

revista brasileira de

SEXUALIDADE HUMANA

volume 16 nº 2 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 2 – Julho a Dezembro 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 2
Julho a Dezembro de 2005

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

SUMÁRIO

171 **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

179 **EDITORIAL**

X CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA

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

183 **CONFERÊNCIA: LA DANZA DEL CORTEJO Y SUS MUTIPLES VARIABLES**
CONFERENCE: THE FLIRTING DANCE AND ITS DIFFERENT ASPECTS
Andrés Flores Colombino

TEMA: O AMOR E A SEXUALIDADE

SUBJECT: THE LOVE AND THE SEXUALITY

197 **O DIA QUE CONQUISTEI MINHA ANALISTA**
THE DAY I CONQUERED MY ANALYST
Abrão Slavutzky

207 **CONFERÊNCIA: A SEXUALIDADE NO ENVELHE(SER)**
CONFERENCE: THE SEXUALITY IN ANGING
Maria do Amparo Caridade

TEMA: SAÚDE SEXUAL MASCULINA

SUBJECT: SEXUAL MALE HEALTH

221 **DISFUNÇÃO ERÉTIL: FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO**
ERECTILE DYSFUNCTION: RISK FACTORS AND PREVENTION
Carlos Teodósio Da Ros; Márcio Augusto Averbeck; Gilberto Laurino Almeida

TEMA: PSICOTERAPIA X OUTROS TRATAMENTOS NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

SUBJECT: PSYCHOTHERAPY X OTHER TREATMENTS IN THE SEXUAL DYSFUNCTIONS

231 **O PAPEL DA PSICOTERAPIA CONJUGAL NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**
THE ROLE OF THE CONJUGAL PSYCHOTHERAPY IN MALE SEXUAL DYSFUNCTION TREATMENT.
Lina Wainberg

237 **A PSICANÁLISE E AS DISFUNÇÕES SEXUAIS**
PSYCHOANALYSIS AND SEXUAL DYSFUNCTION
Mary Georgina Boeira da Silva

TEMA: RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E O PACIENTE
SUBJECT: RELATIONSHIP BETWEEN PROFESSIONAL AND YOUR PATIENTES

- 243 SOBRE ALGUMAS FORMAS MALIGNAS DE EXPRESSÃO CLÍNICA DA TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA
ON SOME MALIGN FORMS OF CLINICAL EXPRESSION OF TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE
Roberto Barberena Graña
- 251 O TERAPEUTA SEDUZIDO E O SEDUTOR
THE SEDUCTIVE AND THE SEDUCED THERAPIST
Alfredo Cataldo Neto; Gabriel J. Chittó Gauer
- 267 CONFERÊNCIA: ATUALIZAÇÃO DO HIV/AIDS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
CONFERENCE: UPDATING HIV/AIDS KNOWLEDGE TO HEALTH CARE WORKERS
Regis Kreitchmann
- 277 CONFERÊNCIA: A EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA E SEUS DIREITOS
CONFERENCE: THE EVOLUTION OF THE FAMILY RIGHTS
Maria Berenice Dias

TEMA: PEDOFILIA
SUBJECT: PEDOPHILY

- 289 LIBERDADE SEXUAL?
SEXUAL FREEDOM?
Rúbia Abs da Cruz
- 299 CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: A TRAJETÓRIA DA DENÚNCIA DESDE A “REVELAÇÃO NÃO ACEITA” À “REVELAÇÃO ACEITA”.
CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL ABUSE: THE TRAJECTORY OF THE DENUNCIATION SINCE THE “NOT ACCEPTED REVELATION” TO THE “ACCEPTED REVELATION”.
Edilene J. de Almeida

TEMA: SEXUALIDADE E CULTURA
SUBJECT: SEXUALITY AND CULTURE

- 313 A INDUSTRIALIZAÇÃO DO PRAZER FEMININO
THE INDUSTRIALIZATION ABOUT FEMALE PLEASURE
Ana Cristina Canosa Gonçalves
- 319 APELO SEXUAL EM MARKETING E SEU IMPACTO EMOCIONAL
SEX APPEAL IN MARKETING AND ITS EMOTIONAL IMPACT
Luciana Parisotto; Flávia Soria; Kátia B. Guaragna; Margarida Rodriguez; Matias Strassburger; Mônica H. Zunta; Sandra Fayet Lorenzon; Artur Vecchi

TEMA: AS CIRURGIAS NA MULHER E A SEXUALIDADE
SUBJECT: THE WOMEN CIRURGIE AND THE SEXUALITY

- 329 AS CIRURGIAS SOBRE A VULVA E A SEXUALIDADE
VULVAR SURGERY AND SEXUALITY
Gustavo Py Gomes da Silveira
- 337 CURSO: TRANSTORNO DE GÊNERO E TRANSGENITALIZAÇÃO
COURSE: GENDER OF IDENTITY DISTURB AND GENITAL SURGICAL RECONSTRUCTION
Maria do Carmo de Andrade e Silva; Paulo Roberto Bastos Canella; Alfredo Donis Romero; Rosimeri Eirado Bruno

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,

Neste número, estamos dando continuidade à nossa edição especial 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 nos honraram aceitando o convite de registrar o seu conhecimento sobre as múltiplas áreas da sexualidade, nessa publicação.

Espero que esta edição especial, com os tópicos apresentados em Porto Alegre, durante o congresso, seja um estímulo e um convite aos associados a continuarem conectados à ciência e às discussões em torno da sexualidade que sempre estiveram presentes na agenda dos eventos dessa sociedade, bem como a permanecerem em constante intercâmbio com a SBRASH, o que enriquecerá a todos nós.

Agradeço aos que, de alguma forma, tornaram possível o sucesso científico e financeiro da administração do biênio 2003-2005, por mim presidida, que permitiu a realização dessa edição especial, em dois números, da nossa querida RBSH (Revista Brasileira de Sexualidade Humana).

Um carinhoso abraço,

Dra. Jaqueline Brendler
Diretora Presidente 2003-2005.

CONFERÊNCIA:
LA DANZA DEL CORTEJO
Y SUS MUTIPLES VARIABLES

LA DANZA DEL CORTEJO Y SUS MUTIPLES VARIABLES

Andrés Flores Colombino¹

THE FLIRTING DANCE AND ITS DIFFERENT ASPECTS

Resumen: Una aproximación antropológica de la danza tanto en animales como en humanos, demuestra que su origen está en el abrazo sexual y que los movimientos programados o no, constituyen la esencia del cortejo sexual, galanteo o parada. La secuencia de 0.8 segundos es común a toda música por elemental y culta que fuera, con la de las contracciones musculares del orgasmo humano. La danza constituye una habilidad social y sexual al mismo tiempo, y se analiza los grados de intimidad que permiten los tipos de danza de diferentes épocas, como el bolero, el tango y la lambada. En el varón en general predomina el erotismo muscular, y en la mujer, el cuerpo juega un decisivo lenguaje en nuestra cultura, en el galanteo, la coquetería, sus etapas. El cortejo animal está ritualizado y se describe el del pavo real, el pez espinoso. Cualquier forma de cortejo humano se puede musicalizar, y se puede bailar sin cortejar, pero no se puede cortejar sin bailar.

Palabras clave: Danza; cortejo; erotismo muscular; cuerpo; abrazo sexual.

Abstract: An anthropological approach to the animal or human dance, shows its origin in the sexual hug, and that the programmed or not-programmed movements, are the essence of the sexual entourage, or flirting. The 0.8 seconds sequence exists in every kind of music as in the muscles contractions of the human orgasm. Dance is a social and sexual ability at the same time; and it is analyzed the different grades of intimacy that are presented in different types of dance (bolero, tango and lambada).

¹ Presidente de la FLASSES. Miembro vitalicio e la Academia Internacional de Sexología Médica. Profesor de sexología Clínica, Universidad de la República, Fac. de Medicina del Uruguay. Vice Presidente de la Sociedad Uruguaya de Sexología. Miembro del Advisory Committee de la WAS. e-mail: aafc@adinet.com.uy

In male, it is predominant the erotic of his mussels, and in female the body has a significant language in our culture, in the flirting, its steps. The animal flirting is a ritual, and is described in the royal turkey and in the spin fish. Any form of human flirting can be musicaliced, and it can be danced without flirting, but it is not possible to flirt without dance.

Keywords: Dance; flirting; erotic mussels; body and sexual hug.

El cuerpo humano es para su habitante una experiencia maravillosa siempre. Cuando es fuente de un espectáculo de gran belleza como la danza, se trata de una de las artes plásticas de mayor antigüedad y permanencia (Flores Colombino, 1995). Todos los animales danzan, pero también todos los humanos son capaces de danzar. Havelock Ellis (1949) decía que “La danza es la más sublime, la de mayor movimiento, la más hermosa de las artes, porque no es una mera traducción o abstracción de la vida; es la vida misma”.

Comparar a la experiencia del cortejo con una danza, no es invención mía. Varios investigadores de hace más de tres décadas, entre quienes se destaca Birthwhistell (1970), demostraron que

“todas las personas comprendidas en una interacción social se mueven inconscientemente ‘en sincronía’ unas con otras, por medio de una coordinación rítmica de gestos y movimientos que exhibe todas las características de una danza”.

El ballet de movimientos no se percibe si se filma la experiencia y se proyecta a velocidades normales, sino sobre todo cuando se pasan los fotogramas de a uno, donde se van revelando los ritmos. Es famosa una filmación de 18 segundos entre Doris y Gregory, “la Escena del Cigarrillo”, donde un simple diálogo mientras se enciende un cigarrillo, revela ‘una especial cadencia’ del intercambio, un ‘ritual como una danza’ de la acción. Lo que vincula todavía más la danza tonel cortejo, es que según Montagú y Matson (1983), el origen de la danza está en el abrazo sexual.

La danza tendría su origen, según el evolucionismo darwiniano, en el *ritmo oceánico de las olas*, en que los seres unicelulares – hace millones de años – eran mecidos en su sincronía, se desarrolló con el *sentido arcaico de la vibración* y permanece en los ritmos más antiguos de los movimientos humanos, entre ellos, los movimientos coitales. El ritmo cardíaco del feto, de 140 por minuto, integrado a los 70 de la madre, las conductas de mecer, acunar, le da un sentido y revive el propio sentido arcaico de la vibración rítmica,

sincronizado con los del día y la noche, el ritmo lunar, estacional, anual, de la respiración, las ondas cerebrales, ciclos de hambre y sed, ciclos menstruales de la mujer, de excitación y deseo sexual y frecuencia coital individual.

Cada uno adquiere un *compás individual*, oye un “tam-tam” diferente. De allí surge el origen de la música y la danza, en que los sonidos tienen un ordenamiento, una secuencia, una estructura temporal y una coincidencia tonal simultánea, un compás distinto del tambor tribal primitivo. *Todas las tribus primitivas, así como las modernas, danzan.* La misma cumple con una finalidad muy seria, *sagrada* en las sociedades más primitivas y más recreativa en las sociedades modernas.

El balanceo rítmico, el aleteo o el vuelo, la exposición de las plumas, el abrirse de brazos, el cruce de piernas, la exhibición de género, el alarde, son todos movimientos que integran lo que llamamos *cortejo sexual*. El conjunto de movimientos separados entre sí por pausas de quietud o de posiciones de acercamiento y alejamiento simulado, haciendo figuras geométricas y piruetas ornamentales, constituye la *danza del cortejo*. Vale para los humanos y animales.

Toda interacción es una danza, con comienzo, desarrollo y fin. Todo movimiento se puede musicalizar sincrónica y rítmicamente y transformarlo en una danza. Los motivos centrales de toda danza son dos: rítmicos y expresivos. Las danzas de los animales no son solo imitativas sino simbólicas y dramáticas, La danza humana no es simplemente rítmica sino expresiva; y no es solo expresiva sino comunicativa.

El ritmo de 0.8 segundos de fondo, lo encontramos en los ritmos de toda la música conocida. Y es el ritmo de las contracciones musculares pubococígeas del orgasmo del varón y la mujer, hecho que debemos destacar. Pues podría estar en la base del carácter sexual que se ha otorgado siempre a la danza.

Todo sonido puede limitarse al marcaje del compás, de los ritmos, de los tiempos en que se repiten los movimientos. Toda danza posee un ritmo que guía los movimientos del cuerpo todo, con énfasis en los pies, las piernas, las caderas, los brazos, la cabeza, el cuello, las manos. La riqueza expresiva del movimiento corporal es infinita.

Un bailarín con arte, pero cualquiera que no posea dotes ni entrenamiento, puede expresar con un baile propio, personal y libre, los más variados estados de ánimo. Es increíble de lo que somos capaces de hacer con el cuerpo si lo dejamos expresarse. Siempre hay personas inhibidas que necesitan cursos de “expresión corporal” para desatar lo que tienen adentro.

Pasando al *baile de la pareja*, tiene una larga historia en la humanidad. Los primitivos nunca han tenido problemas con la utilización de su cuerpo como medio de comunicación, pero ha predominado siempre en ellos el baile grupal, colectivo, a veces unisexual, a veces entre todos, varones y mujeres, pero siempre con carácter ritual. El carácter sagrado de la danza primitiva era porque se trataba de una suerte de oración a sus divinidades. Los bailes de salón empezaron por ser grupales, aunque las parejas estaban enfrentadas en filas o círculos con toques y roces de manos o brazos para el apoyo y facilitar los movimientos.

La habilidad para la danza es una habilidad social y sexual. Saber bailar puede ser decisivo en el momento del galanteo y la conquista. Demuestra salud física, pero también elasticidad y destreza corporal, propias de la juventud o de un cuerpo trabajado por el ejercicio físico. También se expresa la gracia, la elegancia, el encanto y el refinamiento, que pueden demostrar corporalmente lo que la persona siente o piensa. El baile es la forma socialmente aceptada del abrazo, la mirada directa, del contacto corporal, incluido en el repertorio de gestos y movimientos de cada danza, que el enamorado o la mujer interesada puede utilizar en su provecho para la conquista. Además, cuando la relación de pareja recién comienza, el baile puede ser el comienzo de los contactos más íntimos, por lo que se sale a bailar con una pareja cuando se estima que dichas intimidades pueden permitirse, y no antes.

El sentido del abrazo en la danza hizo que por siglos las autoridades represivas se opusieran y la prohibieran desde el siglo VI, como una expresión pagana, profana, vulgar y procaz. El cuerpo en movimiento era demasiado provocativo para mostrarlo así frente a otro, y menos frente al sexo opuesto. “El cuerpo humano” – dicen Montagú y Matson (1983) – “no solo debía envolverse, disfrazarse y negarse: debía ser inmovilizado. Pero el hombre se niega tozudamente a permanecer quieto, pues bailar es la expresión indómita de un espíritu libre”. Y la danza pasó a ser una forma pública de abrazarse sin la censura de los demás. Las religiones y sectas aun prohíben el baile a sus adeptos.

Del baile en que las manos se apoyaban en las manos y hombros o cintura del otro, como en el elegante *vals* y luego el charleston y el fox trot, se pasó al acrobático *rock and roll*, al solitario hula hu, junto al bolero y el tango. El *bolero* es el paradigma de las danzas “lentas”, pues la escasa excursión espacial permite bailar sobre “una baldosa”, con pocos movimientos de los pies y un suave balanceo, mejilla con mejilla, pecho contra pecho, vientre con vientre, con los genitales enfrentados y muchas veces en contacto, muslos contra muslos.

El *tango* merece un estudio aparte. La mujer llevada con destreza y entre cortes y quebradas, por el varón, moviendo las piernas en atrevidos avances entre los de la mujer, quien para seguir todos los pasos, requiere usar una pollera con “tajo” lateral. Se señala que el tango acrobático es más un espectáculo que una práctica común de los que lo bailan habitualmente.

La *lambada* fue el último ritmo que innovó un avance en el acercamiento de la danza a lo sexual, en que la imitación directa de las embestidas pelvianas del varón montado sobre el muslo femenino, ya deja de lado la sugerencia para explicar que la danza es sexual, y a otra cosa. Y los bailes juveniles, las “marchas” y “salsas” no se aprenden en academias de baile. Se ha vuelto a la danza colectiva. Basta con imitar, y dejar que el cuerpo diga su mensaje. Hay danza que exigen esfuerzo corporal, pero los que saben bailar, “pular”, no se cansan, pues sus músculos son exigidos al mínimo.

Al respecto, mencionaremos lo que Flügel (1964) denomina *erotismo muscular*, que se expresa mediante el libre juego de los músculos, estimulando los receptores sensitivos propioceptivos que están contenidos en ellos, cuando se contraen en los movimientos. El erotismo cutáneo, ya mencionado, está unido al erotismo muscular, porque la piel que recubre los músculos se distiende y dilata con estas contracciones musculares. Pero es cuando el cuerpo está desnudo que se disfruta más el erotismo muscular, pues las ropas amortiguan y limitan los movimientos.

La compensación estaría dada por la agradable presión que las ropas y cinturones ceñidos pueden otorgar a las contracciones musculares, aumentando su fuerza, pero son siempre ventajas inferiores a las que se obtienen con la desnudez. No es raro observar a personas que hacen gimnasia en la playa, buscando conscientemente o no que los demás miren y admiren sus habilidades y músculos – cuando los poseen –. Sus tendencias exhibicionistas parece que deben ser toleradas en buen grado para que el placer sea realmente muscular. Sería un equivalente de la conducta impresionante de las aves y otros animales.

Finalmente, los bailarines y atletas, escasamente vestidos, danzan y hacen cabriolas exhibiendo su cuerpo que ellos mismos cultivan y admiran y desean que los demás también los admiren. Sus movimientos ensalzan su atractivo erótico.

Son los movimientos específicamente impulsados por motivaciones sexuales, eróticas.: exhibición de género, conductas de arreglo, conductas posicionales, galanteo, parada, conductas impresionantes o de cortejo. En definitiva todos apuntan a las actividades que terminan por habilitar al individuo a conquistar a su pareja y tener relaciones afectivas y sexuales con ella.

Tal vez sea uno de los capítulos más interesantes de la sexología, así como de una gran complejidad. El *cortejo* sexual, según nosotros lo definimos, es el conjunto de medios por los que un varón intenta agrandar a una mujer y conseguir su amor. Entre los animales, para obtener la cópula. La palabra proviene de la cortesanía medieval caballeresca y es sinónimo de galanteo o parada. Cada cultura establece las conductas más o menos ritualizadas del cortejo, con exhibición de género y conquista. También establece los límites de los comportamientos legales e ilegales, pues el uso de la violencia o el abuso del cortejo, puede llevar a cometer delitos como el acoso sexual o apremios sexuales.

El *galanteo* estrictamente es el equivalente masculino de la coquetería femenina. Y comprende la *conducta de cortejo o parada* aplicada al macho humano, común a todos los animales, por la que a través de *gestos impresionantes, exhibiciones, regalos, demostraciones de afecto*, busca obtener los favores sexuales como preliminares de una relación erótica y sexual. *Parada* es un término ecoetológico que indica las demostraciones impresionantes y ritualizadas que realiza el macho ante la hembra antes del apareamiento.

Las conductas impresionantes según Lorenz (1972) se basan en el hecho de que "todos los movimientos que realiza el macho se verifican con un derroche de fuerza llamativo e innecesario para el auténtico fin que se persigue". Seducción no sería sinónimo de galanteo, ya que aquella implica la conquista con arte y maña, en que el seductor finge cualidades y exagera capacidades, persuadiendo con halagos y engaños reprobables para obtener los favores sexuales de la mujer. La semántica ha disminuido el aspecto reproducible de la seducción y atribuir a una persona el carácter de "seductor" es un halago. Pero clásicamente todo seductor era un amoral. Más recientemente, la seducción es más aplicada a la mujer, como sinónimo femenino de galanteo. Es mejor que el término "coqueteo", que mantiene su carácter de actitud falsa y artificiosa.

Los estudios señalan que el fingimiento y la exageración es un juego constante del galanteo, en episodios sucesivos. No es agresivo, sino emprendedor, persuasivo, y pone en juego todas las señales de comunicación verbal y no verbal. La verbalización en esta etapa es fundamental y es su arma fundamental. Ya veremos su valor en el sentido del oído y el poder erótico de la voz y las palabras.

Para la mujer, se dice que es el cuerpo el que habla el lenguaje decisivo en nuestra cultura. Es el varón quien generalmente solicita el coito, mientras

que la mujer, a diferencia de las primates hembras que toman la iniciativa, queda en situación “falsa” si lo hacen, según Zwang (1978). Esta conclusión es discutible, y cuando existe está determinada por la cultura, así como que la mujer tome la iniciativa del galanteo. La explicación de Zwang para la iniciativa masculina radica en que el varón es más perentorio y premiante en la expresión de su impulso sexual, aunque la erección peneana no es constante. En cambio, la mujer posee la aptitud constante para el coito, por lo que mantiene una “serenidad monogámica” frente a la tendencia al cortejo poligámico del varón, quien pretende compensar así su inaptitud permanente para el coito. Pero este concepto podríamos darlo por culturalmente perimido, fuera de moda: Hoy la mujer toma la iniciativa en la danza del cortejo y hasta impone el ritmo.

El varón, al igual que el macho animal, no está programado para atraer como la mujer, aunque actitudes de invitación, jactancia y exhibición, son comunes. Las exhibiciones pueden ser de poder, dinero, arte, prestigio, fama, inteligencia seductora. La postura del cuerpo en el espacio, como vimos, también contribuye al galanteo. Cuando el varón corteja, endurece sus músculos abdominales y encoge el vientre. Pero cuando se deprime, se relajan estos músculos y el vientre cae: el grado de tensión de estos músculos puede dar indicios sobre el estado emocional del varón. La mujer se contonea sonríe, hace caídas de pestañas y se dilatan sus pupilas. Cuando son abrazadas y acariciadas por personas que les atraen aumentan la producción de ocitocina, a tiempo que disminuyen la presión arterial y el ritmo cardíaco, como lo demostrara una investigación de la Universidad de Chappel Hill, Carolina del Norte (El País, 2005).

En el galanteo, tanto el varón como la mujer adoptan una postura erecta, tensa, alerta, los ojos se ponen brillantes y la piel está más brillante y rosada. Se observa esto cuando se ve pasear a la gente por la playa o la calle principal de los pueblos, en actitudes muy parecidas al pavoneo. Por eso es posible detectar cuando la pareja coquetea con los demás, fuente de celos.

La mujer emite señales de llamamiento con la caída de ojos, la voz seductora, y también como las hembras animales, por las nalgas, exagerando el balanceo al andar, mostrando sus rodillas o cara interna de los muslos, exhibiendo sus senos casi descubiertos, gestos aprendidos y consagrados por la cultura. “Los mensajes no verbales son esenciales en esta búsqueda para transmitir el interés, para que sea reconocida la intención de acercamiento” –dicen Medina y Fernández (1986)-. “Para esto se emiten señales múltiples, desde las que transmiten disponibilidad a todo el contexto social, como el uso de

determinadas ropas, pinturas, conductas, etc., hasta las señales más personales que son dirigidas exclusivamente a la persona escogida”.

Cuando se logra el acercamiento, se acortan las distancias de social a íntima, se *sonríen*, lo que constituye una señal de consentimiento típico, como señalización “barométrica”, gratificación e invitación a continuar. Los contactos ya son manuales: el ser humano primero mira y luego toca. El animal primero huele, luego mira y después lame (toca). Se progresa desde las zonas socialmente aceptadas a las zonas erógenas secundarias y finalmente primarias. Luego, aparecen los amplios contactos corporales, sobre todo en los pechos, vientre y cabeza. Hay un abandono de toda vigilancia, el abandono al otro, el momento apropiado para el beso en la boca. Y luego, el coito.

Desmond Morris (1976) describe una secuencia de *doce etapas en el galanteo humano*, en este orden:

1. Mirada al cuerpo
2. Mirada a los ojos
3. Intercambio vocal
4. La mano en la mano
5. El brazo en el hombro
6. El brazo en la cintura
7. La boca en la boca
8. La mano en la cabeza
9. La mano en el cuerpo
10. La mano en el sexo
11. La boca en el pecho
12. El sexo en el sexo

En una Universidad de Louisville, Birdwhistell (1970) analizó la típica danza del cortejo del adolescente norteamericano, que constaba de 24 pasos entre el contacto táctil inicial y el acto final del coito.

En el galanteo, dice Stewart (1973), nos enfrentamos a una situación de ambivalencia generadora de angustias: por un lado queremos transmitir todo, y por el otro, cuidamos nuestro lenguaje corporal, frenando las señales que transmitimos

En *el animal* y en estado natural de su hábitat, no en cautiverio, se cumple esta fase de una manera ritualizada en forma inmutable para cada raza. Se llama *cortejo*. Una especie de danza ritual estricta, preprogramada

genéticamente. Podemos hacer diagnóstico de raza de un animal, filmando su cortejo de búsqueda, ya que no se modifica de un acto a otro. Se modifica algo en cautiverio, fuera de su ambiente ecológico y su territorio. Esto nos hace meditar sobre si nosotros no seremos animales que vivimos en cautiverio, en una gran jaula universal.

El filósofo y científico inglés Sir Julián Huxley (1973) denominó a este cortejo animal como “ritual” que se presenta en una gran variedad entre diferentes razas, pero es siempre idéntica para la misma raza. Dura corto tiempo, hasta que se define la receptividad de la hembra. Esta es siempre pasiva en los animales. Como dice Quijada (1985):

“Prácticamente en todas las especies las hembras han de ser forzadas, engañadas o seducidas por el macho para ser copuladas, función coqueto-selectivo cuyos métodos se refinan con el ascenso evolutivo. El carácter de ritual biológico calificador de los derechos masculinos para procrear es muy claro en los primates. En algunos casos, los machos vencidos solo pueden procrear con hembras infértiles y los “ganadores” con las hembras en celo. Los machos animales tienen una sexualidad secundaria: la *galantería*, que incluye tres rubros: agresividad intraespecie, instinto territorial y conquista fertilizadora forzada o servicial de la hembra”.

191

Pero hay machos que utilizan en el cortejo conductas impresionantes y *provocadoras*. El pavo real despliega sus plumas para atraer a sus compañeras, y el petirrojo llena su cuello de aire, adoptando un aire soberbio y llamativo. No solo las hembras cambian de color. Las llamadas y cantos de las aves y de todos los animales que emiten sonidos, tienen sus equivalentes sexuales. Hasta los peces pueden redoblar, graznar, chillar y silbar, durante el cortejo. El pez espinoso, por ejemplo, cambia de olor: vientre rojo luminoso, ojos azul celeste y el dorso brillante con colores blancos y azulados. La hembra le muestra el vientre hinchado de huevos y el pez danza frenéticamente alrededor, un baile en zigzag, hasta llevarla al nido pacientemente preparado con antelación. (Weismann, 1986). Las danzas animales sí pueden llegar al infinito. Las danzas del cortejo humano no admiten tantas variables sin exponernos al ridículo o la extenuación.

El *galanteo* es plástico, flexible, se adapta a las circunstancias y a las habilidades sociales del galán, y dura horas, días o años. No es una conducta ejecutiva como en el animal. El *noviazgo* y todas sus formas equivalentes se inscriben en esta etapa. Se efectúa la elección de la pareja y el varón, tradicionalmente, pero también la mujer, se lanza a la conquista, la aventura, el riesgo y el peligro, para obtener el *consentimiento* del otro. Y para vergüenza de nuestra

especie, también podemos poner en juego la agresividad en esta búsqueda, sometemos y explotamos. La violación es rara en los animales excepto en la chimpancé hembra, quien una vez en celo, es rodeada portados los machos de su manada y caen sobre la asustada chimpancé, que no deja de vociferar (Ibid.). El peligro como ingrediente de la conquista es sumamente atractivo.

