais, trauma ou cirurgia pélvica, fadiga, dores de cabeça, distúrbios neurológicos como esclerose múltipla, e síndromes de dor não tratadas. Doenças vasculares associadas com diabetes podem levar a uma diminuição da excitação sexual; doenças do coração e pulmões podem dificultar a atividade sexual devido à dispnéia; incontinência urinária pode levar a desconforto e vergonha diminuindo a atividade sexual. Tratamentos adequados das doenças crônicas podem levar a uma melhora clínica facilitando a atividade sexual. Problemas ginecológicos contribuem fisicamente para dificuldades sexuais: cistite, câncer de mama (diminui a simbolização sexual feminina) e outras malignidades. Certos medicamentos, incluindo alguns anti-depressivos, remédios para pressão sangüínea, anti-histamínicos, e drogas quimioterápicas, podem diminuir o interesse sexual e sua habilidade para atingir o orgasmo. Uso de drogas como cigarro, álcool também são responsáveis por distúrbios sexuais.

Orgânicos-Hormonais

A menopausa pode afetar o funcionamento sexual das mulheres durante a meia-idade. Deficiência de estrogênio depois da menopausa pode levar a mudanças nos órgãos genitais e na sua reação sexual. As camadas da pele que cobrem a região genital (lábios) encolhem e tornam-se mais finas, expondo mais o clitóris. Essa exposição aumentada, às vezes, reduz a sensibilidade do clitóris, ou pode causar uma sensação desagradável de formigamento. Além disso, com o afinamento e elasticidade do revestimento diminuída, a vagina se torna mais estreita, particularmente se a mulher não é sexualmente ativa. Também, a dilatação natural e lubrificação da vagina ocorrem mais lentamente durante a excitação. Esses fatores podem levar a uma relação sexual difícil ou dolorida (dispareunia), e alcançar o orgasmo pode levar mais tempo.

Psicosociais

Fatores psicológicos que causam ou contribuem para problemas sexuais incluem dificuldades emocionais, tais como ansiedade não tratada, depressão ou estresse e abuso sexual, ou um histórico dele. A mulher pode achar difícil preencher múltiplas necessidades e papéis, como trabalho, cuidar da casa, ser mãe e cuidar dos pais. A idade e saúde do parceiro, os seus sentimentos quanto a ele e a visão do corpo e do parceiro são fatores adicionais que podem se combinar para causar problemas sexuais. Questões culturais e religiosas também podem ser fatores contribuintes. Na puberdade, podem

haver problemas quanto à identidade sexual, imaturidade psíquica e orgânica que gera incertezas e inseguranças. A gestação e período pós-parto estão geralmente associados com uma diminuição do desejo sexual que pode se prolongar na lactação.

Tratamento

O tratamento deve focar a causa principal, seja ela orgânica ou psicossocial. As causas orgânicas, tais como a atrofia urogenital – principal causa orgânica de disfunção da excitação em mulheres pós-menopáusicas – deve ser tratada com o uso de reposição hormonal associada ao uso local de cremes com estrogênio. Quando não se estabelece causa orgânica, está indicada a terapia sexual, com exercícios de relaxamento sexual.

Abordagem Básica

A abordagem básica inclui medidas gerais que devem ser utilizadas em todos os casos, independente de sua etiologia.

Educação – informações sobre a anatomia, funções dos órgãos, mudanças corporais, para que se possa entender melhor o funcionamento do corpo.

Estimulação e diminuição da rotina – uso de materiais eróticos que possam promover uma maior excitação. A masturbação pode aumentar a familiaridade com o parceiro e aumentar as sensações prazerosas. A comunicação durante o ato sexual pode ter o mesmo papel, a mudança de horários e locais do ato sexual pode ser outra alternativa.

Técnicas de Distração – fantasias eróticas ou não, contração e relaxamento dos músculos pélvicos durante o ato sexual.

Troca de carícias não coitais – massagens sensuais em locais diferentes dos órgãos genitais com a comunicação entre os parceiros sobre como sentem durante tais manipulações, pode promover um maior conhecimento dos desejos mútuos.

Terapia Sexual

A terapia sexual compreende técnicas específicas e inespecíficas. Dentre as inespecíficas podemos citar:

- Exercícios de relaxamento
- Dessensibilização sistemática
- Banhoterapia
- Técnica do Espelho
- Outras

Dentre as específicas podemos citar:

- Foco sensorial 1
- Foco sensorial 2
- Exercícios de Kegel
- Coito não exigente
- Técnica “stop-start”
- Outras

Referências bibliográficas

CAVALCANTI, R. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. São Paulo: Roca, 1997.

LOPES, G. P. *Sexualidade Humana*. São Paulo: MEDSI, 1989.

LOPES, G. P. *Patologia e Terapia Sexual*. São Paulo: MEDSI, 1994.

MANNOCCI, J. F. *Disfunções Sexuais – Abordagem Clínica e Terapêutica*. São Paulo: BYK, 1995.

MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo: Roca, 1984.

PHILLIPS, N. A. “Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment”. *Am Fam Physician* 2000; 62:127-136.

O PARCEIRO DA MULHER VAGÍNICA

*Marlise Flório Real*¹

THE VAGINIC WOMAN'S PARTNER

Resumo: Este artigo salienta os motivos inconscientes que predisõem à escolha do parceiro sexual. Assim, vemos uma descrição de comportamentos e atitudes da mulher vagínica e seu parceiro. A autora destaca alguns relatos da história pregressa de cada um, desde seus vínculos familiares e aspectos do desenvolvimento psico-sexual. Desta maneira, o texto ressalta e chama atenção para a importância dos terapeutas sexuais preocuparem-se com estes casos que não atingem os objetivos das terapias. Estas mulheres e estes homens mantêm-se equilibrados em suas disfunções sexuais. Os vínculos que os sustentam são mecanismos resistentes de proteção ao que não conseguem tolerar. Existe uma doença beneficiando o casal. Como mudar esta situação?

Palavras-chave: Vaginismo; Escolha do parceiro sexual; Relação conjugal.

Abstract: This article points out what causes predisposition to choose sexual partner. Author describes behavior and attitudes of the vaginic woman and her partner. The author presents samples of patient's and partner's, family's bond's history and some psico-sexual development's aspects. This article points the importance of sexual therapist's concerns about this type of problem that doesn't accomplish the therapy objective. Probably it happens because this woman and her man keep balance for their sexual disfuncions and the bond that support this situation are mecanisms that resists and protects what they can not support. There is a disease that is beneficing and maintaining the couple. How can you change this situation?

Keywords: Vaginism; Sexual partner's choice; Matrimonial relation.

¹ Psicóloga. Terapeuta Sexual. Mestre em Educação Sexual pela UFPel – Pelotas/RS.
e-mail: vreal@brturbo.com.br

Conversando para introduzir o assunto

A escolha da parceria conjugal está presente nas relações interpessoais e é movida por necessidades inconscientes que marcam a vida de mulheres e homens desde seus primeiros vínculos, influenciando o desenvolvimento da sexualidade nas diferentes etapas da vida. Soma-se a isto a cultura e a educação com seus aspectos religiosos e morais.

O ambiente aonde mulheres e homens vivem e foram criados, bem como a informação que receberam, o diálogo que estabeleceram facilita e também pode dificultar o processo saudável ou doentio dos relacionamentos afetivos e sexuais.

Desta maneira, encontramos uma complexa rede de aspectos que serão determinantes na escolha da parceria conjugal. Os autores discutem esta questão de diferentes maneiras.

Como pretendo assinalar as marcas inconscientes que cada um leva para o relacionamento, cito:

- Sigmund Freud (1925) que salientou a importância da infância, da sexualidade infantil e das fases do desenvolvimento psico-sexual, bem como dos vínculos com os pais, como fatores determinantes para as escolhas afetivo sexuais;
- Erik Erikson (1968) que tão bem mostra como a segurança recebida na infância e adolescência proporciona autonomia apontando uma escolha conjugal mais saudável. No entanto, crianças e adolescentes inseguros e com medos estarão propensos a unir-se por suas necessidades mais primitivas;
- Helen Bee (1997) assinala o desenvolvimento infantil e o relacionamento familiar como aspecto fundamental para as escolhas.

Sendo o assunto muito amplo, minha intenção é discutir um pouco sobre a mulher vagínica e seu parceiro. Assim: como age a mulher vagínica? Como responde o parceiro da mulher vagínica? Por quê? Quais os motivos que mantêm a relação conflituosa e inadequada sexualmente, embora adequada afetivamente? Como se sustenta a ambivalência afetiva e sexual? Estão a cargo de quais necessidades, dele e/ou dela?

A mulher vagínica, seu parceiro e o relacionamento afetivo-sexual

As mulheres com vaginismo apresentam características próprias que ajudam a manter sua disfunção sexual, não permitindo que o processo se rompa e as soluções sejam encontradas.

São, na grande maioria, mulheres muito determinadas e decididas, gostam de ter nas mãos o comando da relação, não se abrem com facilidade sobre suas dificuldades e, conseqüentemente, não vêem seus medos e receios.

Não permitem a penetração do pênis em sua vagina fazendo um espasmo involuntário que interfere no intercuro sexual causando oclusão da abertura da vagina, que impossibilita todo e qualquer toque nessa área pelo medo da dor; estas mulheres também “se fecham” para toda e qualquer coisa que lhes invada a vida.

Pode-se dizer que “nada entra na sua vagina, assim como nada entra em si mesma”. Existe uma declarada dificuldade interpessoal e um medo intenso de sofrer. Geralmente, sentem que já tiveram muito sofrimento ou já viram as mulheres de sua família sofrerem, por causa de homens ou de filhos, com perdas e danos irrecuperáveis.

Protegem-se intensa e constantemente para não sentir dor. Defendem-se dos homens. Depositam neles a culpa do sofrimento das mulheres, sem realmente dar-se conta que estão fazendo isso. Sentem raiva e hostilidade pelos homens.

As histórias de vida destas mulheres mostram uma família aonde as mães criaram seus filhos sozinhas por abandono masculino, separações por traição deles ou mesmo por que estes homens não souberam cuidar dos bens familiares jogando fora o patrimônio familiar e deixando a família sem proteção. Muitas vezes estas histórias são também as das avós. As mulheres das famílias ficam unidas com seus filhos porque assim pensam estar mais protegidas.

Quando fazem a escolha de parceiro estes medos inconscientes influenciam muito. Assim, estas mulheres casam com homens de pouca ou nenhuma experiência sexual, durante o namoro não vivem experiências mais íntimas, por escolha própria deixam para ter mais intimidade corporal após o casamento, defendem a idéia de que “casar virgem” é muito melhor, não discutem sobre sexo com ninguém, nem com o parceiro.

Os parceiros geralmente apresentam um comportamento dócil e educado, não ousam nem insistem em explorar seus próprios desejos ou os de sua parceira, são amigos incansáveis, escutam com atenção o que a mulher fala e valorizam suas decisões, acatando suas escolhas, em detrimento das próprias. Não “avançam o sinal” sem que elas deixem e, como elas não deixam, os contatos são escassos. Casam sem se tocar, sem se conhecer. Aqueles que

tentam algumas carícias conseguem explorar algumas zonas erógenas e até conseguem ter prazer e orgasmo, mas isto provoca muita culpa na mulher “que pensa que não deveria ser assim”.

Casados tudo é motivo para adiar o relacionamento sexual. A relação com penetração que não acontece no primeiro dia, fica para o outro e assim por diante. Dessa maneira, estes casais passam anos juntos sem ter uma relação com intercurso vaginal. Ela diz que “vai doer”, mas nunca experimentou para sentir se realmente vai ser assim. Sofre por antecipação. Ele diz que “não consegue”. Ela fecha as pernas com muita força e empurra ele. Ele não insiste. Ela quer que ele seja mais ousado e reclame, mas ele entende o que ela sente e espera, não quer forçar. Afinal, ele não é esse homem “bruto e ruim com as mulheres”.

Estes homens foram educados sem falar em sexualidade, ficaram de fora dos jogos sexuais na infância e não participaram de brincadeiras e conversas masculinas entre amigos. Esse comportamento de “ficar de fora” é o que se repete ao longo da vida, bem como na relação sexual “ele e seu pênis ficam de fora”.

60 Geralmente, consultam, levados pela mulher, após cinco anos de tentativas frustradas, discussões intermináveis que ela conduz e ele acolhe, aonde ela agride e ele não responde. Em alguns casos o tempo é de dez anos, em outros de vinte.

Aparentemente são um “casal feliz”, ninguém diz que vivem um “pesadelo”, que têm segredos mais frustrantes e que sentem-se impotentes para resolver. Quanto mais tempo passa, mais dificuldades têm. Ela torna-se hostil e sua raiva é mais intensa. Ele fica cada vez mais inseguro e começa a ter perdas de ereção. A ejaculação é rápida pois não aconteceram momentos de aprendizagem para um adequado controle. O desejo dos dois é cada vez mais baixo e as relações para troca de carícias são mais raras. Quando acontecem os momentos sexuais vão com a certeza de falhar. Ela é resistente para a masturbação e ele também. O sexo torna-se muito distante e não é prioridade na relação.

Estes casais não se entregam, ela é rígida e exigente, reclama e xinga, coloca a culpa nele da impossibilidade de terem filhos. Ele “não tem voz para nada”. Espera, é acomodado, acha que vão resolver e não vê tanto problema assim no que estão vivendo. Ela é uma “mãe durona”, ele um “filho bonzinho”.

Ambos não têm *insight* ou quando se dão conta de algo é com muito sacrifício e serve apenas para justificar o que acontece e não para modificar os comportamentos, visto seu intenso medo das mudanças e instabilidades.

Na terapia ela é mais persistente e aprende a dar-se conta do que está lhes acontecendo, ele não é tão disponível para isso, costuma falhar, desmarcar sessões e não querer ir (assim como tem falhado na hora das tentativas sexuais) e tudo é motivo para desistir. Não acredita muito que precisam mudar, sente-se seguro assim. Ele tem dificuldades em reconhecer seus conflitos, não deixa investigar questões da homossexualidade, não consegue ser mais agressivo para lutar pela solução e mudança. Recebe muitas acusações dela e ouve quieto. Assim, mais raiva ela sente e os dois se equilibram, como numa gangorra, não enfrentando as dificuldades e muito menos tentando soluções.

As tarefas prescritas nunca são aceitas. O casal ouve, discute na sessão de terapia, fica informado mas não faz nada do combinado. Ele hipervaloriza progressos mínimos, ela cobra que ele faça mais, embora se dê conta que não está colaborando para isso. O tratamento não caminha para possíveis mudanças. O terapeuta fica de mãos atadas como seus pacientes estão. O terapeuta “fica fora, tal como está o pênis dele, fora da vagina”, como ela impõe que seja. Ao mesmo tempo ela busca o terapeuta como apoio, não quer ser abandonada, quer “ser mulher de verdade”, aquela que é penetrada e pode engravidar e ter um filho. Sem isso se sente mal, fica infeliz, se odeia, sente-se inferior, impotente.

A mulher vagínica deseja engravidar, mas têm medo de tornar-se mãe. Fantasia que não vai conseguir, mesmo se tiver relações sexuais vaginais. Quando pensa engravidar por outros métodos imagina que terá problemas na gravidez, bem como terá filhos doentes e se nascerem saudáveis terá problemas e dificuldades com a criação. Sente-se sem saída, está num “túnel” sem saída.

Estes aspectos são tão significativos quanto as dificuldades com sua identidade feminina, envolvem não apenas os seus sentimentos de inferioridade em sentir-se mulher, mas também sua incapacidade de relacionar-se adequadamente e cuidar dos outros. Ela precisa investigar muitas questões de sua vida que lhe provocam toda esta sintomatologia com intensa ansiedade e angustia. Ela sofre. Precisa ser trabalhada em sua individualidade com seus aspectos subjetivos que “atormentam” sua vida.

O homem que tem uma mulher vagínica precisa ser reforçado em sua auto-estima, valorizado-se como homem e ser incentivado a viver sua masculinidade sem restrições o que é exigido para uma boa relação sexual. Em outras palavras, ele precisa se “orgulhar do seu pênis em ereção e não envergonhar-se disso”, precisa ter uma boa relação com seu pênis, antes de ter uma boa relação com sua mulher.

Em sua história encontramos mães submissas e pais dominadores que facilmente causam rechaço dos filhos e uma determinação de “não agir assim com as mulheres.” São meninos que sentem medo e raiva da figura masculina e adotam uma postura inversa. Ficam solidários com as mães para protegê-las e cuidá-las.

Reprimem as atitudes agressivas e custam a reconhecer que são “contidos”, em vez de “calmos” como pensam ser. Têm receio de deixar os sentimentos aparecer e trancam toda e qualquer manifestação das sensações e dos sentimentos, principalmente os agressivos, pois têm receio do que possam fazer quando com raiva.

Por muito tempo ainda se vêem “meninos” e não homens com desejo sexual e capazes de uma postura masculina adulta. Não tiveram espaço para tornar-se homem. Neste lugar está seu pai e o grupo masculino do seu pai que ele rechaça, mas deseja e não pode desejar pois assim abandona a mãe como o pai abandona. Então, fica com a mãe e, conseqüentemente, reprime a sexualidade, não cresce.

Preocupações para os terapeutas sexuais

Os terapeutas têm nas mãos inúmeras questões para pensar e explorar, para ajudar com mais eficiência estes casais que sofrem com o vaginismo. É de responsabilidade dos terapeutas investigar outras maneiras de conduzir as terapias para obter resultados mais rápidos e satisfatórios. Penso que esta questão é de muita relevância nas terapias sexuais. Os casos com sucesso são os mais discutidos e se deixa para trás os casos que se enquadram nesta engrenagem cíclica e doentia que conduzem a não resolução para estes casais com características mais intensas e que são os mais difíceis para as terapias.

O que tenho visto relatado e discutido são os casos que chamo “de livro” aonde a mulher é perfeita para a terapia e responde favoravelmente, o homem é o parceiro ideal e age de acordo com o combinado e ambos passam todas as etapas da terapia sexual “como manda o figurino”, satisfeitos mulher, homem e terapeuta sentem que tudo foi “um grande orgasmo!”

Em relação ao vaginismo, os casos em que as soluções ocorrem são daqueles casais aonde o parceiro não tem as características descritas acima e se “anima” a penetrar a mulher vagínica, sem medo de machucá-la, proporcionando uma desensibilização progressiva permitindo que ela sinta que pode se entregar.

Para que isto ocorra, o homem não pode ter disfunções impeditivas que o deixam inseguro e com medo de fracassar, perdendo a ereção ou ejaculando rápido. Este homem não mantém a disfunção dela e pode quebrar o processo doente, encontrando soluções. Aqui as respostas terapêuticas são mais viáveis.

Os casos que merecem uma atenção especial são estes mais complexos que não caminham, que resistem as técnicas terapêuticas. Então, cabe discutir o quê fazer? Como fazer? Como proporcionar melhor saúde sexual à esta mulher vagínica e seu parceiro que estão enredados em seus conflitos mais primitivos? Como modificar esta rede complexa que lhes dá segurança, embora os mantenha em sofrimento?

Referências bibliográficas

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CHAUÍ, M. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

EISLER, R. *O prazer sagrado: sexo, mito e política do corpo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

ERIKSON, E. *Identidade: juventude em crise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1968.

FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

Mc DOUGALL, J. *As múltiplas faces de eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

TEMA: A CULTURA
E A ANORGASMIA FEMININA

POR QUE ELAS FINGEM O PRAZER?

Maria Luiza Macedo de Araújo¹

WHY DO THEY FAKE PLEASURE?

Resumo: O orgasmo tem sido uma das sensações mais valorizadas pelas mulheres na atualidade. A tradição cultural não valorizou o orgasmo feminino até meados do século XX quando, em função de movimentos que já vinham sendo fermentados há décadas, surgiu a contra-cultura nos anos 60, tendo uma das suas vertentes o movimento feminista. Uma das reivindicações deste movimento foi o direito ao prazer, desvinculado da procriação. O orgasmo passou, então a ser meta valorizada pelas mulheres. Porém, nem todas o vivenciam e muitas simulam-no por diversas razões. Este trabalho procura discutir a ligação entre o orgasmo feminino, a cultura e uma das formas que as mulheres utilizam para reduzir o conflito entre o comportamento valorizado socialmente, que se tornou símbolo da funcionalidade sexual feminina, e as suas reais sensações, que muitas vezes e por diversas razões, não inclui o orgasmo.

Palavras-chave: Orgasmo feminino; Cultura e sexualidade; Crenças.

Abstract: Nowadays orgasm has been one of the most valued needs by women. Occidental cultural tradition not value female orgasm until the middle of the twentieth century, about the sixties, when aroused the counter culture movement which included feminism. Right to the pleasure was one of the vindications of this movement besides sex without procreation. Orgasm became the valued aim by the women. But it isn't true that every woman achieves orgasm and some women fakes it for different reasons. This paper intends to discuss the link among female orgasm, the culture and the way that women use to reduce the conflict between the valued social behavior, symbol of female functionality and their real feeling that sometimes does not include orgasm.

Keywords: Female orgasm; Culture and sexuality; Beliefs.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia. Doutora em Filosofia. Terapeuta Sexual.
e-mail: luaraujo.rik@terra.com.br

A cultura e a sexualidade

Ao modificar a natureza, o homem cria cultura e é influenciado por ela. Uma característica humana é, justamente, a possibilidade de criar a cultura, portanto, somos todos parte desta relação recíproca, que é a influência da cultura nas ações humanas e a influência do homem nas questões culturais.

Nosso comportamento é o resultados do nosso sistema de crenças e valores tal como o vivenciamos psicologicamente. O sistema de crenças é a organização psicológica e não necessariamente lógica de todas as crenças de um indivíduo (Rockeach, 1981). Os valores são o objeto de preferência ou de escolha do sujeito (Abbagnano, 1982).

Fishbein e Ajzen (1975) e Ajzen e Fishbein (1980), criadores da Teoria da Ação Racional, afirmam que o comportamento é, em última instância, o resultado de crenças. O modelo teórico criado por eles é informacional, pois afirmam que as diferentes crenças de um indivíduo são formadas a partir de como ele percebe a realidade interna ou externa. Há dois tipos de crenças formadas: as *crenças individuais*, como ele percebe a realidade interna ou externa e as *crenças normativas*, que são o que os referentes sociais pensam (igreja, escola, amigos, trabalho, mídia, enfim tudo que é social). As crenças individuais formam as *atitudes*, que são a maneira como cada pessoa avalia um objeto, podem ser positivas ou negativas. As crenças normativas formam a *norma subjetiva*, que é a importância que os referentes sociais têm para o sujeito. As atitudes e a norma subjetiva irão formar a *intenção* e esta é que vai determinar o comportamento. O comportamento retroalimenta as crenças individuais e as crenças normativas, que podem ser reforçadas ou transformadas. Então, o comportamento seria o resultado das inúmeras crenças do sujeito que se organizam de forma peculiar a cada um, algumas sendo valorizadas e outras, não.

A sexualidade feminina é determinada não só pelas vivências pessoais, como também pelo contato da mulher com a sociedade. As revistas femininas antes dos anos 60 tinham uma visão romanceada do sexo em que tudo terminaria no casamento, no marido, nos filhos e na felicidade que estes bens por si só proporcionariam. Da mesma forma, o cinema mostrava uma realidade ideal e romanceada. As diversas religiões também reproduziam este ideal do casamento e dos filhos como realização pessoal da mulher. As diferentes situações aflitivas que ela passava para controlar a gravidez, para lidar com a eventual infidelidade do marido eram omitidas e faziam parte do que não era falado. Vigorava a pedagogia do silêncio, que era a forma de lidar com a sexualidade através da omissão e do não esclarecimento, principalmente para o sexo feminino.

O orgasmo não era valorizado pela mulher neste contexto social. Kinsey e cols. (1954) em pesquisa na qual fizeram uma “radiografia” da sexualidade feminina nos Estados Unidos, provocando um grande impacto mundial, afirmam que 10% das mulheres pesquisadas e que eram casadas sequer sabiam o que era o orgasmo. Devemos lembrar que estes pesquisadores trabalharam no final dos anos 40 e início dos anos 50 do século passado, portanto, há menos de 60 anos e no período do pós-guerra. O trabalho de Kinsey e cols. (1954) foi muito importante, pois abriu espaço para que outros pesquisadores realizassem trabalhos de forma objetiva, sem serem influenciados pela moral vigente. Masters e Johnson (1976a) realizaram uma importante pesquisa de laboratório na qual observaram o comportamento sexual masculino e feminino, utilizando mecanismos de avaliação funcional e puderam perceber as similaridades e diferenças entre o comportamento sexual de homens e mulheres. Como se já não bastasse a grande quantidade de dados obtidos, ainda fizeram cair determinados mitos concebidos como verdades científicas tais com a masturbação, que seria um comportamento perfeitamente adaptado e necessário ao desenvolvimento sexual humano, não tendo nada que prejudicasse o homem. Descobriram também que a mulher tem a capacidade de ser multiorgásmica e que os homens possuem um período refratário que os impedem de ter orgasmos múltiplos. Além disso, criaram uma forma de tratar as disfunções sexuais, que até então não tinham tratamento eficaz (Masters e Johnson, 1976b).

Outra pesquisadora que também foi muito importante para a pesquisa e terapia sexual foi Kaplan (1977, 1983, 1999), que partiu do modelo de Masters e Johnson (1976a) e o modificou posteriormente, acrescentando o desejo sexual e discutindo com detalhes as disfunções do mesmo.

Todas estas descobertas e pesquisas tiveram um impacto muito grande tanto no meio científico quanto na mídia. A sexualidade foi sendo discutida cada vez mais e com detalhes. As mulheres passaram a ser grandes consumidoras de revistas e livros que falavam de sexo e sexualidade. Mas não basta falar, a mensagem é decodificada diferentemente e de forma subjetiva pelas pessoas.

Como afirmamos acima, o comportamento é o resultado do nosso sistema de crenças e para entendermos melhor, é necessário fazer algumas considerações socioculturais. Os meios de comunicação, representados pela televisão, livros, revistas, teatro, cinema e Internet, entre outros, ao longo do tempo veicularam diferentes ideais femininos. As crenças normativas mudaram progressivamente, os referentes sociais passaram a veicular novas mensagens e a medicina fez descobertas que também transformaram a vida da mulher – uma das mais importante foi a pílula anticoncepcional.

70

Nossa cultura tem uma tradição fortemente falocêntrica na qual o homem afirma seu poder pela potência e dominação em todos os campos em que atua, o sexo está incluído como uma das áreas onde o homem se mostra mais vulnerável. Neste jogo de poder, coube à mulher a posição submissa (Nahoum, 1989; d'Avila Neto, 1980; Saffioti, 1987; Araújo, 1999). Os valores femininos cultivados incluíam a docilidade, sensibilidade e submissão ao poder masculino. A relação sexual era medida pelo grau de satisfação do parceiro, muitas vezes, sem importar se sua parceira tinha usufruído o mesmo prazer. Há cerca de um século muitas mulheres nem sabiam o que era orgasmo e poderiam se sentir desconfortáveis se percebessem sensações para elas estranhas, sinal de que talvez algo estivesse errado. O século XX foi palco de grandes transformações sociais, dentre elas, a liberação feminina, a conquista do direito de vivenciar a sua própria sexualidade sem vinculação à maternidade, ou seja, o prazer no sexo passou a ser um direito sem que estivesse condicionado ao casamento e à maternidade. A mulher lutou pelo seu espaço na sociedade e ser mãe e esposa, embora continuem importantes, não são suas únicas metas (Araújo, 1997, 1999). Além disso, aprendeu que o orgasmo é uma parte importante da sexualidade e que acompanha uma relação sexual satisfatória. Porém o que seria consequência de uma excitação progressiva culminando no clímax, se transformou em obrigação, mais ainda, na sua afirmação como mulher e também da sexualidade masculina, pois para alguns homens sua sexualidade não é medida apenas pelo prazer da relação e sim pelo poder que ele tem de proporcionar um orgasmo à sua parceira (se possível múltiplos) e não pela cumplicidade de duas pessoas que desfrutam de uma atividade sexual que, se não houver barreira psíquica ou física, irá terminar irremediavelmente no orgasmo.

Hoje, a mulher tem toda liberdade para dizer e demonstrar o que gosta, o que não gosta, como gosta e como não gosta. Ela saiu do espaço privado de sua casa e ocupou o espaço público, dividindo tarefas com os homens nas mais diversas atividades profissionais, chegando às mais altas esferas na ciência, na administração e na política. O casamento e a família feliz não é a única finalidade de sua vida. Ela quer mais!

Por que ela finge ter atingido o orgasmo?

A mídia bombardeia a todo o momento um ideal de mulher de corpo perfeito, super sensual, levando à fantasia de que esta mulher seria o ideal a ser perseguido. Porém, ela passou a ter medo de parecer não responsiva por não atingir o orgasmo “meta suprema” do encontro sexual. Existem aquelas que

simulam ter atingido o “precioso” orgasmo com medo de serem consideradas menos fêmeas pelo seu parceiro, ou seja, insegurança quanto à relação, exigência pessoal ou do parceiro de uma performance espetacular a cada relação sexual, medo de perdê-lo se não for responsiva, ou mesmo, incompatibilidade entre suas reações físicas e o que imagina que seriam as ideais, ansiedade de desempenho, sistema de crenças incompatível com o comportamento e culpa pela possível não satisfação do parceiro com sua não responsividade estão entre as possíveis causas (Kaplan, 1977).

Muitas vezes este comportamento se perpetua e o tratamento da anorgasmia deverá levar em conta os fatores interpessoais e intrapessoais, ou seja, quem é esta mulher que finge? Por que ela finge? Como está a relação com o parceiro (se o tiver)? Se não tem parceiro, até que ponto sua disfunção sexual afeta a disponibilidade em procurar um companheiro? Como sabemos, as causas de disfunção sexual são múltiplas, podem variar de simples desconhecimento do próprio corpo e suas reações até sérios problemas intrapessoais. O terapeuta sexual deve estar atento para todas as possibilidades que causem a anorgasmia de sua cliente, assim como, discutir com ela que, se a mulher tem o direito de ter orgasmos, também tem o direito de não tê-los e a conversa franca com o parceiro é a melhor forma de encarar a sua dificuldade (Andrade-Silva, 2003).

Uma primeira abordagem seria identificar as ansiedades da cliente em relação à sua sexualidade, se tem liberdade para dizer o que gosta e o que não gosta, se conhece bem o seu corpo, discutir o seu sistema de crenças, suas fantasias e inseguranças. Depois, então é que, a partir da realidade específica da cliente, do seu relacionamento com o parceiro, se tiver algum, ou mesmo discutir fatores que a levam a se sentir rejeitada ou não, da avaliação da sua autoestima é que poderemos utilizar as tarefas sexuais. Isto significa que precisamos, em primeiro lugar, saber quem é esta mulher que finge e como ela vivencia sua sexualidade para depois, então, utilizar os recursos da terapia sexual.

Considerações finais

A simulação do orgasmo por parte das mulheres pode ter múltiplas causas, como o simples desconhecimento do próprio corpo e a dificuldade de dizer o que sente e como gosta da estimulação sexual, mas também pode ser sinal de dificuldades maiores tais como a sua insegurança quanto à sua sexualidade, o medo da perda do parceiro, ansiedade e culpa em relação à sua própria vivência sexual. Este comportamento pode ser sinal de outras dificuldades

maiores. O terapeuta sexual precisa estar atento às questões sociais, pessoais e interpessoais que envolvem sua cliente para poder compreender o real significado da sua sexualidade ao longo da terapia.

Referências bibliográficas

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou, 1987.
- AJZEN, I. e FISHBEIN, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewoods Cliffs, N. J., Prentice-Hall, Inc., 1980.
- ANDRADE-SILVA, M. C. Terapia sexual e inclusão social. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 14(2) 27-37, 2003.
- ARAÚJO, M. L. M. História crítica da sexualidade, em ANDRADE-SILVA, M. C., SERAPIÃO, J. J. e JURBERG, P. *Sexologia: interdisciplinaridade nos modelos clínicos, educacionais e na pesquisa*. Rio de Janeiro: UGF, 1997.
- _____. A construção histórica da sexualidade, em RIBEIRO, M. (org.) *O prazer e pensar*. São Paulo: Gente, 1999.
- _____. *A sexualidade do universitário: uma pesquisa com estudantes do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UGF, 1985.
- D'AVILA NETO, M. I. *O autoritarismo e a mulher: o jogo da submissão macho-fêmea no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1978.
- FISHBEIN, M e AJZEN, I. *Belief, attitude and behavior: an introduction to theory and research*. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1975.
- KAPLAN. H. S. *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- _____. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- _____. *Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional da motivação sexual*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN, C. E., GEBHART, P. H. *Conduta sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954.
- MASTERS, W. e JOHNSON, V. *A conduta sexual humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976a.
- _____. *A incompetência sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976b.
- ROCHEACH, M. *Crenças, atitudes e valores*. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.
- SAFFIOTI, H. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

TRATAMENTO DA ANORGASMIA

Florence Zanchetta Coelho Marques¹

Francine Zanchetta Coelho Marques²

TREATMENT OF ANORGASMIA

Resumo: O orgasmo é uma sensação de prazer intenso acompanhado por contrações da musculatura circunvaginal pélvica, uterina/anal e miotonia que determina a vasocongestão induzida sexualmente, levando ao bem-estar e satisfação. A anorgasmia, o segundo problema sexual mais freqüentemente relatado entre mulheres, é considerada um atraso persistente ou recorrente na falta de orgasmo seguida uma fase de excitação sexual que causa aflição marcante ou dificuldades inter-pessoais (DSM-IV). A pesquisa do resultado do tratamento empírico é avaliada pela abordagem farmacológica e pelo comportamento cognitivo. A terapia comportamental cognitiva para a anorgasmia promove mudanças de atitude e do pensamento sexual, redução da ansiedade usando exercícios comportamentais como a masturbação direta e o tratamento de dessensibilização sistemática, assim como a educação sexual, exercícios de Kegel e uso de vibradores. Até agora, não existem medicamentos (p.ex., bupropiona, l-arginina e sildenafil) que tenham provado ter efeito benéfico maior que o de placebos no aumento da função orgásmica em mulheres com anorgasmia. Mais pesquisas são necessárias no entendimento da conduta de mulheres com disfunção orgásmica.

Palavras-chave: Orgasmo feminino; Disfunção sexual; Medicamentos.

Abstract: Orgasm is a feeling of intense pleasure accompanied by pelvic striated circumvaginal musculature and uterine/anal contractions and myotonia that involves sexually-induced vasocongestion, inducing well-

¹ Médica, Mestre em Medicina, Especialista em Sexualidade Humana, coordenadora do ambulatório de Sexologia. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
e-mail: florzcm@terra.com.br

² Bióloga, Mestre em Genética e Biologia Molecular. Departamento de Genética, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
e-mail: franzcmarques@hotmail.com

being and contentment. Female Orgasmic Disorder, the second most frequently reported women's sexual problem is considered to be the persistent or recurrent delay in, or absence of orgasm following a normal sexual excitement phase that causes marked distress or interpersonal difficulty (DSM-IV). Empirical treatment outcome research is available for cognitive behavioral and pharmacological approaches. Cognitive-behavioral therapy for anorgasmia promotes attitude and sexually-relevant thought changes and anxiety reduction using behavioral exercises such as directed masturbation and systematic desensitization treatments as well as sex education, communication skills training and Kegel exercises. To date there are no pharmacological agents trials (i.e., bupropion, l-arginine, and sildenafil) proven to be beneficial beyond placebo in enhancing orgasmic function in women diagnosed with Female Orgasmic Disorder. More research is needed in understanding management of women with orgasmic dysfunction.

Keywords: Female orgasm; Sexual dysfunction; Pharmacological agents.

Introdução

O orgasmo é uma sensação alcançada no momento máximo de prazer e excitação, com alteração do estado de consciência e bem estar, acompanhado por sintomas físicos sistêmicos (Meston; Hull; Levin; Sipski, 2004). A ausência do orgasmo na mulher é denominada *desordem orgásmica* ou *anorgasmia*, sendo a segunda disfunção sexual de maior prevalência, ocorrendo em até 37% das mulheres (Berman; Berman e Kanaly Ka, 2003; Bachmann e Avci, 2004).

Diagnóstico

Os critérios diagnósticos para anorgasmia, segundo a quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV; *American Psychiatry Association*, 1994) são: atraso ou ausência persistente ou recorrente do orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual; a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal; e a disfunção não é decorrente de efeitos de uma substância ou de uma condição médica geral.

Para o manejo da mulher anorgásmica é fundamental verificarmos se a queixa é primária (sempre existiu) ou secundária (surgiu após um período de resposta normal), se ocorre sempre ou em algumas situações, e qual sua possível etiologia (Holmes; Letourneau e Vermillion, 1998).

Os fatores psicológicos mais frequentemente relacionados são a idade, educação, classe social, religião, personalidade, sentimentos de culpa, problemas relacionais e ansiedade de desempenho (Holmes et al., 1998; Meston et al., 2004). As causas orgânicas podem se referir a mal-formações genitais, cirurgias oncológicas mutiladoras, bem como seqüelas de radioterapia pélvica, doenças endócrinas (p.ex. diabetes *mellitus*) e neurológicas (p.ex. esclerose múltipla), e uso de medicações (p.ex. antidepressivos) (Holmes et al., 1998; Paul; Kleeman e Karram, 2005). A ignorância a cerca da resposta sexual e a expectativa supervalorizada do orgasmo podem ser fatores determinantes do surgimento e manutenção da disfunção. A masturbação pode ser de grande valia já no momento do diagnóstico: a mulher que apresenta orgasmos à masturbação em princípio não possui nenhum problema orgânico (Basson et al., 2004ab).

Investigar o funcionamento sexual do parceiro é imprescindível. A existência de uma disfunção sexual masculina pode indiretamente induzir a falta de orgasmos na mulher e ao diagnóstico errôneo de quem seria o disfuncional neste par (Mahan, 2003).

Tratamento

A observância do que foi acima descrito muitas vezes já é suficiente para orientar um casal e resolver uma disfunção. Nos demais casos, uma das abordagens bastante empregada é na linha cognitivo-comportamental, a qual promove mudanças de atitude e do pensamento sexual e redução da ansiedade (Basson et al., 2004ab). Emprega-se para este fim exercícios comportamentais, como a educação sexual, focagem das sensações, relaxamentos, dessensibilização sistemática, exercícios de Kegel, masturbação e uso de vibradores (Holmes et al., 1998; Basson et al., 2004ab; Meston et al., 2004). A mulher precisa aprender a usufruir a relação sexual pelo prazer da intimidade, de receber e dar carinho, mesmo que desta relação não surja o orgasmo (Basson et al., 2004ab).

A abordagem do casal sempre é de grande valia. O incentivo à comunicação promove melhor entrosamento, com conseqüente maior intimidade (Meston et al., 2004). Eles devem receber orientações sobre a anatomia e reposta sexual, para que a mulher então aprenda a guiar o seu parceiro. O terapeuta pode orientar o casal a explorarem posições sexuais que facilitem o estímulo clitoridiano (Basson et al., 2004ab).

Nas situações em que o uso de medicamentos parece ser promissor, temos ao nosso alcance algumas opções, como a l-arginina (Paul et al., 2005), a

bupropiona (Modell; May e Katholi, 2000) e a testosterona (Paul et al., 2005) – no entanto, ainda não existe nenhum consenso quanto ao seu emprego, e os estudos têm mostrado resultados controversos (Segraves, 2003; Marthol e Hilz, 2004). O laboratório Pfizer interrompeu em 2004 um estudo sobre efeito do sildenafil em mulheres por não ter encontrado dados significativos. Apesar disto, alguns autores ainda o preconizam, sugerindo efeitos satisfatórios (Caruso et al., 2003). Existe também a terapia a vácuo (*Eros-clitoral therapy*), primeiro tratamento para anorgasmia aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA). Este instrumento promove ingurgitamento clitoridiano, com vasocongestão e conseqüentes maior lubrificação e orgasmos (Wilson; Delk; Billups, 2001; De Ugarte; Berman e Berman, 2004).

Conclusão

Vivemos em uma sociedade mercantilista, na qual o sexo é empregado e abordado nos mais variados meios de comunicação, os quais divulgam receitas banais para um bom desempenho. O orgasmo é imensamente esperado e cobrado por homens e mulheres. Essa obrigatoriedade de um desempenho fantástico é muitas vezes a desencadeadora de um quadro disfuncional. Todos nascem capazes de ter uma resposta sexual satisfatória. Quando ela não ocorre, é preciso que os fatores bloqueadores sejam identificados e removidos. Nossa realidade mostra que mais pesquisas são necessárias no entendimento da conduta de mulheres com disfunção.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV, 4 th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

BACHMANN, G. A.; AVCI, D. Evaluation and management of female sexual dysfunction. *The endocrinologist*, 14(6): 337-343, 2004.

BASSON, R.; ALTHOF, S.; DAVIS, S.; FUGL-MEYER, K.; GOLDSTEIN, I.; LEIBLUM, S.; et al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 24-34, 2004a.

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTT, L.; DEROGATIS, L.; FOURCROY, J.; FUGL-MEYER, K.; et al. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 40-48, 2004b.

- BERMAN, JR; BERMAN, LA; KANALY KA. Female Sexual Dysfunction: New Perspectives on Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. *Female Urol*, 1(3): 166-167, 2003.
- CARUSO, S.; INTELISANO, G.; FARINA, M.; DI MARI, L.; AGNELLO, C. The function of sildenafil on female sexual pathways: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 110(2): 201-206, 2003.
- DE UGARTE, C.M.; BERMAN, L.; BERMAN, J. Female sexual dysfunction – from diagnosis to treatment. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2(3): 139-145, 2004.
- HOLMES, M.; LETOURNEAU, E.; VERMILLION, S. A Psychiatrist's guide to sexual dysfunction in woman. *Medical Update for Psychiatrists*, 3: 105-112, 1998.
- MAHAN, V. Assessing and treating sexual dysfunction. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 9(3): 90-95, 2003.
- MARTHOL, H.; HILZ, M.J. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 72(3): 121-35, 2004.
- MESTON, C.M.; HULL, E.; LEVIN, R.J.; SIPSKI, M. Disorders of Orgasm in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 66-68, 2004.
- MODELL, J.G.; MAY, R.S.; KATHOLI, C.R. Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study. *J Sex Marital Ther*, 26(3): 231-240, 2000.
- PAUL, R.N.; KLEEMAN, S.D.; KARRAM, M.M. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 60(3): 196-205, 2005.
- SEGRAVES, R.T. Emerging therapies for female sexual dysfunction. *Expert Opin Emerg Drugs*, 8(2):515-522, 2003.
- WILSON, S.K.; DELK, J.R. II; BILLUPS, K.L. Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-clitoral therapy device. *Journal of Gender Specific Medicine*, 4(2): 1-6, 2001.

TEMA: DROGAS E MULHER

O QUE A TERAPIA HORMONAL PODE AJUDAR NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA?

Jorge José Serapião¹

WHAT DOES HORMONAL THERAPY CAN HELP IN FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION?

Resumo: O autor considera que, presentemente, o emprego da terapia hormonal em Disfunção Sexual Feminina se restringe ao uso de alguns tipos de esteróides. Analisa as dificuldades técnicas no estudo da ação desses hormônios na espécie humana e relata algumas das situações em que tais ações podem ser observadas refletindo-se nos papéis de gênero, na identidade e no *drive* sexual. Comenta a utilização de androgênios, estrogênios e progesterona no tratamento das Disfunções Sexuais Humanas. Conclui que esta utilização deverá ser cautelosa em relação aos androgênios tanto no sexo masculino como no feminino, tem sentido como terapia tópica em mulheres em relação aos estrogênios e nenhum sentido em relação a progesterona.

Palavras-chave: Disfunção sexual feminina; Terapia hormonal; Esteróides.

Abstract: The author considers nowadays use of hormonal therapy for female sexual dysfunction is restricted to some type of steroids. The author analyzes the technical difficulties in the use of those hormones in mankind. The author reports some cases where this action can be observed with an negative effect on sex gender and sexual drive. The author makes comments the utilization of androgens, estrogens and progestogens on the treatment of the human sexual dysfunctions. The author concludes that the use of androgens has to be cautious for both males and females. The use of estrogens is possible, in female, if by topic therapy. The use of progestogens doesn't make sense.

Keywords: Female sexual dysfunction; Hormonal therapy; Steroids.

¹ Médico e Psicólogo. Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ e da UGF-RJ.
e-mail: serapius@unisys.com.br

1. Introdução

Quando se fala de terapia hormonal em relação à sexualidade, de um modo geral, se está referindo a ação dos hormônios ditos esteróides: estrogênios, progestagênios e androgênios. Outros tipos de hormônios, como por exemplo, a prolactina, apesar de comprovada ação sobre esse comportamento, não tem sido utilizada de forma terapêutica.

Assim, em relação aos esteróides, admite-se que eles atuem sobre o cérebro, o corpo em geral e a genitália.

Quanto à ação desses hormônios sobre o cérebro, numerosos estudos em animais inferiores, principalmente com mamíferos, tem demonstrado uma relação entre o emprego de altas doses de esteróides nas fases mais precoces do desenvolvimento desses animais e o aparecimento de diferenças entre as estruturas cerebrais de machos e fêmeas bem como de seus comportamentos sexuais. Tais pesquisas randomizadas comparam animais expostos a esse mecanismo com outros nos quais foram utilizados placebos.

Na espécie humana tais estudos seriam inadmissíveis em função de óbvias limitações de natureza ética.

Há porem a possibilidade de observações feitas em decorrência de doenças genéticas, em que determinados indivíduos são expostos a esses esteróides em diferentes fases de seu desenvolvimento. Tais dados deverão ser considerados com ressalvas na medida em que não se pode compará-los com resultados experimentais onde é possível um melhor controle de variáveis.

Na espécie humana, nas condições patológicas que simulam esses achados experimentais, não foram descritas alterações anatômicas; identificando-se, tão somente, diferenças de comportamentos que, acredita-se, relacionadas com ação desses esteróides no cérebro.

Essa ação sobre o cérebro poderia se fazer de duas maneiras:

- 1 – Ação organizadora.
- 2 – Ação ativadora.