La *disponibilidad sexual* se institucionaliza en determinadas culturas, por el uso de ropas o colores que así lo indican, lo que facilita la búsqueda de personas solteras, por ejemplo. En Inglaterra se popularizó el tatuaje en los brazos de varones esterilizados por vasectomía, para garantizar a sus posibles parejas que la ausencia de riesgo de embarazo. La infección por VIH cambió estas costumbres.

Hay personajes que transforman en acto de seducción y conquista en una suerte de exhibicionismo sin consecuencias, en lo que Roberto Gindín denomina “histeriquismo”. La persona se acicala para atraer, pero si otra persona se acerca para conquistarla, toma distancia o demuestra indiferencia. Diríamos que *van al baile, pero se niegan a danzar* (Flores Colombino, 1994).

Hace apenas 3 meses, se publicó una investigación de la Universidad Rutgers (The New York Times, 2005) donde Helen Fischer y otros demuestran que el amor romántico o enamoramiento es un impulso biológico distinto de la excitación sexual, con sustancia neurotransmisoras distintas: la feniletilamina en el enamoramiento (Fischer, 1994) y la dopamina acumulada en el núcleo caudado, en el lado opuesto del cerebro en que la atracción sexual está en común con otras funciones básicas elementales. Ello daría cuenta de “porqué aparece esa inexplicable y muchas veces irracional pulsión que la gente siente hacia una persona en particular entre otras que la atraen”.

En suma, aunque una persona corteje a otra sentada en un sofá situado frente a la otra, respetando todas las reglas de decoro y educación de su cultura, sus gestos, miradas, movimientos y actitudes, provocan en la persona aludida una respuesta que estructura un sistema de señales con un ritmo tonal simultáneo que transforma la experiencia en una danza. Que se puede musicalizar. Y cada uno y una posee su estilo sexual, que también marca el estilo de danzar. Forma parte de las habilidades sociales que nosotros exploramos en la terapia sexual y en las historias clínicas de nuestros pacientes, y algún día las escuelas de danza harán convenio con las escuelas de sexología y de educación sexual.

Por tanto, hay gente que baila y danza sin cortejar, pero no hay gente que corteje sin danzar: Así es como comienza la danza de la vida. Y forma parte de la irrenunciable alegría de vivir.

Referências bibliográficas

- BIRDWHISTEL, R. L. Background to kinesthetics. *ETC*, 1995, 13:10-18.
- ELLIS, H. *La selección sexual en el hombre*. Buenos Aires: Partenon, 1949, 2ª.
- EL PAÍS . *El cariño en pareja segrega hormona que mejor salud femenina*, 2ª Sección, p. 4, 3 de abril de 2005, Montevideo.
- FISCHER, H. *Anatomía del amor*. Barcelona: Anagrama, 1994.
- FLORES COLOMBINO, A. De la exhibición al histeriquismo. *Guambia* 11(217): 43-44, Montevideo, 1994.
- _____. Humanos y animales cortejamos con la danza. *Guambia* 14 (255): 40-41, Montevideo, 1995.
- _____. *El lenguaje sexual*. Montevideo: A&M, 5ª, 2003.
- FLÜGEL, J. C. *Psicología del vestido*. Buenos Aires: Paidía, 1964.
- HUXLEY, J. *El pensamiento vivo de Darwin*, Buenos Aires: Losada, 2ª, 1973.
- LORENZ, K. Z. *El comportamiento animal y humano*. Barcelona: Plaza y Jonés, 1972.
- MEDINA, E.; FERNÁNDEZ, D. *La comunicación sexual no verbal*. Monografía. Curso de Sexología general, UCUDAL, Montevideo, 1986.
- MONTAGÚ, A.; MATSON, F. *El contacto humano*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- MORRIS, D. *El comportamiento íntimo*. Barcelona: Plaza y Janés, 1976.
- QUIJADA, O.A. *Vida y sexo*. Santiago de Chile: Universitaria, 1985.
- STEWART, D. K. *Psicología de la comunicación*, Buenos Aires: Paidós, 1973.
- THE NEW YORK TIMES. *Amor y sexo*. Analizan por qué da rabia, ansiedad y emociones casi psicóticas, El País, Domingos de El País, p. 4-5, 5 de junio, Montevideo, 2005.
- WEISMANN, E. *Los rituales amorosos*. Barcelona: Salvat, 1986.
- ZWANG, G. *Enciclopedia de la función sexual*. Barcelona: T. I Ate, 1978.

TEMA:
O AMOR E A SEXUALIDADE

O DIA QUE CONQUISTEI MINHA ANALISTA

Abrão Slavutzky¹

THE DAY I CONQUERED MY ANALYST

Resumo: O humor é erótico, pois abre portas, corações e pernas. Quantos utilizam seu humor para abrir o outro através de uma piada ou dito espirituoso. O sorriso é uma forma de abrir-se graças ao relaxamento corporal e ao prazer produzido. O humor é a capacidade de se criar uma ótica simbólica que faz o sujeito rir de si mesmo, ou de outro, gerando prazer ali onde poderia produzir-se dor. Por isso, ele é um alívio da dor e facilitador do erotismo, atenuando as dificuldades e sofrimentos cotidianos. O humor resgata a alegria da vida, característica das crianças que sempre buscam jogar, fantasiar vivendo com emoção. À medida que todos crescemos e nos tornamos adultos, uma boa parte da capacidade de imaginação, o motor do erotismo, fica diminuída, pois onde se perde a liberdade de criar, cresce o tédio. Para gozar a vida é preciso ter senso de humor, sendo necessário desativar a força da pulsão da morte e assim ser menos masoquista. O sofrimento valoriza muito a dor e procura ser amado como uma criança desvalida em busca de alguém que faça justiça ao seu heroísmo doloroso. O desafio não é queixar-se, pois isso todos fazem, o difícil é ter alegria apesar das frustrações.

Palavras-chave: Humor; erotismo; psicanálise.

Abstract: The humor is erotic, since it opens doors, hearts and legs. Many women and men use their good humor to open the other's heart through a joke or a spiritual saying. The smile is already a form of opening due to the

¹ Psicanalista, Médico-psiquiatra formado pela Fundação Católica de Medicina do RS e especialização em Psiquiatria pela Policlínica Lanus (Buenos Aires). Integra o Conselho do Instituto Estadual do Livro do Rio Grande do Sul. e-mail: slavutzky@terra.com.br

body relaxing and pleasure produced. The humor is the capacity of creation of a symbolic optic that makes one to laugh of himself, or of the other, generating pleasure where pain could be produced. That is why it is a pain relief and a facilitator of the erotism since it relieves the difficulties and daily suffering. The humor rescues the joy of life, which is a child characteristic that always try to play, to fancy and to live with emotion. When we all grow and become adults, a good part of our imagination capacity, the motor of erotism, decreases. Since we loose the freedom of creation boredom grows. To enjoy life we need to have sense of humor, being necessary to put off the strength of the dead pulsion, and therefore to be less mazoquist. The sufferer values very much the pain and its painful heroism. The challenge is not to complain since this everyone makes in their lives, the difficult is to have joy in spite of frustrations.

Keywords: Humour; erotism; psychoanalysis

198

Durante a análise que fiz em Buenos Aires, vivi um momento sobre o qual pela primeira vez decido escrever, e que foi o início de uma mudança. Minha analista, Fanny Barenblit, que sempre foi tolerante e competente, nunca havia rido, o que era comum na Buenos Aires dos anos setenta. Um dia contei-lhe a seguinte história: num congresso mundial de psiquiatria em Caracas, havia alguns milhares de colegas, e dois psiquiatras americanos prepararam uma investigação sobre a sexualidade humana. Demonstraram que quanto mais freqüente era o sexo, mais felizes as pessoas eram. Ao final da apresentação, foram muito aplaudidos e decidiram lançar um desafio. Pediram para que levantassem a mão os que faziam sexo todos os dias. Uns poucos e risonhos levantaram; depois vieram os que diziam ter uma relação sexual por semana, em seguida os poucos que tinham uma vez por mês levantaram-se envergonhados. Felizes com a participação do grupo expectador, os apresentadores pediram, para concluir, que levantasse a mão quem tinha uma só relação por ano. E um velhinho, fumando cachimbo, calmo, ergueu a mão de forma serena. Todos ficaram boquiabertos e perguntaram ao velho psiquiatra se ele poderia explicar como um homem que mantinha uma só relação sexual por ano podia estar tão feliz e calmo. Ele só disse: *És hoy, és hoy, és hoy!*

Quando terminei de contar tal história, a psicanalista disse que eu imaginava que ela só tinha uma relação sexual por ano. Interpretou meio rindo, enquanto eu dei uma gargalhada; ela concluiu que eu entendia seu sorriso

como uma forma de havê-la penetrado. Aí sim, fiquei ainda mais feliz: esclareço que ela era bonita, olhos verdes, cabelo meio loiro, enfim, uma bela mulher. Após anos de análise, num clima de muita seriedade, abriu-se finalmente um espaço para o humor, e lembro deste momento com alegria. O humor me fez sentir potente!

O erotismo nasceu de uma sexualidade envergonhada. Assim está descrito na Bíblia quando Eva e Adão comeram da árvore do conhecimento e se sentiram nus. Taparam seus sexos e então nascia o erotismo nos seres humanos, pois o homem surge da proibição do incesto, do trabalho e da consciência da morte. O erotismo é uma metáfora da sexualidade animal, um ritual e uma poética corporal. O que o move é a imaginação que precisa da liberdade de criação, de invenção, de humor.

Assim, o humor é erótico, pois abre portas, corações e pernas. Quantas mulheres e homens utilizam seu bom humor para seduzir o outro uma vez que produzir um sorriso já é uma forma de abrir um corpo. Jacques Le Goff (2000) em um ensaio sobre o riso na Idade Média, destaca sua surpresa por Freud haver deixado de lado a questão de como o humor é manifestado no corpo através do sorriso ou do riso. Uma piada ou um dito espirituoso produz um relaxamento corporal, um prazer que alivia e descontraí, daí ser uma porta de entrada no outro..

O humor é a capacidade de se criar uma ótica simbólica que faz o sujeito rir de si mesmo, ou de outro, gerando prazer ali onde poderia produzir-se dor. Por isso ele é um alívio da dor e facilitador do erotismo, já que por aliviar as dificuldades e sofrimentos cotidianos, torna-se um tempero que abre portas. O humor resgata a alegria e o sorriso da vida tão característica das crianças que sempre buscam jogar, fantasiar e viver o cotidiano com emoção e entusiasmo. À medida que todos crescemos e nos tornamos adultos, uma boa parte da capacidade de imaginação, o motor do erotismo, fica diminuída, pois perdemos a liberdade de criar e cresce o tédio. E quando o tédio, uma forma de depressão, domina a vida adulta, o erotismo fica quase anulado.

Para gozar a vida é necessário ter senso de humor e para isso é preciso que a força da pulsão da morte seja desativada, para diminuir o masoquismo. O sofrimento valoriza muito a dor e busca ser amado como uma criança desvalida em busca de alguém que faça justiça ao seu heroísmo doloroso. O desafio não é queixar-se, pois isso todos fazem nas suas vidas, o difícil é se ter alegria apesar das frustrações.

O humor nos faz mais leves, e a leveza é indispensável para voar, imaginar e desenvolver o erotismo. Quando alguém vive de forma neurótica, sua vida é pesada e dominada pelo sofrimento. Desenvolver, portanto, a capacidade de humor é a mais importante transformação do narcisismo. As outras transformações como a empatia, a finitude e a sabedoria são secundárias na medida em que o bem humorado aceita e goza da morte, e sua sabedoria e sua empatia já fazem parte do seu bom humor. Talvez esteja idealizando o bom humor, e certamente o estou, mas sigo a máxima de Freud que, aos setenta e um anos, escreveu: “O humor é um dom precioso e raro”. Já Lacan, aos setenta e três, disse numa entrevista em Roma no ano de 1974 que a psicanálise só se salva como palhaçada. Enfatizo as idades pois um e outro aprenderam ao longo de suas clínicas e de suas vidas o que é indispensável para se viver bem.

A infelicidade é a companheira fiel do homem já que pode alcançá-lo através do seu corpo que se deteriora, do mundo externo que pode ser fonte de violências e do relacionamento com os demais. O humor seria uma das formas de burlar as exigências não só do mundo externo, mas do interno também, ao não levar nada muito a sério, nem mesmo a morte. O bem humorado é sagaz, relativiza a dor, descobre facetas originais nos acontecimentos, se conecta pelas tangentes com o miolo das coisas e as atravessa por suas diagonais, descobrindo assim o intangível. O humor é uma forma lúdica de reza, pois é preciso muita fé e irreverência ao mesmo tempo para desfrutar da vida e manter seu erotismo criativo com os demais.

Viver a vida sem levar tudo muito a sério é um alívio e uma defesa contra o sofrimento neurótico. Se a dor da existência é inevitável, fica mais perto da sabedoria quem sabe sorrir entre lágrimas. Quando os castelos se desfazem, é possível brincar como as crianças com seus castelos de areia: quando estes são invadidos pela água do mar, uns choram os castelos destruídos enquanto outros recomeçam a brincadeira com o que sobrou, aceitando o irremediável. Como todo jogo, o humor é um jogo que humaniza o saber: o músico joga com sons, o pintor com tintas, o escultor com madeira, bronze, pedra, o poeta joga com palavras, mitos, imagens, o pensador com conceitos, o humorista com o outro lado e assim surpreende. O grandioso do humor reside no triunfo narcisista sobre as circunstâncias, e o Analista de Bagé do Luis Fernando Veríssimo é um exemplo, pois com um “joelho” resolvia qualquer neurose. Ele aumenta a liberdade, pois não fica preso a um lado só da questão. O Super eu, a instância do dever, da regra, da culpa fica diferente no humor, isto é, torna-se tolerante e brinca com o eu assustado. Uma história relatada por Otto Maria Carpeaux

numa viagem que fez a Praga na década de trinta para conhecer a cidade de Kafka, ilustra esta afirmação. Um judeu diz a outro sobre as perseguições anti-semitas e que andava assustado por isso. Para tranquilizá-lo e por fé, o ouvinte diz que ele não deveria esquecer que o Povo Judeu era o Povo Eleito. O primeiro, então, conclui dizendo: “Será que já não está na hora de Deus escolher outro povo?”

O humor pode ser infantil, ou ser sátira, crítica social, de costumes, ser franco e alegre ou sutil e reflexivo. Depende do espaço e do tempo em que transcorre: o *humour* e o *wit* inglês (William Shakespeare), o *sprit* e o burlesco francês (Molière), o engraçado espanhol (Cervantes), o racional e o absurdo da Europa Central (Franz Kafka). O humor é saudável e *noir*, é de morrer de rir ou sutil, é inofensivo ou corrosivo, pastelão, moralista ou psicológico. Esta variedade faz com que todos os conceitos sejam insuficientes. Luigi Pirandello (1999) escreveu que o humorista é poeta e crítico e não vê o mundo nu, mas em mangas de camisa: o humorismo consiste no sentimento do contrário. Já Monteiro Lobato o definiu como: “A maneira imprevisível, certa e filosófica de ver as coisas, cuja essência é a imprevisibilidade”.

A palavra humor, no seu sentido moderno, aparece em 1682 na Inglaterra como uma disposição mental ou temperamento. Lord Shaftesbury’s em 1709 no seu famoso *Sensus communis: an essay on the freedom of wit and humour* dá o sentido atual da palavra. Voltaire defende que sua origem está no francês: *humeur*, mas Victor Hugo em 1862, reconheceu a palavra como de origem inglesa. Jean Paul, o poeta do movimento romântico alemão, escreve em 1804 *Propedêutica da Estética*, na qual define o humor como um riso filosófico em que o homem compara a finitude do mundo com o infinito da idéia. Neste livro a palavra *witz*, que vem de *wissen* – conhecimento – vai adquirir a nova dimensão de graça, piada. No Oxford Dictionary o humor é definido como a faculdade de se perceber o que é ridículo ou divertido, ou de se expressar através da conversação, da escrita, ou outra forma, a imaginação ou abordagem jocosa de um assunto.

Por isso, a liberdade e a criatividade são decisivas no processo psicanalítico. Ter senso de humor é uma forma de exercer ambas qualidades e por isso ele é um dom precioso. Aliás, em 2007, o texto *Humor* de Freud fará oitenta anos e o mundo psicanalítico tem escrito mais com a tinta da melancolia do que com a pena da galhofa. O psicanalista Heinz Kohut foi um dos poucos que enfatizou o sentido do humor como uma transformação narcisista junto à criatividade, à empatia, à finitude e à sabedoria: “As formas mais profundas do sentido do humor e o narcisismo cósmico não oferecem

um quadro de grandiosidade e euforia, mas antes o de um sereno triunfo interior, com uma certa mescla de melancolia não negada”. O sentido do humor pode ser definido como a capacidade de se aceitar que toda verdade é parcial, e de se poder sorrir de seus defeitos, brincar com a seriedade da sociedade, bem como da morte.

O desenvolvimento do sentido de humor é uma das formas de avaliar a evolução do tratamento psicanalítico. Quem pode melhorar seu sentido de humor em relação aos outros e principalmente a si próprio conseguiu uma mudança substancial. A transformação narcisista implica em diminuir a visão paranóide do mundo, as intermináveis reclamações através do aumento da capacidade de conviver com os infortúnios comuns. A função do analista é a mesma que Sancho Pança tinha com Dom Quixote. Quando queria que este voltasse a razão, dizia simplesmente: “Mire vuestra merced lo que dice senhor.”

Em meu tratamento com Cyro Martins, ocorreu um episódio que vale a pena ser contado por servir de ilustração a tudo que até agora foi dito: eu falava sobre a minha condição de psicanalista, ligado à formação na Argentina, e minha situação de então ao não ter optado pela Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Não lembro em detalhes o que dizia, mas em um momento ele disse: – “Porque na nossa sociedade....” – e foi aí que falei indignado, apartando que não era *nossa* sociedade, e sim a dele, e queria ser respeitado como psicanalista independente. Fiquei aguardando sua resposta para continuar a briga, é claro, e foi quando o velho analista disse: “Creio que meu desejo era que tu fosses da minha sociedade psicanalítica, por isso disse *nossa*”. Aí me desarme e sorri, pois ele, ao referir-se ao seu desejo de uma aproximação profissional entre nós, fez com que eu ficasse feliz. Não só me reconhecia, como expressou seu desejo que eu entrasse na sua instituição. Além do que, agora me ocorre, havia a referência à sociedade que já formávamos e que nos levaria inclusive a produzir um livro.

O importante é salientar como uma situação de desconfiança foi resolvida através de uma frase bem-humorada do analista. Cyro fez uma interpretação a si e a mim, de forma descontraída, como se nem estivesse interpretando. Aprendi que o humor era o antídoto das brigas, sempre tão chatas e repetitivas. Para concluir, uma última reflexão que me ocorreu agora: a frase do meu analista “nossa sociedade” pode ter me assustado pela aproximação entre nós, uma aproximação erótica que vivi como perigosa. Fiquei agora com um sorriso, meio gozador comigo mesmo pela descoberta e mais uma vez o humor foi vitorioso sobre a desconfiança e o perigo sexual.

Referências bibliográficas

- CARPEAUX, O. M. *Meus encontros com Kafka*. Encarte do Caderno Folhetim da Folha de São Paulo. 3/7/1983
- FREUD, S. *Humor*. vol XXI em Obras Completas de Sigmund Freud. Buenos Aires: Editora Amorrortu, 1987, 2ª reimpressão da primeira edição (1979).
- KOHUT, H. Formas y transformaciones del Narcisismo. *Revista de Psicoanálisis 2*, tomo XXVI, abril-junho, p. 371-401. Buenos Aires:: A.P.A., 1969.
- LACAN, J. *Actas del Congreso de Roma*. Buenos Aires: Ed. Letra Viva, 1974.
- LE GOFF, J. *Uma História Cultural do Humor* (org). Jan Bremmer e Hernan Roodenburg. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- PIRANDELLO, L. *Pirandello – Humor*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- SLAVUTZKY, A.; MARTINS, C. *Para início de conversa*. Porto Alegre: Movimento, 1989.

CONFERÊNCIA:
A SEXUALIDADE NO ENVELHE(SER)

A SEXUALIDADE NO ENVELHE(SER)

*Amparo Caridade*¹

SEXUALITY IN AGING

Resumo: O homem é o único ser vivo que sabe que vai morrer. Isso o angustia, e ele busca para si ilusões de eternidade, como se pudesse esconder-se de sua provisoriedade. A finitude é vista por ele como uma limitação, não como o limite que é posto à vida. Olhar assim, o impede do verdadeiro crescimento rumo à maturidade e a alegria de viver. Finitude é condição humana, e nela somos desafiados a encontrar saídas para os limites, a encontrar motivação para manter a vida com dignidade, satisfação, prazer e sentido. Falar de envelhecimento é falar da consciência dessa finitude, da possibilidade de ser por ela desafiados, e da capacidade que temos de proceder à superação, à transformação, à metanóia, à mudança de atitudes. A vida é exigente de um ascender ao mais além. Nesse contexto a sexualidade nos convoca para a construção de um sujeito prazeroso e feliz.

Palavras-chave: Sexualidade; finitude; envelhecimento.

Abstract: Mankind is the only living being who know that will die. This disturbs him, and he looks for the illusion of eternity, as he could hide himself from his brevity. Finitude is seen as a limitation, not as a limit that is imposed to life. Looking this way prevents him from the real growth towards maturity and happiness to be alive. Finitude is a human condition and within it, we are challenged to find ways to overcome limitations, to find motivation to live with dignity, satisfaction, pleasure and meaning. Talking about getting old, is talking about being conscious of this finitude, about the possibility of being challenged by it and about our capacity to surpass, to transform and

¹ Psicóloga. Mestra em Antropologia. Professora Adjunta da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Coordenadora do Curso de Especialização em Sexualidade Humana na UNICAP. e-mail: amparo_caridade@uol.com.br

to change attitudes. Life requires that we keep going ahead. Within this context, sexuality calls us to construct a pleasure and happy human being.

Keywords: Sexuality; finity; aging.

Inquieta finitude

Vivemos a agonia existencial de saber que um dia morreremos. Ante essa certeza nos perturbamos e procuramos artifícios para driblar a angústia que essa condição nos proporciona. Tememos o entardecer da vida e buscamos ilusões de eternidade, como se pudéssemos nos esconder da provisoriedade que nos confronta. Torna-se difícil, inquietante mesmo, acolher em nós esse estado. Falar da finitude é dizer do que tem fim, do que não é eterno. Isso nos assusta sobremaneira porque, para além de nossa ilusão de eternidade, sabemos que é assim que somos: finitos, provisórios. A mesma finitude que nos assusta, também nos desafia a encontrar sentido para a vida e a vivê-la com prazer. Freud dizia que a beleza da vida está em seu caráter fugidio.

208

Estamos no mundo e nele temos um “*que-fazer*” próprio, que ninguém pode realizá-lo por nós. A certeza da morte nos convoca a dar conta dessa tarefa, a lutar por realizações e por um sentido para a vida. Esse é o aguilhão que provoca a finitude. Cada um de nós é vocacionado a marcar sua passagem pelo mundo com um agir criativo. Nesse contexto a morte faz-se moldura, enquadra a vida, exige, organiza, dá sentido ao conjunto do viver. A finitude deve ser vista como um limite, não como uma limitação. Ser finitos é nossa condição humana, exige de nós criatividade e responsabilidade para com o nosso estar neste mundo. A provisoriedade nos desafia a atestar que a vida vale a pena. Nesse contexto, descobrir sentido para a vida torna-se a tarefa humana mais urgente, e nos fará saudáveis, sustentáveis, serenos, dignos e tolerantes ao envelhecer.

Nesse processo de envelhecer, de responsabilizar-se pela vida que se tem nas mãos, precisamos também atentar para a questão da alteridade, do lugar, peso, sentido e importância que o outro tem em nossa vida. Pensamos muito em desempenho e pouco na alteridade. No entanto,

“O tempo é sobretudo o que passamos com os outros, no que eles nos remetem, sobre nós mesmos. Não há tempo sem interlocutores, mesmo a solidão é cheia da presença do outro” (Olivenstein, 2001, p. 49).

O tempo, a vida, a subjetividade, são atravessados pelo papel que o outro exerce em nossa vida. O outro, nosso “*inferno*” mas também nosso paraíso é a razão

de ser do entrelace humano pela vida afora. A verdadeira cidadania “*é a possibilidade de existir para o outro*”, diz Goldfarb (1998, p. 26). De fato só o sujeito visto, reconhecido, olhado por outrem como ser de direitos sente-se verdadeiramente sujeito. Não somos sujeitos sem o olhar do outro sobre nós, que nos nomeie e reconheça como tal. Convivemos no universo de “*relações líquidas*” (Bauman, 2004) relações passageiras, em rede, *on line*. Este tipo de relações caracterizam o desvinculamento, o descartável, o consumível, carecem do olhar do outro, carece de que ele nos reconheça e considere com sujeitos.

Entre o Prazer e a Procriação

Somos seres perpassados pelo desejo de encontrar alguém com quem possamos partilhar afeto e ser feliz. Isso parece tão natural, tão humano, que atravessa nosso sonho, está escrito na poética, na literatura, está esculpido na arte, cantado em versos e manifestações de todos os tempos. Mas, historicamente, a sexualidade foi sendo compreendida a partir das contingências e do modo de pensar de cada época. Inicialmente ela foi reconhecida apenas em seu caráter procriativo, foi legitimada e valorizada enquanto modo de propagação da espécie. As experiências evocativas do prazer e da satisfação sexual eram condenadas. Medicina e Igreja deram-se as mãos no combate da dimensão prazerosa da sexualidade, ora identificando o prazer sexual como desnecessário à procriação, ora identificando-o como pecado.

As culturas de todos os tempos, sempre controlaram a sexualidade. Isso nos diz o quanto ela representa de força nas pessoas, e o quanto é uma necessidade para a constituição do sujeito. Somente no século XIX, Freud possibilitou o resgate da dignidade do prazer considerando-o inerente ao ser humano, produtor de bem estar, saúde emocional e alegria entre o casal. Com isso foi se legitimando uma dimensão lúdica para a sexualidade. A ordem foi sendo subvertida e a repressão passou a ser vista como produtora de sintomas neuróticos.

Sabemos que a sexualidade é procriativa apenas em uma etapa do viver. No amadurecer e no envelhecer mantemos relações sexuais para brincar a vida, não mais para procriar. Postulo, portanto, que no envelhecer, a sexualidade deve ser lúdica, brincante, deve atender eminentemente ao prazer e ao bem estar relacional. Só que isso supõe uma construção relacional entre parceiros. As “*relações líquidas*” dificilmente possibilitarão tal condição. Isso supõe que, além do corpo, cada parceiro acaricie a alma do outro. O prazer mais profundo possibilita a maior qualidade humana que dele vai emergir. No

entardecer da vida podem reunir-se, o prazer dos sentidos, a experiência vivida, a sabedoria, a despreocupação, a capacidade de alcançar a intimidade, o contato com a alma do outro, a desistência da luta de poder, a capacidade de transcender o próprio corpo que possibilitam esse prazer profundo.

Viver ludicamente a sexualidade supõe a sedução e ela se endereça pelo discurso dos olhares. Estamos esquecidos da arte de seduzir! No entanto, o desejo do outro nos é remetido por um olhar que nos convida a aceder ao amor passante. Essa metalinguagem é mais eloqüente que qualquer discurso. Pela sedução, pelo olhar, o outro me obriga a fazer uma viagem através das palavras que não foram pronunciadas. Sibony diz que a sedução é “*esse deslocamento que atrai e cuja atração repercute no outro que a provocou*” (1991, p. 29). Dá-se uma afetação silenciosa e recíproca. Embora a dimensão lúdica envolva o real do corpo, a relação sexual e penetração, ela supõe sobretudo, um perder-se na brincadeira, na sedução, no prazer de um jogo de ver e mostrar, no tocar e descobrir, no prolongar a festa. Gaiarsa dizia em Congressos que partilhávamos: “*O orgasmo acaba a festa*”. Lembrava com isso que não é preciso ter pressa por ele, nem ter excessivas preocupações com o desempenho. Fazer sexo todos sabemos, isso vem inscrito no corpo de cada um. Difícil é vivê-lo com beleza, sentido e afeto. Isso dá trabalho. É uma arte. Oxalá sejamos capazes de fazer isso na velhice.