As ações organizadoras seriam aquelas decorrentes da atuação dos hormônios sobre o sistema nervoso central, em sua fase de desenvolvimento.

São ações permanentes e ocorrem em períodos precoces do desenvolvimento (pré-natal e neonatal). Embora os hormônios atuem muito brevemente seus efeitos repercutem pelo resto da vida do animal.

São essas ações organizacionais que explicam a possibilidade de determinado hormônio, agindo sobre o cérebro, determinar as diferenças de comportamento entre os seres masculino e feminino.

Estes efeitos ainda não foram clarificados o suficiente em relação aos primatas e os homens. Para alguns parece altamente provável que influenciem o comportamento sexual tardio, tipo dimórfico, isto é, um comportamento masculino e feminino variável segundo diferenças anatômicas descritas modernamente no cérebro de homens e mulheres normais.

Um segundo tipo de ação dos hormônios sobre o comportamento sexual seria decorrente de sua ação ativadora.

Os efeitos ativadores seriam aqueles correspondentes a ação dos hormônios na fase pós-natal durante as diversas etapas de desenvolvimento dos indivíduos ao longo de vida.

As ações ativadoras são, na maioria das vezes, temporárias aumentando ou diminuindo de acordo com as variações dos níveis de hormônio e, geralmente, ocorrendo em animais maduros. Um exemplo são as ações dos esteróides ao longo do ciclo estral dos roedores. Na espécie humana um dos mais expressivos exemplos é o ciclo menstrual.

Finalmente devemos considerar que a ação dos esteróides poderá interferir nas três fases da resposta sexual humana.

Assim poderemos observar situações que interferem na identidade de gênero.

Um exemplo expressivo se dá durante o desenvolvimento de mulheres com hiperplasia supra-renal congênita (HSC).

Nessas mulheres as alterações da identidade de gênero incluem:

- uma forte e persistente identificação com o sexo oposto;
- o desejo de ser ou a insistência de que já é do outro sexo;
- um persistente desconforto com seu sexo civil e com o papel de gênero com ele relacionado.

O fato de que somente alguns casos de HSC apresentam disfunções de identidade de gênero faz supor que os altos índices de androgênios pré-natal sejam um fator facilitador, mas não necessariamente determinante da estruturação do indivíduo. Afinal, existem situações em que o sexo civil é questionado pelo indivíduo sem que seja identificada nenhuma maior exposição a níveis altos de androgênio.

Há situações que nos fazem refletir sobre a influência dos hormônios sobre o chamado papel de gênero.

Apesar das dificuldades em se estabelecer precisamente quais seriam esses papéis acaba-se por aceitar que existem diferenças de comportamentos ligados aos papéis de gênero. Exemplo: tipos de jogos juvenis; desenvolvimento de certas habilidades cognitivas (rotação mental, percepção espacial, capacidade de resolver problemas de matemática, fluência verbal, velocidade e acurácia perceptual); características de personalidade (agressividade, maternagem); manifestações de assimetria neural (preferência de mão; lateralização de linguagem).

Meninas que durante o desenvolvimento embrionário foram expostas a progesterona androgênica mostraram um aumento de interesse por jogos masculinos, brinquedos masculinos, e jogos violentos. Já aquelas expostas a progesteronas antiandrogênicas (acetato de medroxiprogesterona), não apresentaram.

Finalmente devemos considerar as situações que influenciam a orientação sexual.

Há “experimentos de natureza” que sugerem a participação dos hormônios na estruturação da orientação sexual, embora pareça que o mecanismo é mais de contribuição do que de determinação deste fator.

Um estudo clássico comparou um grupo de 30 mulheres que estiveram na fase pré-natal expostas ao dietilestilbestrol (DES) comparadas com outras 30 que não haviam sido expostas (obtidas nas mesmas clínicas ginecológicas). Os resultados sugerem que o DES está relacionado a aumento da bissexualidade ou homossexualidade feminina. Aproximadamente 24% das mulheres expostas aos DES (em contrastes com 0% das não expostas) tiveram ao longo da vida fase de homo ou bissexualismo.

A influência dos esteróides foi também observada entre indivíduos geneticamente masculinos.

Como se sabe, a deficiência de enzimas necessárias a síntese androgênica (5 α -Redutase e 17 β -Hidroxiesteroide desidrogenase) pode levar a pseudohermafroditismo masculino.

Em ambas síndromes, o aspecto do indivíduo no nascimento é mais feminino que masculino. Entretanto se os testículos não são removidos, estes indivíduos, na puberdade, tendem a desenvolver identidade, papel e orientação masculina.

Quanto à ação dos esteróides sobre o corpo em geral não se pode esquecer do desenvolvimento de caracteres sexuais fenotípicos e sua conseqüente importância na imagem corporal. Há que se considerar também ação dos androgênios no desenvolvimento de massa muscular e conseqüentemente aumento da força física.

Em relação à genitália, além de sua óbvia função diferenciadora, os esteróides, especificamente estrogênios, atuam sobre a genitália feminina determinando um aumento do fluxo sanguíneo local, da estratificação epitelial, da capacidade de transudação e da elasticidade vaginal, do trofismo muscular e da sensibilidade local.

2. Utilização de esteróides nas disfunções sexuais femininas

Finalmente cabe algum comentário quanto à utilização terapêutica dos esteroides nas disfunções sexuais femininas

Estrogênio

Entre os animais a atratividade está condicionada a níveis de estrogênio (odores e aparência vulvar). Durante o cio, por exemplo, observam-se modificações circumpereais (pele sexual) nas macacas e nas fêmeas dos gorilas.

Nas mulheres, ainda que não se possa estabelecer uma receptividade como a observada entre os animais, podemos afirmar que os estrogênios são elementos importantes para a manutenção do trofismo vaginal normal.

Androgênios

Os androgênios são substâncias com propriedades virilizantes, porém, apesar do nome (andro = masculino; gênio = produzir), se acredita que tenha também uma ação na sexualidade feminina.

A intensidade dessa influência é incerta e merece investigação mais consistente, porém já se pode afirmar que atua afetando a libido, o estado de ânimo, as funções cognitivas, a densidade óssea e o comportamento.

Considera-se que a concentração normal de testosterona circulante nas mulheres 10 a 100 ng/dl equivalente a uma décima parte dos níveis dos homens (200 a 1200ng/dl). Esses hormônios, nas mulheres, seriam produzidos pelos ovários e glândulas supra-renais, assim como pela conversão periférica da androstenediona também produzida por esses órgãos.

A diferença dos estrogênios, os níveis de testosterona não diminuem drasticamente com a menopausa natural; havendo mesmo uma leve elevação desses hormônios em função de um estímulo pelos níveis mais altos de LH. Com a instalação da menopausa, esses níveis tendem a declinar lentamente sendo que, em algumas vezes, se pode falar de uma síndrome de *deficit* androgênico feminino. Há provas de que mulheres que se submeteram à castração médica (radioterapia) ou cirúrgica, podem apresentar um déficit de testosterona.

Alguns trabalhos sugerem que a testosterona pode influir no comportamento físico de cada sexo. A testosterona estaria relacionada a um comportamento mais viril.

Assim, por exemplo, um estudo sobre a testosterona e ciclo menstrual encontrou uma débil associação entre a testosterona e estilo de vida. Mulheres com um nível de testosterona mais alto eram dadas a desenvolver uma carreira e eram menos ajustadas ao estereotipo de mulheres casada e feliz.

Mas o maior interesse das pesquisas se liga a possível relação entre a testosterona e o desejo sexual.

Embora pareça que a libido depende de muitos fatores emocionais, existe uma certa evidência de que a testosterona desempenha um importante papel agindo em áreas do cérebro ligadas ao comportamento sexual e emocional.

Alguns trabalhos já na década de 70 relacionaram o aumento da atividade sexual das mulheres a uma elevação dos níveis de testosterona no pico de LH no ciclo menstrual embora outros tenham negado essa relação.

Várias pesquisas relacionam um aumento do desejo sexual em mulheres conseqüente ao uso de testosterona.

Uma das razões pelas quais esse tratamento não tem sido mais difundido são as conseqüências de virilização (insulinismo, acne, calvície tipo masculino, aumento do clitóris, alteração da voz).

Para combater a falta de desejo também tem sido utilizado a DHEA (dehidroepiandrosterona, um hormônio produzido pela glândula supra-renal e, nos homens, também nos testículos) e o SDHEA (sulfato de dehidroepiandrosterona). Em alguns países nem sequer é considerado um medicamento, sendo vendido livremente como complemento alimentar.

Há um problema ainda não resolvido na prática que dificulta a análise dos resultados da utilização de androgênio na resposta sexual feminina. Trata-se da baixa sensibilidade dos atuais ensaios disponíveis para medir os níveis

de androgênio que como se sabe, foram desenvolvidos para aferir os níveis de androgênios masculinos 10 vezes mais elevados que o encontrados nas mulheres. Isso dificulta o diagnóstico laboratorial da insuficiência androgênica na pós-menopausa ou mesmo em qualquer outra fase da vida, razão pela qual o diagnóstico desta condição tem sido por avaliação das queixas clínicas das mulheres.

Muitos autores afirmam que a ooforectomia bilateral nas mulheres em pré-menopausa determina alterações endócrinas abruptas, privando-as, não somente de sua fonte folicular de estrogênio, como também dos androgênios provenientes do estroma ovariano. Na verdade, não existem estudos de controles adequados sobre os efeitos dessa cirurgia sobre a sexualidade feminina. Alguns autores acham que os melhores resultados obtidos na recuperação da libido em mulheres que sofrem castração, seja a associação de estrogênio + testosterona. Estudos recentes sugerem a utilização terapêutica da testosterona em duas circunstâncias: mulheres que tenham sofrido castração e mulheres com níveis de testosterona abaixo do nível funcional crítico. Isso melhoraria o desejo sexual, o estado de animo, o bem estar, a função cognitiva e a densidade óssea.

Progestagenios

A progesterona permanece, sob o ponto de vista de sua ação sobre o comportamento sexual feminino, com um enigma.

Seus efeitos podem variar, como na maioria das funções fisiológicas, de acordo com a proporção de estrogênio. Em algumas ocasiões funcionaria como um potente antiestrogênico, inibindo o interesse sexual.

Cuidadosos estudos sobre terapêutica estrogênica substitutiva, afirmam ter observado uma melhora no ressecamento vaginal e no interesse sexual, enquanto que, ao acrescentar progesterona, obteve um efeito inibitório.

Há quem defenda o uso de alguns tipos de progesterona com leve ação androgênica (NETA) como capaz de atuar favoravelmente na libido feminina.

3. Conclusões

A utilização terapêutica dos esteroides deverá ser cautelosa em relação aos androgênios tanto no sexo masculino como no feminino, tem sentido como terapia tópica em mulheres em relação aos estrogênios e pouco ou nenhum sentido em relação a progesterona.

CONFERÊNCIA: “CARDÁPIO SEXUAL”:
UM NOVO TRATAMENTO BASEADO
NO ‘PENSAR EM SEXO’ PARA MULHERES
COM DESEJO SEXUAL HIPOATIVO (HSDD)

“CARDÁPIO SEXUAL”: UM NOVO TRATAMENTO BASEADO NO “PENSAR EM SEXO” PARA MULHERES COM DESEJO SEXUAL HIPOATIVO (HSDD)

Jaqueline Brendler¹

“SEXUAL MENU”: A NEW TREATMENT BASED ON ‘THINKING OF SEX’ FOR WOMEN WITH HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER (HSDD)

Resumo: A autora propõe para mulheres com Desordem do Desejo Sexual Hipativo (HSDD) de todas as etiologias um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” através da criação de um “Cardápio Sexual”, um “Repertório de cenas eróticas”. O “Cardápio Sexual”, aqui descrito, será confeccionado principalmente a partir de filmes e livros com algum conteúdo sensual ou erótico e serão parte integrante dos “temas-de-casa” da psicoterapia da linha Cognitiva Comportamental. Ao pensar nas cenas do “Cardápio Sexual”, várias vezes ao dia, durante o tratamento, será criado o hábito de pensar positivamente em sexualidade, o que facilitará a receptividade ao parceiro e a criação de oportunidades sexuais, motivadas pela situação “erótica da mente”.

Palavras-chave: Disfunção do desejo sexual; Filmes/livros eróticos; Tratamento.

Abstract: The author proposes, for women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) of all etiologies, a new treatment based on “thinking of sex” through the creation of a “Sexual Menu”, a “Repertoire of erotic scenes”. The “Sexual Menu” hereby described will be built mainly from films and books with some sensual or erotic content, and will be an integral part of the “homework” of Behavioral Cognitive psychotherapy. Thinking about scenes of the “Sexual Menu” several times a day during the treatment will create a habit of thinking positively about sexuality, which will allow easier

¹ Médica. Terapeuta Sexual. Presidente da SBRASH (biênio 2003-2005). Membro do Comitê de Ética da FLASSES (2004-2008). Membro do Advisory Committee of the World Association for Sexual Health (2005-2009)
e-mail: jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

receptiveness to the partner, as well as the creation of sexual opportunities, driven by the “mind’s erotic situation

Keywords: Sexual desire dysfunction; Erotic films/books; Treatment.

Introdução

A definição atualmente aceita para Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) é a persistente ou recorrente deficiência (ou ausência) de fantasias/pensamentos sexuais, e/ou desejo para receptividade à atividade sexual e que causa angústia (2).

Em um artigo de revisão, a incidência da Desordem do Desejo Sexual varia de 5% (Ventegodt, 1998) a 46% (Chiechi et al, 1997) (34). No Brasil, em uma pesquisa realizada com 1219 mulheres brasileiras, a falta de desejo sexual foi relatada por 26.7% delas (1).

Sabemos que o desejo sexual obedece a um controle bimodal, ou seja, há excitantes sexuais e supressores sexuais. Podemos dizer que há excitantes sexuais fisiológicos (testosterona, dopamina, estimulação física e genital) e psicológicos (parceiro(a) atraente, estimulação erótica, fantasia sexual, amor/paixão, ritual de sedução) e ainda podemos citar a vivência de sexualidade saudável (19), como os mais freqüentes. Há supressores sexuais fisiológicos (desordem hormonal-diminuição da testosterona livre e aumento da prolactina, efeito colateral de medicações, depressão) e psicológicos [(parceiro não atraente, pensamentos e emoções negativas sobre a sexualidade, stress ou raiva do(a) parceiro(a)] ainda podemos citar os conflitos conjugais, a vivência de uma sexualidade disfuncional (19) e, para mulheres a falta de identificação com “a mulher sexuada”.

É importante que se faça o diagnóstico da etiologia da HSDD, pois o conflito de origem deve ser resolvido. Destaco como novo fator etiológico a falta da identificação com a fêmea, com a “mulher sexuada”. A falta dessa identificação pode ser atribuída à educação repressora que ensinou as meninas a perceberem sexo como algo repulsivo, negativo, feio e pecaminoso e a hipervalorizar o papel de mãe e atualmente o papel profissional (8) em detrimento do papel da mulher sexuada. Para remover essa causa será necessário ressignificar a sexualidade através de psicoterapia (10, 11) na qual proponho o uso da linha Sistêmica associada à Cognitiva Comportamental, assim a paciente irá entender os valores da sua “casa de origem” em relação à sexualidade, o seu histórico afetivo e sexual, desfazer mitos e crenças sexuais, mudar a sua visão, percepção e os sentimentos em relação à sexualidade.

No tratamento da HSDD, usando a linha Cognitiva Comportamental, pode-se lançar mão de técnicas do tipo proibir o coito, usar a focagem das sensações Grau I e II, tratar a outra disfunção sexual existente e que é a causa primária da diminuição do desejo, usar o treino e partilha de fantasias, quebrar a rotina do relacionamento e permitir o coito “não-exigente” (18, 22).

Além das técnicas acima descritas e do *Cardápio Sexual*, no tratamento da disfunção do desejo sexual feminino, proponho no trabalho com o casal: 1) O investimento em si mesmo: 1a) estar em constante estado de crescimento, ser admirável; 1b) Não descuidar da aparência física. 2) Investir no relacionamento: 2a) Tentar ouvir o outro como também iniciar e manter o diálogo; 2b) Criar tempo disponível para o relacionamento; 2c) Mudar o lugar do encontro erótico. 3) Investir no outro: 3a) Estar atento para as necessidades, os desejos e os interesses do outro; 3b) Estimular e validar o comportamento do outro. Algumas vezes, como um recurso durante a terapia sexual sugiro /recomendo assistir em casa à filmes didáticos (“Como atingir o Orgasmo” – *Becoming Orgasmic* do Sinclair Intimacy Institute; *Treating Vaginismus*, da Focus international; *Sex a lifelong pleasure – Erectin*, da Focus interantional; *You can last longer – Solutions for ejacutary control* do Sinclair Intimacy Institute) visando o entendimento das outras disfunções sexuais ou técnicas de tratamento e filmes instrutivos (*Harmonie; Sensualité et Pairsir* da LCJ éditions).

Materiais e Métodos

No *Cardápio Sexual*, o tratamento é baseado no “pensar em sexo” através da criação de um repertório de cenas eróticas elegidas pela mulher (10, 11). Este método é utilizado em minha clínica privada, desde 1998, no tratamento de mulheres com HSDD. A seguir descreverei as etapas de sua aplicação.

Para ajudar a mulher a descobrir a sua listagem de cenas eróticas, o terapeuta sugere uma lista de filmes, com 2 a 3 cenas de sexo e/ou uma lista de livros com algum conteúdo sensual /sexual (10, 11).

Etapas: A mulher é instruída a melhor administrar a sua agenda diária, a fim de escolher ou criar um espaço de tempo, no qual esteja relaxada e sozinha, para que faça uso do material sugerido, sem pressa. Se estiver utilizando um filme, ela deverá, ao final, rebobinar e olhar, isoladamente, as cenas sensuais/sexuais. Se for escolhido um livro, ela deverá pensar, também de forma isolada, nos parágrafos que têm um conteúdo erótico. Ela anotará as cenas dos filmes/os parágrafos dos livros de que gostou. Exemplo: Filme:

“*O amante*” – cena 1. Desse modo, ela criará uma lista pessoal que contém cenas/parágrafos com conteúdo sensual/sexual que lhe agradam.

No contrato terapêutico usual é estabelecida 1 sessão por semana, com 1 hora de duração, além da realização dos temas-de-casa pela paciente e pelo casal (técnicas da terapia sexual citadas na introdução). Todos os sentimentos, os conflitos, as dificuldades e os progressos serão discutidos durante a psicoterapia (11). As interpretações e percepções dos filmes/livros também são relatadas e trabalhadas nas sessões terapêuticas.

Etapa 2: Ela recorrerá ao *Cardápio Sexual* listado e os verá/lerá, repetidamente, durante as tarefas realizadas em casa, enquanto a psicoterapia prossegue (10, 11). Posteriormente, para facilitar a memorização das cenas, que é imprescindível para que a próxima Etapa seja realizada (Etapa 3), é sugerido à mulher, após ver a cena erótica no filme ou ler a cena no parágrafo do livro, fechar os olhos e tentar imaginá-la, como também “imaginar-se como uma participante da cena”. Quando essa tarefa for difícil, ela tem o recurso de abrir os olhos, fazer uso do material e, posteriormente, novamente tentar memorizar as cenas. Quando a mulher tiver 2 ou 3 horas para se dedicar aos temas-de-casa, ela verá um novo filme/ lerá um novo capítulo do livro (Etapa 1), continuando a pesquisa de novas cenas sensuais/sexuais e, quando houver menos tempo disponível, ela fará uso das cenas já escolhidas (Etapa 2).

Etapa 3: A paciente pensará, várias vezes, durante o seu dia/noite, nas cenas eróticas escolhidas e que compõem o seu “cardápio sexual” (10, 11). Essa etapa é de uma complexidade maior. O terapeuta poderá sugerir horários, para a mulher “pensar no Cardápio Sexual”, o que facilitará o desenvolvimento do hábito de “pensar em sexualidade” (11). Sabemos que a introdução de novos hábitos na vida das pessoas é difícil. Por esse motivo, como técnica instruo a paciente, inicialmente, a fazer uso do seu repertório de cenas escolhidas 3 vezes ao dia nos horários das 11h, 16h e 21h, escolhidos aleatoriamente, servindo como instrumento para a lembrança da paciente do compromisso assumido de pensar em sexualidade.

O *Cardápio Sexual* também pode ser realizado alternando os filmes sensuais/sexuais com os de romance ou usando unicamente esses, em alguns casos. Quanto ao uso do material, na maioria das vezes, início sugerindo os filmes listados nas categorias 1 e 2 abaixo, pois inicialmente a maioria das mulheres com HSDD não sabem mencionar o que pode lhes parecer mais agradável. É imprescindível saber se há alguma preferência da paciente; algumas lembram de, no passado, terem tido desejo sexual ou ficado excitadas com algum material específico, o que indica o seu uso e que irá facilitar o desenvolvimento do *Cardápio Sexual*.

A seguir, descrevo uma listagem parcial de filmes e livros, dividida em categorias, sugerida às pacientes durante a realização do *Cardápio Sexual*, sendo que os filmes que têm homônimos possuem o seu diretor mencionado:

1) Filmes eróticos ou com 2 a 3 cenas de sexo: *O Amante*, do diretor Jean Jacques Annaud; *Romance X*; *Sensual Demais*; *Contos proibidos do Marquês de Sade*; *Delta de Vênus*; *Em nome de Deus*, do diretor Clive Donner; *Perdas e Danos*; *Lua de Fel*; *Um toque de sedução*, do diretor Zalman King; *O paciente inglês*; *O amante de Lady Chatterlein*; *Instinto selvagem*; *Orquídea selvagem*, do diretor Zalman King; *Terapia do prazer*; *Carrington – dias de paixão*; *Mais forte que o desejo*; *Kama Sutra*, da diretora Mira Nair; *Zandalee – Uma mulher para dois homens*; *Lolita*, de Adian Lyne; *9 ½ semanas de amor*; *Assédio sexual*; *De olhos bem fechados*; *Um copo de cólera*; *Entre as pernas*; *Tolerância*; *As idades de Lulu*; *Pecado original*; *Infidelidade*, do diretor Adrian Lyne; *O centro do mundo*; *Mata-me de prazer*; *Femme Fatale*; *Iniciação sexual de “Oh”*; *O Tédio*; *Uma linda mulher*; *O Piano*; *O homem que copiava*; *Desejos secretos*; *Sem vestígios*; *Lilá Diz*, do diretor Ziad Doueiri; *8 mm Nº 2*; *O insaciável Marquês de Sade*; *Emmanuele*, do diretor Just Jaeckin e outros da série do mesmo nome.

2) Filmes com algum conteúdo romântico: *Titanic*; *Beleza roubada*; *Toque de pele*; *Razão e Sensibilidade*; *Don Juan de Marco*; *As Pontes de Madison*; *Entre dois amores*; *A pele do desejo*; *A época da inocência*; *Alguém tem que ceder*; *Sabrina*, do diretor Sydney Pollack; *Shakespeare Apaixonado*; *Um lugar chamado Nothing Hil*; *Alta fidelidade*; *Frida*, da diretora Julie Taymor; *Proposta Indecente*; *Tudo por amor*; *Dicionário de Cama*; *Ghost – do outro lado da vida*; *Dom*; *O Guarda-Costas*, do diretor Mick Jackson.

3) Livros com conteúdo erótico forte: *Perdas e Danos*, de Josephine Hart, Ed. Record; *Cem escovadas antes de ir para a cama*, de Melissa Parnello, Ed. Objetiva; *Lúxuria – A casa dos budas ditosos*, de João Ubaldo Ribeiro, Ed. Objetiva; *No cio*, de Syang, Clio Editora; *A vida Sexual de Catherine M.*, de Catherine Millet, Ediouro; *O amor natural de Carlos Drummond de Andrade*, Editora Record; *A mulher sensual*, de Joan Garrity, Editora Record; *No Jardim do desejo*, de Wendy Maltz e Susie Boss, Editora Mandarin; *Confissões eróticas*, de Iris e Steven Finz, Editora Record; *Porno Pop Pocket*, de Paula Taitelbaum, da L&PM Editora; *Cartas de um sedutor*, de Hilda Hilst, Editora Globo.

4) Livros com conteúdo romântico ou erótico leve: *Romeu e Juleita* de Willian Shakespeare, L&PM Editora, *Cem Sonetos de Amor*, de Pablo Neruda, da L&PM Editora.

Às pacientes, é mencionado que não há uma cena de filme ou de livro que agrade ou desagrade a todas, contudo, à medida que o tratamento se desenvolve, a maioria acaba descobrindo muitas cenas que lhes interessam de modo especial.

Digo às pacientes com HSDD que para todas as mulheres tão importante quanto a celebração sexual é se preparar para ela, ou seja, pensar no *Cardápio Sexual* antes do encontro a dois, sem expectativa que algo semelhante aconteça no encontro sexual real, e sim com o objetivo de mudar o estado da sua mente que passará da neutralidade sexual para um “estado erótico”, facilitando não só o desejo sexual, mas toda a sua resposta sexual. Realizando mais essa tarefa proposta, a mulher tem chance de descobrir o quanto o pensamento afrodisíaco pode desencadear o desejo sexual.

A paciente é instruída para que realize o *Cardápio Sexual* sozinha, para que as cenas sensuais/sexuais tenham mais possibilidade de causar algum efeito agradável, pois não haverá chance de ela ser pressionada para transar durante ou após o fim do temas-de-casa.

O parceiro sexual não participa do *Cardápio Sexual* em si, contudo, durante a terapia sexual, ele é esclarecido da técnica. Percebo que para aqueles parceiros que tem desejo sexual e pensam várias vezes ao dia em sexualidade, é freqüente apoiarem e incentivarem (sugerindo filmes e livros) pois percebem que a parceira raramente pensa em sexualidade durante o dia. Em dado momento do tratamento é comum surgir o questionamento se, após a mulher ver o filme inicialmente só, ela pode ver com o parceiro. Quando esta pergunta é realizada pela mulher, geralmente é feita por dois motivos principais, a saber: 1) para amenizar a culpa de excluir o(a) parceiro(a) da realização do cardápio; 2) desejar ver o filme, ler o livro junto com ele/ela (esta segunda motivação ocorre quando o tratamento começa a dar seus primeiros resultados, iniciando a desencadear o desejo sexual). A técnica do “partilhar fantasias” com os(as) parceiro(a)s é permitida quando for sugerida pela paciente.

Eu adoto a avaliação objetiva da terapia sexual como proposta por Cavalcanti & Cavalcanti através da “quantificação do problema”, usando a Taxa de Resposta Apetitiva que vai de 1 a 10 (13), desde o início do tratamento, durante o uso do *Cardápio Sexual* e também realizo a Avaliação subjetiva do problema, que me dirá, entre outros tópicos, as expectativas que a mulher tem do tratamento que servirá, quando não irreais, como objetivo a ser alcançado para que ela se sinta adequada consigo mesma, como também no contexto diádico.

Um dos motivos que pode diminuir o sucesso do *Cardápio Sexual* é o fato de mulheres não seguirem adequadamente a técnica, isto é, ao final da tarefa não rebobinarem e não rerelem isoladamente as cenas sensuais/sexuais, pois fazem uso delas do modo antigo, anterior à terapia sexual. O terapeuta sexual deve estar atento a isso, numa situação de resposta lenta ou não eficaz ao *Cardápio Sexual*.

Discussão

A desordem do desejo sexual tem uma alta prevalência em mulheres e há três anos, na estatística da minha clínica privada, é o diagnóstico mais comum, superando a disfunção do orgasmo que ocupou por mais de 10 anos a liderança. No Brasil, uma pesquisa realizada com 1219 mulheres de 18 anos ou mais, cuja média de idade foi 35.6 anos, a falta de desejo sexual foi a disfunção sexual mais freqüente, numa incidência de 26.7% (1). Mesmo em grupos não tão freqüentes, como na amostra de 32 casais, do meu consultório, nos quais a mulher tinha Desejo Sexual Hipoativo (DSH) e o parceiro também possuía uma disfunção sexual, a média de idade ficou em 38 anos e 7 meses(9), achado concordante com a literatura, que desmistifica, um pouco, a idéia de que principalmente mulheres na meia idade sofrem dessa desordem sexual.

Para 13.882 mulheres acima dos 40 anos, de 29 países dos 5 continentes, que participaram do *Estudo Global sobre Atitudes e Comportamentos Sexuais*, o diagnóstico de falta de interesse em sexo foi associado à crença de que o envelhecimento reduz o desejo sexual, a pensar sobre sexo de modo infreqüente, à depressão, a baixas expectativas sobre o futuro do relacionamento e a sexo infreqüente (21) e 76% dessa enorme amostra concordam que “sexo satisfatório é essencial para manter o relacionamento” (29). Para essas mulheres a falta de interesse sexual foi o problema sexual mais comum, sendo prevalência média, entre os 29 países, de 32% (30). No Brasil, que participou dessa pesquisa, a falta de desejo sexual para 728 mulheres ficou como a segunda queixa sexual, na prevalência de 22.7% (31). Considerando o total de 1.200 pessoas entrevistadas, no Brasil, no *Estudo Global sobre Atitudes e Comportamentos Sexuais*, em números divulgados pelo Laboratório Pfizer, os homens relataram pensar muito mais sobre sexo do que as mulheres; 46,7% dos homens responderam que pensam em sexo pelo menos uma vez por dia; 49,6% algumas vezes por mês/algumas vezes por semana e 3,7% pensa em sexo menos que uma vez por mês/não pensam. 8,1% das mulheres relataram pensar pelo menos uma vez por dia em sexo; 53,6% delas pensam algumas vezes por mês/algumas vezes por semana e 38,3% pensa em sexo menos que uma vez por mês/não pensam (35).

Sabemos que o desejo sexual pode ser desencadeado por inúmeras vias, no entanto, no tratamento inicial, de uma mulher com HSDD, não podemos principalmente usar o tato, o jogo sexual e o coito, pois ela poderia sentir-se pressionada a responder sexualmente ou até violentada (11), o que diminuiria ainda mais o desejo sexual. O *Cardápio Sexual* usa apenas o pensar e o envolver-se com sexualidade e romance para o resgate do desejo sexual.

Os filmes aqui citados como didáticos, instrutivos e outros similares aos listados como sugestão do *Cardápio Sexual*, bem como os livros possuem a sua utilidade bem documentada na literatura. Em 74% de 610 profissionais, a maioria terapeutas, profissionais da saúde (médicos e enfermeiras) e uma minoria composta de sexólogos, relataram terem usado material de sexualidade no seu trabalho, sendo que a primeira maior utilidade, em 33%, foi em educação sexual para crianças e adolescentes, em 20% no tratamento de disfunções sexuais ou parafilias, e em 19% para dar permissão sobre sexualidade em geral ou mais especificamente para reduzir ansiedade, culpa e vergonha (32). Em uma pesquisa com 1.292 estudantes do primeiro ano da universidade, pessoas mais religiosas, quando comparadas às menos religiosas, tinham se exposto menos a quase todos os tipos de materiais sexuais e os desaprovavam. Esses estudantes relataram ter mais fantasias sobre intercurso sexual heterossexual e tinham praticado menos coito, como também mencionaram curtir menos os intercursos sexuais heterossexuais ou de lésbicas ou sexo oral (28).

Os filmes eróticos são o material mais utilizado, em laboratório, nas pesquisas de fatores etiológicos e das possíveis novas drogas (23, 24, 25, 26, 27, 33) para o tratamento da disfunção da excitação sexual. Eles passaram a ser empregados amplamente como temas-de-casa, pelos terapeutas sexuais, após a popularização do vídeo caseiro. Os autores Julia Heiman, Leslie LoPiccolo e Joseph LoPiccolo escreveram o mais conhecido livro dirigido ao público leigo para o tratamento da anorgasmia e recomendavam uma série de livros, ao mesmo tempo que mencionam ser a literatura erótica um recurso capaz de levar as mulheres a um estado de espírito favorável à intensificação dos sentimentos de prazer erótico(16). Na maioria dos artigos e livros publicados sobre o assunto, à mulher é sugerida, a associação da auto-estimulação do genital, como parte do tratamento da disfunção da excitação sexual e do orgasmo. O *Cardápio Sexual* é o primeiro relato da literatura sexológica a usar filmes/ livros para a disfunção do desejo sexual em mulheres e é baseado unicamente no pensar em sexualidade ou romance, o que também difere dos tratamentos acima expostos. Contudo a paciente é livre para efetuar a masturbação, o que somente poderá acontecer após uma melhora no quadro do Desejo Sexual Hipoativo. De acordo com o sistema circular de resposta sexual feminino descrito por Rosemary Basson, o desejo sexual acontece simultaneamente com a excitação sexual subjetiva ou freqüentemente é posterior a esta, o que facilita o entendimento da eficácia do *Cardápio Sexual* (3, 4, 5, 6, 7, 12).

Há alguns séculos é sabido que a literatura erótica provoca excitação sexual, sendo que este “conhecimento” é apreendido de forma velada ou explícita, no caso de estudos específicos ou artigos publicados em periódicos voltados

à população. Caso de uma pesquisa realizada com 78 mulheres que divulga que leitoras de romances eróticos têm relações sexuais duas vezes mais frequentes que o grupo de não-leitoras, como também que elas usam fantasia sexual como um complemento para o intercuro sexual, enquanto que não-leitoras raramente ou nunca fazem, relatam esse uso (14). No Brasil, desde 1978, a editora Nova Cultural que publica a *Série Romances*, caracterizada por revistas e romances de bolso, a preços acessíveis, com histórias de “final feliz”, sendo *Sabrina sensual* e *Mirrelle* as de conteúdo mais fortemente erótico, vende 4 milhões de exemplares por ano. Ela e a sua principal concorrente, a editora canadense Harlequin, dominam o mercado e fornecem fantasia para muitas brasileiras. Harlequin menciona que, no Brasil, as mulheres não aprovam, na tradução dos romances, algumas palavras e verbos do tipo: *peitos, gemidos, excitada, agarrar*; preferindo *seios, suspiros, com desejo, enlaçar*, isto é, não são tão liberais quanto a imagem vendida no exterior (36). Lígia Dumont, na sua tese *O Imaginário Feminino e os Romances Publicados em Série*, conclui em suas pesquisas que existem benefícios com esse tipo de leitura, como o desenvolvimento da criatividade e a liberação da libido, entre outros (15).

Sobre o uso do romance a fim de desencadear a excitação e o desejo sexual, penso que a mulher, em função do nosso padrão cultural repressor, tem dificuldade com a sexualidade mais explícita, por isso a necessidade de revestir o sexo com o invólucro do amor, o que é proporcionado por romances e filmes. O “sexo romanceado” permite que as mulheres se deixem levar sensual e eroticamente, com mais facilidade, uma vez que o amor é percebido como nobre e respeitável. Outro motivo é que o romance de filmes e de livros, que possuem nas estórias a familiar conexão do afeto com a sexualidade que lhes foi valorizada, desde criança, naturalmente é capaz de reativar e de realimentar o desejo e a excitação sexual. Há também um grupo muito menor de mulheres disfuncionais que, após o desejo sexual despertar, migram para os filmes pornográficos.

Kaplan cita que a habilidade de criar uma realidade virtual, a fantasia sexual, em nossa mente é um estonteante passo evolucionário, pois para todos os outros animais a motivação sexual é incitada somente pela percepção do real parceiro sexual (19).

Importantes autores citam que cenas de filmes ou de livros podem ser uma das muitas fontes para a criação de fantasias sexuais (19, 22). Os autores de *Descobrendo o prazer* dizem que as fantasias sexuais são umas das maneiras de atingir o prazer sexual que é envolver-se com o corpo e com a mente (16).

Fantasia sexual e desejo sexual se fundem freqüentemente. Pessoas com baixos níveis de desejo sexual têm tipicamente poucas fantasias sexuais e amiúde se beneficiarão de tratamento que as ajude a formar fantasias positivas(22).

A disfunção do desejo faz essas mulheres declararem que “eu viveria muito bem sem sexo” com ele que é uma ótima pessoa ou “sexo, para mim, não precisaria existir”. São freqüentes os pensamentos de cobranças do tipo “eu não consigo deixar a transa iniciar”, “não gosto de sexo, mas parece que todas as outras mulheres gostam”, “eu o estou privando de ter vida sexual ativa” ou “tá na hora de bater o ponto, pois já faz 20 dias da última transa”. Esse imaginário nada erótico das mulheres com HSDD, durante o tratamento, será substituído e povoado por cenas do *Cardápio Sexual*, tornando-o mais enriquecido sexualmente.

Sobre a sugestão de pensar no *Cardápio Sexual* antes do encontro a dois, a fim de passar a mente da neutralidade sexual para um “estado erótico”, ela tem respaldo na literatura, pois Kaplan já sugeria o uso da fantasia sexual para levar os pacientes a um “humor erótico” anterior à abordagem do(a) parceiro(a) (19).

Há estudos que relatam um sucesso maior em provocar excitação sexual se os filmes forem selecionados por indivíduos do seu próprio gênero(17) e para mulheres, outros autores mencionam filmes por elas produzidos (19, 20). O “imaginar-se ela mesma como uma participante” citado na Etapa 2, do *Cardápio Sexual*, é relatado na literatura contribuir para excitação sexual (17). Os filmes/livros, quando propostos com temas-de-casa, na linha Cognitiva Comportamental, podem também facilitar a catarse e a identificação; facilitar a reflexão e o entendimento de todos esses fatores são muito úteis no tratamento de mulheres com HSDD, desde que o(a) terapeuta sexual conheça o material previamente, caso contrário o tratamento do *Cardápio Sexual* terá menos chance de ter um resultado satisfatório, pois ele(a) irá trabalhar com menos recursos do que a técnica permite.

Fantasias sexuais vêm a tona durante a realização do *Cardápio Sexual*. A técnica de partilhar as fantasias com o parceiro, que consiste em falar sobre elas ou sobre a sua realização parcial ou completa (19, 22), costuma ser permitida quando for sugerido pela paciente, sendo a situação de terapia sexual de casal a situação ideal para o seu desenvolvimento, pois o(a) terapeuta, anteriormente à permissão do uso da técnica, tem melhores condições de avaliar o(a) parceiro(a) sexual e a assertividade do casal.

A mulher livre da pressão de transar com o parceiro, pois o coito foi proibido e motivada pelo hábito de pensar e de se envolver mais com sexualidade e romance, no seu dia-a-dia, vai tornando-se mais sensual. Posteriormente, relatará que percebe as abordagens sexuais do parceiro com mais interesse e não raramente irá desobedecer à proibição de ter coito. Esse novo comportamento, mais sensual-sexual aumentará a sua auto-estima, deixando-a mais confiante no seu papel de mulher sexuada.

A maioria dos sexólogos considera que houve o resgate do desejo sexual se a mulher entrar na maioria das relações sexuais por desejo sexual e não apenas para agradar ao parceiro, o que gera muito sofrimento. Rosemary Basson cita que muitas mulheres saudáveis serão motivadas por ganhos não sexuais do tipo aumentar a intimidade com o parceiro, o que considera uma forma comum de iniciar atividade sexual, no seu ciclo alternativo de resposta sexual feminina (3, 4, 5, 6, 7, 12). Cavalcanti & Cavalcanti sugerem a quantificação do problema no retorno da função sexual deteriorada, que é um dos itens do PET (Proposta de Estrutura Terapêutica), para facilitar a avaliação objetiva do tratamento instituído, que deve ser feito em intervalos de 4 a 8 semanas, que no caso do HSDD é chamada Taxa de Resposta Apetitiva e varia de 1 a 10 (13). Uma, entre tantas vantagens dessa técnica é que as Taxas de Respostas Apetitivas obtidas com o tratamento podem ser colocadas num gráfico, o que permite melhor visualização. Se a resposta inicial ao *Cardápio Sexual* não for muito satisfatória, o(a) terapeuta pode sugerir a troca do tipo de material, a fim de tornar o tratamento mais efetivo; sendo imprescindível para o sucesso do *Cardápio Sexual* que o profissional conheça o conteúdo dos filmes e livros sugeridos.

Pelo conceito atual de HSDD, não é mandatário para a alta que a mulher crie iniciativas sexuais, contudo relato que na etapa final do tratamento, usando o *Cardápio Sexual*, é comum as mulheres inventarem/sugerirem jogos sexuais que levarão o casal à transa e eventualmente optarem por uma abordagem mais explicitamente sexual.

Conclusões observadas

Ao pensar em seu *Cardápio Sexual*, várias vezes por dia, a mulher criará o hábito de “pensar em sexo”, tornar-se-á mais receptiva ao parceiro, como também poderá criar oportunidades sexuais, motivada pelo situação “erótica da mente” (10, 11), restabelecendo o desejo sexual, o que irá enriquecer e adicionar novas dimensões à experiência sexual humana das mulheres que anteriormente sofriam de HSDD e, em consequência, melhora da situação conjugal.

Notas

- 1 – Todos os artigos da autora Brendler, J. podem ser lidos no site www.terapiadosexo.med.br.
- 2 – Os filmes citados na introdução podem ser adquiridos através do site www.focusint.com ou em www.bettersex.com.

Referências bibliográficas

1. ABDO, C. H. N; OLIVEIRA, W. M; MOREIRA, E. D; FITTITPALDI, J. A. S. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16(2): 160-166, 2004.
2. BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163, 888-893, 2000.
3. BASSON, R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1): 51-66, 2000.
4. _____. Human Sex-responses cycles. R. Basson. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-44, 2001.
5. _____. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2): 105-112, 2001.
6. _____. Women's sexual desire – Disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, suppl 1: 17-28, 2002.
7. _____. Are our definitions of women's desire, arousal, and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4): 289-300, 2002.
8. BRENDLER, J. A ausência de identificação feminina com a “mulher sexuada” aparece em relacionamentos de longa duração. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* Vol.13, nº 1: 15-19, 2002.
9. _____. *Women with hypoactive sexual desire (HSDD) and their male dysfunctional partners. (Abstract)*. Abstracts Book of 16th World Congress of Sexology, page 81, March 10-14. Cuba: CENESEX, 2003.
10. _____. “Cardápio Sexual” – novo tratamento baseado no ‘pensar em sexo’ em mulheres com desordem do desejo sexual hipoativo. (Resumo). Programa Oficial do XII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 25 a 27 de novembro, p. 63. Curitiba: SOGIPA, 2004.

11. _____. “*Cardápio Sexual*”: um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD) (Resumo). Anais do X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, de 15 a 17 Setembro, p.18. Porto Alegre: SBRASH, 2005.
12. _____. *A nova resposta sexual feminina baseada no “modelo circular” e a clínica sexológica* (Resumo). Anais do X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, SBRASH, 15 a 17 Setembro, RS, p. 55 a 56. Porto Alegre: SBRASH, 2005.
13. CAVALCANTI & CAVALCANTI. *Tratamento clínico das Inadequações sexuais*. São Paulo: Roca, 1992.
14. COLES, C.D. and SHAMP, M.J. Some sexual, personality, and demographic characteristics of women readers of erotic romances. *Archives of Sexual Behavior*, 13 (3): 187-209, 1984.
15. DUMONT, L. *O imaginário feminino e os romances publicados em séries*. Tese de doutorado. Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, RJ, 1998.
16. HEIMAN, J.; LOPICCOLO, L.; LOPICCOLO, J. *Descobrendo o prazer – uma proposta de crescimento sexual para a mulher*. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
17. JANSSEN, E. et al. Selecting films for sex research: Gender differences in erotic film preference. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3): 243-251, 2003.
18. KAPLAN, H. S. *Manual ilustrado de terapia sexual*. São Paulo: Editora Manole Ltda., 1984.
19. _____. *The Sexual Desire disorder – Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/ Mazel, INC, 1995.
20. LAAN E; EVERAERD, W.; VAN BELLEN, G.; HANEWALD, G. Women’s sexual and emotional responses to male – and female – produced erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23(2) 153-69, 1994.
21. LAUMANN, E. O., et al. Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57, 2005.
22. MARTERS & JOHNSON. *Fantasia Sexual em: O relacionamento amoroso. Segredos do amor e da intimidade Sexual*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1998.
23. MESTON, C.M. and GORZALKA, B.B. The effects of immediate, delayed, and residual sympathetic activation on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2): 143-8, 1996.

24. _____. Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4): 582-91, 1996.
25. MESTON, C.M; GORZALKA, B.B.; WRIGHT, J.M. Inhibition of subjective and physiological sexual arousal in women by Clonidine. *Psychosomatic Medicine*, 59(4): 399-407, 1997.
26. MESTON, C.M; HIEMAN, H.R. Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7): 652-6, 1998.
27. MESTON, C.M. and McCALL, K.M. Dopamine and Norepinephrine responses to film-induced sexual arousal in sexually functional and sexually dysfunctional women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(4) 303-17, 2005.
28. NICHOLAS, L.J. The association between religiosity, sexual fantasy, participation in sexual acts, sexual enjoyment, exposure, and reaction to sexual materials among black South Africans. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(1): 37-42, 2004.
29. NICOLOSI, A. et al. Sexual Behavior and sexual dysfunctions after age 40: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997, 2004.
30. MOREIRA, E.D. Jr. et al. Help seeking behavior for sexual problems: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Clinical Practice*. 59(1) 6-16, 2005.
31. MOREIRA, E.D. Jr.; GLASSER, D.; SANTOS, B.D.; GINGLELL, C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *São Paulo Medical Journal*, 123(5): 23-41, 2005.
32. ROBINSON, B.B.E. at al. Therapeutic uses of sexually explicit material in the Unites States and the Czech and Slovak Republics: A quantitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25: 103-119, 1999.
33. ROSEN, M.C.; PHILLIPS, N.A; GENDRANO, N.C.; FERGUNSON, D. M. Oral Phentolamine and Female Sexual Arousal Disorder: A pilot Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(2), 137-144, 1999.
34. SIMONS, J.S. and CAREY, M.P. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219, 2001.
35. VEJA. *Quando o sexo esfria*. Ano 35- nº 34, de 28 de Agosto de 2002, p. 86 a 93.
36. ZERO HORA. *Romance de bolsa*. Caderno Donna, 31 de Julho de 2005, p. 10 a 13.