Mitos e preconceitos em torno da pessoa idosa se dão sob a idéia de que, com o avanço da idade perde-se a capacidade sexual. O que ocorre de fato é uma redução da frequência das relações sexuais, mas dá-se em contrapartida um incremento em prol de uma maior qualidade. Lamentavelmente algumas pessoas desistem da vivência sexual, por imaginar que ela é uma possibilidade apenas do corpo ou da juventude. No entanto, grandes alegrias estão também na vivência para além do corpo. Quando estamos mais velhos, podemos ser mais sábios, mais suaves, mais sedutores, mais cúmplices nas relações.

Na vida, somos preparados para crescer, para desenvolver e desempenhar papéis e funções, mas não somos preparados para descer a curva da vida. Os tabus em torno do envelhecimento não nos dão chance de prepararmos para envelhecer com prazer. Nem mesmo somos preparados para acolher em nós a finitude. Com isso não aprendemos a envelhecer com dignidade, ou ter prazer e satisfação com a idade que conquistamos. Embriagamo-nos na ilusão de uma eterna juventude, que serve apenas para nutrir quadros de depressão, hipocondria, consumo abusivo de remédios, problemas conjugais, disfunções sexuais.

Sexualidade. Princípio e Fim

É como um traço (e)terno em meio a finitude que pode ser vista a sexualidade. Ela se faz presente na experiência do sujeito, desde seu nascimento até a morte. A cada etapa do desenvolvimento correspondem formas de expressão que são próprias a cada idade. O corpo não é estático, ele atua como processo. Ele é histórico, é arquivo de experiências que vão acontecendo no decorrer da vida. Desse modo podemos compreender a sexualidade nos diversos estágios do viver. Na criança, ela é descoberta do próprio corpo erógeno. Descobrir essa erogeneidade na infância é importante, pois ela repercute na sexualidade que amadurece. No adolescente a descoberta acontece pelas trocas de sensações e emoções com o corpo do outro. No adulto a sexualidade deve se fazer partilha, reciprocidade de gestos e emoções. Em todos os estágios porém, o corpo sexual é um corpo atravessado pelo simbólico da linguagem, o que retira da genitalidade a possibilidade única de viver a sexualidade.

Por mais que surjam dificuldades físicas no envelhecer, podemos ampliar a qualidade do sexual, do amoroso. Se o humano for estimulado, expressar-se-á numa riqueza impensável. Como somos animais falantes, o simbólico da linguagem, nos possibilita uma sexualidade que é também invenção do espírito. Isso é possível, primeiro na intimidade consigo mesmo, depois, partilhando com o outro. É nessa intimidade que podemos nos tornar reciprocamente especiais uns para os outros. Nesse contexto, da intimidade e da partilha, os entraves corporais poderão ser melhor enfrentados.

A necessidade tátil cresce com o tempo, e isso parece servir a um convívio corporal maior com o outro. Paradoxalmente, porém, talvez seja esse um tempo em que menos se toque os idosos. O toque amável, significativo, pode ser terapêutico, além de ser fonte de satisfação. “*O corpo que não é tocado chora. Grita. Reclama. As dores são esse comunicado*” diz Ana Fraiman (1995, p.93). O corpo que dói por causa de artrites é um corpo carente. Pede abraço, quer chamar atenção. O corpo não abraçado acaba gritando. Os gritos assumem a forma de dores.” *O corpo que dói é um corpo vivo que implora por Eros*” (Ibid, p. 93). Quanta amorosidade deixa de ser vivida por falta desse contato físico!

Como um traço (e)terno, a sexualidade se manifesta desde a infância até a morte e se revela na ternura e nas alegrias com as quais Eros enfeita o viver. Tempo e ternura definem esse traço, e devem permear o acolhimento e a amorosidade no envelhe(ser).

Amor Maduro na velhice

Deparamo-nos com um medo difundido de se manter relações de compromisso com o outro, por receio de sofrer desencantos ou abandonos. As pessoas preferem ficar, porque ao ficar “não ficam”, não se envolvem, não fazem vínculos, pensam com isso não correr riscos de sofrer. É que a dor de amar, não é sentida no corpo, mas no laço que estabelecemos com o outro. “*A dor psíquica é uma lesão do laço íntimo com o outro, uma dissociação brutal daquilo que é naturalmente chamado a viver junto*” diz Nasio (1997, p. 25). Por isso vive-se na atualidade, num universo que Bauman, (2004, p.10) chama de *relações líquidas* – “*É preciso diluir as relações para que se possa consumi-las*”. São “*relacionamentos de bolso*” dos quais se pode dispor quando necessário, deletando-os tão logo não mais interessem, refere ele. No entanto, quando as pessoas não se envolvem, também não se desenvolvem na arte amorosa:

“...a permanência de uma ligação pode servir ao seu aprofundamento, a um conhecimento mais amplo do outro, ao desenvolvimento de uma cumplicidade e de planos a longo prazo que, em seu conjunto, contribuem para renovar essa união” (Ibid, p. 120).

A amorosidade é sentida no vínculo que estabelecemos, e é ela quem nutre o bem estar no envelhecer, quem dá sustentação à qualidade que queremos para a vida.

A cultura supervaloriza o desempenho. Sexo triunfal, mais que encontro. As pílulas têm sido eficientes para a melhoria do desempenho, mas não impedem o vazio da falta do afeto que nos maltrata. O desempenho é importante sim, mas a relação sexual que se baseia só nisso, fica pobre, desumana e difícil, sobretudo para o idoso. O desempenho é a base, mas só a base. Oxalá não se faça da exaltação do desempenho, um modelo predatório à felicidade sexual que é sentida internamente, na amorosidade e no relacional. O desempenho embora sirva à alegria sexual é ação para fora. Precisamos cuidar do sujeito sexual, não apenas do indivíduo respondente.

A construção da sexualidade ergue-se sobre a base do desempenho, mas se dá na experiência dos parceiros, na inventividade, na sedução, no encantamento de um amplo gestual que não se define apenas pelo ato genital. Essa construção se for nutrida pela criatividade pode proporcionar muita alegria. O prazer é plural. Gostamos de uma noite de lua, de um bom vinho, uma boa música, uma boa leitura, de um abraço especial, da paz com a vida,

como de uma boa relação sexual. São experiências de prazer. São dimensões especiais que compõem também a sexualidade de sujeitos amadurecidos.

Observando a arte, a pintura, a escultura, a poética, a literatura, a música, vemos que elas giram em torno do desejo, do prazer, da dor de amar, da dor de não amar ou de não ser amado. A expressão criativa reverencia sempre o desejo humano, que é, no fundo, um desejo insaciável de ser desejado pelo outro. Quando esse outro não nos deseja, sofremos no mais íntimo de nós mesmos, um tipo de dor que quase nos desterritorializa. “*O amado não é um outro, mas uma parte de nós mesmos que recentra o nosso desejo*” diz Nasio (1997, p. 60). O outro é o chão amoroso e existencial sem o qual fica difícil viver.

A alteridade, o relacional, têm um sentido especial na vivência amorosa sexual, sobretudo na velhice. Fica a indagação porque então superestimamos o desempenho e damos tão pouca importância ao outro? Considero essas dimensões do relacional e da alteridade mais promotoras do bem-estar sexual que a preocupação excessiva pelo desempenho. Quando ficamos muito presos ao *fazer sexual* podemos deixar na sombra o mais gratificante, o *viver sexual*. O amadurecer da sexualidade traz consigo exigências afetivas, espirituais e existenciais imprescindíveis à experiência humana. Como se fosse uma troca de olhares entre o sujeito e a vida. Isso não é fruto natural da velhice, é resultado de dimensões especiais que desenvolvemos na vida. Assim, uma pessoa jovem pode viver maduramente sua sexualidade de forma lúdica e responsável.

Sexo não é para ser consumido, mas para ser vivido, e vivido em relação. Quanto mais consumistas, mais periféricos ficamos e perdemos as verdadeiras referências humanas da sexualidade em nós. O afeto, a ternura, o desejo do outro têm, na velhice, um papel fundamental. Certas pessoas sentem-se fracassadas quando não conseguem um nível ótimo de desempenho. Mas o afeto vivido dá um tipo de satisfação que pode relativizar o declínio dos desempenhos. O fracasso é sentido quando se desconhece que o gozo é possível no corpo e além dele. A maior das satisfações vividas pelo ser humano é a de sentir-se desejado e importante para o outro, como também poder desejá-lo e apreciá-lo. Neste sentido, um olhar terno, um apoio, um toque, um abraço, valem mais que certas relações sexuais sem trocas. Somente os gestos especiais se eternizam, podem deixar um sabor de encanto que não se apaga.

No processo de envelhecer não devemos violentar o corpo, exigindo dele performances impossíveis. Será mais sábio acolher a verdade de que nada é definitivo em nós. Com o tempo a sexualidade se transforma, perde algumas características e ganha outras. É importante acolher as mudanças. Fazer a

metanóia, que é a mudança de meta, de perspectiva; viver a gerotranscendência, que vem normalmente seguida por um aumento na satisfação de vida. No ser vivo, tudo pede para terminar, mesmo um lindo por do sol, um belo poema ou um beijo ardente. Tudo se endereça a seu término. A sexualidade se encaminha para seu cume, para uma expressão mais densa do possível amor. Síntese do que somos. Gozo de nossas conquistas. Fortalecimento dos laços estabelecidos.

Na Sociedade do Espetáculo em que vivemos, o conceito de belo é reduzido à aparência. Nessa ótica as lentes enxergam rugas mais que as histórias que o envelhe(ser) esconde. Contudo a beleza é dinâmica, não está apenas na silhueta, na cor dos olhos, no tom da pele. Ela emerge sobretudo de dentro do ser maduro que somos. Irrompe da certeza serena de nossa própria construção. Quando se fala em velhice, em amor maduro,

“Quase não se fala da sexualidade que se transforma em ternura, dos contatos a serem mantidos pela voz, o olhar, o toque. Sonhar com o amor permanece, no entanto, possível até o fim” (Mannoni, 1995, p. 21).

Amar faz parceria com a beleza madura que resulta dessa química em nós, entre o existencial, o construído, o conquistado, o saboreado com sutileza. O corpo conta histórias das aventuras do espírito na busca do outro. Affonso Romano de Sant’Anna atesta poeticamente esse modo maduro de amar:

“Estou amando tuas rugas, mulher. Algumas vi surgir, outras aprofundi. Olho tuas rugas. Compartilho-as, narciso exposto no teu rosto. Ponho os óculos para melhor ver na tua pele as minhas/tuas marcas. Sei que também me lês, quando nas manhãs percebes em minha face o estranho texto que restou do sonho. O que gastou, somou. Essas rugas são sulcos onde aramos a messe do possível amor” (Romano de Sant’Anna, 1993 p. 140).

Sexualidade. Desafios e motivações

É fora de dúvida que alguns entraves podem ser observados na vivência sexual de pessoas idosas. Poderá haver um corpo dolorido, pouco flexível, mas a sexualidade não se reduz ao corpo, ela faz parte de um todo que envolve dimensões corporais, psíquicas, espirituais e culturais. Portanto não é só o corpo que entrava a sexualidade. O espírito, o psíquico, o relacional podem também entravá-la. A frágil relação do casal, a má qualidade da vida externa e interna da pessoa são os primeiros obstáculos que vejo para a boa vivência da sexualidade. Isso supõe uma construção

cuidadosa que, oxalá tenhamos feito pela vida afora. Portanto os modos de ser e estar no mundo consigo e com os outros, refletem-se prontamente sobre a sexualidade no envelhecimento.

Outra grande barreira posta à sexualidade do idoso é a precariedade filosófica e ideológica com que se olha a sexualidade, de forma reduzida à busca do prazer pura e simplesmente, sem envolvimento ou sem sentido. Esse olhar simplifica uma dimensão humana que é bastante complexa. Nessa simplificação a cultura é dada a fazer promessas de grandes prazeres, de felicidade mega que bem sabemos, são utópicas. Prometer enganosamente é uma atitude perversa e perigosa, porque promove frustrações que podem tornar-se insuportáveis ao sujeito.

Outro entrave considerável é o desamor. Sem afeto, fica difícil uma sexualidade interessante no envelhecer. Os idosos fazem bem o sexo se ainda se amam, se alicerçaram suas vidas numa afetividade calcada na democracia de gestos e emoções. Onde há saúde e amor, homens e mulheres se buscam, se completam, se saboreiam, mas onde há desafetos e mágoas silenciadas, dificilmente haverá espaço para trocas amorosas.

A obsessão pela aparência física, o desejo irreal de uma eterna juventude, é um outro entrave à vivência da sexualidade na maturidade. Quando negamos o processo natural do envelhecimento que ocorre, impedimos uma boa vivência da sexualidade. Faz parte de nosso desenvolvimento que o corpo mude e se transforme. Deve fazer parte também de nosso entendimento que o corpo envelhecido também ama, sente e goza. E se o espírito não estiver perturbado, o corpo será capaz de responder satisfatoriamente. Falando do Amor Maduro Artur da Távola diz que

“Na felicidade está o encontro de peles...a compreensão antecipada, a adivinhação, o presente de valor interior, a emoção vivida em conjunto, os discursos silenciosos, o prazer de conviver, o equilíbrio de carne e espírito”
(1983, p.117).

Isso difere dos ensinamentos que se assemelham a *sexoróbica* e que muitas vezes são passados às pessoas na tentativa de fazê-las responder aos apelos do consumo sexual. Isso pode ser um equívoco, pois a sexualidade é especial em suas dimensões do espírito, do mistério, dos retalhos de alma que somos. Não pode ser totalmente pensada, prevista, receitada, mas sutilmente descoberta, inventada, como mistério que jamais se desvela por completo. Algo de mistério deve permanecer velando o humano. “*O dizer ao revelar também vela. O viver humano não pode ser plenamente dito; entre o dizer e o*

indizível emerge o falar poético” diz G. Safra (2004, p. 25). Em sua dimensão humana, a sexualidade não pode ser da ordem do totalmente revelado. Em sua beleza mais intensa ela se faz poesia.

Por fim

Precisamos recuperar a arte, a capacidade de sentir o sabor das peles em contato. O sexual precisa disso, como precisa do espírito, da criatividade, da gentileza, aí onde se aperfeiçoa o gestual humano. Há uma potência a mais no corpo do sujeito que sempre pode transformar-se em alma. *“A vida sempre rompe os limites das fórmulas”* dizia Exupéry. Lya Luft lembra que *“a felicidade amorosa não vem do desempenho, mas da ternura que aprimora e intensifica o desempenho”* (2003, p. 98). Isso depende da sabedoria que conquistamos e é o trunfo maior com o qual o idoso pode posicionar-se na vida e desfrutar de um tempo maduro. Envelhecimento não é doença, é tempo vivido, é mais adiante, é caminho com bagagem.

Em nosso fazer e viver sexual, não basta tocar o outro ou com ele ter relações sexuais, é preciso que Eros se faça presente na festa dos corpos. É preciso que os toques, braços e abraços ressoem também na alma do outro a quem desejamos e tocamos. *“O importante não é tanto que uma mão nos acaricie, mas saber a quem pertence essa mão, o que deseja essa pessoa e o que sentimos por ela”* diz M. Dorais, (1994, p.31). É preciso que, ao tocar, a mão veicule sentido e envolvimento, diga do tamanho, da importância que o outro tem para nós.

Amadurecer, envelhecer são processos que exigem investimento, coragem para o enfrentamento das transformações físicas e psíquicas que naturalmente se dão. Esse enfrentamento requer a metanóia, a mudança de modelo mental. Segundo Tranjan, trata-se de *“uma nova maneira de enxergar a realidade. É a transformação. É livrar-se dos entulhos liberando espaço para o novo”* (2002, p.35). O processo de amadurecimento na vida exige esse movimento, essa motivação, esse desafio. Envelhecer com satisfação e dignidade supõe que nos livremos daquilo que não nos serve, deixando espaço aberto à criação da vida mais plena. Supõe que mudemos sempre em direções que melhoram nosso prazer de estar no mundo com os outros. Para isso será preciso que tenhamos construído um ego suficientemente forte para lidarmos com as faces outonais desse tempo. Viver a sexualidade na velhice significa, acima de tudo, realizar uma síntese afetivo-amorosa que garanta satisfação aos corpos e espíritos. É preciso abastecer-se de ternura e beleza nesse enfrentamento do outono que sucede as estações da vida.

Amor maduro só se conquista com dimensões especiais. Na Terceira Idade temos tempo e experiência para descobrir formas específicas de viver a sexualidade. E, se por acaso pouco construímos, temos ainda a capacidade de criar, de inventar o que somos e o que queremos ser. É tempo sempre de começar algo que melhore nosso estar no mundo. O inferno não são apenas os outros como dizia Sartre, é talvez a falta do outro, o vazio dele em nós. Acima de tudo o inferno é também vazio de nós mesmos, na medida em que não nos encontramos, não nos reconhecemos como sujeitos construtores da própria satisfação com a vida.

O engano se livra de seu cenário e o sexual se recoloca no lugar onde se encontra o sujeito, não apenas um corpo respondente. A relação com o outro serve de bússola e diapasão na harmonia que conquistamos em nossa residência íntima, lugar de solidão e contato. Com esse entendimento teremos a capacidade de assumir a vida finita que temos nas mãos, e dela fazer um poema que enaltece e encanta o viver. É isto o que temos. É tudo isto que somos. Uma finitude com gosto de infinito. Nela, a sexualidade nos (e)terniza.

Referências bibliográficas

- BAUMAN, Z. *Amor Líquido. Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2004.
- CARIDADE, A. *Sexualidade. Corpo e Metáfora*. São Paulo: Iglu, 1997.
- _____. *Caminhos e Caminhantes*. Recife: ed Bagaço, 2005.
- DORAIS, M. *O Erotismo Masculino*. São Paulo: Loyola, 1994.
- FRAIMAN, A. P. *Coisas da Idade*. São Paulo: Gente, 1995.
- GOLDFARB, D. C. *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- LUFT, L. *Perdas e Ganhos*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- MANNONI, M. *O Nomeável e o Inominável. A última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- NASIO, J. *O Livro da Dor e do Amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- OLIVENSTEIN, C. *O nascimento da Velhice*. São Paulo: Edusc, 2001.
- SAFRA, G. *A Poética na Clínica Contemporânea*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.
- SANT'ANNA, A.R. *O Lado Esquerdo do meu Peito*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- SIBONY, D. *Sedução. O Amor Inconsciente*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- TÁVOLA, A. *Do Amor. Ensaio de Enigma*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- TRAJAN, R. A. *Metanóia*. São Paulo: Editora Gente, 2002.

TEMA:
SAÚDE SEXUAL MASCULINA

DISFUNÇÃO ERÉTIL: FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

Carlos Teodósio Da Ros¹; Márcio Augusto Averbeck²; Gilberto Laurino Almeida³

ERECTILE DYSFUNCTION: RISK FACTORS AND PREVENTION

Resumo: A disfunção erétil (DE) é uma condição médica muito prevalente onde mais da metade dos homens adultos apresentam alguma queixa relacionada a suas ereções. A DE é mais comumente encontrada nos homens com vários componentes da síndrome metabólica, que reúne fatores de risco para diabetes e doença cardiovascular. A disfunção endotelial é um fator etiológico unificador para muitos dos aspectos da síndrome metabólica, especialmente para o diabetes e a doença cardiovascular. A etiologia multifatorial da DE, especialmente em pacientes com síndrome metabólica, aumenta a complexidade no manejo deste problema. Deve-se estar ciente dos fatores fisiopatológicos relacionados à DE para buscar as melhores alternativas e resultados no tratamento destes pacientes. Quaisquer fatores de risco (tabagismo, diabetes, sedentarismo, obesidade, hipertensão e dislipidemia) para doença cardiovascular devem ser modificados ou tratados.

Palavras-chave: Disfunção erétil; fatores de risco; fisiopatologia.

Abstract: Erectile dysfunction (ED) is a very prevalent medical condition where more than half adult men complain about the quality of their erections. It is more frequent in men with components of metabolic syndrome, which include diabetes and cardiovascular disease. Endothelial dysfunction could be associated with diabetes and cardiovascular disease.

¹ Presidente da Associação Brasileira para Estudo da Inadequação Sexual (ABEIS). Urologista do Serviço de Urologia do Mãe de Deus Center e Santa Casa de Porto Alegre, RS.
e-mail: carlos.da.ros@terra.com.br

² Residente do Serviço de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre, RS.
e-mail: marcioaverbeck@uol.com.br

³ Residente do Serviço de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre, RS.
e-mail: glalmeida@ibest.com.br

The association between erectile dysfunction and the metabolic syndrome are characterized by abnormal endothelial function because the majority of the components of metabolic syndrome are also risk factors for erectile dysfunction and cardiovascular disease. The pathophysiology of ED should be understood to facilitate the choice of treatment options and to reach a good outcome of the erectile problems. Any risk factor (sedentary lifestyle, obesity, tabagism, diabetes, hypertension, obesity, etc...) for cardiovascular disease should be identified, modified and treated.

Keywords: Erectile dysfunction; risk factors; pathophysiology.

O primeiro estudo epidemiológico longitudinal, com base na comunidade, randomizado e em larga escala sobre disfunção erétil (DE) foi publicado em 1994 e chamou a atenção para a alta prevalência de DE (52%) em uma população masculina adulta (mais de 40 anos). (FELDMAN, GOLDSTEIN, HATZICHRISTOU, KRANE, McKINALY, 1994, p. 54-9). Mais tarde, estes dados foram confirmados em vários outros estudos epidemiológicos realizados em diferentes locais (MOREIRA, ABDO, TORRES, LOBO, FITTIPALDI, 2001, p. 583-8; MARTIN-MORALES, SANCHES,-CRUZ, SAENZ, RODRIGUEZ-VELA, JIMENEZ-CRUZ, BURGOS-RODRIGUEZ, 2001, p. 569-74). O fato de a DE ser mais prevalente do que se estima e de que o número de pacientes em busca de tratamento é menor, são questões já bem aceitas. Sabe-se também que as razões variam desde a complexidade da sexualidade, os tabus, as restrições culturais, a ignorância em relação aos tratamentos eficazes, até a aceitação da situação como uma seqüência normal no envelhecimento (NEHRA, KULAKSIZOGLU, In: TELÖKEN, DA ROS, TANNHAUSER, 2004, p.38-43).

A Disfunção erétil piora muito a qualidade de vida dos casais, pois leva à perda da auto-estima e autoconfiança, prejuízo nos afazeres e problemas de relacionamento interpessoais dos homens, inclusive com a parceira.

A DE está relacionada a uma série de fatores de risco que comprovadamente afetam o bom funcionamento do mecanismo da ereção peniana e/ou da libido, que são: sedentarismo, obesidade, dislipidemia, hipogonadismo, tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, depressão, prostatectomia radical e outros procedimentos cirúrgicos sobre a pelve masculina, medicamentos (anti-hipertensivos e antidepressivos, principalmente), envelhecimento, coronariopatia, entre outros. (BACON, MITTLEMAN, KAWACHI, GIOVANNUCCI, GLASSER, RIMM, 2003, p. 161-8; BURNETT, 2005, p. 470-5).

Em muitos estudos conduzidos no mundo, já está provado que a idade é o mais forte dos fatores relacionados à DE (NEHRA et al., 2004). A idade também carrega consigo as co-morbidades médicas, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, o diabetes e/ou as doenças cerebrovasculares. Com o envelhecimento percebe-se um progressivo declínio das funções fisiológicas, fazendo com que o homem necessite de mais tempo e mais estimulação para conseguir ereções, que nem sempre são obtidas de forma completa, e que pode levar a problemas psicológicos, como a depressão (FELDMAN et al., 1994; LUE, 2000; SEFTEL, 2003). Também é conhecido o fato de que a prevalência de disfunção androgênica do envelhecimento masculino, isto é, baixos níveis de testosterona circulante, aumenta com a idade e que é necessário fazer esta reposição hormonal para melhorar o status sexual (HARMAN, METTER, TOBEIN, PEARSON, BLACKMAN, 2001, p. 724-31; TENOVER, 1998, p. 969-87).

Estudos prévios revelaram que 56% dos homens com disfunção erétil têm isquemia miocárdica assintomática, 75% dos homens com doença arterial coronariana têm sintomas de DE e 91% dos homens com DE têm outros fatores de risco para doença cardiovascular (BANSAL, GUAY, JACOBSON, WOODS, NESTO, 2005, p. 93-103). A prevalência da doença cardiovascular é diretamente proporcional à prevalência da DE em qualquer comunidade (NEHRA et al., 2004).

O diabetes é outro fator intimamente associado à DE. Aproximadamente 75% dos homens com *diabetes mellitus* têm problemas de ereção. Esta DE ocorre 5 a 10 anos antes, nos homens com diabetes, em comparação à população não diabética (ROMEO, SEFTEL, MADHUN, ARON, 2000, p. 788-91). A gravidade e a prevalência da DE aumentam com o controle insatisfatório da glicemia, com a idade, em associação com o fumo, a neuropatia diabética, a duração da doença e hipertensão arterial associada (GUEYE, DIOP, BA, DAGADOU, FALL, SOW, 1998, p. 377-81). RHODEN, RIBEIRO, RIEDNER, TELOKEN, SOUTO (2005, p.605-7) mostraram que a severidade da DE está associada com o aumento dos níveis séricos da hemoglobina glicosilada (HbA1c) em homens diabéticos. Deve-se estar ciente do fato de que a DE pode preceder algumas das complicações associadas ao diabetes, como as doenças microvasculares e a neuropatia (NEHRA et al., 2004).

Em um estudo envolvendo pacientes hipertensos controlados, a taxa de DE foi de 68,3%, o que é maior do que a população em geral (BURCHARDT, BURCHARDT, BAER, KISS, PAWAR, SHABSIGH, DE LA TEILLE, HAYEK, SHABSIGH, 2000, p. 1188-91). Em uma coorte, onde 285 homens

com DE e 1,5 milhão de pessoas com função erétil preservada foram avaliadas, identificou-se uma prevalência de hipertensão arterial em 41,2% da população com DE comparado com apenas 19,2% na população sem problemas de ereção (SUN P, SWINDLE, 2005, p. 244-8). E não só as doenças cardiovasculares, mas também os medicamentos usados em seu tratamento podem provocar ou exacerbar a DE. No *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), relatou-se uma taxa de 28% de DE relacionada a drogas utilizadas nas cardiopatias (FELDMAN et al., 1994).

O tabagismo aumenta o risco de doenças vasculares associadas à DE (NEHRA et al., 2004) e também o risco de DE (BACON et al., 2003; McVARY, CARRIER, WESSELLS, 2001). No MMAS, o tabagismo na linha de base quase dobrou a probabilidade de desenvolvimento de DE moderada a completa (FELDMAN et al., 1994).

Desde 1975 já se estabeleceu uma associação entre a DE a insuficiência renal crônica (IRC), e os estudos iniciais estimam que cerca de 50% desses pacientes renais sofrem de DE (NEHRA et al., 2004). Em estudo de CERQUEIRA, MORAES e GLINA (2002, p.65-71), entre pacientes de diálise crônicos, 58% dos homens foram classificados como portadores de DE (28,6% grave, 15,1% moderada e 14,3% leve).