TEMA:
HOMEM: ANTIGOS E NOVOS
COMPORTAMENTOS

NEOCOMPORTAMENTOS: O NOVO HOMEM

*Laura Meyer da Silva*¹

NEW BEHAVIOR: THE NEW MAN

Resumo: A autora procura, de forma breve, descrever os novos comportamentos masculinos. São homens que à medida que o tempo passa, vão mudando e participando desta transformação cultural/social. A tentativa desta transformação é aproximá-los mais das mulheres, deixando os tempos do típico machão para trás.

Palavras-chave: Neocomportamentos; Machismo; Metrosexual; Emoboy; Narcisismo.

Abstract: The author intend to briefly, to describe the male new behaviors. They are men that, as time goes by, are changing and making part of this cultural and social transformation. The goal of this transformation is to make them closer to the women, leaving the old “macho man” times behind.

Keywords: New behavior; Metrosexual; Emoboy; Narcissism.

Hoje, os homens não são mais os mesmos de outrora. Muitas mudanças ocorreram e não só os homens, mas todos nós mudamos. É a evolução natural da vida. Em se tratando dos homens as mudanças no comportamento deles são chamados: *neocomportamentos*. São modificações por vezes sutis, silenciosas, outras nem tanto, mas que pouco a pouco, vão aparecendo e sendo incorporadas pela sociedade, alternando códigos sócio-culturais. O *Neocomportamento* masculino tem sido retratado pela mídia, imprensa falada e escrita, com expressivo conteúdo virtual, por ser um fenômeno sócio-econômico. No entanto carecemos de artigos científicos e literatura a respeito.

¹ Psicóloga. Membro da Equipe de Urologia da ISCMPA.
e-mail: laurameyer@terra.com.br

Uma nova tipologia do neocomportamento masculino é o *Metrossexual*. O que é considerado um homem metrossexual? *Não se impressione, não estamos falando em comprimento*, como disse Facchini (2003) em artigo no “Jornal Contexto”. Metrossexual é um homem que vive na metrópole, por isso metro. Em 1994, o escritor gay Mark Simpson, no artigo “Lá vêm os homens do espelho”, escrito no jornal britânico “The Independent”, utilizou pela primeira vez o termo Metrossexual.

Este novo homem, com idade entre 25 e 45 anos, vive em grandes cidades, possui um bom poder aquisitivo, é mais sensível e se permite um comportamento considerado feminino. Ou seja, é vaidoso e não tem vergonha disso. Gosta de se vestir bem, usar jóias, fazer plástica, cuidar da pele, unhas, cabelo e de seu corpo. Muitas vezes estes mesmos cuidam da casa, das crianças e preparam um jantarzinho para a parceira. Alguns homens dirão: “mas eu também faço as tarefas de casa”. Até fazem, mas não por iniciativa própria. Muitas vezes a mulher tem que pedir, até implorar para que eles façam esse “favor”. O metrossexual faz de forma natural, entendendo que é assim que um relacionamento funciona.

Para Flocker (2004) este novo homem é definido como “confiante, seguro e possuidor de um senso de estilo próprio de vida”. Nada teme e diverte-se com tudo. Seguro de sua masculinidade, ele não precisa mais defendê-la a vida toda.

Em agosto de 2004, na edição especial da Revista Veja, houve uma entrevista com Mark Simpson. Ele esclareceu que o metrossexual não é necessariamente heterossexual, sendo para ele esta questão irrelevante. O que menos interessa no *Metrossexual* é a orientação sexual, mas sim o fato do homem ser vaidoso ao extremo. Este homem é o narcisista dos tempos modernos. Ele é o seu objeto de amor. Há muita contraposição ao conceito de Simpson sobre a heterossexualidade do metrossexual. A crença de que somente homossexuais teriam comportamento dessa natureza é rebatida pelo autor quando ele explica que o fenômeno do *Metrossexual* seria uma invenção da publicidade para ter como alvo consumidor o homem heterossexual, uma vez que homossexuais vaidosos não seriam mais uma novidade. Dávila (2003) entende que a cada ciclo econômico, as agências de publicidade tentam convencer os anunciantes, da existência de um novo perfil de consumidor. Primeiro foram os *yuppies*, nos anos 80, agora os metrossexuais e tantos outros que surgem diariamente.

Nossa sociedade vive voltada para o culto à própria imagem e isto estimula um hiperconsumismo. Dávila em outro artigo da Folha de São Paulo (2005),

entrevistou Álvaro Garnero, que revelou gastar entre R\$ 2 mil e R\$ 3 mil, por mês, em roupas e metade disso, em cosméticos e cremes de beleza.

Ribeiro (2003) escreve que *Metrossexual* é a designação fashion-mercadológica para um homem da cidade grande, que gasta mais de 30% de seu salário com cosméticos, roupas, salão de beleza, vinhos e shopping.

Pensamos ser importante que os homens mudem, sendo necessária esta evolução. Mas, assim como observamos um movimento positivo de muitos deles, que os aproxima das mulheres, tornando-os mais parceiros, afetivos, com comportamento menos machista, também é visível um movimento crescente de competição que se estabelece entre pessoas do mesmo gênero e também com o diferente. Não é incomum, em consultório, escutarmos o discurso de pacientes mulheres que relatam deixar de sair com um homem, por sentirem que eles pareciam sempre estar mais apresentáveis do que elas. Que ficava difícil competir com as grifes que eles vestiam. Alguns destes homens também, pelo narcisismo excessivo, acabam tornando-se muito exigentes, e na busca de mulheres que cumpram todos os quesitos baseados no estereótipo da beleza perfeita, acabam trocando excessivamente e rapidamente de parceiras, o que dificulta o fortalecimento dos vínculos afetivos e estabelecimento de relações mais profundas. Superficialidade e egoísmo: esse é o lado não saudável da mudança.

Outro termo também em moda é o *Emoboy*. Emo é a abreviação de *emocore*, ou *hardcore* emocional (ou emotivo). O *Emoboy* não é excessivamente vaidoso como o *Metrossexual*; são jovens com idade entre os 14 e os 22 anos, sensíveis e sinceros, que não têm medo de falar de seus sentimentos e emoções e que choram por amor. Possuem muitos amigos e amigas, na sua grande maioria amigos virtuais. Usam em geral cabelos pretos que lhes cobrem os rostos. Vestem-se com calças e camisetas apertadas. Ou são músicos ou ligados em músicas que tratam da emoção humana e portanto expressam, através da identificação, os sentimentos e experiências pessoais dos rapazes. O termo *emo* surgiu nos anos 80, nos Estados Unidos com bandas de música, como *At the drive in*, *Thrice*, *Superchunk* ou *Sparta*, mas hoje em dia tem sido empregado mais genericamente, para a maioria das bandas que fazem *hardcore* ou *hardcore* melódico com letras subjetivas (amor e outras experiências pessoais).

No Brasil o estilo costuma ser associado a bandas de música, como *CPM 22*, *Dance of Days*, *Fresno*, *Glória*, *Emoponto*, etc. Existe certa resistência em utilizar o termo *emo*, pela associação que utilizam para com o público *emo*, que é vista como pejorativa.

Um jovem fez a seguinte declaração em um site emo na internet, ao ser perguntado “por que emo?”: “– Para mim o amor e todas suas vertentes (desilusão, perda, etc.) são sentimentos agressivos, e por isso, acho que combinam com hardcore. E acho muito interessante uma música que fale sobre experiências pessoais, do que falar sobre algo irreal, com histórias de RPG, lendas bíblicas, etc.”. Para estes jovens, guitarras distorcidas e berros, a plenos pulmões, são iguais a sentimentos, mais agressividade, que seria então a fórmula perfeita. Em um *site* intitulado “Palavras jogadas contra o vento”, Ricardo emoboy (2003), 25 anos, Sampa-SP, faz declarações sobre suas idéias e sentimentos, como em um diário. Ricardo acha que existe uma imagem feita de preconceitos e estereótipos da pessoa emo: um adolescente chorão, depressivo, que usa franja, roupas pretas, boné virado para o lado. Para ele a aparência física e o modo de se vestir, não têm relação com o som que a pessoa gosta, nem com a ideologia desta pessoa: “Um rótulo como emo nada mais é do que um rótulo, e rótulos servem apenas para dar uma idéia geral, e está longe de representar a real individualidade de algo ou de alguém”.

Steve Emond (2003), desenhista cômico, cartunista, dedica-se a fazer histórias sobre os emoboy. Ele define o jovem emo, como uma pessoa que quando tem seus altos, estes são realmente altos e seus baixos, realmente baixos. É uma pessoa que sente muito. Steve coloca em seus desenhos cômicos, que existe um constante monólogo na cabeça do emo, “para este jovem o mundo é um poema ruim”.

Na verdade, muitas das características emocionais do *Emoboy*, que descrevemos acima, são percebidas como reações típicas da adolescência. A diferença é que hoje as emoções masculinas não são tão reprimidas como foram décadas atrás. A adolescência é uma fase muito difícil, caracterizada pela transição da infância para a vida adulta, o que frequentemente provoca conflitos e pode ser entendida, como disse Steve Emond: “um poema ruim”. É uma fase em que se busca identificar-se com ídolos, com outros da mesma idade e por isso, muitas vezes vestem-se iguais e comportam-se de forma semelhante.

Na revista *Elle*, do mês de março de 2006, no artigo “Homens para todas”, escrito por Michaela Von Schmaedel, aparecem os mais recentes termos e definições sobre os homens. Ela utiliza o livro *The Future of Men*, que ainda não foi traduzido no Brasil, escrito por Marian Salzman, Ira Matathia e Ann O’Reilly. Além de citar os novos perfis descritos acima, do *Metrosexual* e do *Emoboy*, cita outros como: *Übersexual*, *New Bloke*, *Metrogay*, *Novo Machão*, *Snag* e *Homem Verdadeiro*.

O *Übersexual* (do alemão *über*, “acima”, “além de”) é considerado o homem do futuro. Seu representante midiático seria o ator George Clooney. É sensível, mas não muito. Vaidoso, mas na dose certa, vai ao shopping quando precisa. Está na moda, mas sem ser escravo dela. Ao salão de beleza vai somente para cortar os cabelos. Faz exercícios com o objetivo de cuidar de sua saúde e é heterossexual.

Já os homens que se enquadram no perfil do *New Bloke*, acreditam que homens e mulheres são iguais, tanto para o bem quanto para o mal. Não abrem a porta do carro para as mulheres, entram no restaurante na frente da moça, sem constrangimento e dividem também a conta. O livro de Salzman refere que o autor Hugh Grant é o representante mais forte dessa categoria

Metrogay, seria um gay com características másculas. É bonito, sarado, não é afetado, muito amigo, mas gosta mesmo é de homem.

O *Novo Machão*, fala palavrão, não se arruma muito, mas é sensível, quer ter família e é capaz de chorar assistindo um filme dramático.

Snag, é sensível, não é gay, tem paciência de esperar a mulher trocar de roupa mil vezes antes da definitiva. Crê-se que este tipo de homem foi aquele criado numa casa cheia de mulheres.

O *Homem Verdadeiro* reúne o melhor do homem contemporâneo e os pontos positivos do macho, à moda antiga. Segundo o artigo, ele possui todas as boas qualidades que uma mulher moderna espera de seu homem: ajuda na cozinha, cuida das crianças, pratica esportes e consegue até “sacar” as mulheres. Porém só faz isso tudo na hora que bem quer.

Claro que entre um estilo e outro, podemos encontrar uma gama enorme de meninos e homens que se comportam de uma maneira diferenciada, menos machista, ideologia que até então sempre esteve muito presente em nossa cultura, causando traumas e sofrimentos, principalmente na questão sexual. É impactante escutar um paciente dizer que “se não puder mais ter ereção, não vale a pena viver!”. A vida se resume a isso? Ainda encontramos muitos destes em nossos consultórios. Já os metrossexuais, emoboy, *übersexual*, etc... não, por que será? Provavelmente por sentirem-se mais livres para expressarem o que sentem. Essa permissão do homem, em não mais seguir o modelo do machão, que é um peso enorme sobre suas costas, é libertador. O homem pode falhar sim, qual o problema? Sexo é importante, mas a vida é bem mais que somente isso. O bom relacionamento entre as pessoas, onde elas possam contar umas com as outras, se respeitar e amar é o que no fundo realmente interessa e não a classificação dos termos e comportamentos que ela assume, frente à sociedade.

Referências bibliográficas

- DÁVILA, S. *Brasil também tem metrosssexual*. 2003.
Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>> Acesso em 10.06.2005.
- _____. *Mercado “descobre” o homem vaidoso*. 2003.
Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>> Acesso em 10.06.2005.
- EMOND, S. Comic Book DB. 2003.
Disponível em: <<http://www.stephenmond.com>> Acesso em 10.06.2005.
- FACCHINI, A. *Metrosssexual*.
Disponível em: <<http://www.jornalcontexto.com.br>> Acesso em 15.06.2005.
- FLOCKER, M. *O metrosssexual: guia de estilo: um manual para o homem moderno*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2004.
- RIBEIRO, L. Metrosssexual, o novo “homem moderno”, invade a cultura pop. 2003.
Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br>> Acesso em 7.06.2005.
- RICARDO EMOBOY. *Palavras jogadas contra o vento*. 2003.
<<http://www.rick-emoboy.weblogger.terra.com.br>> Acesso em 13.06.2005.
- SCHMAEDEIL, M. Homens para todas. *Revista Elle*. Ano 18, número 3, 2006.

MACHOS OU MASCULINOS? UM ESTUDO SOBRE CONSTRUÇÕES DE MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CONDUTAS VIOLENTAS

*Maria do Amparo Rocha Caridade¹
Helena Maria Diu Gonçalves Raposo²
Ana Patrícia Loureiro Freire Lopes³*

MALE OU MASCULINE? A STUDY ON THE CONSTRUCTION OF MASCULINITIES AND THE PRODUCTION OF VIOLENT BEHAVIOR

*“Você chama de violenta as águas de um rio que tudo arrastam;
mas não chama de violentas as margens que o aprisionam” (Bertold Brecht)*

Resumo: Este artigo baseia-se em uma pesquisa realizada na Universidade Católica de Pernambuco, em 2004, através do Programa Institucional de Base de Iniciação Científica, que teve como objetivos identificar relações entre modelos culturais de “ser homem”, a subordinação dos jovens a tais modelos e a produção de condutas violentas. Observou-se como modelos referenciais de masculinidade foram transmitidos socialmente ao longo de gerações, e que alterações foram propiciadas para a construção da subjetividade dos homens. Participaram desta pesquisa, 10 jovens, entre 20 e 30 anos. Trabalhou-se com Histórias de Vida, considerando-se que, através dessas narrativas, os sujeitos podem manifestar mais claramente os códigos, esquemas, e modelos que contribuíram para a construção de suas masculinidades. Na análise das narrativas buscamos identificar suas relações com os modelos culturais existentes. Os dados obtidos indicam que, para estes jovens, há satisfação com as construções da sua masculinidade, ficando clara porém uma insatisfação quanto aos modelos que subsidiaram estas construções.

¹ Psicóloga. Mestre em Antropologia. Professor Adjunto da UNICAP. Coordenadora do Curso de Especialização em Sexualidade Humana da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. e-mail: amparo_caridade@uol.com.br

² Psicóloga.
e-mail: helena_diu@hotmail.com

³ Psicóloga.
e-mail: patricia_fau@hotmail.com

Palavras-chave: Ser homem; Modelos culturais; Subordinação; Condutas violentas.

Abstract: This article is based on a research made by the Universidade Católica de Pernambuco in 2004, through the Scientific Initiation Institucional Program. The main objectives were to identify relations between cultural models of “being man”, the subordination of the young men to behavior. Such models and the production of violent behavior. It was observed how masculinity reference models were socially transmitted through generations and for the construction of men subjectivity. Ten young men, aging between 20 and 30 years old, took part in this research. Histories of life were studied, considering that, through these histories, the men can more clearly reveal the codes, schemes and models that contributed to the construction of their masculinity. Analyzing the histories we sought to identify their relation to current cultural models. Data gathered indicate that these young men are satisfied with their masculinity construction, however, there is a clear lack of satisfaction with the models that enabled this construction.

Keywords: Being men; Cultural models; Subordination; Violent behavior.

Introdução

Em diversas culturas, construíram-se mitos em torno do falo como sendo sinônimo de poder, e esta concepção foi sendo difundida e “naturalizada” de modo que, até hoje, homens e mulheres a carregam com prestígio ou com insatisfação.

Nos primórdios da humanidade, atividades de caça e guerra eram listadas como habilidades masculinas. Do mesmo modo, a capacidade de maternagem, a fertilidade, a capacidade reprodutiva e a resistência ao parto, eram habilidades tidas como femininas. Essa divisão primordial dos papéis sexuais influenciou a produção cultural acerca de gênero e os modos de comportar-se enquanto homens e mulheres.

As idéias acerca do ser homem mantiveram-se por muito tempo associadas à maior força física presente no corpo masculino. Com o desenvolvimento tecnológico da Revolução Industrial, foi se exigindo cada vez menos habilidades ligadas à força física masculina. Com o movimento feminista, houve um redimensionamento do ser mulher e isso possibilitou um progresso em relação às questões da subjetividade feminina.

Na matéria intitulada “A Construção da Masculinidade”, Ceccarelli (1998) afirma que foi Freud quem primeiro se preocupou com a “alma” do pênis.

Afirmava que o pênis era o órgão fundamental na formação do caráter de todas as pessoas. Nas mulheres pela ausência e a inveja do falo, nos homens pelo medo da castração e pelo Complexo de Édipo.

Diante do mundo globalizado no qual se vive e com a queda de barreiras entre culturas, presenciamos mudanças nos valores culturais, fazendo com que se questione os modelos referenciais de masculinidade transmitidos socialmente ao longo de gerações.

Sócrates Nolasco (1993, p. 18) considera que:

“Um pequeno número de homens brasileiros, individualmente, começa a repensar como constroem seus vínculos afetivos e de trabalho fora do crivo do estereótipo social para eles definido. Esses indivíduos buscam encontrar caminhos próprios para sua vida, ampliando-os para além da redução a que ficaram submetidos pelo patriarcado que separa a ‘vida de um homem’ da ‘vida de um macho’. Neste sentido procuram compreender as razões que os fizeram adotar um padrão de comportamento a que obedecem cegamente. Como consequência, os homens reproduzem os valores de um modelo social que os tutela e controla seus desejos. Tal controle é mantido pela simplificação a que fica remetida a subjetividade, bem como por meio de uma compreensão biológica de sua existência”.

115

Considerando o desafio educacional vivido pelos meninos na adolescência Cuschnir (2001;49) refere-se ao “código dos meninos”, dizendo que eles aprendem esse código nos primeiros momentos da infância, quando freqüentam playgrounds, parquinhos, salas de aula, acampamentos, festinhas e reuniões. E enuncia:

Segundo esse receituário que oferece os fundamentos das diversas máscaras de que o homem se utilizará ao longo de toda a vida, há quatro imperativos a serem seguidos:

1. Os homens devem ser estóicos, heróicos, estáveis e independentes... Não podem mostrar fraqueza e nem compartilhar suas emoções com ninguém.
2. Os meninos tem que ser sólidos como rocha... O homem deve mostrar-se impassível e inabalável...
3. As situações que a vida apresenta têm de ser encaradas como o ‘momento de decisão’... os meninos liberam de modo extremado sua agressividade e agem de modo a evitar a vergonha a qualquer custo, reprimindo os sentimentos de fracasso.
4. Homem tem que ser macho! Nada de ‘bichice’: sentimentos e comportamentos afetivos, como empatia, compaixão, carinho, são entendidos como femininos, homens não devem experimentá-los e, caso os experimentem estão ameaçados em sua masculinidade, devendo considerar-se efeminados.

A partir dessas referências, buscamos reconhecer nos jovens participantes deste trabalho, as pegadas de códigos como esse que, segundo Cuschinir deverão induzir ao uso de “máscaras” e que em nosso modo de ver, podem servir de base para condutas endurecidas ou violentas. Compreende-se que, ao usar máscaras para dar conta de ser homem, conforme os modelos propostos, ocorre no masculino um sacrifício da sensibilidade, que pode induzir o sujeito à condutas agressivas, que a cultura reconhece e legitima como sendo uma forma desejável de ser homem.

A literatura refere que o percurso do menino até a masculinidade se constrói em um espaço político e social, através de rituais e provas de iniciação em que os homens vivem a angústia de não conseguir alcançá-la. A relação do sujeito com seu pai, ou aquele que assume este papel, será decisivo para o modo como ele terá acesso às representações simbólicas do masculino.

Neste trabalho tentamos perceber se o endurecimento posto pelo modelo de ser homem foi disparador de condutas violentas, nas relações interpessoais estabelecidas pelos jovens como também compreender, como estes percebem a construção de sua masculinidade, que grau de consciência têm da absorção dos modelos impostos e da submissão que a eles dedicam. Observamos se eles refletem ou sentem necessidade de refletir sobre os modelos nos quais enquadram suas próprias masculinidades e se eles identificam alguma crise no homem atual, não apenas no sentido aflitivo do termo, mas no sentido da possibilidade e emergência de transformação que a crise suscita.

Boris (2002) acredita que a “crise do masculino” diz respeito à inadequação e ao incômodo de muitos homens com as atitudes, com os valores e com o próprio modelo de macho do patriarcado. Para ele, muitas das manifestações de “violência viril”, têm como um de seus principais elementos constituintes uma reação agressivo-defensiva diante da difusa sensação pessoal de decadência sócio-cultural da dominação masculina. Isso corrobora nossa busca de condutas violentas, a partir de modelos instaurados de ser homem.

A submissão a tais modelos produz inadequações que são passíveis de serem observadas tanto na fala dos sujeitos como nas referências da literatura. Conforme Dorais (1994:22), “certos homens recorrem a ‘soluções’ que não resolvem a crise existencial que eles passam, refugiando-se no álcool ou na droga para destruir os sentimentos de desconforto, de rejeição e até mesmo a raiva que sentem pelas mulheres”.

Para alcançar os objetivos deste trabalho, apoiamos-nos na Antropologia, ao identificar modelos culturais de ser homem, na Psicologia e na Psicanálise,

para compreender os modos de absorção desses modelos e suas conseqüências na experiência dos sujeitos.

O Olhar dos Teóricos

O que torna um homem de fato um homem? É ser viril e não demonstrar nenhum aspecto feminino? E o que falar do ícone nordestino de virilidade, o cabra-macho e sanguinário cangaceiro Virgulino Ferreira da Silva, mais conhecido como Lampião? Pesquisas mostram que este estereótipo tão conhecido do cangaceiro aponta alguns aspectos curiosos até então desconhecidos. Virgulino foi criado pela sua avó Jocosa, gostava de ajudá-la em seus afazeres domésticos, gostava de escrever poemas e apreciava que seu amigo Cascavel, lhe fizesse cafunés.

“Meu rifle atira cantando
Em compasso assustador
Faz gosto brigar comigo
Porque sou bom cantador”

Lampião

117

Até 1929 só havia homens no acampamento do cangaço, dormiam todos juntos e justificavam que era para acordar mais rápido caso a polícia chegasse. A presença feminina no cangaço foi de início mal vista pelos cangaceiros, que temiam que elas atrapalhassem e que Lampião se tornasse frouxo, efeminado ou dominado por mulheres. Mesmo com a presença feminina no cangaço, eram os homens que cozinhavam.

Na vida itinerante que tinham, é sabido que o bando levava sempre a máquina de costura “Singer” portátil junto com as armas e munições. Lampião gostava de costurar e bordava em suas roupas detalhes inspirados na figura do imperador francês, que ele lia em revistas de moda européia, roubadas de fazendas invadidas. Gostava de jóias, moedas de ouro, perfumes franceses, lenços de seda nos quais inscrevia suas iniciais C.V.F.L – Capitão Virgulino Ferreira Lampião. Era uma pessoa sensível e chegava a escolher até o melhor e mais bonito lugar para acampar.

Lampião era criticado em sua cidade natal como fraco e medroso porque nos embates com a polícia sua arma de batalha era a fuga e aguardava o melhor momento para atacar. Tinha um temperamento melancólico e sofria de crises hipocondríacas após suas derrotas. Tais informações fazem pensar a figura de Lampião como um “frouxo”? Não, ou será que se trata apenas da

ruptura do modelo masculino que embasava seu mito? (PONZIO, 1995;3-10). A imagem do homem mais sensível está mais próxima do conceito de feminilidade, característica contrária à virilidade anunciada. Temia-se em Lampião, sua sensibilidade, a possibilidade de outro modelo de ser homem.

A partir da busca de uma nova definição de sua virilidade, o homem depara-se com a ansiedade e faz uma confissão de desamparo. A crise atual do masculino é a crise de poder do macho. Confusos, eles buscam elementos exteriores para poder compensar seus elementos internos, seja através de trabalhos excessivos, sedução dom-juanesca (sem compromisso afetivo) seja através de malhação.

Paulo Roberto Ceccarelli (1998;8), observou que nas teorias freudianas existe um silêncio sobre a masculinidade, como se possuir um pênis fosse a garantia da passagem do masculino à masculinidade. Ao contrário dos ritos iniciáticos que ocorriam em culturas antigas, para “ser homem” é preciso “tornar-se homem”, ou seja, “o caminho para a masculinidade precisa ser conquistado”. Ao mesmo tempo permanece sempre possível o risco de perdê-la.

Ritos violentos estão presentes em diversas culturas para possibilitar que um menino conquiste a masculinidade. Entre os Bimin-Kuskusmin, de 7 a 10 anos de idade, que vivem em Papua Nova Guiné, eles são flagelados com varas e urtigas e sofrem vômitos induzidos durante quatro dias com a finalidade de excluírem de seus organismos todos os elementos femininos que trazem desde o nascimento. Sofrem ainda um corte no umbigo para acabar com as últimas ligações com mãe, para só assim terem nomes masculinos (POOLE, 1982;99 apud TREVISAN, 1998). Bourdieu traduz bem essa realidade “A virilidade como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino” (1999;67).

Para as meninas a passagem para a feminilidade é marcada pela primeira menstruação, ou seja, o feminino possui uma identidade mais configurada, pela sua relação com a natureza enquanto que o masculino depende do meio social, o que o torna fragilizado e ameaçado. Possuir um pênis não garante a virilidade. Ai encontra-se o drama identitário da masculinidade. Esta vai sendo construída diante do social e através da negação do feminino.

Essas tentativas patriarcais de amenizar, através do rito de iniciação, a passagem, para a masculinidade, acaba por reforçar o trauma do “tornar-se homem”, ao impor a severa oposição de tudo que possa vir a ser feminino. Desta forma,

podemos dizer que a masculinidade é um gênero severamente vigiado, tanto pelo feminino, como pelo próprio masculino.

Paulo Roberto Ceccarelli (op. cit), afirma que a identificação com o pai constitui a chave para compreender a masculinidade, pois é o pai quem se encarrega da função de passar a virilidade ao filho. Entretanto essa relação pai-filho não é fácil, pois conforme a teoria edipiana de Freud, o menino tem com o pai uma relação ambivalente: sente ao mesmo tempo, amor ao protetor e ódio ao rival, marido da mãe.

Um dos grandes problemas identitários masculinos é a ausência paterna, já que o pai serve de imagem e inspiração para o filho. Sem esse referencial, o homem vai em busca de seu semelhante, para talvez, encontrar sua identidade. Para Ceccarelli (op. cit), a maturidade psicológica do filho só se completa quando ele ocupa o lugar do pai dentro de si mesmo. Quer dizer, o homem precisa “matar” simbolicamente o pai para encontrar sua identidade, mas acaba idealizando-o como a imagem daquele mistério buscado: o masculino. A possibilidade de tomar o lugar do pai constitui um dos motivos da incompletude básica do masculino e um dos principais motivos de sua crise gerando uma obsessiva necessidade de auto-afirmação.

119

Em Totem e Tabu (1913-1914, p. 144) Freud relata o mito:

“Certo dia os irmãos que tinham sido expulsos retornaram juntos, mataram e devoraram o pai, colocando assim um fim a horda patriarcal. Unidos, tiveram a coragem de fazê-lo e foram bem sucedidos no que lhes teria sido impossível fazer individualmente (...) o violento pai primevo fora sem dúvida o temido e invejado modelo de cada um do grupo de irmãos e, pelo ato de devorá-lo, realizavam a identificação com ele, cada um deles adquirindo uma parte de sua força”.

Compreendemos que isto possibilita uma relação com os dados de identificação do sujeito com seu pai.

Os homens foram assumindo postura endurecida afastando-se da ternura e da amabilidade, dimensões identificadas com o feminino. A literatura aponta para a possibilidade da organização do masculino poder ser menos traumática quando diminuir a tensão do homem em possuir em seu interior, componentes femininos, refazendo o equilíbrio entre masculino e feminino, entre *anima e animus*.

James Hollis (1997;154) sugere uma direção para a possível cura da ferida masculina: correr o risco de amar outros homens, já que o elemento passivo

(o outro) está inserido no cerne do masculino. Ou seja, o masculino só decifrará seu enigma aprendendo simultaneamente a ser e não ser. O homem moderno encontra-se constrangido em eliminar o velho patriarca e reinventar o pai e a virilidade por ele outorgada. Kierkegaard, citado por Hollis, diz de que não é possível salvar nossa era enquanto ela não se convencer de que está perecendo. De modo análogo, não haverá mudança alguma se os homens não tomarem consciência de sua crise.

Considerações finais

Nossa intenção primeira com esta pesquisa foi, não apenas enfatizar os estudos sobre a masculinidade e sua relação com os modelos culturais impostos ao “tornar-se homem”, mas também verificar como esta relação é construída, se ela traz benefícios ou malefícios para a vida do homem em questão e sua relação com as condutas violentas. A partir deste trabalho questionamos o tipo de educação que se dá aos filhos homens, estimulando-os a não chorar, a serem sempre independentes e ligados ao mundo externo. Os modelos postos pela cultura, plasmaram os jovens estudados, fazendo deles seres endurecidos, por uma decorrência da repulsa sugerida socialmente, a qualquer sentimento considerado feminino, seja ele de afeto, carinho, dependência ou fragilidade. O masculino construído revelou-se atravessado por atitudes misóginas, homofóbicas, homoafetivas e homoemocionais. Uma masculinidade construída tanto sob a negação do feminino como da recusa do sentimentalismo e do medo da homossexualidade.

Identificamos que houve para alguns participantes, situações de constrangimento, traumas ou níveis elevados de ansiedade e presença de comportamentos endurecidos como forma de resposta ao modelo cultural exigente de ser homem. Embora seja clara a insatisfação dos sujeitos com estes modelos impostos, é unânime, e para nós um paradoxo, a “satisfação” que eles revelam com suas construções masculinas. Condenam os modelos sim, mas acham-se adequados como homens, neles plasmados. Curiosamente recusam e reafirmam tais modelos, como se não pudessem perceber-se como homens, fora de seus parâmetros. Visto em linhas gerais, o trabalho aponta para uma inequívoca submissão aos modelos culturais. Ninguém se arrisca a ser avaliado de forma duvidosa por seus pares de cultura. Nas expressões é forte a recusa e constante a afirmação de que se faz necessário mudá-los. Essa ambivalência é lugar de angústia e desamparo. Como ser homem hoje, se não podem eles admitir sensibilidades em si, se não podem ter afeto por outros homens?

Encontramo-nos por fim, diante de uma masculinidade atravessada por contradições, mas uma masculinidade que responde ao propósito do ser homem nessa cultura: homem endurecido, sem nada que o aproxime do feminino, do emocional, sensível, estético ou terno. Quase todos apresentaram produção de condutas violentas, sobretudo quando alguém fala da mãe, ou de alguém querido. Outra fonte de violência é o fato de ser traído ou de ter sua moral abatida perante outrem.

Estávamos temerosas pelo fato de sermos mulheres pesquisando acerca da masculinidade. Também nos interrogávamos se isso interferiria na narrativa dos participantes. Contudo nos deparamos com o inverso, com uma abertura e disponibilidade sem constrangimentos por parte dos participantes para falarem de algo a que não estão acostumados, ou seja, a falar de si mesmos, de sua construção pessoal. Compreendemos que, afinal de contas, um homem não fala de suas dúvidas, inquietações, derrotas ou fraquezas para outro homem. Inclusive muitos deles agradeceram a oportunidade que tiveram de ser ouvidos, e pela possibilidade de falar de um assunto antes não falado ou questionado. Esse é um tema quase sempre colocado na ordem da obviedade, do indubitável com que é vista a masculinidade. Ela está construída através da obediência a um corpo rígido, sem emoção, dirigido para o número de conquistas, da independência financeira, não deixando margens a dúvidas.

Referências bibliográficas

- BORIS, G. D. J. B. *Falas de Homens. A Construção da Subjetividade Masculina*. São Paulo/Fortaleza: Editoras Annablume e Secult, 2002.
- CECCARELLI, P. R. A Construção da Masculinidade, *Percurso* nº 19-2/1998, p. 49 a 56. Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/aconstrucao.htm>> Acesso em 27/01/04.
- CUSCHINIR, L. *O Homem e suas Máscaras*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2001.
- DORAIS, M. *O Homem Desamparado. Crises Masculinas: Compreendê-las para Enfrentá-las*. Tradução de Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. São Paulo: Ed. Loyola, 1994.
- FREIRE, J. A inútil dureza da condição masculina. *Folha de S. Paulo*, Caderno Mais, Domingo, p. 5-7, 18/02/1996.
- FREUD, S. _____. IV – *O retorno ao totemismo na infância*. Volume XIII.
- HOLLIS, J. *Sob a Sombra de Saturno: a Ferida e a Cura dos Homens*. São Paulo: Paulus, 1997.

NOLASCO, S. *O Mito da Masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
POLLACK, W. *Meninos de verdade: Conflitos e desafios na educação de filhos homens*. 1ª ed. São Paulo: Alegro, 2000.
PONZIO, A. F. Ex-cangaceira narra morte de Lampião, *Folha de S. Paulo*, 30 de julho de 1995.
TREVISAN, J. S. *Seis Balas num Buraco Só: A Crise do Masculino*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

TEMA:
O PÊNIS E A CULTURA

O MAIOR É MELHOR?

*Raquel Simone Varaschin*¹

IS THE BIGGEST THE BEST?

Resumo: A preocupação em relação ao tamanho do pênis e sua interferência na sexualidade, bem como estudos e pesquisas desenvolvidas na área, tem mantido a hegemonia masculina – androcentrismo e falocentrismo – cujo status vinculam-se a luta, poder e competição, promovendo e dando continuidade a crenças e mitos fortalecidos nos conceitos de divindade, potência, força e virilidade, determinando comportamentos, atitudes e percepções que tangenciam a imagem, na significação e resignificação de seus ícones.

Vivendo-se uma cultura centrada na cultuação e valorização do corpo para obtenção de um “atrativo estático”, novamente reforça-se conceitos de vigor e forma física, atrelados aos meios de comunicação que refletem normas e parâmetros, coletivos e individuais, que retroalimentam o sistema.

Dada a existência de variáveis históricas, sócio-culturais, familiares e individuais, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de caracterizar os aspectos anátomo-perceptivos do órgão sexual masculino, avaliando a relação existente entre os aspectos anatômicos, desempenho sexual e grau de satisfação.

Palavras-chave: Falocentrismo; Percepção; Ícones e desempenho sexual.

Abstract: The worry concerning the size of the penis and its interference in sexuality, as well as studies and researches developed in this area, have maintained the male hegemony- androcentrism and phallocentrism- whose status are linked to fight, power and competition, promoting and keeping beliefs and myths strengthened in the concepts of divinity, potency, force and virility determining behaviors, attitudes and perceptions that touch the image, in the meaning and remeaning of its icons.

¹ Psicóloga, Pós-graduada em Sexualidade Humana, Terapeuta de Casal e Terapeuta Sexual, Chefe do Departamento de Psicologia da Policlínica Pato Branco S.A.
e-mail: raquel_varaschin@hotmail.com / raquel@qualinet.com.br

Living in a culture centered in the admiration and worship of the body, to obtain a static attraction, concepts of vigor and fitness are reinforced again, associated with the media that reflects norms and collective and individual parameters, which give feedback to the system.

Because of the existence of historical, cultural, social, familiar and individual variations, a research was done with the objective of characterizing the anatomic-perceptive aspects of the male sexual organ, evaluating the relation between the anatomic aspects, sexual performance and level of satisfaction.

Keywords: Phallocentrism; Perception; Icons and sexual performance.

Introdução

1. Do Matriarcado ao Patriarcado

Desde o ano de 10.000 aC a história é marcada pelo exercício do matriarcado, onde as mulheres detinham a hegemonia política, mediando e solucionando conflitos, organizando sociedades, e eram tidas como sagradas, deusas da fertilidade, porque supunham que elas pariam dos deuses. O órgão valorizado era o ventre e não o pênis. E o matriarcado estende-se até aproximadamente 2.000 aC, período em que os homens descobrem seu papel na procriação e o gênero masculino torna-se hegemônico, dando início ao machismo e a valorização do masculinismo. O pênis passa a ser valorizado e cultuado, numa relação de poder, domínio e controle.

2. Maldição de Cam

Cam, filho Noé, viu a nudez do pai (o pênis), que adormecia embriagado em sua tenda, e advertiu a seus dois irmãos (Sem e Jafé) a respeito. Eles foram até o pai, e, de costas, cobriram a sua nudez. Quando Noé soube o que fez seu filho mais novo (Cam), desvelando a sua nudez, amaldiçoa o filho de Cam, Canaã, e todos seus descendentes: estes seriam negros, teriam pênis alongados, e seriam escravos.

Tais escritos (Antigo Testamento, Gênesis, cap. 9), impactaram a cultura ocidental, que obsessivamente estudou e atacou a virilidade e o membro sexual do negro, a hipersexualidade e o tamanho respectivamente. Genitálias masculinas foram decepadas, abertas e preservadas em vidros. E vários estudos

comparativos sobre o tamanho do pênis entre brancos e negros foram realizados, apresentando algumas diferenças.

Gebahar e Alan B. Johnson, autores de Kinsey Data, desenvolveram uma pesquisa, em 1979, com 10.000 brancos e 400 negros, através de medições autoministradas, e constataram que o pênis negro ereto era em média mais comprido e espesso que o branco, e em estado flácido, a diferença seria maior. Porém, o pesquisador Richard Edwards, em 1990, realizou um levantamento “on line” com 3.000 medidas, e observou que apesar do pênis negro em estado flácido ser ligeiramente maior que o branco, as ereções brancas eram ligeiramente maiores (Friedman, 2002, p. 112 e 113).

Outros estudos (Tabelas 1 e 2)

Tabela 1

Tabela Comparativa de Dimensões Penianas, segundo diferentes autores

Autores	N	Plácido (cm)	Tracionado (cm)	Em ereção (cm)	1/3 médio em ereção (cm)	Base (cm)	Sulco (cm)	1/3 médio (cm)
Schoenfeld 1942	54		13,2		11,39			8,55
Castro-Magaña 1990			13,3 ± 1,6					
Da Ros 1993	150			14,31 ± 2		11,92 ± 1,65	11,05 ± 1,16	
Chen 2000	55		12,5 ± 1,4			6,4 ± 1,1	5,3 ± 0,8	
Ponchietti 2001			12,5					10
Spyropoulos 2002	52		12,18 ± 1,7			8,68 ± 1,12	8,52 ± 1	
Savoie 2003	124		13,5 ± 2,6					9,5 ± 1,4
Son 2003	123		9,6 ± 2,6					9,5 ± 1,4

Fonte: www.arquivoshellis.com.br

Tabela 2

Média do tamanho do pênis brasileiro

2.5%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	97.5%
10.5cm	12.0cm	12.5cm	13.5cm	14.5cm	15.5cm	16.5cm	17.0cm	17.5cm

Fonte: www.uro.com.br/faq_pen.htm

3. Nos dias atuais

A atenção, a importância e a insatisfação em relação ao tamanho do pênis continuam, sejam por homens que apresentam um micropênis, sejam por aqueles que apresentam tamanho médio ou grande. Além de estudos e discussões a respeito, o pênis passa a ser instrumentalizado com técnicas manuais, mecânicas (extensores, bombas à vácuo etc.) e cirúrgicas, na tentativa de reparar os danos psicosssexuais no resgate de autoestima e autoconfiança. *Internet* e alguns profissionais da saúde oferecem serviços e insistem na intervenção, reforçando a mitificação do pênis.

Com o advento do movimento feminista, revisando e redefinindo os direitos sexuais da mulher vinculados ao prazer e satisfação sexual, novos atributos e exigências passam a permear as relações, na valoração da genitália e sua relação com a atratividade, poder e desempenho sexual.

Destaca-se uma cultura centrada no culto e valorização pelo próprio corpo, observando-se a procura incessante por academias de ginástica, com o intuito de se obter vigor e formas físicas (vigoréticos), ou então a inclusão em programas de centros estéticos para o desenvolvimento de contornos ou redução de sinais de envelhecimento, ou busca de consultórios de urologia, andrologia, cirurgia plástica, para cirurgias reparadoras e/ou colocação de próteses, em uma perseguição maníaca de certos conceitos de imagem (fobias estéticas).

Na realização de alongamentos ou de aumento de circunferência, muitas vezes os resultados são efêmeros, observando-se a manutenção de sentimentos negativos acerca de sua corporalidade e funcionalidade, ao não remover sentimentos de inadequação, de inferioridade, impotência, conflitos conjugais, de identidade ou distorções da percepção (transtorno dismórfico corporal), fonte dos distúrbios decorrentes deste processo.

Portanto, observam-se conceitos, mitos, crenças e valores, que cruzam e entrecruzam constantemente numa rede de informações, conhecimentos e metodologia, gerando expectativas e possíveis inadequações sexuais e/ou relacionais.

Paralelamente, encontram-se os meios de comunicação, que ofertam um excesso de informações, numa sociedade consumista e imediatista, reforçando o idealizado na relação com o objeto de desejo, e que participa ativamente na construção de normas, padrões e parâmetros coletivos e individuais. Alguns exemplos (Figura 1):

Figura 1

Para quem duvida que partes do corpo não aumentam com aplicação de alguma força mecânica, dá uma olhada nessas fotos:



cortesia das fotos: Quero Maior

Nós podemos lhe ajudar a um comprimento e grossura significativos, usando somente alguns minutos do dia... Não é incomum que um homem de 12 cm de pênis, consiga ganhar de 3 a 6 cm em menos de um ano... Em exame recente, 67% de todas as mulheres admitiram que são infelizes com o tamanho do pênis dos parceiros.

Isto prova que o tamanho realmente importa. Os homens, na opinião das mulheres, quando têm um pênis maior, fazem sexo

sobre medida, sendo mais sensuais, atraivos e capazes sexualmente. Um tamanho maior de pênis significa também uma área com superfície maior, que estimula mais os fins nervosos penianos, vindos a ter por resultado uma experiência mais agradável para você e sua parceira. Um pênis maior e mais musculoso é também mais agradável, causando uma impressão melhor para as mulheres.

Fonte: www.arremate.com.br

Mitos que perpetuam:

- Tamanho do pênis é essencial para o prazer sexual, é fonte de prazer sexual.
- Quanto maior o pênis, maior será o prazer que se daria a uma mulher na relação.
- Pênis maiores tem um impulso sexual maior e são capazes de melhor desempenho sexual.
- Pênis maior indica virilidade, força e poder.
- As mulheres preferem homens de pênis maior.

“A capacidade de desfrutar a vida sexual e de torná-la agradável para seu parceiro depende fundamentalmente da extensão de seu conhecimento, da sua habilidade, de sua sensibilidade, de sua imaginação e de sua capacidade de comunicar – e tudo isso é uma questão de aprendizagem e experiência, não de dotes naturais” (Carthy, 1981, p. 27).

4. Desenvolvimento Psicosssexual

Neste contexto, interferências no processo evolutivo quanto à elaboração do complexo edipiano, na regulação dos impulsos e na orientação construtiva, a comparação do pênis da criança com outros da mesma idade, ou com pênis do pai ou outro adulto, a ansiedade dos pais em relação aos aspectos anatômicos

dos genitais dos filhos, que traduzem a herança de valores sócio-culturais, a dinâmica de papéis, e o olhar sobre si mesmo (percepção ótica, sensorial e cognitiva), implicarão no desenvolvimento de uma auto-imagem e auto-conceito, e a formação da identidade, numa elaboração positiva ou negativa, saudável ou conflituosa, que determinará a relação consigo mesmo e com seus pares, num caráter funcional ou disfuncional.

Segundo o médico e físico alemão Herman von Helmholtz (1821-1894), citado por Baldo e Haddad:

“Nossa percepção é construída por meio de inferências que inconscientemente fazemos sobre o mundo à nossa volta” (Baldo, 2005, p. 4).

E a percepção ajustaria-se ou reajustaria-se cada vez que as expectativas são ou não são confirmadas.

Pesquisando e desmistificando

Método

Pode-se enquadrar este estudo entre as pesquisas descritivas, visto que objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Realizou-se um corte transversal, com uma amostra acidental não probabilística, junto aos acadêmicos de uma instituição de ensino superior, localizada no sudoeste do Paraná, e a duas empresas da mesma região, totalizando 137 pesquisados.

Foi realizada observação indireta, com uso de questionário estruturado auto-aplicável, com o objetivo de medir as características sócio-ocupacionais e os aspectos anátomo-perceptivos do órgão sexual masculino, desempenho e satisfação, bem como sua influência na vida sexual dos participantes.

Resultados e Discussão

O perfil da população foi predominantemente feminino, sendo 31,1% da amostra constituída de homens e 56,2% de mulheres. A idade mínima dos participantes foi 17 anos, e a máxima de 78 anos, sendo a média de idade 39,3 anos. Dos pesquisados 82,5% declararam-se heterossexuais, 1,5% declararam-se bissexuais e 16,1% não responderam a essa questão.

Com relação à escolaridade, 4,4% dos participantes não têm escolaridade formal, 10,9% ensino fundamental incompleto, 8,8% ensino fundamental completo, 3,6% ensino médio incompleto, 9,5% dos participantes completaram o segundo grau, 46,6% dos participantes têm nível superior incompleto, 4,4% têm nível superior completo, 9,5% pós-graduação completa e 2,9% não responderam.

No tocante à formação religiosa 77,4% dos respondentes são católicos, 8% não exercem nenhuma religião, 5,1% são espíritas, 2,2% luteranos, 1,5% evangélicos, e 5,8% exercem outras religiões (não especificadas).