O nível de escolaridade também parece exercer efeito positivo na capacidade de ereção do homem. Nível escolar baixo e baixa renda estão usualmente associados à menor atenção dedicada à saúde e a condições de vida não saudáveis. O consumo de cigarro e álcool é geralmente mais alto nessa população de pacientes, constituindo, em conjunto, um efeito que contribui para o desenvolvimento da DE (NEHRA et al., 2004). O sedentarismo, isoladamente, já provou também ser deletério à função erétil, uma vez que a população com DE e sedentária, quando adota uma atividade física regular, apresenta uma taxa de DE de aproximadamente 9%, ao contrário do grupo que permanece sedentário, que apresenta taxa de 30% de DE (DERBY, MOHR, GOLDSTEIN, FELDMAN, JOHANNES, McKINLAY, 2000, p. 302-6).

Nas últimas décadas presenciou-se um aumento dramático na prevalência de obesidade no mundo. Uma população de 110 indivíduos obesos (Índice de Massa Corporal > 30), que não apresentavam diabetes, hipertensão ou hiperlipidemia associada, mas que se queixavam de DE [Índice Internacional da Função Erétil (IIEF) < 22], foi acompanhada durante 2 anos. A metade destes pacientes foi orientada a adotar uma atividade física regular e diminuir o peso em 10% ou mais, e a outra metade, apenas acompanhada. No final

deste período, aquele grupo apresentou um importante incremento da função erétil, avaliado através do IIEF, sendo que 17 pacientes voltaram a ter função erétil normal (IIEF > 22) (ESPOSITO, GIUGLIANO, DI PALO, GIUGLIANO, MARFELLA, D'ANDREA, D'ARMIENTO, GIUGLIANO, 2004, p. 2978-84). Outros estudos transversais demonstram que homens com um índice de massa corpórea superior a 28,7 têm um risco 30% superior para DE do que aqueles com um índice de massa corpórea normal (≤ 25) (BACON et al., 2003).

Co-morbidades associadas à obesidade incluem *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão e dislipidemia, as quais contribuem para a doença cardiovascular e são associadas à disfunção endotelial (FONSECA, JAWA, 2005, p.13M-18M). Estas anormalidades estão frequentemente agregadas, representando a síndrome metabólica, que muitas vezes está associada à resistência insulínica e à doença cardiovascular (FONSECA, JAWA, 2005, p.13M-18M). Em estudo transversal recente (BANSAL et al., 2005), 154 homens foram avaliados quanto à existência de fatores de risco para doença cardiovascular e disfunção erétil. A severidade da disfunção erétil foi avaliada pelo questionário "Sexual Health Inventory for Men (SHIM)". A síndrome metabólica esteve presente em 43% dos homens com DE em comparação com 24% dos homens de população pareada sem DE. Aproximadamente 79,2% da população estudada tinha resistência à insulina. Síndrome metabólica, resistência à insulina e glicemia de jejum superior a 110 mg/dL correlacionaram-se positivamente com a severidade da disfunção erétil. Os autores concluíram que homens com DE têm uma maior incidência de síndrome metabólica e resistência à insulina. A detecção precoce da doença metabólica em pacientes com DE pode ser uma maneira de reduzir a disfunção endotelial naqueles que apresentam um risco cardiovascular aumentado (BANSAL et al., 2005). ESPOSITO & cols. (2004) mostraram que há um aumento na prevalência de DE associado a aumento dos níveis da Proteína-C-reativa e do escore da função endotelial, à medida que se verifica a presença dos componentes da síndrome metabólica. Em estudo descritivo, cujo objetivo foi determinar a relação entre síndrome metabólica e disfunção erétil, 79 pacientes com doença arterial coronariana e dislipidemia foram avaliados. A classificação da DE foi baseada no IIEF. A média de idade dos pacientes foi de 59 anos e a DE foi diagnosticada em 59 (74,7%) dos 79 pacientes. Entre os múltiplos fatores de risco para a função erétil, a síndrome metabólica se correlacionou mais fortemente (todos os 38 pacientes diagnosticados como tendo síndrome metabólica tinham DE. A relação entre DE e hipercolesterolemia associada à hipertensão, bem

como com a obesidade, foi estatisticamente significativa (GÜNDÜZ, GÜMÜS, SEKURI, 2004, p. 355-8).

Uma condição tão prevalente como é a DE talvez possa ser evitada ou mesmo abrandada quando se adota um estilo de vida saudável, isto é, sono adequado, tabagismo e alcoolismo controlados, atividade física regular, peso ideal e controlar/tratar todas as possíveis co-morbidades.

Referências bibliográficas

- ARAUJO, A.B.; DURANTE, R.; FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; MCKINLAY, J.B. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Méd*, 60(4): 458-65, 1998.
- BACON, C.G.; MITTLEMAN, M.A.; KAWACHI, I.; GIOVANNUCCI, E.; GLASSER, D.B.;
- RIMM, E.B. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Méd*, 139 (3): 161-8, 2003.
- BANSAL, T.C.; GUAY, A.T.; JACOBSON, J.; WOODS, B.O.; NESTO, R.W. Incidence of metabolic syndrome and insulin resistance in a population with organic erectile dysfunction. *J Sex Med*, 2 (1): 96-103, 2005.
- BRAUN, M.; WASSMER, G.; KLOTZ, T.; REIFENRATH, B.; MATHERS, M.; ENGELMANN, U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *Int J Impot Res*, 12 (6): 305-11, 2000.
- BURCHARDT, M.; BURCHARDT, T.; BAER, L.; KISS, A.J.; PAWAR, R.V.; SHABSIGH, A.; DE LA TEILLE, A.; HAYEK, O.R.; SHABSIGH, R. Hypertension is associated with Severe erectile dysfunction. *J Urol*, 164 (4): 1188-91, 2000.
- BURNETT, A.L. Metabolic syndrome, endothelial dysfunction, and erectile dysfunction: association and management. *Curr Urol Rep*, 12 (6): 305-11, 2000.
- CERQUEIRA, J.; MORAES, M.; GLINA, S. Erectile dysfunction: prevalence and Associated variables in patients with chronic renal failure. *Int J Impot Res*, 14: 65-71, 2002.
- CHEW, K.K.; EARLE, C.M.; STUCKEY, B.G.; JAMROZIK, K.; KEOGH, E.J. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int J Impot Res*, 12 (1): 41-5, 2000.
- DERBY, C.A.; MOHR, B.A.; GOLDSTEIN, I.; FELDMAN, H.A.; JOHANNES, C.B.; MCKINLAY, J.B. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*, 56 (2): 302-6, 2000.

- ESPOSITO, K.; GIUGLIANO, F.; DI PALO, C.; GIUGLIANO, G.; MARFELLA, R.; D'ANDREA, F.; D'ARMIENTO, M.; GIUGLIANO, D. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291 (24): 2978-84, 2004.
- ESPOSITO, K.; GIUGLIANO, F.; MARTEDÌ E.; FEOLA, G.; MARFELLA, R.; D'ARMIENTO, M.; GIUGLIANO, D. High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 28 (5): 1201-3, 2005.
- FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D.G.; KRANE, R.J.; MCKINALY, J.B. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the assachusetts MaleAging Study*. *J Urol.*, 151(1): 54-9, 1994.
- FONSECA, V.; JAWA, A. Endothelial and erectile dysfunction, diabetes mellitus, and the metabolic syndrome: common pathways and treatments? *Am J Cardiol* , 96 (12B): 13M-18M, 2005.
- GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D.G. Epidemiology of Impotence. In: BENNET, A.H. *Impotence diagnosis and Management of Erectile Dysfunction*. Philadelphia: WB Saunders, 1-8, 1994.
- GUEYE, S.M.; DIOP, S.N.; BA, M.; DAGADOU, E.K.; FALL, P.A.; SOW, M.A. Erectile dysfunction in diabetics. Epidemiological profile in Senegal. *Prog Urol*;8:377-81, 1998.
- GÜNDÜZ, M.I.; GÜMÜS, B.H.; SEKURI, C. Relationship between metabolic syndrome and erectile dysfunction. *Asian J Androl*, 6 (4): 355-8, 2004.
- HARMAN, S.M.; METTER, E.J.; TOBEIN, J.D.; PEARSON, J.; BLACKMAN, M.R. Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Clin Endocrinol Metab*; 86 (2): 724-31, 2001
- JIMENEZ-CRUZ, J.F.; BURGOS-RODRIGUEZ, R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol*; 166 (2): 569-74, 2001
- LAUMANN, E.O.; PAIK, A; ROSEN, R.C. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. *JAMA*; 281: 537-44, 1999.
- LUE, T.F. Erectile dysfunction. *N Engl J Méd*; 342 (24): 1802-13, 2000.
- MARTIN-MORALES, A.; SANCHEZ-CRUZ, J.J.; SAENZ DE TEJADA, I.; RODRIGUEZ VELA, L.; MOREIRA, E.D. JR; ABDO C.H.; TORRES, E.B.; LOBO, C.F.; FITTIPALDI, J.A. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*; 58: 583-8, 2001.
- McCARTHY, B.W. Relapse prevention strategies and techniques with erectile dysfunction. *J Sex Marital Ther*; 27 (1): 1-8, 2001.

McVARY, K.T.; CARRIER, S.; WESSELLS, H.; Sucommittee on smoking and erectile dysfunction socioeconomic committee. *J Urol*; 166 (5): 1624-32, 2001.

NEHRA, A.; KULAKSIZOGLU, H. Epidemiologia da disfunção erétil – a ponta do iceberg, mas podemos ver o fundo? In: TELÖKEN, C.; DA ROS, C.T.; TANNHAUSER, M. *Disfunção Sexual*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, p. 38-43. 2004.

NICOLOSI, A.; MOREIRA, E.D. JR; SHIRAI, M.; TAMBI, M.I; GLASSER, D.B. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology*; 61: 201-6, 2003.

RHODEN, E.L.; RIBEIRO, E.P.; RIEDNER, C.E.; TELOKEN, C., SOUTO, C.A. Glycosylated haemoglobin levels and the severity of erectile function in diabetic men. *BJU Int* ; 95 (4): 615-7, 2005.

ROMEO, J.H.; SEFTEL, A.D.; MADHUN, Z.T.; ARON, D.C. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control. *J Urol*; 163: 788-91, 2000.

SEFTEL, A. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol*; 169 (6): 1999-2007, 2003.

SUN, P.; SWINDLE, R. Are men with erectile dysfunction more likely to have hypertension than men without erectile dysfunction? A naturalistic national cohort study. *J Urol*; 174: 244-8, 2005.

TENOVER, J.L. Male hormone replacement therapy including “andropause”. *Endocrinol Metab Clin North Am*; 27 (4): 969-87, 1998.

TEMA:
PSICOTERAPIA X OUTROS TRATAMENTOS
NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O PAPEL DA PSICOTERAPIA CONJUGAL NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

*Lina Wainberg*¹

THE ROLE OF THE CONJUGAL PSYCHOTHERAPY IN MALE SEXUAL DYSFUNCTION TREATMENT

Resumo: O conceito de sexualidade abrange muito mais do que a simples penetração pênis-vagina. Abrange todo o em redor, antes durante e depois do ato sexual propriamente dito. Toda a criatividade, o prazer, os “climas”, as expressões não-verbais, os afetos... Desta forma, quando lidamos com as disfunções sexuais masculinas, tendemos a servir como recurso de ampliação da vivência de sexualidade. A visão do conceito de melhora também tende a ser resignificada, conforme cada caso. O tratamento das disfunções sexuais pode obter um resultado mais eficaz e duradouro se abordado no tripé que o sustenta. O tratamento do quadro clínico identificado pode ser dificultado ou facilitado pela relação com a parceira. Esta relação interpessoal pode servir de apoio ou de desvalorização, por exemplo. A dinâmica conturbada do casal pode não suportar a presença de uma limitação parcial da sexualidade e não estar em condições de redimensioná-la. Desta forma, o entendimento preciso da forma como agem as emoções no casal em tratamento, pode funcionar como um recurso interessante. Compreender as lutas de poder, fronteiras interpessoais, flexibilidade ou rigidez, padrões de comunicação, relação com as famílias de origem, crenças, distribuições de papéis etc. devem embasar este entendimento. É fundamental que o casal possa desenvolver uma ”distancia ótima”, ou ainda melhor, “uma proximidade ótima”. Para que a sexualidade possa se desenvolver são necessários dois indivíduos, ou seja, nada de um viver a vida do outro. Inevitavelmente, estaremos nos deparando com os conflitos internos de cada um dos parceiros. O intrapsíquico não poderá ser negligenciado. Até porque, para muitos homens, somente através de uma situação em que sua sexualidade é atingida, é que a busca terapêutica é admitida. A fragilidade

¹ Psicóloga. Terapeuta de Casal e Família. Mestre em Sexologia. e-mail: linawainberg@hotmail.com

vivenciada e entregue aos especialistas proporciona uma disponibilidade de reflexão e mudança. Disponibilidade que permite com que o casal troque receios, medos, frustrações que, talvez em nenhuma outra situação, trocariam. A utilização de técnicas de terapia sexual em paralelo às técnicas de terapia conjugal funcionam muito bem juntas e se complementando.

Palavras-chaves: Terapia conjugal; terapia sexual; disfunções sexuais masculinas.

Abstract: The concept of sexuality encloses much more than the bare penetration penis-vagina. It encloses all that is before, during and after the sexual act properly said. The not-verbal, creativity, pleasure, the “climates”, expressions, affection... When we deal with the masculine sexual dysfunctions, we tend to role as resource of magnifying of the sexuality experience. The clinical progress concept also tends to be reviewed. The treatment of the sexual dysfunctions can get a more efficient and lasting result if boarded in the tripod that supports it. The treatment of physical limitation identified can be made difficult or facilitated by the relation with partner. This interpersonal relation can serve as support or as depreciation, for example. A conflictive couple dynamics may not be able to support the presence of a partial limitation of the sexuality and not to be able to reconstruct it. The understanding of the dynamics of how emotions in the couple processes, can instrumentalize an interesting resource in treatment. Identifying the interpersonal hierarchical fights, borders, flexibility or rigidity, standards of communication, relation with the origin families, beliefs, papers distributions etc. must embassy this comprehension. It is essential that couples develop an “excellent distance”, or even better, an “excellent proximity “. That is, in order to sexuality take place, are necessary two individuals. That means, none of them must live the life of the other. Inevitably, we will get in shock with the internal conflicts of each one of the partners. Internal conflicts could not be neglected. For many men, only through a situation where its sexuality is affected, that the search for therapeutic help is admitted. Deeply fragility and expectations to the specialists words, makes men reflect and change. Openness that allows that couple exchanges distrusts, fears, frustrations that, perhaps in no other situation, would exchange. The use sexual therapy techniques in parallel to the conjugal therapy techniques works very well meetings together.

Keywords: Conjugal therapy; sexual therapy; male sexual dysfunctions.

Teorizar sobre a terapia conjugal como abordagem no tratamento das disfunções sexuais é sempre um desafio. A busca por uma postura nem feminista nem machista é sempre um complicador para que certa perspectiva terapêutica

possa ser bem aceita pelos leitores. No entanto, os autores sempre serão ou de um sexo ou de outro impedindo, desta forma, a total neutralidade. Apesar de a autora poder ser considerada bem moderna em relação aos novos valores envolvidos nas relações entre homens e mulheres, não poderá se isentar de argumentar suas críticas em relação as posturas adotadas por ambos, homens e mulheres, quanto a sexualidade de seus parceiros.

Lembramos ainda que, ao considerar a terapia conjugal como abordagem terapêutica, não significa em hipótese alguma que as intervenções de terapia sexual, medicamentosas e cirúrgicas não sejam percebidas como instrumentos fundamentais. Pelo contrário, é essencial que a utilização de técnicas complementares a terapia do casal sejam utilizadas em paralelo, quando necessárias. Corremos o risco de tornar a terapia ineficiente caso haja áreas da sexualidade negligenciadas pelos pacientes e seus terapeutas. Em função disso, não nos deteremos aqui em descrever nenhuma disfunção específica e nem no grau de seriedade. Deteremos-nos na relação conjugal quando existe uma disfunção manifestada, no presente trabalho, no homem.

É importante que uma ressalva seja feita: a disfunção nunca é de um só parceiro. Não só atinge também o prazer da mulher como ela provavelmente, também tem seu papel no surgimento da disfunção, como veremos mais adiante.

No entanto, devemos considerar as particularidades dos efeitos de uma disfunção sexual na psicologia masculina. Uma limitação na área sexual para muitos homens é desorientador, dá uma sensação de tirada de tapete tão grande que obriga a uma reflexão de algumas questões que até então foram negligenciadas. Em alguns casos, a queixa de disfunção sexual tem sido observada, como a única queixa ou motivo que leva a um homem, ou a um casal, a buscar terapia, seja ela individual ou de casal. Terapia de *casale*, não conjugal, porque não se trata, necessariamente, de uma relação entre cônjuges, mas sim de um casal.

A busca incessante por uma causa física e a dificuldade de perceber e admitir que o emocional possa ter um poder tão grande sobre ele, é muitas vezes uma novidade difícil de ser digerida. A constatação da disfunção significa encarar a incongruência emocional de forma mais concreta desestabiliza. Ou seja, a impotência, por exemplo, é o retrato físico de determinada decepção, amargura ou desilusão emocional. É a crença extremamente internalizada de que aquilo que era uma fonte de imenso prazer, se transformou num profundo medo de ser constantemente colocado a prova (tanto em relação a potencia quanto ao conflito que está por trás). Até porque toda a identidade do homem é desenvolvida a partir da presença, e não da ausência, deste pênis. Sabemos que, sua importância, para o mundo dos homens, será uma constante, sublinhada a cada passo do desenvolvimento.

Apesar de não pretender aprofundar nas origens antropológicas da representação do pênis, devemos considerar alguns entendimentos. Na maioria das sociedades, por exemplo, referendou-se aos homens (possuidores do falo) a exigência de força, coragem, lutas e conquistas, residindo nelas todo o seu poder. Na sociedade atual, estas exigências foram transportadas para outros quesitos (trabalho, carro, dinheiro, esporte, mulheres...). Devemos lembrar que, ainda hoje muito dos estereótipos masculinos compõe o imaginário masculino. Dentre eles está à exigência em corresponder ou desempenhar sexualmente quando estimulado. Quando isso não acontece, o homem tende a questionar a sua capacidade como homem, ou mais seriamente, como indivíduo. Não devemos perceber esta crise como uma derrota. O que se tem observado é que esta oportuniza que a fragilidade vivenciada e entrega aos especialistas suscite uma disponibilidade de reflexão e mudança. Disponibilidade que permite com que o casal troque receios, medos, frustrações que, talvez em nenhuma outra situação, trocariam. Muitas vezes possibilita que a mulher perceba o marido mais próximo e também colabora mais para o tratamento.

A terapia conjugal é um espaço onde se propõe o crescimento de cada um dos parceiros individualmente e como um casal. É o espaço onde ajustes relativos aos papéis, funções poder, contratos, fronteiras podem ser negociados. É importante que, no entanto, as negociações não sejam nem totalmente rígidas, nem modificáveis por um dos dois sem consultar o outro.

Vale ressaltar que a vivência de prazer é algo que construímos já com importantes influências da vivência interpessoal. É nas relações a dois que as sensações de prazer são inicialmente exercitadas. Por isso, uma abordagem que trate do redimensionamento do prazer deve considerar as relações que nela ocorrem.

Essas experiências iniciais são estruturantes da personalidade do indivíduo, o que faz com a personalidade esteja intimamente relacionado à sexualidade. O amor sexual maduro expande o desejo erótico para um relacionamento com uma pessoa específica, em que a ativação de relacionamentos inconscientes do passado e as expectativas conscientes de uma vida futura como casal se combinam com a ativação de um ideal de ego conjunto. O amor sexual maduro implica num comprometimento na esfera dos sistemas sexual, emocional e de valores. Balint (apud Kernberg, 1995, p. 36) considera que uma verdadeira relação amorosa inclui satisfação genital, idealização, ternura e uma forma especial de identificação. Uma total identificação sem perder a própria identidade na relação amorosa.

Whitaker (1990), um dos grandes teóricos da terapia sistêmica, define casamento como um modelo adulto de intimidade, com um sistema de normas. Este sistema de normas é desenvolvido pelo casal a partir das normas que trazem

de suas famílias de origem. No tratamento das disfunções sexuais, o objetivo básico é a modificação dos sistemas sexual e conjugal. Muitas vezes, nossa mente alerta para a falta que determinado aspecto da sexualidade ou do mal que algo presente nos faz. Isso inclui crenças que trazemos de gerações anteriores, sem que se quer faça sentido para nós.

Muitas vezes somente quando alguém de fora desta cultura familiar (como o parceiro) serve como espelho, através do qual realmente podemos nos enxergar. Isso implica em administrar expectativas em relação a nós mesmos que podem ter a frustração intensificada pelo espelhar do parceiro. Parceiro que, ao dar este *feedback* de algum aspecto que não está bem com o outro, tentava ajudar. É aí que ocorrem os conflitos que podem ser causas de disfunção sexual. As próprias disfunções podem ser o estopim para um grande conflito. Para algumas mulheres a dificuldade sexual pode fazer com que se sintam rejeitadas. Estas muitas vezes sentem a necessidade seus maridos funcionarem para se sentirem mais seguras. A busca pela ternura reflete a integração das representações libidinais e agressivas do *self* e do objeto, e a tolerância da ambivalência.

No caso de pacientes com disfunções sexuais, a limitação deve ser incorporada a este todo e não assumir uma importância dissociada da “incapacidade”. A parceira pode auxiliar nesta reintegração servindo, evidenciando o todo. O problema é que esta também sofre este processo e conversar sobre a frustração que este novo componente exerce é fundamental para uma integração mais saudável.

Muitas vezes a queixa não representa o que de fato está ocasionando a dificuldade. Muitas vezes a queixa sexual encobre uma causa conjugal e vice-versa. Duplo input que nos obriga a observar o verdadeiro. Dentre os sintomas sexuais como manifestação de conflito, podemos: – pensar na ejaculação precoce como resultado da indiferença em relação prazer da mulher, raiva, sentimento de estar sendo cobrado ou pressionado, egoísmo. Em relação a disfunção erétil, poderíamos pensar em receio da paternidade, sentimento de estar sendo cobrado, pressionado ou desvalorizado, insegurança frente a parceira, mulher sexual versus mãe de seus filhos, etc. Devemos cuidar, no entanto, para não sermos taxativos e avaliar cada caso cuidadosamente.

Vejamos algumas situações em que a terapia de casal pode ser especialmente útil: parceiro tem papel contrafóbico (casamentos não consumado, por exemplo), quando a comunicação está viciada, quando a terapia de casal é usada como pretexto para indivíduos sem autonomia (e que gostariam de tratar suas questões individuais), quando pacientes narcisistas não admitem tratar suas questões e são convidados para auxiliar no processo do outro, quando aqueles que somente as técnicas de terapia sexual “não funcionam”, etc.

Temos de pensar nos sintomas dos distúrbios sexuais, como mensagens que nossa alma nos passa, sendo que a principal delas é que devemos novamente priorizar o lado afetivo. Tanto a impotência sexual quanto à ejaculação precoce, clamam para que a pessoa recupere seu prazer sexual perdido, no meio das ambições que preencheram a vida.

Kaplan (1977) já citava como causas diádicas das disfunções sexuais a rejeição do parceiro, a discórdia conjugal (por transferências, falta de confiança, lutas de poder, decepções contratuais, falha na comunicação). Percebo que a utilização de técnicas de terapia sexual utilizadas em paralelo às técnicas de terapia conjugal funcionam muito bem juntas e se complementando. Muitas vezes o simples alívio do sintoma pode servir de estímulo para a melhoria da relação. No entanto, tenho percebido também o movimento contrário. Não vejo porque não dar a mesma importância para ambos aspectos já que estão tão interligados. A consequência disso tudo é que, quando lidamos com as disfunções sexuais masculinas, tendemos a servir como recurso de ampliação da vivência de sexualidade como um todo.

Referências bibliográficas

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

WHITAKER, C. *Dançando com a família*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

Bibliografia consultada

ANDOLFI, M. (org.). *A crise do casal: uma perspectiva sistêmica-relacional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANTON, I. L. C. *A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico e psicodinâmico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Homem e mulher: seus vínculos secretos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1992.

KERNBERG, O. F. *Psicopatologia das relações amorosas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. & KOLIDNY, R. C. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

PAPP, P. (org.) *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

A PSICANÁLISE E AS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Mary Georgina Boeira da Silva¹

PSYCHOANALYSIS AND SEXUAL DYSFUNCTION

Resumo: Este trabalho discorre sobre a importância dos pressupostos teóricos freudianos para explicar a gênese da sexualidade humana. Objetiva também demonstrar porque a Psicanálise é uma indicação decisiva para o paciente que sofre com sua insatisfação sexual e aspira a efetivas mudanças.

Palavras-chave: Psicanálise; disfunção sexual; pulsão.

Abstract: This paper discusses the importance of Freudian theories to explain the origin of human sexuality. It also demonstrates why psychoanalysis is decisive in the approach to patients who suffer with their sexual dissatisfaction and look forward to change.

Keywords: Psychoanalysis; sexual dysfunction; drive.

A construção teórica freudiana que considera a existência de uma sexualidade infantil e a ela atribui a origem de uma potencialidade erótica do adulto é a premissa norteadora para o atendimento psicanalítico.

A compreensão de nossa vida psíquica passa pelo conceito de sujeito e confere singularidade a toda e qualquer personalidade adulta.

O sujeito é formado pela reordenação de vários *eus* anteriores, que, por sua vez, são produtos de identificações múltiplas. Está *assujeitado* pelos elementos significantes que são o que articulam o Inconsciente e que têm por efeito os sintomas.

Nessa formulação estamos constituídos historicamente, e dependentes das reminiscências transferimos essa identidade para as nossas relações atuais.

¹ Psicóloga, Psicanalista, Membro Efetivo do Instituto *Wilfred Bion*. Presidente da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. e-mail: marygeor@terra.com.br

Na prática psicanalítica, o que se coloca em questão são as relações do sujeito com o outro, e a forma (histérica, obsessiva, fóbica) de cada um nessas relações.

Cada caso é um caso, mas uma coisa se impõe: ninguém escapa da sedução dos primeiros contatos corporais da infância, ninguém escapa da vivência inicial que tem como referente o corpo do bebê e que serve para inaugurar as primeiras experiências de satisfação (GARCIA-ROZA, 1984).

Do auto-erotismo inicial à pulsão sexual muita coisa se passa, e nesse cenário moldamos o narcisismo.

Quando Freud (1915) forja o conceito de PULSÃO (*Trieb*, em alemão) pretende antes de mais nada apresentar uma elaboração operacional para a sexualidade humana.

Pulsão é o representante psíquico dos estímulos que se originam no corpo e alcançam o psíquico, a mente. É a representação das forças orgânicas.

Ora, o sexo, em todos os seres vivos, à exceção do homem, está organizado funcionalmente nos processos orgânicos e tem o intuito da reprodução. No caso do ser humano, o que nos distingue é exatamente a possibilidade de, enquanto ser biológico, rompermos com o instinto e produzirmos um ser simbólico, onde o sexo só se efetiva embalado por concepções e pensamentos.

Nossa relação com o outro depende de uma estrutura pensante. Somos puro símbolo. Simbólico aqui significa toda a dimensão de representações via linguagem que dá conta do sujeito. E é por isso que há cultura, porque dispomos dos significantes que nos representam.

Para Lacan (1953 p. 265-266), o simbólico adquire o *status* de uma instância psíquica, e nessa conformação, o sexo, sendo um mecanismo orgânico, anteriormente apoiado na dinâmica do instinto, perde a conexão com sua origem animal, integrando uma sexualidade que carece de ser gerada a cada nascimento de um sujeito.