Os participantes também foram questionados quanto aos seus relacionamentos, 70,7% afirmaram possuir relacionamento afetivo estável, sendo 46% solteiros, 37,2% casados, 11,7% viúvos e 5,1% divorciados.

Questionando os homens quanto ao tamanho do pênis flácido e em ereção, verificou-se que a distribuição dos participantes quanto ao tamanho em estado flácido apresentou-se com 10% da população medindo entre 4,1 e 5,9 cm, 45,6% entre 6 e 7,9 cm; 28,1% entre 8 e 9,9 cm e 12,3% maior que 10 cm. Com relação ao tamanho do pênis em estado ereto, a população distribuiu-se com 51,8% maior que 14 cm; 32,1% entre 12 e 13,9 cm; 10,7% entre 10 e 11,9 cm; 3,6% entre 8,1 e 9,9 cm.

Sendo assim, 72,4% dos homens pesquisados consideram o tamanho de seu pênis como médio; 22,4% como grande; 1,7% como muito grande e 1,7% como pequeno. Quando questionados sobre a satisfação em relação ao tamanho do pênis 71,2% dos participantes expressaram-se satisfeitos; 15,3% declararam-se muito satisfeitos; 10,2% indicaram estar pouco satisfeitos e 3,4% declararam-se insatisfeitos, sendo estes dois últimos sentimentos expressos por 6,8% dos pesquisados que apresentam medidas do pênis em ereção entre 12 e 13 cm, e por 5,1% dos pesquisados que apresentam medidas do pênis acima de 14 cm.

Com relação à influência do tamanho do pênis no desempenho sexual 63,2% dos pesquisados afirmaram que o tamanho de seu pênis não atrapalha no desempenho sexual, 35,1% referiram que o tamanho do pênis interfere positivamente no desempenho sexual e 1,8% verificaram interferência negativa. Na avaliação de seu desempenho sexual, quanto à interferência do tamanho do pênis no desenvolvimento das respostas sexuais: 32,2% referem dificuldades eréticas (ereção parcial ou perda da ereção durante a relação), 30,5% problemas ejaculatórios (inibição ou falta de controle ejaculatório), 13,6%

comprometimento da resposta de excitação, 11,9% ausência ou diminuição da sensação orgásmica, e, 11,8% inibição do desejo sexual.

Outro momento da pesquisa foi o questionamento das mulheres sobre o tamanho do pênis de seus parceiros e a interferência deste fator no desempenho sexual. Com relação à preferência feminina pelo tamanho do pênis do parceiro, 46,7% delas preferem pênis de tamanho médio, 19,5% responderam que “tanto faz”, ou seja, o tamanho do pênis não é considerado um fator importante; 13% preferem parceiros de pênis grande e 1,3% preferem os de pênis pequeno, 19,5% das pesquisadas não responderam a esta questão.

Sobre a interferência na resposta sexual, em relação ao tamanho do pênis 25,9% das mulheres observam comprometimento na fase de excitação, 23,4% na resposta orgásmica; 16,9% no desejo sexual; 6,5% em todas as respostas sexuais; 5,2% na excitação e resposta orgásmica; 2,6% no desejo e na excitação sexual e 19,5% das mulheres pesquisadas não responderam a esta questão.

No tocante à preferência dos bissexuais (masculinos) que representam 1,8% da amostra, 50% destes concordam que “o maior é o melhor”, mas indicam preferência por pênis pequeno e interferência na resposta excitatória, e 50% não concordam que “o maior é o melhor”, não manifestam preferência por tamanho do pênis, porém referem comprometimento da fase do desejo.

Com relação à pergunta central que motivou a realização desta pesquisa (Tabela 3), 17,3% dos homens participantes concordam que o pênis maior é o melhor, associados a 16,4% das mulheres que também concordam, baseados em justificativas mitológicas (Tabela 4), enquanto que 76,9% dos homens e 61,7% das mulheres não concordam que “o maior é o melhor”, compreendendo conceitos e idéias realistas (Tabela 4 e 5), e 21,9% das mulheres não responderam à questão.

Tabela 3

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>S/resp</i>	<i>Total</i>
<i>Masculino</i>	17,3	76,9	5,8	100
<i>Feminino</i>	16,4	61,7	21,9	100
<i>Total</i>	16,8	68,0	15,2	100

Tabela 4

❖ Pesquisa Masculina
<p>Concordo – 17,3%</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proporciona maior prazer à parceira, o tamanho faz a diferença <input type="checkbox"/> Porque me sinto mais emocionado <input type="checkbox"/> A mulher sente o poder <input type="checkbox"/> Validade maior <input type="checkbox"/> Elas se apaixonam rapidamente <p>Não concordo – 76.9%</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não faz diferença no desempenho <input type="checkbox"/> O que conta é a ginga <input type="checkbox"/> A sensação da mulher é superficial <input type="checkbox"/> Sendo um tamanho normal para a relação haverá satisfação de ambas as partes <input type="checkbox"/> Todo exagero é reprovável <input type="checkbox"/> O que vale é saber usar <input type="checkbox"/> O que vale é o contexto todo, acho que o médio é melhor, não incomoda <input type="checkbox"/> Precisa saber fazer sexo, não apenas ter tamanho <input type="checkbox"/> Às vezes é pior até para a mulher ser for grande <input type="checkbox"/> Depende do que o cara faz, relação é um todo. <input type="checkbox"/> Depende do modo (forma) que você controla a relação <input type="checkbox"/> O que importa é a qualidade e intensidade das preliminares <input type="checkbox"/> O desempenho é mais importante que o tamanho <input type="checkbox"/> Mulher gosta de pênis duro e não grande <input type="checkbox"/> Mais vale um pequeno brincalhão, do que um grande bobalhão

Tabela 5

❖ Pesquisa Feminina
<p>Concordo – 16,4%</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pelo fato da visão. O maior causa mais desejo <input type="checkbox"/> Quanto maior o tempo de sensação de penetração melhor a sensação <input type="checkbox"/> Dá mais sensação <input type="checkbox"/> Maior é melhor! Sensação de penetração <input type="checkbox"/> Faz com que a mulher chegue ao orgasmo com mais facilidade <p>Não concordo – 61,7%</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O tamanho não é o principal <input type="checkbox"/> O que importa é a qualidade, não o tamanho <input type="checkbox"/> Depende das preliminares <input type="checkbox"/> É uma questão de posição sexual <input type="checkbox"/> O que importa é a simetria do casal <input type="checkbox"/> O orgasmo não se dá pela profundidade do contato, se dá pelo “contato” <input type="checkbox"/> Não é o tamanho que dá prazer <input type="checkbox"/> Há uma adequação anatômica pênis-vagina que independe do tamanho do pênis <input type="checkbox"/> Não é o tamanho, mas sim a afinidade. <input type="checkbox"/> Não é o tamanho que dá prazer, mas o momento <input type="checkbox"/> Depende das atitudes <input type="checkbox"/> Outros

Dos homens que concordam que “o maior é o melhor”, 10,1% definem o tamanho de seu pênis como grande, 3,4% médio 1,7% pênis pequeno, 1,7% muito grande; e os que não concordam que “o maior é o melhor”, 54,2% consideram o tamanho de seu pênis médio, 11,9% grande, 1,7% muito grande.

Considerações Finais

Observando os resultados quantitativos da pesquisa, apenas 1,8% da amostra da população masculina afirmou que o tamanho do pênis interfere negativamente no desempenho sexual, principalmente na resposta eretiva.

No entanto, verificou-se que as respostas a respeito da presença de disfunções sexuais, em decorrência do tamanho, apresentaram índice significativamente maior em relação aos que responderam que o tamanho atrapalha na relação, podendo-se inferir outras causas de interferência e comprometimento do desempenho.

86,5% expressaram satisfação sexual quanto ao tamanho do pênis que possui, e os que estão insatisfeitos revelaram medidas do pênis medianas.

Nas respostas qualitativas em relação à concordância se “o maior é o melhor”, os que concordaram com esta afirmação, 17,3% dos homens, justificaram suas respostas com crenças e mitos a respeito do órgão sexual masculino, retroalimentando historicamente a relação do pênis com força, poder, virilidade e atratividade.

Quanto às mulheres, apenas 13% responderam preferir pênis grandes, e acreditam que o tamanho interfere principalmente nas respostas de excitação e orgasmo. E as mulheres que consideraram que “o maior é o melhor”, 16,4%, justificaram a relação com o estímulo visual e com a sensação obtida.

Portanto, ainda herdamos arquétipos e conceitos que não estão baseados no conhecimento científico a respeito da estrutura anatômica e neurofisiológica do órgão sexual masculino, mas percepções que validam o poder, a forma e a beleza, na projeção do desejo que perpassa os liames físicos e biológicos, adentrando no mundo intra e intersíquico e histórico-cultural do indivíduo e da sociedade.

No entanto, observou-se uma amostra significativa de homens e mulheres, 68%, que não concordam com a afirmação de que “o maior é o melhor”, cujas respostas adequaram-se à funcionalidade da sexualidade e à dinâmica do casal.

“A anatomia sexual de cada um de nós é única e nossa experiência de sentimentos e interações sexuais é ainda mais pessoal e particular. São grandes as variações anatômicas de uma para outra. Infelizmente algumas pessoas se preocupam com a noção de que “quanto maior, melhor” e outros acreditam que a satisfação sexual é apenas uma questão de “apertar botões certos”. Ao contrário, acreditamos que uma visão mecânica do sexo amiúde leva a uma experiência mecânica, ao passo que uma visão do sexo como uma questão de bem estar, estado de espírito e sentimentos combinados com sensações e reações físicas será mais provavelmente satisfatória e divertida” (Masters & Johnson, 1988, p. 57).

Referências bibliográficas

- ABDO, C. H. N. *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. São Paulo: Editora Bregantini, 2004.
- BALDO, M. C. B.; HADDAD, H. *Ilusões: O olho mágico da percepção*. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 29.06.2005
- CALLÁS, C. *Magia Sexual: do Oriente ao Ocidente, recuperando os caminhos do prazer*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2004.
- CARRION, C. E & PESCA, L. *O Sexo É: Mitos e Desmistificação*. Porto Alegre: Sulina, 1996.
- CARTHY, B. *O que você ainda não sabe sobre sexualidade masculina*. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
- CASTRO, J. J. P. *Bíblia Sagrada*. São Paulo: Ed. Ave Maria, 1999.
- FRIEDMAN, D. *Uma Mente Própria: A história cultural do pênis*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- GINDIN, L. R. *La Nueva Sexualidade del Varon*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- GREGERSEN, E. *Práticas Sexuais: A história da sexualidade*. São Paulo: Rocca Ltda, 1982.
- KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.
- KOLODNY, R. C. et al. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo: Editora Manole, 1982.
- KUSNETZOFF, J. C. *O Homem Sexualmente Feliz*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- LELOUP, J. *O corpo e seus símbolos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- MASTERS & JOHNSON. *O Relacionamento Amoroso*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- RODRIGUES, O. M. *Sexo: Tire suas dúvidas*. São Paulo: Iglu, 1993.
- ROJAS, H. *Los lenguajes del Deseo: Claves para orientarse en el laberinto de las pasiones*. Madrid: Ediciones Temas de Joy, 2004.
- ROS, C. *Qual tamanho é normal, doutor?* Disponível em: <http://www.arquivoshellis.com.br/revista/010704/revista_010704_antropometria_01.asp> Acesso em: 09.09.2005
- SANTOS, B. F. *A Medida do Homem: tudo o que você precisa saber para ter o pênis maior (ou menor)*. Porto Alegre: Imprensa Livre 1999.

SBU. *Sociedade Brasileira de urologia condena procedimentos de aumento para aumento de pênis*. Disponível em: <http://www.uro.com.br/faq_pen.htm> Acesso em 19.06.2005.

TELÖKEN, C. et al. *Disfunção Sexual*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VOLICG, R. M. Formas Fabricadas. *Revista Viver Mente & Cérebro*, ano XIII, nº 149. São Paulo, 2005.

ZEUS.NET: *Aumento peniano Aumente seu Pênis Natural Manual*. Disponível em: <<http://www.arremate.com.br/accdb/viewIte.asp?IDI=2284447>> Acesso em: 28.08.2005.

WRONCLAWSKY, E. R. et al. *II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil: Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade*. São Paulo: BG Cultural, 2002.

TEMA:
AS NOVAS ESTRUTURAS FAMILIARES
E A SEXUALIDADE

UNIVERSO DA SEXUALIDADE NAS NOVAS FAMÍLIAS

*Cláudia Bello Sarturi*¹

THE UNIVERSE OF SEX AND THE NEW FAMILIES

Resumo: O arranjo das novas famílias e sua sexualidade consiste num tema bastante atual, uma vez que as separações são cada vez mais freqüentes em nosso panorama social. Por conseqüência dessas separações, surge a busca por novas relações, cujo resultado inaugura as novas configurações de relacionamentos, entre elas o recasamento. O presente artigo, que recorre às obras de Peggy Papp e Schnarch como aparato conceitual, descreve o perfil dos casais que apostam nesse tipo de relacionamento, procurando atribuir uma definição procedente a essa nova configuração de relações. Simultaneamente, o trabalho observa o grau de maturidade dos casais na primeira união e também no recasamento, comparando as prioridades, bem como as expectativas afetivas e sexuais de cada fase. Finalmente, contempla a questão dos filhos advindos dos casamentos anteriores, no que se refere à readaptação de referenciais (anteriores e atuais), evidenciando os conflitos que podem ocorrer quando novos arranjos familiares vão sendo construídos.

Palavras-chave: Sexualidade; Recasamento; Novas famílias.

Abstract: The development of structures in new families and their sexuality consists a very current theme, once divorces are much more frequent in our social scene. In consequence of these separations, the search for new relationships emerges, the results initiates the new relationship configurations, among them is the remarriage. The present article, which goes through the work of Peggy Papp and Schnarch as conceptual apparatus, describes the profile of couples that bet on this kind of relationship, aiming at attributing a

¹ Terapeuta de Casal e Família. Especialista em Sexualidade Humana pela Sbrash. Foi coordenadora do Centro de Estudos de Terapia Familiar do curso de especialização do Centro de Estudos de Terapia Sistêmica, pelo período de seis anos.
e-mail: claudiabsarturi@hotmail.com

proceeding definition to this new relationship configuration. Simultaneously, the work observes the maturity degree of couples in the first union and also at remarriage, comparing the priorities, as well as the affective and sexual expectations of each phase. Finally, it contemplates the matter of children came upon former marriages, regarding the re-adaptation of referentials (former and current), making evident the conflicts that may occur when new familiar arrangements are being built.

Keywords: Sexuality; Remarriage; New Families.

Introdução

Este trabalho trata sobre o arranjo das novas famílias e sua sexualidade. Atualmente, com o número de separações cada vez maior e, conseqüentemente, com o aumento da busca por novas relações, crescem consideravelmente as novas configurações de relacionamentos, entre elas, o recasamento. No que se refere a esse tipo de relacionamento, tem-se constatado que o casal adota um olhar diferente em relação ao modo de lidar com os problemas da sexualidade, uma vez que estão numa etapa do ciclo vital de maturidade – tendo vivenciado experiências de casamento anterior – e se mostram mais dispostos para conversar sobre a questão.

Desenvolvimento

No primeiro casamento, o casal está voltado para o projeto familiar, no qual ambos poderão tornar-se pais ao mesmo tempo. Na sexualidade, o casal está mais inclinado para o individual e aparecem as queixas muitas vezes dirigidas ao (projetadas no) outro. Quando se casa pela primeira vez, busca-se seguir o modelo de casamento dos pais. Na maturidade, em contrapartida, quando ocorre uma segunda escolha, pode ocorrer ou não a elaboração do primeiro casamento, que serve como experiência a ser somada com as vivências trazidas da família de origem.

Dentre as motivações que levam ao desejo do recasamento estão não só a necessidade de segurança e a busca de felicidade, mas, com maior peso, a paixão e o medo da solidão. A paixão está a serviço de uma escolha pessoal e individual, apesar de ser efêmera. Dessa forma, a paixão não está em função da criação de uma família, mas do preenchimento de uma necessidade

vital, que pode ser assim resumida: “a pessoa se entorpece pelo desejo do prazer com o outro”. Já a solidão está mais conectada com as faltas, as carências próprias que levam à necessidade do outro.

Embora, como afirma Peggy Papp (2002), deva-se levar em conta a experiência do casamento anterior, os parceiros se preocupam no sentido de que essa união tenha sucesso. Porém os velhos padrões da união anterior podem ser transferidos ao novo relacionamento.

O casal, no recasamento, tem como foco a díade, na medida em que, nesse momento de vida, há um maior desejo de ter sua satisfação realizada no outro e uma ênfase considerável na troca estabelecida com o parceiro. Tais fatores trazem ganhos à sexualidade do casal, tornando-a mais satisfatória.

O recasamento poderá ocorrer numa etapa de vida mais avançada, criando-se as novas famílias, cujo universo apresenta-se amplo, de acordo com as várias possibilidades de parceiros com seus respectivos filhos, frutos do primeiro casamento ou da união anterior.

As novas famílias precisam lidar com as perdas anteriores, especialmente os filhos que ficarão com o outro progenitor e os que vêm morar com o novo casal, tornando-se padrasto, madrasta e enteados. Com isso, estabelece-se uma readaptação de referenciais (anteriores e atuais), em que persiste um vínculo de lealdade com os pais biológicos e, simultaneamente, novas conexões vão sendo construídas.

Cabe lembrar que os membros da família trazem suas histórias de vida íntima anterior que deverão interagir com o novo grupo familiar que se forma. Segundo ressalta Patrícia Papernow (apud Bernstein, 2002, p. 308), a nova família leva entre cinco e sete anos para que todos se sintam integrantes do mesmo núcleo familiar. Se esse processo tornar-se difícil em decorrência da não aceitação de um comportamento do filho do outro, poderão ocorrer “ilhas”. Nessas “ilhas”, o progenitor passa a defender o seu descendente e, com o tempo, cada parceiro fica envolvido com seu filho do casamento anterior, o que acaba dificultando o acesso do outro.

Visando isenção do risco de formação das ilhas, a opção de muitos casais na meia-idade é morarem em casas separadas e, quanto à sexualidade, relatam que a “sentem como um reencontro”, que o tesão, inclusive, é maior. Toda semana se preparam para encontrar o outro e, quando há dificuldades com os filhos, discutem o problema, embora cada um resolva-o com o seu.

Conclusão

No recasamento, a sexualidade pode ser reacendida, pois o projeto família já foi realizado e o foco do casal encontra-se na díade. As dificuldades sexuais são compartilhadas, os parceiros estão mais maduros, há maior intimidade, criam mais espaço para os dois e o diálogo é mais fácil. O casal está mais focado no prazer a dois.

Schnarch (traduzido por Groisman, 2004) amplia os problemas de desejo para uma perspectiva sistêmica, colocando que a necessidade maior deve ser a diferenciação pessoal. Deve-se, assim, levar-se em conta os aspectos interpessoais, na medida em que os problemas relacionados ao desejo sexual são indicativos de uma falta ou perda de diferenciação no relacionamento.

Há pessoas que recasam muitas vezes, pois estão em busca muito mais de uma “adrenalina sexual” do que de um envolvimento relacional; e, para estas pessoas, quando a rotina ocupa o lugar do entusiasmo inicial, surge o desinteresse no outro. Nesses casos, as dificuldades sexuais não são conversadas, mas desconversadas.

Assim, o recasamento pode ser metaforicamente comparado com uma reedição: muitos autores, quando reeditam, acrescentam novos capítulos, revisam anteriores, enquanto outros apenas trocam as capas.

Referências bibliográficas

BERNSTEIN, A. C. Recasamento: Redesenhando o Casamento. In: PAPP, P. *Casais em perigo: Novas diretrizes para terapeutas*. São Paulo: Artmed, 2002.

GROISMAN, M. (2004). *Apostila do curso “A sexualidade na família”*. Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas. Tradução literal da obra: Schnarch, D. *Principles and practice of sexy therapy*. New York: Guilford, 2000.

PAPP, P. *Casais em perigo: Novas diretrizes para terapeutas*. São Paulo: Artmed, 2002.

CONFERÊNCIA:
CASAMENTO E SEXUALIDADE
NA PÓS-MODERNIDADE

CASAMENTO E SEXUALIDADE NA PÓS-MODERNIDADE

Maria do Carmo Andrade e Silva¹

MARRIAGE AND SEXUALITY IN POST-MODERN TIMES

Resumo: Os casais, assim com as pessoas e a sexualidade que os compõem, sofrem influências ideológicas do momento sócio-histórico, no qual estão inseridos. Porém, as pessoas independentemente da época e da cultura, enfrentam a questão da separação e, para tal, procuram através da união com o outro, transcender à solidão. Assim, procurou-se neste texto, enfatizar as questões da atração interpessoal e as principais alterações ocorridas nos últimos 50 anos, que de forma direta ou indireta incidiram sobre as relações de casal. Apontando-se para dois pilares ideológicos básicos: o conceito de sexo-reprodução, alterado para sexo-prazer através da contracepção; gerando maior liberdade sexual e, o trabalho fora, anteriormente obrigação ou privilégio masculino, que passou a existir também como realidade feminina. Tais processos atingiram fortemente a estrutura da família nuclear clássica e exigiram várias alterações de papel de gênero. Vivências, que pelas pressões de urgências resolutivas, especial características do mundo atual, têm gerado muitos outros comprometimentos para ambos do par, propiciando novos conflitos, muita ansiedade, relativismos, incertezas e fragilidade dos vínculos.

Palavras-chave: Casal; Atração; Sexo; Trabalho; Vínculos.

Abstract: Couples, as well as the individuals and the sexuality that constitute them, are exposed to ideological influences of the socio-historical moment. However, all individuals, regardless of time or culture, face the issue of separation and seek to bond with each other in an effort to transcend solitude. This paper has thus attempted to focus on the issues of interpersonal attraction

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Professora e Coordenadora do Programa de Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho. Professora Colaboradora do Instituto de Ginecologia – Ambulatório de Sexologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

and the main changes taken place over the past fifty years, which have exerted a direct or indirect on couple relationships. To that effect, two basic ideological cornerstones were highlighted: the first is the concept of sex-reproduction, changed into sex-for-pleasure made possible by contraception, generating greater freedom. Secondly, the concept of working outside the house, a former male responsibility or prerogative and now also a part of women's reality. Such processes have deeply shaken the structure of the classic family and demanded several gender-role alterations. Likewise, new patterns of interaction stemming from the urgent demands of modern life have brought about a host of different commitments for both individuals in the couple, promoting new conflicts, a substantial degree of anxiety, relativisms, uncertainties and frail bonds.

Keywords: Couple; Attraction; Sex; Work; Bonds.