Teoricamente podemos dizer que o humano é um ser dissociado na origem: entre o símbolo (o pensar) e o corpo, e, por extensão, entre o amor e o sexo.

A “natureza humana” é uma sexualidade que tem um corpo que vai ser usado (o sexo) para produzir satisfação no simbólico.

A Pulsão é o instinto que perdeu sua natureza, que se desviou de suas fontes e seus objetivos específicos.

Entender essa noção de apoio, no somático oferece operacionalidade para trabalharmos a complexidade das problemáticas sexuais dos adultos.

Quando rompemos com o instinto, a satisfação é o objetivo da pulsão, não importando qual seja o objeto. A perda de objeto organiza a multifacetada sexualidade humana que pode ir do fetiche ao Ideal.

O conceito de pulsão envolve extensa teoria; implica examinarmos a fonte, a pressão, o objetivo e o objeto; reconhecer os destinos da pulsão e compreendermos que existem os representantes psíquicos da pulsão. Daí a distinção entre a pulsão enquanto representante de fontes somáticas e os representantes psíquicos da pulsão. Se, por um lado, a pulsão representa psiquicamente as excitações emanadas do interior do corpo, por outro lado ela é representada pelos seus representantes psíquicos: a idéia e o afeto. Nesse ponto, integramos corpo e mente para podermos falar do humano.

Essa é a formulação freudiana para a gênese da sexualidade, e, logicamente, para o funcionamento psíquico.

O bebê, enquanto criatura recém-nascida, integra essa gênese quando parte em busca do objeto: o leite materno, e, no ato de mamar, experimenta as mais diversas excitações físicas que se materializam através da língua, lábios e boca. Tais excitações vão compor os registros que se associam ao prazer, à satisfação. Esta experiência inaugural subverte o biológico na medida em que se desenvolve como potencialidade para a busca de satisfação. Constitui-se, pois, como uma dinâmica que ganha corpo não no biológico, mas no simbólico, nas representações, e que vai ser o núcleo de trabalho na prática analítica.

Para a Psicanálise, a sexualidade não corresponde exclusivamente ao sexo. Esta, a rigor, é a mais significativa diferença entre o enfoque psicanalítico e aquele da concepção biológica do comportamento sexual.

Para Freud (1915), mesmo que a relação mãe-bebê se expresse como relação puramente amorosa, e continente no que se refere aos cuidados maternos, exhibe-se originalmente fadada, em termos estruturais, a produzir um sujeito simbólico marcado pela sedução dos primeiros contatos corporais, e eternamente insatisfeito. Isto não quer dizer que se despreze a importância dos cuidados continentais dedicados ao bebê, pelo contrário, eles configuram uma dimensão de apoio na realidade, no vínculo para a sobrevivência do recém-nascido. O que Freud (ibid) formula é uma teoria onde o somático serve de apoio ao funcionamento psíquico, e dá conta de entendermos que a “natureza” da sexualidade é em essência uma natureza incerta e insatisfeita, como decorrência de sua própria gênese.

Por isso, o exemplo inaugural é o lactante que, em busca do alimento, depara-se com a experiência/aprendizagem de produzir excitação/satisfação. Assim, será por puro prazer que vamos aderir à vida sexual e nos constituirmos humanos.

Então, sexualidade depende de aprendizagem (construção) e de prática (relação), e vai se expressar na forma em que se construiu, como uma disposição psíquica universal moldada pela cultura. Tanto é uma representação mental como uma diferença anatômica, e faz com que entendamos que o sexo pertence à essência da sexualidade.

Em razão dessa lógica, pacientes tem exibido as marcas da atual modernidade e, não raro, chegam queixosos de sua disfunção sexual, almejando uma solução imediata. Como mecanismo de defesa, tratam o sexo como um acontecimento dissociado de suas vidas, e carecem de um tempo para integrar sintomas que não reconhecem como seus.

Narcisicamente, obliteram a retificação subjetiva e suas expectativas são quase ortopédicas, na medida em que consideram o sintoma expressivo de causas exclusivamente orgânicas. Em resumo, esperam uma solução focada só no corpo como se isso fosse possível.

O trabalho psicanalítico, exatamente porque pressupõe essa dissociação teórica na origem, mas integra nas problemáticas sexuais a vivência do sujeito, pode se oferecer como instrumento para uma efetiva mudança. Nesse âmbito, considera-se a dimensão da subjetividade não só do ponto de vista racional, mas também do desejo, que é da ordem do Inconsciente.

A própria clínica do atendimento das disfunções sexuais é um efeito da Psicanálise, já que foi ela quem transformou nossa maneira de pensar o sexo na contemporaneidade. Como não há dicotomia no funcionamento do sujeito (corpo e mente), os sintomas físicos também compõem o arsenal dos recursos estruturantes do paciente. Cada época “produz” suas doenças e suas terapêuticas; isto, quando compreendido em toda a sua extensão e essência, só vem a reforçar, de modo seguro e radical, a concepção simbólica da sexualidade.

Referências bibliográficas

- FREUD, S. (1915) *Os instintos e suas Vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (14ª Edição Standard Brasileira).
- GARCIA-ROZA, L.A. (1984). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, J. (1953). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Bibliografia consultada

- NASIO, J-D. (1983). *Psicossomática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

TEMA:
RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL
E O PACIENTE

SOBRE ALGUMAS FORMAS MALIGNAS DE EXPRESSÃO CLÍNICA DA TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA

Roberto Barberena Graña¹

ON SOME MALIGN FORMS OF CLINICAL EXPRESSION OF TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE

Resumo: Este artigo enfoca brevemente as dificuldades encontradas pelo psicoterapeuta no tratamento de determinadas patologias graves da personalidade que tendem a se expressar na transferência de forma intensamente erotizada. Dando especial ênfase às transgressões éticas e técnicas que costumam ocorrer quando o analista não está devidamente preparado para o exercício da função, ou quando padece de distúrbios graves do caráter, o autor questiona os processos seletivos nos centros de formação de psicoterapeutas das mais diversas orientações responsabilizando-os pela ocorrência incontrolável de tais atuações que tem um efeito catastrófico no tratamento e nas vidas destas pessoas.

Palavras-Chave: transferência erótica; contratransferência erótica; transgressão ética.

Abstract: This article focuses briefly the difficulties found by the psychotherapist in the treatment of serious pathologies of the personality that tend to express itself in the transference through an intensely eroticized way. Giving special emphasis to the ethical and technical transgressions that happen when the analyst is not properly prepared for the exercise of the function, or when he/she suffers of serious disturbances of the character, the author questioned the selective processes in the training centers of psychotherapists of the most several orientations making them responsible

¹ Psicanalista. Full Member da International Psychoanalytical Association. Psicanalista de crianças e adolescentes pela IPA. Doutor em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor e supervisor do Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade. e-mail: rbgranha@cpovo.net

for the uncontrollable occurrence of such performances that has a catastrophic effect in the treatment and in the life of that people.

Keywords: erotic transference, erotic counter-transference, ethical transgression.

Chamamos comumente de transferência à espetacularização dramática no *setting* analítico dos embargos primitivos à subjetividade experienciados pela criança ao longo do seu movimento de constituição individual.

Partimos do princípio de que o que não é produto de constrangimentos desenvolvimentais não se espetaculariza de forma problemática no contexto clínico, ou não se cenifica principalmente e sobretudo pela produção de tensão.

A gradual deposição, na relação paciente analista, de significações que transcendem e obscurecem as intenções conscientes do sujeito que fala, possibilitam a progressiva cintilação de uma imagem mítica da qual, a princípio, muito pouco se sabe, mas a partir da qual o sujeito se formou.

A esta imagem mítica, formadora, constitutiva da individualidade, mas acerca da qual quase nada se pode inicialmente dizer, nós denominamos, desde Lacan, o Outro, com “o” maiúsculo.

Será, portanto, de bom princípio, que o analista se indague sempre durante as etapas iniciais de uma nova análise, qual é o Outro, a Imago que neste tempo e neste espaço que ora se abrem, começa já a esboçar-se como o objeto de transferência nessa relação.

Este objeto buscará encarnar-se, presentificar-se, incidentalmente na pessoa do psicanalista, e se fará anunciar vividamente na carne deste por diferentes reações do psicossoma às quais ele deverá prestar especial atenção. O analista ao aperceber-se destas respostas recorrentes a cada nova mensagem transferencial enviada pelo paciente, poderá aos poucos adquirir ciência do lugar para o qual está sendo empurrado nesta presentificação imaginária, o lugar para o qual tende a deslocar-se sobre pressão na relação com o paciente, e manejar tecnicamente a demanda transferencial deste de forma a, evitando satisfazê-la realmente ou diretamente, situar-se e apresentar-se sempre em um outro lugar. Esta é a verdadeira arte do psicanalista, a sua necessária histeria, a sua afetação social, como dirá ironicamente Philippe Julian (1994).

Se todo tratamento psicanalítico se deverá processar em total abstinência, ele não exclui, e tem mesmo como sua condição, a ocorrência de emoções

intensas em ambos os partícipes que envolvem sobretudo amor terno, amor erótico, ciúme, inveja, ódio e ressentimento por frustração. O problema que para nós se coloca aqui diz respeito principalmente a um determinado ponto de ebulição de tais estados afetivos na relação transferencial que faz com que a dimensão simbólica da análise, o seu artifício ficcional, seu “como se” se pulverize e dê lugar a atuações as mais diversas da parte de paciente e de analista que, por implicarem num outro nível de envolvimento e de interação, decretam geralmente o final prematuro e traumático da análise e a perenização do analisando numa situação em que o imaginário realizado tende a coagular-se, impedindo o curso do tratamento até a sua convecção terminal.

Nesta breve exposição abordaremos as condições freqüentes nas quais tais curtos-circuitos do tratamento analítico poderão vir a ocorrer e os seus efeitos mais deletérios, tendo como desfechos passíveis, sempre que opere uma perturbação importante da transferência/contratransferência, ou a interrupção do trabalho analítico com uma ruptura eivada de hostilidade franca entre ambas as partes, ou a efetivação de contatos amorosos/sexuais entre ambos, o que consideramos, por diferentes razões nas quais nos deteremos mais adiante, o pior desfecho possível, ao menos e principalmente para o analisando, por implicar numa efetiva concretização de seus anseios infantis de acessar uma dimensão secreta do amor do outro e, dessa forma, nele inscrever-se como um objeto de amor maior, fruindo de exclusividade e de devoção parental. Abordada pela primeira vez de forma franca por Ferenczi (1991), a gratificação das demandas imaginárias do paciente por parte de atuações grosseiras do analista, que tem a ruptura do *setting* por condição, a assim chamada “atuação sexual da contratransferência” tem como efeito comum o retraumatismo psicanalítico do paciente, que sendo mal-entendido e mal-atendido pelo terapeuta é condenado com freqüência a amargar sozinho a injúria transgressiva à sua dignidade pessoal.

Os problemas maiores geralmente têm início quando esta mobilidade de deslocamento para lugares inesperados e diferentes daqueles nos quais o paciente espera encontrá-lo à qual nos referíamos - se perde, por efeito da apreensão emocional do analista, malha das projeções imaginárias que o paciente estende por sobre a totalidade do campo transferencial.

Determinadas condições psicopatológicas ou modalidades caracteriais tendem a exercer uma maior pressão sobre o analista no sentido de extrair dele um padrão de respostas específico, que sendo determinante das perturbações do existir que afetam o paciente, deverão ser necessariamente

reencenadas com o inadvertido propósito de obterem por fim um efeito subjetivante que se mostre mais satisfatório como solução final.

As condições capazes de produzir maior tensão e interpor maiores dificuldades ao manejo técnico da relação transferencial são as perturbações da personalidade que designamos atualmente como patologias do *self*. Uma perturbação do *self* significa, é um efeito cicatricial, de um comprometimento inicial da experiência de estar no mundo em relação com os outros. As patologias do *self* são indicativas de uma interrupção ou de uma deformação dos movimentos individuatórios ou de uma afetação da autenticidade e espontaneidade do ser da criança de forma a que esta não chegue a atingir uma formulação satisfatória da distinção eu-outro e da relação *self*-mundo.

Seguindo uma sugestão de Christopher Bollas (1992), caracterizaríamos o tipo de transferência mais comumente encontrado na relação analítica com estes pacientes como transferências *noumênicas*. Isto quer dizer que o paciente orienta-se fortemente para um lugar (ou para um objeto) que se situa algures além da função ou do papel analítico que o psicanalista comumente pretende a principio disponibilizar ao paciente. Durante muito tempo, desde Freud, estes pacientes foram considerados intratáveis pela psicanálise, pois segundo ele mesmo (FREUD, 1973) argumentou, por apresentarem “falhas de ego” tais pessoas lutavam todo o tempo para manterem coeso um eu que tendia permanentemente a desvanecer-se e não dispunham, portanto, de libido disponível e suficiente para investir eroticamente (no sentido grego e ontológico) o objeto transferencial, a imagem do analista. Eles não estabeleceriam transferências, portanto.

No grupo das neuroses narcisistas estavam já reunidas por Freud algumas entidades clínicas, e neste novo grupo se incluiriam agora o que hoje denominamos de transtornos narcísicos de maneira geral. A melancolia, a paranóia e a hipocondria foram algumas das neuroses narcisistas enumeradas por Freud. Hoje tenderíamos também a apontar como formas freqüentes de apresentação clínica das patologias do *self* as parafilias, a sociopatia, as psicossomatoses (freqüentemente incluídas por Freud dentro das condições histéricas ou neurastênicas), os estados fronteiros propriamente ditos, e mais recentemente a histeria, sobretudo depois da notável revisão e redescritção desta entidade clínica efetuada por Emilce Bleichmar (1988).

Num congresso sobre sexualidade humana, naturalmente adquirem maior relevância as situações em que a espetaculização e a bizarrização da sexualidade é capaz de gerar impasses maiores no curso do processo clínico, que tem

por efeitos mais freqüentes a atuação contratransferencial do analista no sentido de enrijecer-se a fim de evitar ceder aos apelos sexuais do paciente, até o ponto de atingir um verdadeiro colapso da sua função, ou, de outra parte, corresponder positivamente à demanda sexual do analisando, envolvendo-se afetivamente e efetivamente com este e, da mesma forma, afastando-se do lugar que deveria ocupar para o exercício ético e terapêutico da sua atividade com reais benefícios para o ser sofrente que em busca de auxílio o procurou.

Na história da psicanálise e da psiquiatria norte-americanas tornou-se célebre a história de atuações transgressivas, perversas e psicopáticas do Dr. Jules Masserman, um médico polonês naturalizado norte-americano.

O Dr. Jules H. Masserman, psiquiatra e psicanalista e antigo presidente da Associação Psiquiátrica Americana e membro distinguido da faculdade de medicina da Northwestern University, morto em novembro de 1994, aos 89 anos em Chicago, reuniu inumeráveis honrarias desde os anos 50 por ser tido como um experto em transtornos da personalidade. Em anos anteriores à sua catástrofe pessoal e profissional ele havia sido também presidente de outras importantes entidades como a *American Society for Group Therapy*, a *American Association for Social Psychiatry*, a *American Society for Biological Psychiatry* e a *American Academy of Psychoanalysis*. Ensinou psiquiatria e neurologia na Northwestern University's Medical School de 1940 a 1970 e ocupou durante muitos anos a função de co-presidente do departamento de psiquiatria.

Nos final dos anos 80, porém, o Dr. Masserman teve seus direitos de exercício da medicina cassados após uma sucessão de denúncias de antigas pacientes que haviam sido vítimas de abuso sexual por parte de Masserman, que lhes propunha como tratamento a narcoterapia. Utilizando-se de injeções, Masserman induzia o sono em suas pacientes e depois as estuprava, assegurando-lhes que este era o melhor recurso técnico para que o tratamento psicanalítico rendesse os seus maiores benefícios. O despertar de uma paciente durante o estupro, entretanto, decretou o fim da carreira criminal do Dr. Masserman, que após uma série de processos judiciais retirou-se, compulsoriamente da prática clínica da psicanálise e da psiquiatria, sendo expulso de várias entidades de classe às quais muito distintamente pertencera.

Uma das mulheres que o acusaram, Barbara Noel, cantora e compositora escreveu um livro com Kathryn Watterson, em 1992, intitulado "You Must Be Dreaming", no qual ela detalha os fatos e fundamenta as suas acusações

contra seu psicanalista de muitos anos. Sua história foi assunto de filmes produzidos para a televisão. A senhorita Noel relatou que ela praticamente se tornou uma escrava do Dr. Masserman, seguindo todos os conselhos que ele lhe dava, até que uma vez, em 1984, ao despertar sobre o divã da sala de exame durante a sua sessão – a qual envolvia o uso intravenoso de *sodium amytal* – descobriu-se sendo estuprada pelo terapeuta. A senhorita Noel formalizou, então, uma queixa na *Illinois Psychiatric Society*, a qual encontrou fundamento para as acusações e as sanções e votou pela suspensão do Dr. Masserman do quadro de membros pelo período de cinco anos. O Dr. Masserman apelou ainda, mas sem sucesso, à *American Psychiatric Association*. Um porta-voz desta entidade nacional, ao ser inquirido pela imprensa, recusou-se a discutir as razões específicas encontradas para a suspensão.

O envolvimento sexual com o paciente, sabemos todos, é inadmissível por razões óbvias no curso do tratamento psicanalítico. Face à condição regressiva em que a demanda do paciente se expressa, às vezes com um total vigor, corresponder transgressivamente (realmente) a esse apelo aponta sempre para uma falência, não apenas do processo analítico, mas do próprio analista como profissional e quiçá como pessoa. Tais situações deveriam sempre decretar, automaticamente, uma suspensão temporária ou definitiva do direito de exercer a psicanálise, e assim efetivamente ocorre sempre que a instituição é notificada acerca de tais situações. Lamentavelmente grande parte das transgressões desta natureza permanecem impunes e não são de conhecimento geral, devido ao comum temor do paciente, em regra uma mulher, de expor-se a uma situação demasiado constrangedora e pública, se decidir levar a cabo uma denúncia formal contra o agressor. A insuprimível ocorrência de tais situações deve, não obstante, levar-nos a questionar, antes de tudo e fundamentalmente, os processos seletivos das instituições psicanalíticas e das entidades que reúnem psicólogos e psiquiatras em todo o mundo relativamente a seus pontos cegos. Haveremos de postular, de antemão, que os entrevistadores e avaliadores de tais candidatos a psicoterapeutas e psicanalistas que realizam a sua formação nessas instituições seriam envolvidos pela afabilidade e pela rápida relação de simpatia e intimidade que estes indivíduos tendem a estabelecer com os outros, assim que os conhecem, a ponto de serem tapeados e seduzidos da mesma maneira que os seus futuros pacientes serão alguns anos mais tarde.

A concretização da cena sexual transferencialmente demandada pelo paciente será talvez a maior violência que pode ser dirigida a este por parte do terapeuta, e foi habilmente descrita como uma perversa confusão de línguas entre um adulto e uma criança, por Ferenczi (1991), ainda nos anos 30. A retraumatização

disto decorrente é produto de uma “realização” do estupro incestuoso que, independentemente de haver ocorrido antes na vida do paciente ou ter sido apenas por este sonhado ou fantasiado, dentro de uma relação de parentalidade particular, varre de vez as esperanças de recomposição de uma individualidade estilhaçada ou de uma subjetividade devastada que o paciente traz, de forma mais ou menos patente, mais ou menos desajeitada, quando, às vezes com algum conhecimento do risco implicado, decide confiar-se intimamente ao cuidado de um outro que, na sua fantasmática transferencial, mal se distingue daquele outro arcaico que originalmente o traumatizou.

Referências bibliográficas

- BOLLAS, C. *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- BLEICHMAR, E. *O feminismo espontâneo da histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- FERENCZI, S. *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- FREUD, S. *Análisis terminable y interminable*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- JULIAN, P. *O retorno a Freud de Jacques Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

O TERAPEUTA SEDUZIDO E O SEDUTOR

*Alfredo Cataldo Neto*¹
*Gabriel J. Chittó Gauer*²

THE SEDUCTIVE AND THE SEDUCED THERAPIST

Resumo: O presente estudo tem como escopo a análise de algumas questões éticas na relação sexual entre terapeuta e paciente, destacando a norma ética, aspectos de bioética, e a relação sexual entre médico e paciente como comportamento abusivo. Verifica-se, no presente trabalho, a importância deste tema, bem como sua atualidade. Do enfoque crítico abordado, permite-se a conclusão de que a relação sexual entre terapeuta e paciente é eticamente incorreta e possibilita a existência de um dano psíquico e moral para o paciente.

Palavras-chave: Relação Terapeuta-Paciente; Sexo com Pacientes; Sedução na Terapia.

Abstract: The present study has as its aim the analysis of some ethical questions about the sexual relationship between therapist and patient, emphasizing the ethical and bioethical aspects of the sexual relationship between therapist and patient as abusive behavior. One can understand by reading this study the great importance of this matter, as well as its current consequence. From the critical focus approached, this study allows the conclusion that the sexual relationship between therapist and patient is unethical and it does cause a psychic and moral damage to the patient.

¹ Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais – Mestrado, da Faculdade de Direito da PUCRS. e-mail: cataldo@pucrs.br

² Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais – Mestrado, da Faculdade de Direito da PUCRS. e-mail: ggauer@pucrs.br

Keywords: Therapist and patient relationship; Sex with patients; Seduction in Therapy.

Introdução

Hipócrates, já há 400 anos antes de Cristo, condenava a relação sexual entre o profissional da saúde e seu paciente, destacando em seu juramento que o médico deveria abster-se dos prazeres do amor na atividade profissional:

“... na casa onde eu for, entrarei apenas para o bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário, de toda sedução, e sobretudo dos prazeres do amor com mulheres e homens, sejam livres ou escravos ...”
(Lions, 1994, p. 214)

Em 1784, o Rei Luis XVI da França instaurou uma comissão a fim de investigar abusos sexuais promovidos por médicos que faziam experiências de hipnose com pacientes do sexo feminino.

No início do século passado, Freud referia a necessidade de abstinência sexual do médico, para evitar ofertar ao paciente o amor carnal, o qual estava impedido pela ética e técnica profissional.

Ou seja, passam-se vários séculos e a postura de censurar a relação sexual entre o terapeuta e o paciente é mantida.

Inobstante as normas e proibições, como será descrito no presente artigo o abuso sexual contra o paciente e praticado pelo médico é fato, ainda, nos dias atuais.

Observa-se, também, um incremento nas ações legais contra os profissionais da saúde, principalmente nos países industrializados. É fato que o processo médico venha proliferando no Brasil e no mundo (LAZARUS, 1995).

Entretanto, foi somente no ano de 1989 que a Associação Médica Americana (AMA) divulgou uma normativa ética proibindo o contato sexual entre médico, de qualquer especialidade, e paciente. Esta lei foi ampliada em 1991, englobando a proibição, por um período indefinido, de ligações sexuais entre médicos e ex-pacientes “*se o médico usa ou explora a confiança, conhecimento, emoções, ou influência derivada do relacionamento profissional prévio*” (APPELBAUM, JORGENSON, SUTHERLAND, 1994, p. 2561).

Neste artigo iremos analisar as leis, as estatísticas e, como não poderia deixar de ser, o perfil psicológico do abusador e abusado, tentando entender o que

leva profissionais, muitas vezes bem conceituados, a se exporem ao risco de perder tudo o que têm conquistado em sua vida profissional e pessoal, incluindo a sua liberdade, e a irem contra o princípio mais arraigado na prática da medicina: o respeito aos pacientes.

1. Estudos Epidemiológicos

Um dos primeiros estudos a documentar a incidência do relacionamento sexual entre médico e paciente, conduzido por Kardener e colegas (KARDENER, FULLER, MENSCH, 1973) há mais de duas décadas, revelou que os gineco-obstetras eram os que mais relatavam comportamento erótico com seus pacientes (18%), sendo que clínicos gerais (13%) e internistas (12%) vieram na seqüência; psiquiatras e cirurgiões tiveram a menor prevalência deste comportamento (10%).

Dados de pesquisas subseqüentes mostraram resultados consistentes: entre 4% e 10% dos médicos que responderam à pesquisa admitiram contato sexual progressivo, com pacientes atuais ou com ex-pacientes, havendo pequena variação na incidência entre especialidades médicas (GARTRELL, HERMAN, OLARTE, 1986; COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, 1992).

Outras pesquisas (KARDENER et al. 1973; GABBARD, 1989) que examinaram a freqüência dos contatos sexuais entre psiquiatras e seus pacientes indicaram que de 6 a 10% dos entrevistados já estiveram envolvidos em algum contato.

Estudos de prevalência (WHITE, COVERDALE, THOMSON, 1994) de contato sexual médico-paciente conduzidos por psiquiatras e psicólogos nos Estados Unidos apresentaram índices que oscilam entre 19 e 67%.

Um mapeamento norte-americano, baseado em testemunho confidencial de psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos evidenciou que de 7 a 15% deles estavam mantendo contato sexual com seus pacientes (STRASBURGER, JORGENSON, RANGLES, 1991).

Esses dados estatísticos, certamente com estimativas conservadoras, indicam que os casos de contato sexual médico-paciente não são isolados ou raros. Demonstram, ainda, que a grande maioria dos abusados são mulheres e que os abusadores são homens (85 a 90% dos casos) (BAYLIS, 1993).

Em um estudo (GARTRELL, HERMAN, OLARTE, 1987) com psiquiatras, foi encontrado que 65% haviam tratado pacientes que se envolveram com

seus terapeutas anteriores e 87% dos psiquiatras considerou tal fato prejudicial para os pacientes.

2. Conceitos éticos em relação à conduta sexual na relação médico-paciente.

O relacionamento médico-paciente começa quando uma pessoa “*contrata*” os serviços de um médico, ainda que não esteja pagando por eles, e termina quando o serviços não são mais necessários, ou não são desejados, ou quando o relacionamento profissional tiver sido formalmente encerrado pelo paciente ou pelo médico. Este relacionamento varia em intensidade e duração, podendo ser desde breve e superficial até longo e intenso (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Entretanto, para alguns pacientes esta relação não termina, pois o médico é sempre visto como “*o médico deles*” ou “*o médico da família*”, ainda que não mais os atenda.

GARTRELL et al. (1987) definiram da seguinte forma o contato sexual terapeuta-paciente: inclui todos os toques das diversas partes do corpo “*com a intenção de provocar ou de satisfazer o desejo sexual do paciente, do médico, ou de ambos*” (GARTRELL & et al., 1987, p. 1126; GABBARD, 1989).

O contato sexual médico-paciente não é eticamente correto, independentemente de quem toma a iniciativa de sexualizar a relação terapêutica que deveria existir entre ambos. Este caráter de transgressão existe porque o contato sexual entre médico e paciente não é consensual: o paciente não é capaz de dar um consentimento moralmente válido a seu médico, no sentido de permitir que haja um relacionamento sexual com o mesmo, porque os elementos fundamentais para que isto ocorra – intencionalidade, entendimento substancial, livre escolha e autorização autônoma – estão ausentes (BAYLIS, 1993).

No sentido de evitar o contato sexual médico-paciente, a Associação Médica Canadense (AMC) alerta que é responsabilidade do médico estabelecer e manter os limites de comportamento aceitáveis para si próprio e para seus pacientes (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Para que o consentimento seja considerado moralmente válido, deve haver uma autorização autônoma e intencional baseada num entendimento substancial das informações relevantes, dentro de um contexto livre de

influências controladoras, tais como a coerção, o constrangimento e a fraude, conforme é descrito a seguir:

I) Intencionalidade: O paciente, ao começar o tratamento, encontra-se em posição vulnerável e com a capacidade de decisão prejudicada, tornando-se inapto para decidir ter ou não relações sexuais com o médico. Isto o impossibilita de fazer uma escolha intencional quanto a iniciar um relacionamento sexual com o terapeuta. Este estado de vulnerabilidade pode fazer parte da desordem primária que o levou a buscar tratamento, ou pode ser consequência da transferência, que resultou na idealização e na erotização do terapeuta (BAYLIS, 1993).