O casal, independente da época, resulta da união de duas pessoas – duas realidades biopsicossociais distintas. Estrutura onde a expressão sexual distanciou-se muito de um determinismo estritamente biológico, entrelaçando-se a fatores mais amplos e com limites cada vez menos distintos. A atividade sexual, já não se limita ao ato em que se unem diferentes para a reprodução, existindo muito mais pelo desejo de busca das próprias sensações vivenciadas no ato de encontro com o outro. Contém representações pessoais mais extensas, que a simples penetração de um pênis em uma vagina, pois as características interpessoais próprias a cada interação, são os fatores que darão o colorido personalizante, que diferencia as sensações de prazer de cada pessoa envolvida em um encontro sexual específico (ANDRADE-SILVA.M.C., 2003)

O casal, assim como as pessoas e a sexualidade, que o define, sofre influências ideológicas do momento sócio-histórico, no qual estão inseridos. Interferências na constituição dos significados dos vínculos de casamento e da sexualidade. Porém, cada um do par possui sentimentos, realizações e fantasias distintas no que se refere a si mesmos, ao outro e a relação. Caracterizando-se, em um processo de interferências mútuas e dinâmicas, onde a relação interpessoal será básica, para que o encontro sexual exista.

As pessoas independentemente da época e da cultura, enfrentam a questão da superação da separação, da realização de união através da tentativa de transcender à solidão e encontrar harmonia com o outro, como refere FROMM, E. (1957 trado.1974). A eterna procura por sua “cara metade” complementar,

já referida desde o século III a.C. no Banquete, PLATÃO (trado. 1964) e que permanece como objeto de estudo de várias correntes teóricas.

Evolucionistas como MORRIS, D. (1974) ou BUSS, D.M. (2000), baseiam-se nos aspectos etológicos e neurobiológicos para a manutenção das espécies. Outros como FREUD, S. (1914- trado.1985), GOLDSTEIN, J.H. (1983), FROMM, E. (op.cit), com enfoques psicológicos, baseiam-se em aspectos intrapsíquicos, interpessoais ou sociais. Porém, como afirma VALENTIN, A.R. (1993), apesar de não haver completa correspondência entre as diversas teorias sobre Atração Interpessoal, pode-se subdividi-las segundo os componentes atitudinais que privilegiam e a maior ou menos importância que atribuem aos afetos.

O impulso sexual, através da comunicação verbal e não-verbal, das capacidades intelectivas, das representações simbólicas e sociais, recebe uma alteração qualitativa que transforma o coito em relação, passando o processo sexual a poder ser ensinado, regulamentado, reprimido ou supervalorizado. Processos que possibilitam, às pessoas a fazerem sexo por diversas motivações como: minimização de carências afetivas, obrigação, reprodução, carinho, prazer, consumo, valorização pessoal, descarga de tensão, encontro afetivo-sexual, exercício de poder, submissão etc. Também as formas ou frequência com que essas interações ocorrem, variam de pessoa para pessoa e nos diferentes momentos de vida de cada um, não se admitindo hoje, limites ou normatizações generalizantes, quanto as formas ou frequência de prazer sexual, desde que respeitados sejam, os direitos dos outros (ANDRADE- SILVA.M.C., 2003).

O desejo e o erotismo, por suas próprias naturezas, são processos muito complexos e dessa riqueza surgem: atrações, paixões, necessidades de unir-se e amar. O desejo sexual, não é algo palpável, não é tão arrumadinho como muitas vezes gostar-se-ia que fosse, pois sendo uma pulsão de vida e de satisfação de necessidades intrínsecas à estrutura de personalidade de cada desejante, pode ser ativado pela forma como o outro é imaginado e fantasiado, por quem deseja. Sendo assim, nem sempre, representa conexão lógica com a realidade do que é o outro.

A atração sexual, às vezes é produto de *semelhanças*. As pessoas se atraem, admiram e desejam pessoas, que acreditam semelhantes a si próprias, especialmente, no que se refere aos valores, classe social, beleza e capacidade intelectual. Em outros momentos, a atração e o desejo pelo outro, manifestam-se por *complementaridade*. Deseja-se no outro, aquilo que não se tem. Deseja-se a ele, porque possui tal ou qual qualidade, que se admira e fantasia-se que através

desta união possa-se passar a tê-la. Às vezes, a atração acontece por trocas, onde cada um deseja para si, alguma qualidade importante no outro como: um deseja o poder que o outro demonstra, enquanto aquele deseja a beleza, que o outro possui. Nestes casos, estrutura-se uma relação de atrações e desejos mútuos, por potenciais *trocas e complementaridades*.

Em algumas estruturações de personalidade, o desejo pelo outro se encontra relacionado à *proteção*. Assim, uma figura com simbolismos parentais compensatórios das lacunas infantis será o objeto desejado e, tal impulso afetivo-sexual, encontrar-se-á satisfeito quando a figura de atração for percebida como: forte, protetora e amadurecida em termos de doação.

Em outras constituições psicológicas, pessoas essencialmente *dominadoras* precisam exercer seu poder e, este se encontrará potencialmente satisfeito, quando associado às relações afetivo-sexuais com pessoas percebidas como: frágeis, dependentes e submissas. Ainda outros, desejam justamente o que não conseguem ter, os objetos idealizados, que só existem em suas fantasias e, por isso mesmo se encontram em constantes buscas.

O momento de encontro, quando a atração ocorre, parece muito rápido. Aponta ter bases em impressões ligadas a uma série de mensagens verbais e, sobretudo não verbais, que certas pessoas emitem umas às outras em determinados momentos. Mensagens com conteúdos simbólicos, carregados de significados, que sinalizam promessas futuras de satisfação.

A paixão é repleta de idealismos e expectativas pouco realistas. Apaixona-se pela magia afetivo-sexual da fantasia do encontro. Porém, nestes momentos iniciais, pouco se conhece do outro e a convivência real, poderá trazer muitos desafios não percebidos ou mesmo impensáveis, ao início de uma relação. Assim, embora não se saiba ao certo os motivos que nos levam à paixão, sabe-se que esmorece com o passar do tempo, o que faz com que os relacionamentos sejam rompidos por insatisfação com a realidade ou se estabilizem em bases mais sólidas.

Rompem-se especialmente os relacionamentos, onde a distorção perceptiva inicial, foi muito intensa e fez com que o sonhado, tenha ficado muito distante da realidade do que é o outro. Mantêm-se relações menos distorcidas perceptivamente e, quando o desejo de continuidade transformou-se em “ações” reais, oriundas das necessidades de estar juntos. Pois “ações” encontram-se mais sob o domínio consciente da vontade, levando à dedicação e ao esforço pela manutenção da relação, com “Seres”, que agora além de apaixonados também são amados.

Quando a admiração, a reciprocidade e a intimidade, permanecem após a atração inicial, os relacionamentos têm chances de continuidade. Corroborando tal afirmativa, encontramos um grande número de pesquisadores do tema como: ÂNGELO, C. (1993), MASTERS, W., JOHNSON, V. e KOLODNY, R. (1970), JURBERG, P. e JURBERG, M.B. (1998), STERNBERG, R.J. (1988). Compondo a Teoria do Amor de STERNBERG, R. (op.cit.), encontram-se três componentes básicos: paixão, intimidade e decisão/compromisso. Processos, que podem variar em intensidade de pessoa para pessoa e, em diferentes momentos da vida de cada um dos envolvidos.

Os modelos das estruturas familiares e de casais variam com a história socio-cultural. Da família extensa à tradicional família nuclear que, já no século passado, conquistou o espaço doméstico privado e legitimado pelo casamento, sendo composta por: pai, mãe e filhos. Local onde o poder centrava-se na figura paterna (autoritária, do mundo, sexuada, forte e mantenedora), sobre sua mulher (materna, do lar, submissa, reprodutora, afetiva e pouco sexuada).

Porém, progressivamente, algumas alterações foram sendo processadas no mundo socioeconômico e, basicamente, dois pilares ideológicos comandaram o início destas transformações. Um deles, quando o conceito de sexo-reprodução, foi alterado para sexo-prazer através da contracepção mais segura, propiciando a vivência de uma maior liberdade sexual. Outro referente ao trabalho fora, anteriormente obrigação e/ou privilégio masculino, que passou a existir também como necessidade e realidade no universo feminino. Alterando-se assim a estrutura familiar, propiciando ganhos econômicos à mulher e possibilitando-lhe o desenvolvimento de outros sonhos e realizações, além da casa, marido e filhos. Tais processos atingiram em cheio a estrutura da família nuclear clássica e o mundo passou a exigir do homem e da mulher, uma série de alterações de papel sócio-sexual ou de gênero.

No mundo da família, local anteriormente privilegiado ou obrigatório para o feminino, também se observaram muitas alterações, pois com as mulheres trabalhando fora, gerou-se a necessidade de alguma participação doméstica masculina (fato nada comum à tradicional educação do homem) e causador de vários conflitos de casal. Pois como relata JABLOSKI, B. (1999), um conjunto de sentimentos, crenças, atitudes ou comportamentos tradicionalmente fixados em torno do poder, responsabilidade econômica e instrumentalidade, em detrimento da expressividade, não pode ser modificado tão facilmente. O lar, onde as crianças sempre tinham a companhia da mãe, hoje se alterou e os filhos ficaram mais sozinhos e, tais responsabilidades, foram divididas com outros atores sociais como: a escola, creche, babá, T.V. e internet.

Os ganhos da mulher com o trabalho fora propiciaram: maior autonomia, independência, conhecimentos e objetividade (características pouco comuns à educação feminina) e que geraram uma série de complicações como: cobranças de desempenho profissional e familiar, conflitos pessoais e diádicos diante da maternidade, necessidade de desenvolvimento de competências para o mundo do trabalho. Além do discernimento equilibrado, entre características exigidas e próprias ao mundo profissional e, problemáticas para a relação a dois.

Quanto ao homem, os ganhos familiares com o trabalho feminino remunerado, propiciaram: que não mais precise carregar o peso, de ser o único responsável pela manutenção familiar, poder se relacionar mais de perto com os filhos, principalmente nos aspectos afetivos do cotidiano, poder ser mais sensível e até mesmo inseguro em alguns momentos. Pois pode contar com uma companheira, também capaz em outras áreas além da esfera doméstica. Porém, como sempre, ganhos remetem à contrapartida de perdas e dentre estas estão: ameaças quanto aos ganhos econômicos dela, angústia quanto a possível superação profissional, ameaças quanto ao desenvolvimento, independência e autoconfiança de sua mulher.

As transformações no mundo sexual, também foram muitas e atingiram homens e mulheres. Sexo não mais tinha como vertente ideológica básica a reprodução. Sexo vinculou-se ao prazer e não só para homens, mas também para mulheres, promovendo para elas ganhos e perdas. Dentre o que se pode denominar como ganhos: sexo não mais determinava o “castigo” da gravidez, maior liberdade sexual, planejamento familiar, possibilidade relacional com mais de um parceiro na vida, disponibilidade de expressão de desejo e necessidades próprias do feminino para o prazer. Porém, como sempre, ganhos trazem a contrapartida de novas complicações e dentre estas citamos: limitações de filhos não por desejo, mas por necessidade, exigência do grupo social quanto à “obrigação” do uso da liberdade sexual conquistada, obrigações quanto a manifestação de desejo e performance, além da obtenção de múltiplos e variados tipos de orgasmos.

No que se refere aos homens, a liberdade sexual feminina, também trouxe ganhos como: não mais ter que ser o “professor sexual” dela e, poder desfrutar de relações mais eróticas com sua própria mulher. Porém, tais alterações, também geraram complicações como: ansiedade quanto às exigências sexuais delas, medo de comparações quanto ao seu desempenho sexual e/ou tamanho do pênis.

A expressão de erotismo e desejo, de sensualidade, a obtenção de orgasmos, assim como o controle ejaculatório, a qualidade e frequência das ereções e

das relações sexuais, passaram progressivamente de possibilidades a necessidades e, posteriormente, tornaram-se obrigações cobradas incisivamente pelo mundo atual, gerando ansiedades de desempenho, disfunções sexuais e conflitos conjugais, como pontua, ANDRADE-SILVA.M.C. (2003).

As bases tradicionais do casamento, que estiveram fundamentadas na ideologia: homem – (trabalho e sexo) e mulher – (lar e afeto), hoje são outras. Atualmente, tanto o homem como a mulher se voltam para o trabalho, sexo e vida do lar. Porém, os encargos domésticos, ainda na maioria das vezes, encontram-se mais vinculados às mulheres, como assinalam DINIZ, G.R.S. (1999), PAPP, P. (1993), JABLONSKI, B. (1998).

Todas estas alterações têm gerado muitas crises, pois crenças, atitudes e valores, não são condições facilmente alteráveis, são padrões internalizados desde o início do processo de desenvolvimento psicológico e que, quanto mais enraizados, mais difíceis de serem modificados. Tornam-se potenciais processos de conflito entre *o que consigo ser*, pela forma *como fui educado* e as exigências feitas pelo mundo atual, quando determina e cobra, *como devo ser*, para que possa ser aceito e valorizado. Conflitos entre a educação recebida e as exigências atuais, que geram ambivalências e ansiedades com os novos papéis de gênero, promovendo: lutas pelo poder, discórdias conjugais, diminuição de auto estima, ansiedades, disfunções sexuais, infidelidade, diminuição de desejo e separação (ANDRADE-SILVA, M.C., op.cit.).

As relações entre casamentos e sexualidade, são altamente sensíveis ao passado de cada um e estas, não se alteram por decreto. Assim, mesmo a mulher atual que já possui independência derivada do trabalho remunerado e maior liberdade sexual, ainda se sente muito arraigada às antigas escolhas: (sensualidade, casamento e maternidade), amarras geradoras de uma série de novos conflitos, diante das exigências atuais. Pois, sua independência e autonomia sem dúvida são importantes, porém as relações com seu parceiro, casa e filhos, têm o mesmo grau de significado ou até mais. Quanto ao homem que hoje, já não precisa ser o único provedor e professor sexual, também a situação não é muito diferente e, não tem conseguido estar tranquilo com essas novidades, por mais que lhe pesem menos. Pois, muito de sua estrutura de personalidade, foi constituída em bases bastante tradicionais, fazendo com que em alguns casos, ainda precise de uma companheira menos igualitária econômica e sexualmente, para que possa sentir-se mais seguro, como o único forte e detentor do poder na relação a dois.

A maioria das pessoas aprende, a controlar ou inibir seus desejos sexuais em situações em que percebam contingências negativas e a permitir sua

emergência, em contextos percebidos como seguros. Porém, segurança ou risco, são processos simbólicos profundamente influenciados pelas emoções conscientes ou inconscientes. Assim, apesar de homens e mulheres atuais, mencionarem racionalmente adequação aos novos conceitos e padrões de gênero, muitas vezes suas escolhas, enquanto casais, permanecem permeadas por códigos de antigos padrões, pois muito das alterações apesar de desejadas, ainda não foram assimiladas emocionalmente, produzindo incertezas e gerando inseguranças difíceis de conviver.

Os casamentos não são homogêneos, são estruturados de formas distintas e, tais diferenças constituem-se entre: o relacionamento conjugal e outras instituições, valores e pontos significantes para cada um do par. O casamento é um subsistema, que existe dentro de uma ampla série de sistemas interligados como: a família extensa, a religião, a importância dada ao sexo e ao afeto, o relacionamento com o trabalho, o lazer, além da importância e do tempo disponibilizado para os membros da família nuclear. Portanto, o casamento é influenciado por vários fatores, porém sempre com dupla entrada, isto é, com pesos próprios, para cada um do par. Pesos pouco conscientizados no início de um relacionamento e que nem sempre se encontram em equilíbrio, podendo promover futuros conflitos na relação a dois.

Na Constituição Brasileira de 1998, a família passou a ser considerada como: uma união estável entre um homem e uma mulher ou qualquer dos pais e seus descendentes. Propondo, igualdade de direitos e deveres aos homens e mulheres.

Percebe-se hoje, muitas vezes, uma família desorientada quanto às suas funções tradicionais. Pois a liberdade dos costumes, a perda da autoridade paterna, a precariedade econômica moderna e a maior autonomia feminina, levam as famílias ou casais hoje, a serem cada vez mais pluralidades, chegando-se até aos casais interculturais, novidade propiciada pela maior mobilidade humana e rapidez das comunicações e dos transportes como assinala, PAPP, P. (2002). Existem casais heterossexuais, casais homossexuais e/ou bissexuais. Caso um dos cônjuges esteja ausente, a família será classificada, como *monoparental*. Caso sejam indivíduos homossexuais, denomina-se como *homoparental*. Quando houve o rompimento de um primeiro casamento, é denominada *desconstruída* e se houver um novo casamento, é denominada *reconstituída*. Além do poder atual, da família ser gerada *artificialmente* (ROUDINESCO, E., 2002).

Os casais, também são classificados, quanto ao tipo de inserção da mulher no mercado de trabalho e para tal, menciona DINIZ, G.R. (1999) temos:

casamento tradicional ou normativo, onde o homem trabalha e é o provedor e, a mulher, é do lar. Caso em que se observa clara delimitação de papéis de gênero tradicionais. Porém, também existem variações nos casamentos tradicionais, como: homem em situação de poder e projeção e, mulher que “trabalhe” para o avanço da carreira dele – pela manutenção de posição e prestígio sócio-econômico. Ou mulher trabalhando meio-expediente ou em algo em casa, exclusivamente para ter algum rendimento próprio, porém considerando como mais importante, seu lugar tradicional no lar e na organização da vida afetiva.

Outro tipo de classificação observada são os *casais de duplo trabalho*. Duplo trabalho em atividades, que não requerem alto grau de instrução e sem delimitação clara de progressão na carreira (trabalho por razões financeiras), que não exigem investimentos após a jornada.

Temos também os *casais de dupla carreira*, quando ambos exercem profissões conhecidas como carreiras. Com etapas de desenvolvimento, comprometimento, reciclagem e alto interesse pessoal, levando-os a trabalhar fora da jornada. Casos em que se observa maior afastamento dos papéis de gênero clássicos, interações que exigem maior flexibilidade e constituição de novos modelos de conduta. Dentre estes tipos de casais, os que enfrentam maior intensidade de situações conflitivas, são os denominados *casais em trânsito*, casais que viajam frequentemente ou moram em outras cidades, propiciando relações muito complexas e mais facilmente conflitivas.

Ainda restam os *casais mistos*, onde um deles tem carreira e o outro trabalho. Quando a carreira é do homem e, é considerada como mais importante e, o trabalho da mulher é visto como secundário, os papéis de gênero mantêm-se mais clássicos. Porém, quando é ela quem tem carreira e, esta gera “*status*” ou ganhos econômicos e, ele trabalha, surgem muitos conflitos e frequentemente separações.

DINIZ, G.R.S. (1999), menciona que estudos têm apontado, que as alterações relativas ao trabalho fora e os conseqüentes conflitos, mantêm relações íntimas com: o número de horas trabalhadas, a remuneração e o “*status*” obtidos, a importância que ambos do par atribuem ao trabalho, a intensidade de envolvimento da mulher com sua carreira e terem ou não filhos. Observando-se que quanto maior a congruência entre os pares, melhores possibilidades de êxito.

Para PAPP, P. (2002), na era da informação imediata, os casais também têm que estar na “trilha rápida”, têm que produzir mais, ser mais, ter mais, saber mais, relacionar-se mais. Correria e angústia, que não permite tempo

e tranqüilidade para si mesmos. Sendo que muitas vezes, o relacionamento a dois, paga o ônus dos vários afazeres do casal. Pois, na relação conjugal, tendem a priorizar as relações parentais e familiares, negligenciando a relação a dois. No entanto, em pesquisa sobre conjugalidade, FÉREZ-CARNEIRO, T. (1999), aponta que os casais afirmam ser o relacionamento afetivo-sexual, muito importante na relação. Assim, pode-se pressupor que os mundos socio-econômico e familiar, envolvem as pessoas do casal de tal forma, que perdidos neste emaranhado de obrigações e cobrança de êxito em situações novas, não conseguem tempo ou disposição, para o encontro e o prazer a dois. Processo que corroe as interações e propicia: o descolorido, a inércia, os afastamentos, as disfunções, as discussões e futuras separações.

Nas separações, segundo FÉREZ-CARNEIRO, T. (op.cit.), os principais motivos alegados são: infidelidade, insatisfação sexual, desatenção e incompatibilidade. Reafirmando-se a discrepância que apontamos acima, quando o discurso dos casais é de que sexo e afeto são muito importantes no casamento, porém parece que poucos conseguem estar disponíveis para tal.

As relações afetivo-sexuais de um casal caracterizam-se, pela possibilidade de se reconstruir um novo elo de ligação, vínculo adulto que minimiza a angústia da separação através de: confiança, intimidade, carinho, segurança, aconchego e prazer. Porém, parece que no mundo atual, a urgência resolutiva e o relativismo dos vínculos, têm gerado muitas incertezas, e como assinala BAUMAN, Z. (2003), a falta de confiança, o baixo investimento, a fragilidade e a incerteza dos vínculos, têm originado o que denomina: *amor líquido*, como algo típico da sociedade atual.

Referências bibliográficas

ANGELO CLAUDIO. A Escolha do Parceiro. In Maurício Andolfi. CLÁUDIO Â. e CARMINI S. (Org.), *O casal em crise*. (pp.44-66). São Paulo: Sumus, 1993.

ANDRADE-SILVA, M.C. Terapia Sexual e Inclusão Social. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 14 (2) 27-37, 2003.

BAUMAN, S. *O Amor Líquido- sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BUSS, D.M. *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books, 2000.

DINIZ, G. R. S. Homens e mulheres frente a interação casamento-trabalho: aspectos da realidade brasileira. Em T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e Família. Entre a tradição e a transformação.* (pp.31-54) Rio de Janeiro: Nau, 1999.

FERES-CARNEIRO, T. Conjugalida; um estudo sobre as diferentes dimensões da relação amorosa heterossexual e homossexual. Em T.Féres-Carneiro (Org.). *Casal e Família.Entre a tradição e a transformação.*(pp.96-117). Rio de Janeiro: Nau, 1999.

FREUD, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução.* Rio de Janeiro: Imago, 1914 trado.1985.

FROMM, E. *A Arte de Amar.* Belo Horizonte: Itatiaia, 1957 trado.1974.

GOLDSTEIN, J.H. *Psicologia Social.* Rio de Janeiro: Guanabara, 1983.

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

JURBERG, P e JURBERG, M.B. Atração Sexual:principais estímulos segundo a biologia e a psicologia social. *Scientia Sexualis, do Mestrado em Sexologia da U.G.F.* 4 (3)45- 73, 1998.

MASTERS, W.H., JOHNSON, V.e KOLODNY, R.C. *Heterossexualidade.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MORRIS, D. *Comportamento Íntimo.* Rio de Janeiro; José Olímpio, 1983.

PAPP, P. Prisioneiros do papel sexual. Em: MAURIZIO, A., CLÁUDIO, Â. e CARMINE, S. (Org.). *O casal em crise.* (pp147-154). São Paulo: Summus, 1993.

_____. Uma visão turística do casamento. Desafios, Opções e Implicações para a Terapia de Casais Interculturais. Em Peggy Papp (Org.). *Casais em Perigo. Novas Diretrizes para Terapeutas.* (pp. 193-217). Porto Alegre: Artmed, 2002.

PLATÃO. *Diálogos.* São Paulo: Cultrix, trado. 1964.

ROUDINESCO, E. *A Família em Desordem.* Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

STERNBERG, R. J. *The Triangle of Love: Intimacy, Passions, Commitment.* New York: Basic Book, Inc., 1988.

VALENTIN, A.R. Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas. Em Jorge Vala e M. Benedicta Monteiro (Coord.), *Psicologia Social.* (pp.113-139).Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1993.



SBRASH
Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

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



SBRASH
Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

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