II) Entendimento Substancial: Os pacientes não percebem que a relação sexualizada compromete a distância médico-paciente, necessária para que o terapeuta seja capaz de prover cuidados efetivos durante o tratamento.

III) Livre Escolha: Na relação médico-paciente, o paciente está vulnerável emocionalmente, dependente, e vê no terapeuta a pessoa que detém os conhecimentos necessários para suprir suas necessidades e fraquezas. Este conhecimento pode ser usado pelo médico para manipular ou pressionar o paciente através da falsa promessa de que a relação terapêutica não será afetada com o início do contato sexual terapeuta-paciente, ou para ameaçá-lo com a retirada dos cuidados profissionais caso não “concorde” com o contato sexual, ou para, enganosamente, dizer que a relação sexual é terapêutica. De qualquer modo, a ameaça (implícita ou explícita) remove a possibilidade de livre escolha. Além disto, médico e paciente não estão no mesmo nível quanto ao poder que detêm e isto favorece a coerção.

Há também o fato, já citado, de que os abusadores são, na sua maioria, homens e as abusadas são mulheres. Este franco predomínio encontra respaldo no contexto social e cultural, que tolera e muitas vezes promove a discriminação e a violência contra a mulher.

IV) Autorização Autônoma: A autorização autônoma exige do paciente mais que simplesmente “expressar concordância, consentimento, entrega, ou cumprir com um acordo ou proposta do médico” (FADEN, BEAUCHAMP, 1986)

Segundo esta abordagem, um paciente pode se submeter ou se entregar ao contato sexual com o seu médico sem, contudo, consentir com tal atitude. Para que haja consentimento moralmente válido deve existir uma autorização autônoma, que é um ato de vontade (em oposição a um ato de submissão). Entretanto, por sua natureza intrínseca, o relacionamento médico-paciente impossibilita a consecução da vontade do paciente (BAYLIS, 1993).

2.1. Abuso

A AMC define abuso médico de pacientes como:

“qualquer comportamento que transgrida o relacionamento médico-paciente, por meio de atos ou palavras, com o propósito de obter vantagem para o médico e contra os interesses do paciente”
(CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C)

Ao definir abuso, é importante que se leve em consideração duas perspectivas diferentes: a do paciente e a do médico. Isto deve ser considerado porque o paciente e o médico podem ter percepções diferentes dos limites aceitáveis de seu comportamento, dentro da prática da medicina correta do ponto de vista da ética.

A definição de abuso se estende ao relacionamento entre o médico e os familiares do paciente ou outras pessoas cujo envolvimento no tratamento e cujo interesse pelo bem-estar do paciente inclua contato direto com o médico. A AMC acredita que a definição de abuso inclui o abuso sexual.

2.2. Abuso Sexual

Conforme a AMC, para se discutir o problema do comportamento sexual no relacionamento médico-paciente, primeiramente é necessário distinguir entre o contato físico apropriado e o inapropriado.

Durante o exame físico e a anamnese, os médicos rotineiramente adotam procedimentos diagnósticos e preventivos que os colocam em contato físico íntimo com seus pacientes. Além disto, o interesse, o apoio e a compaixão, tão centrais no relacionamento médico-paciente, também podem ser transmitidos através do contato físico, como, por exemplo, pegar a mão do paciente ao comunicar-lhe más notícias. Certamente isso não é considerado má conduta sexual (REMEN, 1992).

De acordo com a Força-Tarefa de Ontário, um grupo independente de profissionais que investiga o abuso sexual de pacientes, comissionados pelo Colégio de Médicos e Cirurgiões de Ontário, o abuso sexual é um conceito multidimensional, estendendo-se desde a impropriedade sexual até a violação sexual. Tal “*continuum*” de comportamento sexual tem implicações em relação às penalidades impostas pelos órgãos controladores e em relação à probabilidade de recuperação após intervenção ou tratamento (STRASBURGER et al., 1991).

A Força-Tarefa de Ontário (THE TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, 1991) define impropriedade sexual e violação sexual de um paciente por um médico de acordo com os seguintes critérios:

- “I) Impropriedade sexual inclui qualquer comportamento, gesto ou expressão que sejam sedutores ou sexualmente degradantes para um paciente, tais como:
- Procedimentos inapropriados, incluindo, mas não restrito, às práticas inadequadas de despir o paciente, que refletem uma falta de respeito pela privacidade do mesmo ou deliberadamente observar um paciente vestir-se ou desnudar-se, ao invés de providenciar um local privado para o paciente tirar a roupa;
 - Examinar um paciente na presença de estudantes de medicina ou outras pessoas sem o consentimento explícito do mesmo, por escrito, ou examiná-lo quando o consentimento tiver sido por ele suspenso;
 - Examinar ou tocar os genitais do paciente sem luvas;
 - Tecer comentários inapropriados sobre, ou para o paciente, incluindo, mas não limitado, a comentários de caráter sexual sobre o corpo do paciente ou sobre suas roupas íntimas;
 - Tecer comentários sexualizados ou sexualmente aviltantes para um paciente;
 - Criticar a orientação sexual do paciente (homossexual, heterossexual ou bissexual);
 - Tecer comentários, durante um exame ou consulta, sobre a potencial performance sexual do paciente, exceto quando o exame ou consulta é pertinente ao tema de função ou disfunção sexual;
 - Solicitar detalhes sobre a história sexual ou preferências e aversões sexuais quando isso não for clinicamente relevante para o tipo de consulta;
 - Pedir em namoro;
 - O médico iniciar conversa sobre seus problemas sexuais, preferências ou fantasias;
 - Beijo de natureza sexual”.

II) A violação sexual inclui:

- “relação sexual entre médico e paciente, iniciada ou não pelo paciente e adoção de qualquer conduta sexual para com o paciente, ou que possa ser razoavelmente interpretada como sexual, incluindo, mas não limitada, ao ato sexual, com contato genital-genital, oral-genital, oral-anal, oral-oral (exceto na ressuscitação cardiopulmonar).
 Inclui também tocar as mamas ou os genitais do(a) paciente (exceto para exame físico apropriado ou tratamento) ou quando o(a) paciente se recusou a ser examinado ou suspendeu o consentimento.
 Abrange ainda encorajar o(a) paciente a se masturbar na presença do médico ou deixar-se masturbar pelo próprio médico”.

O abuso sexual é definido como:

“qualquer comportamento que transgrida o relacionamento médico-paciente de modo a obter vantagens sexuais para o médico, através de suas palavras ou ações”
(CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, p. 1884A-1884C).

Existem alguns pontos ainda não bem esclarecidos, como na situação de o paciente ser amigo do médico. Pensa-se que é possível tratar os amigos e manter os limites da relação médico-paciente, desde que os papéis sejam claramente definidos. Outro aspecto discutível é a prática médica em cidades pequenas, nas quais o convívio social é inevitável e onde todos os habitantes são pacientes em potencial (WHITE et al., 1994).

2.3. Assédio Sexual

De acordo com Cernicchiaro, o assédio sexual situa-se na extensão do crime de constrangimento ilegal (praticar violência ou irrogar ameaça a alguém a fim de fazer ou deixar de fazer alguma coisa a que não está obrigado por força de lei). O assédio encerra condição imposta a quem procura trabalho, deseja conservá-lo, ou pretende melhorar a sua posição no trabalho, podendo ocorrer na administração pública ou privada. Compreende, como regra, relação de emprego, mas nada o impede de existir em outras situações: o assédio sexual pode ocorrer em qualquer relação jurídica onde alguém seja a palavra decisiva e estabeleça exigência de prática de atos da vida sexual. Os sujeitos ativo (que pratica o assédio) e passivo (que é assediado) podem ser homem ou mulher, indiferentemente (CERNICCHIARO, 1999, p. 15-16).

3. O perfil do médico abusador e do paciente abusado

Os fenômenos psicopatológicos são tão claros e característicos na exploração sexual da relação terapêutica, que foram descritos (BAYLIS, 1993, p.505) como uma síndrome denominada “*Síndrome Sexual Terapeuta-Paciente*”. Na relação terapêutica pode se estabelecer um intenso vínculo, primitivo, profundo, semelhante ao da criança à figura parental envolvendo uma relação incestuosa (SOMER, NACHMANI, 2005).

Os terapeutas, neste caso, são percebidos como objetos onipotentes e imbuídos com as capacidades mágicas dos pais, idealizados e temidos.

Deste modo, há também muita ambivalência nestes vínculos. O terapeuta que reforçar esta transferência e explorar sexualmente a relação terapêutica,

que, neste momento, seria anti-terapêutica, pode fazer com que o paciente se sinta numa verdadeira armadilha. Por um lado, o paciente deseja unir-se, além de cuidar e até proteger o terapeuta, mas à semelhança de uma criança abusada sexualmente pelo pai, teme isto e deseja escapar a todo custo. Por outro lado, o paciente sente-se culpado pelo envolvimento sexual, pois acredita ser ele quem detém o controle das sessões “*terapêuticas*”. Ainda que um paciente sinta uma forte atração pelo terapeuta e, por exemplo, se vista de uma maneira sedutora, a culpa pelo abuso não é dele (FELDMAN-SUMMERS et al., 1984).

Uma outra possível iatrogenia é o estabelecimento de uma grande confusão sexual, como por exemplo, nos casos em que o paciente pode buscar tratamento por baixa auto-estima, ou falta de satisfação nas relações interpessoais.

Alguns terapeutas abusadores podem abordar o problema redefinindo-o como um problema fundamentalmente de origem sexual e comentar, de forma sedutora, que “*a baixa auto-estima do paciente é devido a sua inabilidade em tocar, aceitar e apreciar seu corpo*”.

Existem, ainda, possibilidades de racionalização, ou seja, o terapeuta usa esse mecanismo tentando não levar em consideração a natureza profissional da relação, com suas responsabilidades inerentes. Terapeuta e paciente podem achar que sentem algo “*tão especial*” um pelo outro, que transcende os códigos de ética, e a paixão valeria o julgamento dos riscos da relação (WHITE et al., 1994).

Estudos de caso e levantamentos detalhados retratam que o perfil mais comum do médico é o do sexo masculino, de meia idade, que tem dificuldade nas relações íntimas em sua própria vida e que se “*apaixona*” por uma paciente em média 16,5 anos mais jovem (GABBARD, 1989).

Estima-se que metade dos casos registrados de contato sexual terapeuta-paciente envolve tal “*paixão*”. A paixão do terapeuta pela paciente tem as seguintes características: dependência emocional, pensamento intrusivo e sensações físicas.

O profissional que se apaixona, freqüentemente, sente que não recebeu o amor que merecia quando criança. Com pretexto de “*alimentar*” a paciente com o amor que ela não teve, espera gratificar os próprios anseios. Muitos destes terapeutas têm um transtorno narcisista, interagindo com pacientes com características masoquistas, e estão em busca de objetos que os espelhem e integrem o seu *self*. Eles se apaixonam por sua própria imagem projetada, sendo, deste modo, a relação uma representação parcial do seu *self*.

Os terapeutas que abusam sexualmente de suas pacientes foram classificados, (GABBARD, 1989) em quatro categorias: 1) psicóticos que representam um subgrupo pequeno e que traz prejuízos menores, necessitando psicofármacos e aconselhamento para não seguirem na especialidade; 2) anti-sociais com atitudes predatórias que tem uma história profissional construída à partir de atos abusivos e que sofreram eles próprios abuso sexual durante a infância; 3) apaixonados que tem um transtorno narcisista; 4) masoquistas que reconhecem a natureza anti-ética de seus atos, chegando, por vezes, a se auto-denunciarem na procura de ajuda.

4. Conseqüências negativas do relacionamento sexual médico-paciente

A literatura relativa ao tema aponta a existência de diversas conseqüências drásticas decorrentes da relação sexual entre médicos e pacientes. Dentre elas (GARFINKEL, BAGBY, WARING, DORLAN, 1997) temos desde algumas menos danosas, como a vergonha, a culpa e o isolamento, até as mais graves, como a ansiedade, a depressão, a necessidade de hospitalização e o suicídio do paciente.

Françoise Baylis (BAYLIS, 1993, p. 505) ao se referir à “*Síndrome Sexual Terapeuta-Paciente*”, aponta onze conseqüências: 1. ambivalência; 2. culpa; 3. isolamento; 4. sentimentos de vazio; 5. distúrbios cognitivos; 6. distúrbios de identidade e de limites; 7. incapacidade para confiar; 8. confusão sexual; 9. labilidade afetiva; 10. raiva reprimida; 11. aumento do risco de suicídio. Um estudo de Bouhoutsos et al., com 559 pacientes, relatou que 90% das vítimas de abuso sexual sofreram prejuízo, 11% delas foram hospitalizadas e 1% cometeu suicídio (BOUHOUTSOS et al., 1983 In: BAYLIS, 1993, p. 505).

O resultado do exame de vários casos de relação médico-paciente pela Comissão de Ética da Associação Psiquiátrica Americana foi catastrófico e demonstrou a existência de conseqüências adversas para os pacientes, sendo que muitos deles sentem-se envergonhados, culpados, apaixonados ou enamorados do médico muito tempo depois das relações sexuais terem findado.

Médicos envolvidos sexualmente com seus pacientes podem, por exemplo, desencorajá-los a procurar os cuidados médicos de outros especialistas, por medo de que seu relacionamento inapropriado seja revelado. A erosão da confiança na profissão médica, causada pela exploração dos pacientes por parte dos médicos, pode levar até mesmo pessoas não-envolvidas diretamente em tais episódios a adiarem os cuidados médicos (APPELBAUM et al., 1994).

Entretanto, apesar do prejuízo relatado acima, a maioria dos pacientes que viveram relações terapêuticas sexualmente espoliativas são muito hesitantes em levar adiante uma reclamação por causa das devastações que eles experimentaram e das forças dinâmicas de culpa, falta de confiança, ambivalência e prejuízo da habilidade para confiar. As vítimas também são inibidas por medos realísticos de exposição e devido à possibilidade de abuso adicional e de humilhação durante a investigação e os procedimentos legais (COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, 1992).

Isto nos faz supor que muitas destas conseqüências acabem por não se tornarem possíveis de mensuração. Tal fato fica mais evidente quando pensamos na população que apresenta maior risco para ser abusada. Entre os pacientes particularmente suscetíveis ao dano causado pelo contato sexual com seus médicos, um estudo ressalta a vulnerabilidade especial de: (a) pacientes com menos de 19 anos; (b) pacientes que estejam sofrendo distúrbios capazes de prejudicar a capacidade de julgamento; (c) pacientes que estão em psicoterapia com seus médicos.

5. Estratégias educacionais e preventivas

A profissão médica tem um importante papel de liderança a desempenhar, no sentido de facilitar o desenvolvimento de estratégias para educar pacientes e médicos no que diz respeito ao relacionamento apropriado entre estas duas partes e para prevenir o abuso sexual de pacientes por parte dos médicos.

Quando apropriado, as atividades durante a graduação, a pós-graduação e a educação médica continuada deveriam incluir objetivos educacionais em áreas ligadas ao relacionamento médico-paciente e especificamente em relação ao problema do abuso sexual de pacientes pelos médicos.

Exemplos de áreas ligadas ao relacionamento médico-paciente incluem: ética; habilidades de comunicação (exemplo: como explicar e conduzir exames físicos normais e como discutir sexualidade); sensibilidade em relação às necessidades únicas do paciente (exemplo: relacionadas à idade, ao gênero e à cultura); comportamentos de transferência e de contratransferência.

Exemplos de áreas especificamente ligadas ao abuso de pacientes pelos médicos incluem: conhecimento e entendimento dos limites apropriados de comportamento dentro da relação médico-paciente; reconhecimento, tratamento e comunicação do abuso sexual de pacientes pelos médicos; identificação de procedimentos que têm alto risco para abuso sexual ou desavença; modos de prevenir o abuso sexual de pacientes, incluindo boa

comunicação, consentimento do paciente e a presença de uma terceira pessoa durante um exame.

No sentido da prevenção do abuso sexual de pacientes pelos médicos, os mesmos deveriam ser encorajados a se apresentar espontaneamente se estiverem preocupados com seu comportamento real ou potencial. Linhas telefônicas confidenciais de ajuda a médicos e acesso à assistência profissional podem encorajar intervenções precoces, tentando prevenir o abuso de pacientes e ajudar com a reabilitação, se possível. Um ambiente regulador que não garanta a confidencialidade dos médicos, assim como a dos pacientes, é incompatível com essa abordagem preventiva.

A reconstrução de uma base para a ética médica e para a moralidade baseia-se na concepção filosófica da relação médico-paciente. Argumenta-se que a redefinição de uma Filosofia da Medicina é crucial para o desenvolvimento de uma moralidade médica coesiva. Sugerem-se algumas estratégias (REMEN, 1992) para a implementação da educação médica no que diz respeito à relação médico-paciente, como, por exemplo: elaboração de um novo currículo que inclua as Ciências Sociais e a Filosofia; promoção do desenvolvimento da habilidade do médico em considerar o aspecto social, psicológico, espiritual e biológico dos seus pacientes; conscientização do médico no sentido de que ele deve ser sensível e receptivo na interação com seus pacientes, objetivando, principalmente, um desenvolvimento pessoal de valores humanísticos e uma aproximação integrada entre o raciocínio clínico e o cuidado médico.

A fim de que esses objetivos sejam alcançados, foi proposta a criação de uma estratégia para o desenvolvimento e manutenção de um ensino sobre a relação médico-paciente, composto por encontros interdisciplinares nas faculdades médicas e nos hospitais universitários, abordando questões éticas e um ensino integrado, progressivo, durante a graduação e a residência médica, mantido como educação continuada. Também a integração da educação sobre sexualidade humana nos currículos das faculdades de medicina e a ênfase em mostrar “*como ser com os pacientes*”, ao invés de realizar leituras de “*como fazer*”, devem fazer parte da formação médica. A educação sobre contato sexual médico-paciente e sobre sexualidade humana deve ser incluída no curso em todos os níveis profissionais de desenvolvimento, discutindo-se o poder dinâmico da relação médico-paciente e a forma de falar com os pacientes sobre sexualidade.

O comportamento sexual na relação médico-paciente deve ser criticado pelos colegas, associações médicas e pelo público. Neste sentido, as campanhas educativas são importantes, a fim de aumentar a compreensão desta questão pelo público.

Considerações finais

Ainda que este tema já fosse abordado desde os primórdios da história médica, permanece sendo foco de atenção também nos tempos atuais. Ocorre que, na medida em que a relação médico-paciente torna-se mais horizontal e menos idealizada, as atitudes do médico também passam a ser passíveis de questionamento (CLOTET, 1993).

Fica evidente que devemos pensar não apenas no conhecimento técnico-científico dos médicos, como também nos seus aspectos afetivos e humanos, bem como numa capacidade de estabelecer uma adequada relação médico-paciente. Tal relação não será satisfatória e estará sendo violada sempre que o médico se utilizar de seus pacientes para alcançar a satisfação das suas necessidades pessoais, em detrimento do bem-estar daqueles (DAVID, 1993).

Finalizando voltamos a ressaltar a questão da educação já que a matriz do médico encontra-se na faculdade de medicina. O estudo da Ética, como base da formação do profissional, deve ser ministrado, firmado em critérios epistemológicos contemporâneos, capazes de harmonizar o espírito do homem com as atuais inquietudes sociais. Ocorre que, muitas vezes, a educação universitária se preocupa somente com o ensino das artes médicas, deixando de primar pelo conhecimento ético. Isto determina um grande desvio educacional.

Por fim, pode-se entender que deve haver nas universidades uma extrema atenção às questões da ética. A interação desta educação junto à formação de um médico é primordial, pois de imediato pode evitar um dos fatores que produz uma conduta eticamente incorreta. Desta forma, certamente a frequência dos atos desregrados sexuais seria diminuída, permitindo a evolução natural de um sentimento de humanização e de respeito.

Referências bibliográficas

- APPELBAUM, P.S.; JORGENSON, L.M.; SUTHERLAND, P.K. Sexual relationships between physicians and patients. *Archives of Internal Medicine*, 154(22), 2561-2565, 1994.
- BAYLIS, F. Therapist-Patient Sexual Contact: A Non Consensual, Inherently Harmful Activity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(7), 1993, p. 502-506.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Policy Summary: The patient-physician relationship and the sexual abuse of patients. *Can Med Assoc J.*, 150(11), p.1884A-1884C, 1994
- CERNICCHIARO, L.V. Assédio Sexual. *Revista Jurídica*, 46(255), 1999, p.15-16.

- CLOTET, J. Por que bioética. *Bioética*. 1(1), 1993, p. 15-16.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *Crossing the Boundaries: The Report of the Committee on Physician Sexual Misconduct*. Vancouver: British Columbia, 1992.
- DAVID, J. Doctor-patient relationship put under microscope at CMA leadership conference. *Canadian Medical Association Journal*, 148(10), 1993, p.1787-1791.
- FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986.
- FELDMAN-SUMMERS, S.; JONES, G. Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *J Consult Clin Psychology*, 52(6), 1984, p. 1054-1061.
- GABBARD, G.O. *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989.
- GARFINKEL, P.E.; BAGBY, WARING, E.M.; R.M.; DORLAN, B. Boundary violations and personality traits among psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1997, p. 758-763.
- GARTRELL, N.; HERMAN, J.; OLARTE, S. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, I: prevalence. *Am J Psychiatry*. 143, 1986, p. 1126-1131.
- _____. Reporting practices psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 1987, p. 287-295.
- KARDENER, S.H.; FULLER, M.; MENSCH, I. A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. *Am J Psychiatry*, 130, 1973, p. 1077-1081.
- LAZARUS, J.A. Ethical issues in doctor-patient sexual relationships. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 1995, p. 55-70.
- LIONS, P. *Medicine: an illustrated history*. New York: Abradele-Abrams, 1994.
- REMEN, R.N. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1992.
- SOMER, E.; NACHMANI, I. Constructions of Therapist-Client Sex: A Comparative Analysis of Retrospective Victim Report. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 2005, p. 47-62.
- STRASBURGER, L.H.; JORGENSON, L.; RANGLES, R. Criminalization of psychotherapist-patient sex. *American Journal Psychiatry*, 148, 1991, p. 859-863.
- THE TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. *The Final Report on Sexual Abuse of Patients*. Ontario: College of Physicians and Surgeons, 1991.
- WHITE, G.E.; COVERDALE, J.A.; THOMSON, A.N. Can one be a good doctor and have a sexual relationship with one's patient? *Family Practice*, 11(4), 1994, p. 389-393.

CONFERÊNCIA:
ATUALIZAÇÃO DO HIV/AIDS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DO HIV/AIDS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Regis Kreitchmann*¹

UPDATING HIV/AIDS KNOWLEDGE TO HEALTH CARE WORKERS

Resumo: O crescimento da epidemia de AIDS exige que os profissionais de saúde possuam as informações atualizadas para transmitir aos seus pacientes. O sexo com preservativos, o uso de seringas individuais e a ampliação da cobertura do teste para o HIV, são recomendações fundamentais, enquanto esperamos a produção de uma vacina. O esforço deve ser máximo na prevenção uma vez que a cura não existe. O preconceito precisa ser combatido sempre, pois causa danos irreversíveis a inúmeras pessoas que vivem como vírus. Devemos nos dedicar a diagnosticar precocemente o HIV orientando o uso correto dos antiretrovirais, salvando vidas e gerando esperança.

Palavras-chave: HIV; SIDA; imunodeficiência.

Abstract: It is crucial that all health care workers detain information to face AIDS epidemic. Condon use, syringe exchange programs and voluntary counseling and testing must be implemented while we wait for new drugs and vaccine. Our efforts in HIV prevention should be maximized once we recognize AIDS as a deadly disease. We must fight prejudice against HIV infected individuals because it only increases people suffering. Making early diagnosis and starting antiretroviral treatment are life savings strategies and should be offered to all our patients.

Keywords: HIV; AIDS; immunodeficiency.

¹ Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ginecologista e Obstetra do Centro Municipal de DST/AIDS da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. e-mail: regis.kr@terra.com.br

Qual é a situação atual da epidemia causada pelo HIV?

A epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana tem atingido cada vez mais a população feminina, em especial mulheres jovens em idade reprodutiva. Esta mudança no perfil original da epidemia é responsável pelo envolvimento crescente de crianças através da transmissão do vírus da mãe à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004).

A relação sexual é a forma de aquisição mais freqüente do vírus HIV, muitas vezes através do parceiro fixo. Sabemos, pelo testemunho de muitas mulheres, que ainda há dificuldades na negociação do preservativo com o parceiro, envolvendo questões de poder e de dependência econômica, entre outras.

Outro aspecto que tem sido observado é o crescimento do número de indivíduos infectados pertencentes às classes sociais mais baixas, com menor acesso à informação e aos métodos de prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde estima que no Brasil existam cerca de 600.000 pessoas infectadas pelo HIV e a proporção entre os casos notificados de AIDS é, hoje, de uma mulher para cada dois homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004). A UNAIDS avalia que 40 milhões de indivíduos são portadores do vírus, enquanto a África concentra a maioria deles há crescente envolvimento do leste europeu e Ásia.

Como ocorre o contágio e como ele poder ser evitado?

O vírus está presente na secreção vaginal, no esperma e no sangue podendo ser adquirido pelo sexo anal, vaginal ou oral, ou através do uso da mesma seringa utilizada por alguém que possua o vírus. O vírus se transmite, na relação sexual, tanto do homem para a mulher como dela ao homem.

Há risco maior de ocorrer o contágio pela via sexual se estiverem presentes algumas das seguintes situações: feridas nos genitais ou corrimentos causados por agentes sexualmente transmissíveis (sífilis, herpes, cancro mole, gonorréia, vaginose, tricomonas); parceiro que possua alta carga viral no sangue; ferida no colo uterino; parceiro não circuncidado; sexo praticado durante a menstruação ou sexo anal receptivo.

Diversas estratégias são usadas para a prevenção do contágio sexual, entre elas destacam-se os estímulos à realização do teste para o HIV, a redução do número de parceiros sexuais e o adiamento do início da atividade sexual entre os adolescentes.

A principal recomendação tem sido o uso consistente dos preservativos masculinos ou femininos nas relações sexuais. A prevenção do contágio através do uso antiretrovirais tem sido disponibilizada pelo Ministério da Saúde apenas para vítimas de estupro, apesar de haver pouca experiência acumulada sobre o assunto. Há evidências de que a circuncisão masculina protege o homem da aquisição sexual do HIV, esta estratégia está sendo avaliada em adolescentes na África (JOHNSON, WAY, 2006).

O contágio através da via sangüínea entre mulheres é menos freqüente que a via sexual, mas vale a pena destacar que muitos dos parceiros sexuais destas mulheres foram infectados através do compartilhamento de seringas. É importante que se implementem os programas que forneçam seringas individuais aos usuários de drogas intravenosas e que seja facilitado o acesso ao tratamento da dependência química. Os profissionais da saúde que tenham sofrido acidente pérfuro-cortante ou exposição de mucosas ao sangue ou secreções que contenham o vírus, devem utilizar, o mais breve possível, antiretrovirais para evitar o contágio.

Como é feito o diagnóstico da Infecção pelo HIV?

O diagnóstico do HIV é realizado através do teste de Elisa e confirmado através de outras técnicas como a Imunofluorescência e o Western Blot (exames confirmatórios). Estes exames avaliam a presença de anticorpos formados pelo nosso corpo que só poderão ser detectados após três meses do momento do contágio.

O acompanhamento da mulher portadora do HIV deve ser realizado por médico especializado e apoiado nos exames de sangue que medem o número de células CD4 e da carga viral para o HIV. A contagem de linfócitos CD4 avalia o grau da deficiência imunológica que existe e orienta o momento exato para iniciar o tratamento com os antiretrovirais. A carga viral indica a velocidade de progressão da doença, e qual o risco da pessoa transmitir o vírus para outros indivíduos, sendo também usada para avaliar a resposta ao tratamento com o uso de medicamentos antiretrovirais (SPRINZ, FINKELSTEIN & cols., 1999, p. 40-3).

Como o ginecologista pode ajudar no tratamento?

As mulheres infectadas pelo HIV podem apresentar algumas manifestações da doença nos seus genitais, mas apesar de não serem exclusivas, quando

presentes nos indicam a necessidade de recomendar a realização do teste para o HIV, caso não tenha sido ainda realizado.

Também é importante que o teste seja oferecido junto com os exames realizados na rotina antes do casamento ou de uma gestação, no pré-natal e em outras situações como: mudança de parceiro sexual, não uso ou uso irregular de preservativos, uso atual ou passado de drogas pela mulher ou parceiros, e sempre que estiverem presentes outras doenças sexualmente transmissíveis.

A candidíase vaginal de repetição ocorre com muita frequência entre mulheres portadoras do HIV, aparecendo muito tempo antes de haver qualquer dano perceptível ao sistema imunológico. Geralmente há necessidade de tratamentos repetidos ou prolongados com fungicidas vaginais ou orais para alívio dos sintomas.

O herpes genital é comum nestas mulheres e os episódios tendem a ser mais graves, com apresentações atípicas e persistentes, as crises podem recorrer com mais frequência à medida que progride a imunodeficiência causada pelo HIV (SPRINZ, FINKELSTEIN & cols., 1999, p. 281-2).

A doença inflamatória pélvica (DIP) pode se apresentar com quadros mais graves em mulheres soropositivas ao HIV, havendo, algumas vezes, falhas ao tratamento convencional.

A sífilis pode ter progressão acelerada para a fase terciária (neurosífilis). É muito importante controlarmos a queda dos valores do exame de VDRL após o tratamento, para nos certificarmos da cura. O parceiro sexual deve ser avaliado e tratado na vigência de doenças de transmissão sexual.

Há alta prevalência da infecção pelo vírus do Papiloma Humano (HPV) (SPRINZ, FINKELSTEIN & cols., 1999, p. 100), principalmente à medida que se agrava a imunodeficiência. Alguns tipos virais do HPV estão associados a lesões pré-malignas no trato genital, em especial a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). O exame que usamos para sua detecção é o Papanicolau (citopatológico) e ele deve ser realizado anualmente e com o apoio da colposcopia. Os tratamentos cirúrgicos convencionais (conização) para as lesões de alto grau no colo uterino de mulheres portadoras do HIV apresentam taxas mais altas de recidivas. Alguns autores (HEARD, TASSIE, KAZATCHKINE, ORTH, 2002) observaram a regressão destas lesões durante o uso de antiretrovirais, os quais devem ser utilizados quando houver indicação.

O uso do preservativo deve ser sempre enfatizado como forma de evitar o contágio de outras pessoas e mesmo quando o parceiro também for portador

do HIV, para assim evitar que ocorra a transmissão de cepas virais resistentes aos antiretrovirais que possam dificultar a resposta ao tratamento no futuro.

Como ocorre a transmissão do vírus da mãe ao bebê? Ela pode ser evitada?

A transmissão do HIV da mãe para o filho pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto ou através da amamentação. Na maioria das vezes o contágio ocorre durante o parto através do contato da boca e olhos do recém-nascido com o sangue ou secreções vaginais maternas que contém o vírus.

Alguns fatores podem aumentar chance de contágio do bebê, tais como: a carga viral materna elevada, o tempo prolongado de ruptura da bolsa de águas, a amamentação e o parto pela via vaginal.

Desde 1994 sabemos da existência de medicamentos capazes de reduzir o risco de transmissão do vírus ao bebê (KREITCHMANN, FUCHS, SUFFERT, PREUSSLER, 2004).

O uso da zidovudina (AZT) durante a gravidez, no momento do parto e ao recém-nascido reduz em até 70% a ocorrência deste tipo de transmissão. Mesmo quando o esquema de AZT é iniciado apenas no momento do parto ou ao recém nascido dentro das 72 horas do nascimento ainda há possibilidade de prevenir-se o contágio da criança. (KREITCHMANN et al., 2004).

Esquemas usando antiretrovirais combinados ao AZT parecem ser ainda mais eficazes em evitar este tipo de contágio.

Outro antiretroviral importante é a nevirapina que pode ser usada em dose única oral para a gestante no início do trabalho de parto e ao recém-nascido, sendo capaz de reduzir em 50% a transmissão do vírus ao bebê quando comparado ao esquema curto com AZT.

A Nevirapina quando usada em dose única mantém níveis terapêuticos prolongados na criança e reduz muita a carga viral materna, com vantagem adicional de possuir um custo baixo. Preocupa-nos apenas o risco do desenvolvimento de resistência viral que ocorre frequentemente com uso de uma única dose de Nevirapina e que pode comprometer eficácia de tratamentos futuros com esta medicação.

Todas as gestantes infectadas pelo HIV devem receber avaliação imunológica e prescrição de antiretrovirais combinados, pois assim reduzimos bastante

a carga viral materna e atingimos taxas de transmissão ao bebê tão baixas quanto 1 à 2% (KREITCHMANN et al., 2004).

A toxicidade dos antiretrovirais à criança parece ser bastante aceitável, embora o tempo de observação dos bebês expostos a estes medicamentos ainda seja restrito.

A cesareana eletiva (realizada na ausência de trabalho de parto ou da ruptura da bolsa de águas) tem sido eficaz em evitar a transmissão do vírus ao bebê reduzindo as taxas para menos de 2% entre aquelas que também usaram o AZT.

A cesareana apresenta um risco maior de complicações infecciosas para a mãe e talvez não traga vantagens para aquelas mulheres que possuem cargas virais muito baixas ou indetectáveis, pois nestas o risco de transmissão do vírus ao bebê já é pequeno.

É importante destacar que os estudos evidenciando a efetividade da cesareana eletiva (READ, NEWELL, 2005) foram realizados antes do uso de antiretrovirais combinados, e parece razoável que ela deva ser empregada apenas em casos selecionados (carga viral elevada, falha da terapia antiretroviral ou quando há perspectiva de longo período de ruptura de membranas).

Quando a amamentação é permitida ela torna-se a causa do contágio de mais de 40% dos bebês infectados (COUTSOU DIS, DABIS et al., 2004), sendo que a maioria das crianças amamentadas se contaminam nos primeiros seis meses de vida. O risco de contágio não é admissível quando dispomos de aleitamento artificial.

É possível evitar o contágio quando casais em que apenas uma das pessoas é portadora do HIV desejam ter filhos?

Quando apenas a mulher é portadora do HIV, devemos informar os riscos de transmissão do vírus ao bebê e de que forma este risco pode ser reduzido quando realizamos um bom controle da carga viral no sangue. A deficiência imunológica grave (AIDS) e o uso irregular dos antiretrovirais são indicadores de que o risco para o bebê pode ser grande e devem contra-indicar uma gestação.

É importante que o parceiro HIV negativo não se exponha ao vírus desnecessariamente, e aquelas mulheres portadoras do HIV que desejam engravidar e se encontram com uma boa condição clínica e imunológica devem ser orientadas para o uso da inseminação artificial.

Quando a mulher não possui o HIV e apenas o seu parceiro é portador do vírus, para evitarmos o contágio dela, recomenda-se que ele obtenha um

bom controle viral e o espermatozoide seja submetido à lavagem para remoção do vírus em laboratório especializado e só então seja realizada inseminação artificial da mulher.

Qual a razão de se usar antiretrovirais se a doença é incurável?

O início dos antiretrovirais no momento certo e o seguimento cuidadoso da prescrição médica têm levado a uma enorme melhora da qualidade e de tempo de vida dos indivíduos soropositivos.

A desinformação de muitos profissionais de saúde sobre o crescimento da epidemia entre as mulheres, no reconhecimento dos comportamentos associados com um maior risco de contágio, e das manifestações do HIV no organismo feminino tem contribuído para retardar a realização dos diagnósticos.

Esta desinformação também acontece na população em geral, levando a procura de atendimento médico apenas quando a doença já apresenta manifestações e privando o indivíduo de um tratamento mais precoce.

Existem alguns motivos para que a mulher não siga a prescrição médica, entre eles destacam-se: a prioridade dada ao cuidado dos outros membros da família, a falta de apoio social, de transporte, de quem fique com os filhos durante a consulta, o uso de drogas, entre outros.

O tratamento do HIV exige o envolvimento do paciente no seu tratamento, uma boa relação com o seu médico e uma equipe multidisciplinar. Um acompanhamento com profissionais experientes podem ajudar o paciente a atingir uma vida longa e com qualidade.

Referências bibliográficas

- COUTSODIS, A.; DABIS, F.; FAWZI, W.; GAILLARD, P.; HAVERKMAP, G.; HARRIS, D.R.; JACKSON, J.B.; LEROY, V.; MEDA, N.; MSELLATI, P.; NEWELL, M.L.; NSUATI, R.; READ, J.S.; WIKTOR, S.; Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis.* Jun 15;189 (12):2154-66, 2004.
- HEARD, I.; TASSIE, J.M.; KAZATCHKINE, M.D.; ORTH, G. Highly active antiretroviral therapy enhances regression of cervical intraepithelial neoplasia in HIV-seropositive women. *AIDS.* Sep 6;16(13):1799-802, 2002.

JOHNSON, K.; WAY, A. Risk factors for HIV infection in a national adult population: evidence from the 2003 Kenya Demographic and Health Survey. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Aug 15;42(5):627-36, 2006.

KREITCHMANN, R.; FUCHS, S.C.; SUFFERT, T.; PREUSSLER, G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *BJOG*, 111(6):579-84, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Programa Nacional de DST/AIDS*. Boletim Epidemiológico AIDS e DST Ano I, nº 1, 01ª a 26ª semana de 2004, janeiro a junho de 2004. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B47CC4C73-91C6-4E44-A670-3D92ADF2A59E%7D/BOLETIM2.pdf> Acesso em 1/09/2005.

READ, J.S.; NEWELL, M.K. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 19;(4), 2005.

SPRINZ, E.; FINKELSTEIN, A. & col. *Rotinas em HIV e AIDS*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CONFERÊNCIA:
A EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA E SEUS DIREITOS

A EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA E SEUS DIREITOS

*Maria Berenice Dias*¹

THE EVOLUTION OF THE FAMILY RIGHTS

Resumo: A evolução dos direitos de família segue a trajetória da própria família. A tentativa de manter a estrutura da sociedade pela sacralização do vínculo matrimonial levou ao engessamento do afeto em um casamento indissolúvel. O modelo hierarquizado, conservador e patriarcal foi desastroso e sofreu severo golpe quando as uniões extramatrimoniais passaram a desempenhar significativo papel social, o que ensejou o rompimento de alguns paradigmas. Emerge agora novo conceito de família, que tem como elemento identificador a afetividade. O alargamento do conceito de família para além do casamento acabou permitindo o reconhecimento de outras entidades familiares. Assim, também as uniões de pessoas do mesmo sexo, as chamadas uniões homoafetivas, passo a passo, buscaram inserção no âmbito do Direito das Famílias.

Palavras-chave: Direito de Família; casamento; união estável; homoafetividade.

Abstract: The evolution of the family rights follows the path of the family itself. The attempt to maintain the structure of the society through the sacralization of the marital bond, ended up inhibiting the affection issue in an indissoluble marriage. The hierarchyzed model, conservative and patriarchal was a disaster, and suffered a tremendous blow when the extramarital unions began to perform a significant social role, thus causing the rupture of some paradigms. Now emerges a new concept of family, that has as an identifying element the presence of the affection bond. The widening of the family concept beyond the marriage, ended up allowing the recognition of other family entities. So, the unions of people of the same sex, referred to

¹ Desembargadora do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Vice-Presidente Nacional do Instituto Brasileiro de Direito de Família – IBDFAM. e-mail: mbdias@terra.com.br

as homoffective, are, step by step, looking for its insertion as a family at a legal right level.

Keywords: Family Law; marriage; stable union; homocaring – homoffective.

De há muito tempo o Direito tem se colocado à margem dos problemas afeitos à sexualidade humana. Tabus e preconceitos que existem na sociedade acabem refletindo-se na postura não só do legislador, mas também do juiz.

Foram os profissionais que se lançaram a estudar a sexualidade, que acabaram, de forma corajosa, alertando que se deve cuidar não somente do corpo, mas também da integridade psíquica da pessoa humana. Com isso o compromisso com a saúde, com a vida, passou também assumir o cuidar da alma.

Nessa busca, os médicos, principalmente os psiquiatras, bem como os psicólogos não medem esforços e ultrapassam todos os limites. O fato de diariamente aceitarem desafios torna-os cúmplices de seus pacientes, na luta para vencer um inimigo comum. E isso lhes dá mais sensibilidade para cumprir a obrigação de garantir saúde ao cidadão, que, conforme assegura a Constituição Federal, é um direito fundamental.

Se saúde é o bem-estar físico, psíquico e mental, nada mais é do que o direito à felicidade. Certamente, se os profissionais da área da saúde tivessem o ritmo, tantas vezes moroso, dos profissionais do Direito, a Medicina não teria avançado tão fantásticamente em garantir a longevidade e a qualidade de vida que hoje se desfruta. Não se teria sequer descoberto a penicilina!

A Justiça é retardatária, sempre vem depois do fato e quer impor o cumprimento da lei, simplesmente negando qualquer direito a quem age contrário aos modelos de comportamento aceitos pela sociedade.

Ora, o legislador, com sua postura conservadora, tenta manter aquilo que está posto. Mas a vida não pára quieta! Diante do novo, todos agem como se estivessem com o freio de mão puxado, e isso gera um círculo vicioso.

Ainda que a função do Legislativo seja fazer leis que atendam às necessidades de todos os segmentos sociais, fica excluído da juridicidade tudo o que pode gerar algum índice de rejeição. Quando surge alguma proposta de regulamentar algo que foge aos padrões convencionais, tidos como aceitáveis pela maioria, o legislador prefere omitir-se. Tem medo de desagradar seu eleitorado, pôr em risco sua reeleição. É bem mais confortável não votar, abandonar o Plenário e não se posicionar.

Porém, a omissão decorrente do mero receio de assumir uma posição, acaba adquirindo conotação punitiva. O silêncio do legislador passa a ser chamado pelo juiz de silêncio eloqüente, como se a ausência de lei tivesse algum significado. O medo é confundido com intenção deliberada de negar direitos.

De qualquer forma, a falta de lei não faz nada desaparecer, e as situações, mesmo sem o referendo legal, acabam batendo às portas dos tribunais. O juiz, ao ser convocado a decidir questão referente a fato que não tem previsão normativa, também se omite, por considerar que a negativa do legislador significa vontade de não emprestar juridicidade à hipótese trazida a julgamento. A falta da lei é considerada como manifestação de vontade do Estado de não referendar determinada situação, quando não passa de mera covardia do legislador, que tem medo de votar, de se posicionar e não ser reeleito.

O resultado é perverso, pois implica condenação à invisibilidade, que é a forma mais cruel de exclusão da cidadania.

Em se tratando dos crimes sexuais, cabe primeiro uma alerta: nem esta nomenclatura é utilizada no Código Penal. Talvez porque seja uma lei do ano de 1940, tais delitos são chamados crimes contra os costumes. Isto é, o bem lesado, a afronta não é a liberdade sexual, mas aos costumes, ou seja, à paz social.

Outro absurdo: para desencadear-se a ação penal, é necessária a representação da vítima. Ou seja, o Estado não tem interesse em punir quem pratica tais crimes e só age quando a vítima manifesta interesse em que o réu seja processado. O mais paradoxal é que o estupro é um crime hediondo, segundo a Lei dos Crimes Hediondos, mas o processo só tem início se a vítima fizer a representação contra o ofensor.

Até o ano passado, o casamento da vítima de um crime sexual extinguiu a punibilidade do abusador. Isto é, simplesmente o crime desaparecia e o processo acabava, como se nada tivesse ocorrido! A lei só foi modificada porque um coronel do Nordeste que estava sendo processado pela prática de sete (7) estupros conseguiu que empregados seus casassem com as vítimas, livrando-se, com isso, de todos os processos. Em face desse episódio, que teve ampla repercussão, é que se acabou retirando dita excludente da criminalidade. Com isso deixou o corpo da vítima de ser um meio de livrar das garras da lei o réu que havia praticado um crime hediondo.

Outro exemplo é a questão do aborto. Como matar alguém é crime de homicídio, o aborto é proibido. No entanto, é admitida sua prática em duas hipóteses. Uma delas é quando a gravidez coloca em perigo a vida da

gestante. Neste caso, não constitui crime interromper-se a gravidez. Tal configura o que se chama de estado de necessidade, que sequer reclamaria previsão expressa, pois em defesa da vida sempre é possível sacrificar a vida de outrem. No entanto, como é necessária a participação de uma terceira pessoa para levar a efeito o aborto, talvez seja esta a justificativa para a previsão desta excludente de modo destacado.

A outra possibilidade de interrupção da gravidez admitida pela lei penal é a decorrente de estupro. Claro que o bem tutelado não é a liberdade da mulher de não querer gerar um filho fruto de uma relação sexual indesejada. Basta lembrar que, sendo a vítima menor de 14 anos, mesmo que a relação tenha ocorrido sem violência, se configura o crime. Assim, ainda que eventualmente o ato sexual tenha sido desejado, possível é a interrupção da gravidez, quando houver a manifestação de vontade não da vítima, mas de seus pais.

Vê-se, pois, que se preocupou o legislador muito mais em preservar a imagem da família do que a dignidade da vítima. Isto porque a lei presume ser do marido todo filho nascido dentro de um casamento. É o que se chama de presunção da paternidade: o pai é sempre o marido da mãe. Logo, ocorrendo o estupro de uma mulher casada, por presunção legal, esta criança é reconhecida como filha do marido da vítima. Portanto, é para evitar a inserção na família, de um bastardo como filho legítimo, é que a lei possibilita o aborto.

Mas, ainda assim, mesmo a lei admitindo nessas duas hipóteses a prática do aborto, o SUS não autoriza sua prática. Ou seja, há o direito, mas não há como ser exercido por quem não tem condições de pagar pelo procedimento. Logo, este direito ainda que exista, é um direito que só beneficia quem tem dinheiro de pagar um médico que realize o aborto. As pobres precisam parir o filho fruto do estupro. Apesar de terem direito ao aborto, não tem como realizá-lo, ainda que a saúde seja constitucionalmente assegurada a todos de forma gratuita.

Só agora, de maneira muito tímida, começam a surgir, depois de muitas lutas, de verdadeiras guerras, o reconhecimento de que alguns fatos precisam ser tipificados na lei como crimes, até para efeitos pedagógicos. Não faz cinco (5) anos que o assédio sexual ingressou no Código Penal. Ainda assim, é delito de pequeno potencial ofensivo, o que significa que a condenação pode constituir-se no fornecimento de cestas básicas.

A violência doméstica, certamente o crime que mais vítimas produz, só agora dispõe de um estatuto que a regulamente. Ainda assim, não é determinado de forma impositiva e nem são estabelecidos prazos para adoção de nenhuma

das medidas previstas, nem para a implantação das Varas contra a Violência Doméstica.

Aliás, tudo o que se relaciona a questões que dizem respeito a mulheres, crianças, homossexuais e outros segmentos-alvo da exclusão social, são tratados com total desdém. Até parece ser assunto de somenos importância. Nem é por outro motivo que, nos processos envolvendo crimes sexuais, violência doméstica, assédio sexual e moral, a tendência é culpabilizar a vítima. O número de absolvições é escandaloso, o que gera a consciência da impunidade e assegura a perpetuação de sua prática.

Isso tudo por quê?

Porque o poder sempre esteve na mão dos homens. Eles lidam com o dinheiro, manejam o poder pelo dinheiro. Logo, o que tem valor é o que dispõe de expressão econômica. Poder e dinheiro são assuntos de homem, e esses são os temas que têm importância. Como são eles que estão no exercício do poder, fazem as leis e as aplicam sempre atentos aos seus próprios interesses.

De outro lado, a prática sexual sempre foi uma prerrogativa masculina. O prazer foi reservado ao homem. Ele, desde muito cedo, é incentivado ao livre exercício da sexualidade.

O menino tem que provar que é homem, tanto que era levado pelo pai ou por algum parente a um prostíbulo para “tornar-se homem”. Tem que ser forte, não pode chorar, não pode brincar de boneca e a cozinha não é o seu lugar. O fantasma da homossexualidade sempre incentivou estas posturas.

Vivemos em uma sociedade falocêntrica.

Há mitos que cercam o mundo masculino porque a função reprodutiva depende do macho, do seu falo. A procriação está condicionada ao gozo do homem. Sem o orgasmo masculino não há reprodução.

A ele sempre foi permitida e incentivada a prática sexual, tanto antes como durante o casamento. As mulheres foram educadas para compreender as traições masculinas como se houvesse uma necessidade natural da prática sexual.

Existe uma naturalização dos papéis de gênero. No homem, é reconhecida a existência do instinto sexual; e, na mulher, do instinto maternal. Ela não passa de úteros de pernas, infundável aparelho reprodutor.

O recato é uma virtude exclusivamente feminina.

As meninas sempre tiveram que ser dóceis, puras, castas. No máximo podiam falar de amor, sonhar com a felicidade, com o príncipe encantado. A submissão sempre lhes foi imposta. Além do mais tinham que casar virgens.

Quando o homem sustenta a mulher, então tem o sentido de a ter comprado, tornando-a seu objeto de uso pessoal. Ele é educado para não tolerar a independência sexual feminina. Por isso sempre teve com relação à mulher sentimento de dominação, de propriedade, para ter certeza da filiação. Os filhos dela só podiam ser filhos dele. Daí a exigência da virgindade. Tanto que até hoje, quando o homem se vinga da infidelidade da esposa matando-a, há a alegação da legítima defesa da honra, excludente da criminalidade que não está na lei. Ainda assim, muitos homens são absolvidos.

Com todo o silêncio e o recato imposto às mulheres, elas acabam reféns do silêncio. Não denunciam os abusos de que são vítimas. Aliás, sua verdade nunca é digna de crédito. Sua palavra tem menos valor. Sempre se emprestou menos valia à sua versão, questionando-se sempre sua postura. A tentativa é culpabilizá-la pelo ocorrido.

Como são as mães que criam os filhos, e como sexo é um assunto proibido, elas não assumem a educação sexual da prole, que acabam tornando-se presas fáceis da pedofilia e do incesto.

A esterilidade é um drama, sendo considerada uma falha atribuída sempre à mulher. Na adoção, a busca de uma criança que seja a imagem e semelhança dos adotantes visa a encobrir uma deficiência, uma incompetência em atender a uma exigência social. Daí o sigilo imposto e a dificuldade de revelar ao filho que ele é adotado.

Mas, ainda que haja esta verdadeira guerra dos sexos, as pessoas se atraem e buscam alguém para amar. É o que diz um trecho da música de Vinicius de Moraes: “É impossível ser feliz sozinho!”

Do fato natural do acasalamento, que decorre da busca do sonho de felicidade, apropriaram-se todas as religiões e todos os credos. O afeto acabou engessado no casamento: ou como um sacramento, ou como uma instituição.

Ainda que a origem da união seja o vínculo afetivo, o interesse na sua manutenção é tão-só para assegurar a procriação. A Igreja quer garantir o aumento do número de fiéis. Daí, *crescei e multiplicai-vos até que a morte vos separe*. É tal o interesse que sequer o uso de métodos contraceptivos é admitido.

Nem a popular camisinha, que não interrompe nada, que não elimina vidas, não é aceita, e isso em época de AIDS!

Também o Estado ritualizou o desejo de completude de um par pelos “sagrados” laços do matrimônio. Até o ano de 1988, somente as uniões constituídas pelo casamento eram reconhecidas como família e recebiam especial proteção.

Esta foi a maneira encontrada pelo Poder Público de desonerar-se de sua responsabilidade de garantir a vida em sociedade a todos, desde o nascimento. Delega esta função e coloca-se em confortável terceira posição. É o que diz a Constituição Federal (art. 227): “É dever da família, da sociedade e do Estado...”

Com isso o Estado gera sua própria irresponsabilidade. Esta tentativa de safar-se das obrigações para com os seus cidadãos é que dá origem à solidariedade familiar, ao poder familiar. Nada mais do que mecanismos de impor reciprocamente aos membros da família obrigações e encargos. Aliás, por tudo isso é que o casamento era indissolúvel. Era, não; ainda é.

Mesmo com o advento da Lei do Divórcio, mister se faz a atribuição de culpas ou o adimplemento de prazos para se obter a separação ou o divórcio. Ora, a necessidade de identificar responsabilidades acaba afrontando o direito à intimidade e à privacidade. Ao depois, determinar ao casal que, contra a vontade de ambos, esperem o decurso de prazos para pôr fim ao casamento revela-se como descabida interferência ao direito de liberdade. Também não mais se justifica a permanência do instituto da separação, que rompe o casamento, mas não dissolve o vínculo conjugal. Depois de obtida a separação, ainda é necessário que as pessoas voltem a juízo para a conversão da separação em divórcio.

A família assim tutelada pelo Estado sempre teve um perfil patriarcal, sendo uma relação hierarquizada, patrimonializada, verticalizada e, é claro, heterossexual. O homem era o chefe da sociedade conjugal, o cabeça do casal, o administrador dos bens da família. Tudo isso assegurava a supremacia masculina, o que acabava chancelando a violência doméstica.

Outro efeito perverso da necessidade de manutenção da família era tanto a vedação do reconhecimento dos filhos ilegítimos como a negativa de direitos às uniões extramatrimoniais.

Também a imposição da fidelidade – diga-se, a bem da verdade, imposição feita só às mulheres – é que gera a presunção de paternidade, com a só

finalidade de garantir os aspectos patrimoniais do casamento. Se todos os filhos de uma mulher são filhos do marido, fica assegurada a manutenção da titularidade do patrimônio ao núcleo familiar.

Mas o modelo patriarcal da família vem sofrendo duros golpes.

Primeiro, foi o movimento feminista. As mulheres passaram de objeto de prazer a sujeitas de desejo. Deixaram de ser reféns da gravidez e conquistaram a liberdade sexual. Caiu o mito da virgindade, e elas adquiriram o direito de escolher seus parceiros, de sair do casamento, de constituir uniões sem o selo da oficialidade.

Tal levou a Constituição Federal a emprestar juridicidade ao afeto. Ao ser reconhecida como família a união estável, ou seja, a união entre duas pessoas constituídas pelo laço da afetividade, houve o alargamento conceitual do que é família. Deixou de ser casamento, sexo e reprodução para ser identificada como o fruto de um elo de afetividade.

Igualmente o movimento homossexual levou à quebra do paradigma da união sacralizada com fins procriativos.

Não mais cabe a naturalização da heterossexualidade.

Afinal, o que não é fruto de uma escolha não pode ser considerado um fracasso.

Formas de manifestação da sexualidade, por serem minoritárias e se afastarem do modelo tido por normal, nem por isso podem ser rotuladas como crime, pecado, vício ou afronta à moral e aos bons costumes.

As uniões homossexuais – que prefiro chamar de homoafetivas, expressão mais condizente com a natureza do vínculo que une duas pessoas do mesmo sexo – precisam deixar de ser condenadas ao repúdio social e à invisibilidade jurídica.

Surge perverso círculo vicioso: como *gays*, lésbicas, travestis e transexuais são alvo da discriminação social, o legislador, com medo de comprometer sua reeleição, não aprova leis que atendam a esses segmentos. Assim, nem a lei da parceria civil registrada, nem a que autoriza a alteração do registro civil aos transexuais, que têm identidade sexual diversa da verificada no nascimento pelas características morfológicas externas, conseguem ser aprovadas.

Há, portanto, um vácuo legislativo. Em face da ausência da lei, a Justiça acaba negando direitos, como se a falta de uma norma legal significasse ausência de direitos.

O resultado não pode ser mais desastroso.

Diante da morte de um dos parceiros, o patrimônio amealhado durante a união que perdurou por muitos anos é entregue a parentes distantes que, em regra, discriminavam sua orientação sexual.

Os transexuais, que conseguem adequar sua aparência à sua identidade psíquica, após se submeterem a intermináveis tratamentos hormonais e a várias intervenções cirúrgicas, não conseguem alterar o nome no registro civil e acabam sujeitando-se a toda sorte de desrespeito e desconfiança ao simplesmente emitirem um cheque ou tentarem viajar de avião.

Se vivemos, como todos insistem em dizer, em um país livre, em um Estado Democrático de Direito, no qual o respeito à dignidade humana é o bem maior, está na hora de deixarmos de ser agentes da intolerância. Nesse mundo, ainda que tão segmentado, tão dicotômico, tão maniqueísta, não há mais espaço para manifestações de repúdio aos vínculos afetivos que fogem do parâmetro homem e mulher.

A responsabilidade de emprestar visibilidade, resgatar a cidadania a todas as manifestações que têm o afeto na sua origem é de todos nós. Temos que deixar de ser agentes da intolerância, do preconceito.

Não há outra possibilidade senão uma visão interdisciplinar da natureza humana. É preciso que os profissionais do Direito se engajem no estudo da sexualidade humana com todas as suas nuances, suas dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural. Indispensável o conagraçamento dos saberes para que sejam reconhecidos os direitos de cidadania.

Afinal, a busca da felicidade não tem cor, não tem sexo, não admite preconceito e não tem limites.

TEMA:
PEDOFILIA

LIBERDADE SEXUAL?

*Rúbia Abs da Cruz*¹

SEXUAL FREEDOM?

Resumo: O artigo pretende discorrer sobre a análise realizada em 10 processos judiciais sobre violência sexual em crianças e adolescentes, considerando-se esta violência como reprodutora de padrões de comportamentos que impõem papéis diferenciados a homens e mulheres, inclusive no âmbito da justiça penal. Neste contexto relata-se sobre as decisões judiciais e as influências culturais sexistas dos operadores de direito nestas decisões, que violam os direitos humanos das mulheres, apontando-se caminhos para uma mudança institucionalizada que considere efetivamente a liberdade sexual como um direito das vítimas, utilizando-se o laudo psíquico com um meio de prova capaz de modificar decisões baseadas em estereótipos e preconceitos.

Palavras-chave: Violência sexual; decisões judiciais; direitos humanos das mulheres.

Abstract: This article aims at describing an analysis performed on ten judicial processes regarding cases of sexual violence against children, taking such violence as multiplier of behavioral patterns that impose differentiated roles to men and women, including in the sphere of criminal justice system. Within this context, judgments by courts are analyzed from the view of the impact of sexist cultural stands by law practitioners on such judgments that infringe women's human rights. From this analysis, paths are pointed out to an institutionalized change that in fact takes sexual freedom as a right of the victims, and psychological exam reports are presented as a

¹ Advogada. Especialista em Direitos Humanos das Mulheres e Coordenadora Geral da Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. e-mail: rubia.abs@terra.com.br

means of evidence able to modify judgments based on stereotypes and prejudices.

Keywords: Sexual violence; judgments by courts; women's human rights.

Este artigo tem como objetivo, discorrer sobre a análise realizada em processos de crimes contra a liberdade sexual de crianças e adolescentes e sobre como estes crimes de violência sexual são julgados pelo poder judiciário.

Devido a constatação de que a violência sexual é uma das formas mais comuns de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, e que esta forma de violência reproduz padrões de comportamento que impõem papéis sexuais diferenciados e hierarquizados é que surge a atuação da Themis. Nesta perspectiva a organização não governamental – Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, trabalha com os direitos humanos das mulheres, em especial nos casos de violência, discriminação e direitos sexuais e direitos reprodutivos, buscando repensar conceitos quanto as funções sociais estabelecidas e a violência contra as mulheres, especialmente no que refere-se a ao acesso à justiça.

Nesta atuação, o tema da violência sexual contra as mulheres e da impunidade masculina, se tornou um dos pontos centrais da agenda feminista e foi este o condicionamento histórico que conduziu o movimento a olhar mais de perto para o sistema judicial penal, pois por muito tempo, as agressões do homem sobre a mulher na sociedade foram justificadas e consideradas naturais, inclusive no âmbito do Direito. Talvez por isso a mulher tenha sido desconsiderado por séculos como indivíduo plenamente capaz de exercer seus direitos. Basta lembrarmos das inúmeras absolvições por crimes de homicídios, onde alegava-se a *legítima defesa da honra*, com base nos padrões culturais sexistas, que valorizava mais o 'desonrado', que o direito à vida das mulheres assassinadas.

Na perspectiva da mulher como 'sujeitos de direitos' foi realizada uma análise em processos judiciais onde quase a totalidade das vítimas eram meninas ou adolescentes do sexo feminino, pois com base em pesquisas², verifica-se

² Conforme os dados coletados no Serviço de Atendimento Psicossocial do Departamento Médico Legal de Porto Alegre no ano de 2000, em um total de 277 casos de violência sexual, 221 vítimas têm entre 0 e 20 anos de idade e 253 são do sexo feminino. Na amostra de 1063 exames realizados do Estudo Epidemiológico Sobre Violência Sexual Contra Mulheres: A Experiência do Departamento Médico Legal de Porto Alegre/RS, 60% dos casos corresponderam a faixa

que a violência sexual ocorre em 60% a 80% dos casos na faixa etária dos 0 aos 20 anos e em pessoas do sexo feminino.

Em análise realizada enquanto bolsista do Programa da Fundação Carlos Chagas: Gênero, Reprodução, Ação e Liderança (GRAL), no ano de 2001/2002 foram analisados 10 processos³ sobre violência sexual, sendo que somente um teve condenação em segundo grau e a vítima era do sexo masculino (único menino encontrado na análise). Em sete (7) processos os agressores foram absolvidos e as vítimas eram meninas entre 11 e 14 anos.

Verificou-se que vítima e agressor pertencem normalmente a mesma classe social, pois na maioria das vezes o violador é da família, sendo o próprio pai ou padrasto, parentes próximos e vizinhos.

Os dados coletados nesta análise processual estão em consonância com o estudo realizado de 1997 a 1999 em Porto Alegre no Departamento Médico Legal por BENFICA & SOUZA (1999) pela Faculdade Ritter dos Reis. Os autores analisaram 24 processos criminais de violência sexual e a relação da prova pericial com a condenação ou absolvição, chegando entre outros resultados, aos seguintes:

58% dos processos examinados o réu conhecia a vítima e pertenciam a mesma comunidade.

Constatou-se igualmente que 42,9% das vítimas eram meninas e tinham idade inferior a 10 anos e 35,7% também do sexo feminino, tinham entre 11 e 20 anos. A média de idade das vítimas ficou em torno dos 14 anos de idade.

Destes casos observou-se, ainda, que 60% tinham alguma autoridade sobre a vítima e o crime ocorreu em local público somente em 7,1% dos casos analisados.

(Ibid, 1999, p. 6)

Pode-se dizer que o sujeito ativo do crime sexual apresenta-se como um indivíduo integrado socialmente não demonstrando dificuldades de convívio em seu

etária entre 11 e 20 anos de idade, (BENFICA, VAZ, FRÓES, 2000, p. 101-116). Já na Atualização do Levantamento de Dados do Setor de Sexologia Forense do Instituto Médico Legal de São Paulo, realizado em 1995, sobre a Violência sexual contra a mulher, das 2.403 queixas de abusos sexual 69,77% (1665) ocorreram em mulheres com idade inferior a 18 anos (NETO, MATTAR & COLÁS, 1995). Em estudo desenvolvido na Austrália a amostra detectou que das 144 mulheres que referiram ter sofrido abuso sexual, 71% ocorreu em idade anterior aos doze (12) anos e 98% dos abusadores eram conhecidos da criança, sendo 41% parentes (FLEMING, 1997, p. 59-60).

³ Cinco processos tramitaram no Foro Regional da Restinga; 1 no Foro Regional do Partenon; 1 no Foro Regional da Tristeza, 2 no Foro Central de Porto Alegre (sendo um criminal e outro da Vara da Infância e Juventude) e 1 do Foro de Viamão, na Grande Porto Alegre.

meio social. O violador não é um desconhecido que “surge no meio da noite e leva a vítima para um matinho”; embora e infelizmente isso também ocorra, a violência sexual acontece na maioria das vezes no contexto das relações de ‘confiança’ das vítimas e familiares.

Entretanto, os conceitos preconcebidos dos estereótipos de ‘estuprador’ interferem para que os fatos sejam apurados e seja feita Justiça. Os valores inerentes aos nossos costumes são repassados na atuação dos profissionais do Direito e o acusado será processado e julgado juntamente com a vítima, o primeiro pelo delito e a segunda pelo seu comportamento. Surge também a hipótese de que os operadores do direito (na segurança e na justiça) acreditam que a análise comportamental da vítima faz parte de uma investigação e decisão justa.

Nas decisões de segundo grau analisadas, ocorreu uma condenação e três absolvições, não mais valorizando-se a palavra da vítima, ao contrário do que havia ocorrido nas decisões de primeiro grau condenatórias. Neste sentido transcreve-se a ementa abaixo:

EMENTA

ESTUPROS. PALAVRA DA VÍTIMA. PRECARIEDADE DA PROVA.

A palavra da vítima é de grande importância em delitos desta natureza, mas não é absoluta. Importa que seja segura, firme, convincente. Quando, a levar-lhe descrédito, se opõem outros elementos probatórios, fragiliza-se aquela, mormente quando providências só são tomadas muito tempo depois. Dissenso que não restou bem evidenciado inviabiliza juízo condenatório. Apelo provido para absolver-se o acusado, por insuficiência probatória. (7ª Câmara Criminal TJRS, 2002 – Acórdão 70003140910 – Relator Desembargador Relator Carvalho Leite).

Uma consideração importante que merece ser feita refere-se a presunção de violência⁴ em relação as vítimas menores de 14 anos ou com problemas mentais, onde entende-se que, pelo elemento etário, ou pela debilidade mental, estariam protegidas legalmente, do ato sexual mesmo que consentido

⁴ Presunção de violência encontra-se no número 70 da Exposição de Motivos da Parte Especial do Código Penal e define que “na identificação dos crimes contra a liberdade sexual é presumida a violência (art.224) quando a vítima: a) não é maior de 14 anos; b) é alienada ou débil mental, conhecendo o agente esta circunstância; ou c) acha-se em estado de inconsciência (provocado, ou não, pelo agente), ou, por doença ou outra causa, esteja impossibilitada de oferecer resistência. É uma ficção jurídica que compreende que sendo a vítima menor de 14 anos, não possui capacidade de consentir, não devendo portanto, seu consentimento ser considerado válido.

por elas. O consentimento da vítima nestas circunstâncias não seria considerando válido, constituindo-se em crime a relação sexual. Esta presunção de violência absoluta não é uma ficção jurídica de entendimento unânime, pois inúmeras jurisprudências e doutrinas interpretam a presunção como relativa, avaliando-se cada caso, ou cada vítima, individualmente, atribuindo, ou não, valor ao seu consentimento, conforme ocorreu nos casos analisados.

Segue ementa judicial de um processo como exemplificação de jurisprudência:

EMENTA

Predomina na doutrina e na jurisprudência, o entendimento de que tal presunção é apenas relativa e não absoluta e pode ceder à prova de que a vítima não se mostre *inocente*, ingênua, totalmente desinformada à respeito de sexo, ou quando é desonesta ou corrompida. (1ª Câmara Criminal TJRS, 1998 – Acórdão 698063872 – Relator Desembargador Nilo Wolff).

Neste caso a menina tinha 12 anos à época dos fatos, sendo sobrinha do acusado, um policial militar que mantinha relação sexual com a menina com a arma na cabeceira da cama. Ela não foi considerada ‘inocente’ porque na época do depoimento judicial, aos 14 anos de idade, mantinha relação sexual com o namorado. Portanto considerada desonesta e corrompida.

Quem corrompeu? Quem protegeu?

Teria sido importante que tal decisão verificasse que a violência sexual é uma prática que tem como substrato uma relação hierárquica de poder do homem sobre a mulher. Questão histórica e culturalmente presente nas relações de poder. A violência sexual está ligada a uma estrutura social desigual, que coloca a mulher em um determinado papel social de inferioridade, inclusive no sistema judicial. Portanto, conseguir garantir à mulher o lugar de “sujeito de direitos” não se constitui em tarefa fácil. Mesmo se for uma menina como nos casos dos processos judiciais analisados.

Pondera-se que existe um olhar mais sensível dos operadores do direito e da sociedade quando a violência sexual ocorre em crianças, mas até neste contexto questiona-se *quem são as crianças* protegidas pelo sistema judicial, pois como já descrito acima, no estudo realizado no GRAL (2001/2002), 7 meninas ou adolescentes entre 11 e 14 anos que alegavam ter sido violentadas sexualmente, tiveram seus agressores absolvidos.

E ainda voltando para a ementa do Acórdão acima, parece que o contexto de proteção do Estado em relação à violência sexual é restrita e possui critérios. Uma menina de rua violentada sexualmente teria seus direitos reconhecidos? Talvez nem a própria vítima nesta situação de exclusão social se reconhecesse com direitos a serem postulados, já que na prática, é desprotegida no público e no privado. Seria possível comprovar a inocência ou ingenuidade de uma menina que talvez se prostitua para sobreviver aos 11 ou 12 anos? O Estado protegeria uma menina corrompida? Talvez se ela estivesse muito machucada fosse considerada violada, pois ainda, entre os critérios de reprovação e conseqüente condenação está a 'violência de sangue'.

Além disso, ainda como critério, espera-se que a vítima tente defender-se, debatendo-se, esforçando-se para fugir do agressor, mesmo que seja violentada fisicamente com este comportamento. Ela deve comportar-se enquanto vítima de um crime sexual, exatamente ao oposto do indicado em outros crimes onde *as vítimas não devem reagir para preservar sua integridade física e a vida*. Nos crimes sexuais espera-se uma reação e caso não ocorra, a lógica preponderante é de que a vítima acabou consentindo, não considerando-se outros fatores como o medo e o temor reverencial, que fazem com que a reação seja justamente a paralisação.

Entende-se importante mencionar alguns pontos comuns que permeiam os julgamentos nos crimes sexuais, demonstrando assim, o quanto é importante uma nova abordagem dos meios de prova existentes no âmbito penal.

O *primeiro ponto* refere-se à expectativa de reação das vítimas nos crimes sexuais, de que sempre deveria ser um negativa enérgica, desconsiderando-se o temor pelo agressor, o medo da violência sofrida no ato sexual forçado e a própria questão cultural que subjuga as mulheres.

O *segundo ponto* está na importância dada ao exame pericial nos crimes sexuais, apesar das inúmeras limitações do exame para comprovação da violência sexual. Nos dez processos analisados no estudo GRAL (2001-2002), somente dois comprovaram a presença de violência, nenhum detectou presença de espermatozoides ou vestígio de conjunção carnal recente.

O *terceiro ponto*, e talvez o principal, vige justamente na dúvida sempre instalada em relação à vítima, atribuindo-se valor a sua palavra com base no seu comportamento. No mesmo estudo, em um processo onde ficou comprovada a violência por instrumento contundente, ocorreu a absolvição, mesmo a vítima tendo 11 anos de idade, baseando-se a decisão no comportamento

apresentado pela menina. A vítima foi julgada no processo, assim como o réu, e a presunção de violência foi desconsiderada.

O quarto e último ponto são as influências culturais e as relações de poder que permeiam as decisões. Parece haver uma certa permissão, para que os violadores ou agressores sexuais não sejam culpabilizados, devido ao entendimento de que seu comportamento não seria condenável, visto que a vítima de algum modo contribui para a relação sexual.

Entende-se como uma forma de minimizar a perpetuação da violência contra as mulheres no âmbito da justiça, que a instrução dos processos de crimes sexuais contemple o exame psíquico da vítima, por ser este um meio de prova importante e cientificamente⁵ comprovado que as vítimas apresentam seqüelas emocionais passíveis de serem verificadas por um profissional qualificado. Este exame possibilita uma melhor análise do processo pelos operadores do direito, dificultando decisões judiciais baseadas somente em estereótipos e padrões morais e culturais, reproduzidos através do descrédito na palavra da vítima. Ainda tomando como base o estudo feito no GRAL (2001-2002) havia somente um processo com laudo pericial judicial que diagnosticou o transtorno de estresse pós-traumático decorrente da violência sexual sofrida e a sentença foi condenatória fundamentada no laudo. Em outros dois processos os laudos foram elaborados por psiquiatras (não peritos) e foram considerados positivamente como meio de prova. Pondera-se igualmente, o possível risco na utilização destes laudos em indiretamente silenciar a vítima e dar valor a palavra de um especialista, assim como ocorre nos exames de corpo de delito. Entretanto, e apesar deste risco, entende-se que este meio de prova é interessante e necessário para tentar modificar-se o tratamento dispensado às vítimas de crimes sexuais.

Entende-se como uma estratégia de enfrentarmos efetivamente a violência sexual seja o reconhecimento e aplicação no direito interno, dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos que foram ratificados pelo estado brasileiro e que deveriam ser considerados nas decisões judiciais. E ainda, a difusão e institucionalização dos direitos humanos, em especial no que refere-se aos direitos humanos das mulheres, com capacitações específicas dos operadores do direito sobre problemas sociais históricos de violação aos direitos humanos das mulheres e sua vinculação com o Direito

⁵ ROVINSKI, S. L. R. *Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência Sexual* – Rio de Janeiro – Editora Lumen, 2004 ROVINSKI, S. *Realidade Mensurável. Cadernos Themis Gênero e Direito – Crimes Sexuais* – Volume I. Porto Alegre: Editora Sulina, 2000.

e Convenções Internacionais⁶, em especial com a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW, ratificada plenamente pelo governo brasileiro em 1994 e a Convenção para Prevenir Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres – Convenção Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 1995, ambas com força de lei interna conforme o disposto no parágrafo 2º do artigo 5º da Constituição Federal.

Evidentemente, esta capacitação deveria visar uma maior percepção dos operadores do direito e demais profissionais envolvidos na temática, apontando-se caminhos para uma mudança institucionalizada que considere efetivamente a liberdade sexual como um direito das vítimas, com base na igualdade, nos direitos fundamentais, na dignidade humana e na busca de provas eficientes que levem à Justiça e que não fiquem adstritas a modelos ultrapassados e sexistas, que ao longo dos séculos em nada progrediram para proteção das vítimas de crimes sexuais.

Referências bibliográficas

BENFICA, F.S.; FRÓES, K.; VAZ, M. Violência sexual contra mulheres: levantamento epidemiológico na área metropolitana de Porto Alegre – Brasil. *Revista de Estudos Jurídicos*, v. 33, nº 88, p. 101-116, 2000.

BENFICA, F.S.; SOUZA, J. R.; *A Importância da Perícia na Determinação da Materialidade dos Crimes Sexuais*. Pesquisa – 1997 a 1999. Boletim Interno Faculdade Ritter dos Reis.

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa e Ação. *Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos – Os Direitos das Mulheres são Direitos Humanos* – Rio de Janeiro: Editora CEPIA, 2001.

DOBKE, V. *Abuso Sexual: Uma Abordagem Interdisciplinar*. Porto Alegre: Ricardo Lens Editor, 2001.

ELUF, L.N. *Crimes contra os costumes e assédio sexual: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

FLEMING, J.M. Prevalence of childhood sexual abuse in community sample of Australian women. *Med J Australian* 20; 166: 59-60, 1997. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27\(5\)artigos/art257.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27(5)artigos/art257.htm). Acesso em: 16/06/2002.

GOMES, L. F. Presunção de Violência nos Crimes Sexuais – *Série as Ciências Criminais no Século XXI*. Volume 4. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

⁶ CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa e Ação. *Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos – Os Direitos das Mulheres são Direitos Humanos* – 2001, Rio de Janeiro: Editora CEPIA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica*. Brasília, 2005.

MITIDIEIRO, A.C. – *Dados coletados no Serviço de Atendimento Psicossocial do Departamento Médico Legal de Porto Alegre no ano de 2000*. Boletim interno DML.

NETO, J. A.; MATTAR, R. & COLÁS, O. R. *Violência Sexual Contra a Mulher – Atualização, Levantamento de Dados do Setor de Sexologia Forense do Instituto Médico Legal de São Paulo, 1995*. Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/protocolos/atualizacao/atualizacao22.html>. Acesso em 16/06/2002.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L.; PADJIARJIAN, V. *Estupro: Crime ou Cortesia? Abordagem Sócio Jurídica de Gênero*. São Paulo: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998.

ROVINSKI, S. L. R. Realidade Mensurável. *Cadernos Themis Gênero e Direito – Crimes Sexuais – Volume I*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2000.

_____. *Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência Sexual* Rio de Janeiro: Editora Lumen, 2004.

VARGAS, J. D. *Crimes sexuais e sistema de justiça*. São Paulo: IBCCrim, 2000.

VIGARELLO, G. *A História do Estupro: violência sexual nos séculos XVI – XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: A TRAJETÓRIA DA DENÚNCIA DESDE A “REVELAÇÃO NÃO ACEITA” À “REVELAÇÃO ACEITA”

Edilene J. de Almeida¹

CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL ABUSE: THE TRAJECTORY OF THE DENUNCIATION SINCE THE “NOT ACCEPTED REVELATION” TO THE “ACCEPTED REVELATION”

Resumo: Este trabalho dialoga com as expressões comumente utilizadas na teoria e mesmo na clínica relativas ao abuso sexual: síndrome do segredo e revelação do segredo. Entendemos, a partir da nossa experiência clínica de atendimento a adolescentes vítimas de abuso, que os termos “revelação não aceita” e “revelação aceita” são mais adequados para o entendimento, identificação, acolhimento e tratamento das situações de abuso sexual, considerando o espaço familiar e o espaço público das pessoas que convivem com a criança ou adolescente em situação de violência e com ele atuam nas instâncias de assistência, proteção e garantia de direitos. “Revelação não aceita” se configura como as expressões não verbais, como as manifestadas pelo corpo e pela emoção, e mesmo aquelas verbalmente expressas, mas desqualificadas pelo adulto. “Revelação aceita”, por sua vez, se configura como o momento em que a revelação é aceita como efetivamente ocorrida no espaço intrafamiliar.

Palavras-chave: Abuso sexual; “revelação não aceita”; “revelação aceita”.

Abstract: This work dialogues with the expressions used in the same theory and in the clinic relative to the sexual abuse: syndrome of the secret and revelation of the secret. We understand, from our clinical experience of attendance the adolescent victims of abuse, that the terms “not accepted revelation” and “accepted revelation” more are adjusted for the agreement, identification, shelter and treatment of the situations of sexual abuse,

¹ Psicóloga Clínica; Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde/FIOCRUZ-GHC; Formação em Psicopedagogia Clínica; Coordenadora e psicoterapeuta no Ambulatório Pró-Jovem/SMS. e-mail: edilenej@pop.com.br

considering the familiar space and the public space of the people that the child or adolescent in violence situation coexists and it acts in the instances of assistance, protection and guarantee of rights. “Not accepted revelation” if configures as the not verbal expressions, as revealed for the body and the emotion, and same the those verbally express but disqualified by the adult. “accepted revelation”, in turn, if configures as the moment where the revelation is accepted as effectively occurred in the intrafamiliar space.

Keywords: Sexual abuse; “not accepted revelation”; “accepted revelation”.

A violência sexual, e em especial neste artigo, o abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar, constituiu-se em um problema social grave, com repercussões nocivas à saúde das vítimas.

No Brasil elabora-se, inclusive, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, repercutindo na criação de vários programas e estratégias, dentre eles o Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (0800-990500), o Programa de Ações Integradas Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Território Brasileiro (PAIR) e o Serviço Sentinela. O tema também se insere oficialmente na área da saúde através da publicação da Política Nacional de Redução das Morbimortalidades decorrentes de Acidentes e Violência, aprovada na forma de Anexo da Portaria nº 737 MS/GM/2001, que preconiza servir de instrumento de orientação para a atuação do setor saúde nesse contexto, apontando o seguinte:

“Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros (Brasil, 2001, p. 3)”.

Também uma produção e divulgação teórica expressiva vem sendo produzida, abordando diversos aspectos que envolvem o fenômeno violento do abuso sexual, lançando diversos olhares sobre a complexidade que o problema suscita.

Entretanto, temas como a *síndrome do segredo* e a *revelação do abuso* (VIAGARELLO, 1998; FORWARD, 1989; CUKIER, 1998, apud BRAUN, 2002, p.41) seguem ganhando relevância na explicação deste fenômeno

violento, o que a nosso ver repercute em omissão e tolerância em relação ao problema e num entrave para o enfrentamento e interrupção do abuso e consequente apoio às vítimas, o que faz recair novamente o problema na menina violada, ou seja, os adultos se escondem atrás deste suposto segredo utilizando-o como hálibi e justificativa em relação ao imobilismo frente ao abuso.

Benetti (2002) em seu artigo “Considerações sobre a avaliação de crianças vítimas de violência” ressalta uma contradição, referindo que ao mesmo tempo em que o tema violência é pauta constante no debate público, as situações de maus-tratos ainda permanecem obscuras. Assim, remete ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto à necessidade de esforços para a promoção de estratégias de identificação precoce dos grupos vulneráveis e dos fatores de risco associados, além da intervenção direta nos casos identificados.

A motivação para este tema parte então do entendimento quanto à necessidade de enfrentamento direto e coletivo deste problema de violação do desenvolvimento e da dignidade humana infanto-juvenil, que a partir de nossa experiência clínica no Ambulatório Pró-Jovem/SUS², tem se configurado como pungente e expressivo, constituindo-se como uma das prioridades de nossa assistência em saúde numa perspectiva de clínica ampliada, onde se inclui, além do atendimento terapêutico/ clínico propriamente dito, a articulação inter-setorial com a rede de proteção e defesa de direitos, visando o fim da violência e a responsabilização do abusador, a participação em espaços públicos visando à prevenção, difusão, construção da rede de enfrentamento à violência.

Desta forma, busca-se no presente artigo, ‘desnaturalizar’ a *síndrome do segredo* como algo adotado pela criança/adolescente e ‘desnaturalizar’ também o uso corrente e quase que exclusivo da *revelação do segredo* como sendo o momento quando se torna pública e notória a existência do abuso sexual. Para tanto, instituímos os termos “*revelação não aceita*” e “*revelação aceita*”.

Cabe inicialmente partilharmos o conceito de abuso sexual, e para tanto utilizaremos o proposto pelo Ministério da Saúde, uma vez que o tema e o enfrentamento da violência sexual estão inseridos também no campo da saúde pública e coletiva, devido aos agravos à saúde e aos altos índices de ocorrência de tal violência entre crianças e adolescentes. Assim, abuso sexual:

² O Ambulatório Pró-Jovem é um serviço de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, localizado junto ao Centro de Saúde Santa Marta, com gestão plena do SUS – Sistema Único de Saúde/ Lei nº 8.080/1990. Localizado em Porto Alegre. Atende adolescentes com morbidades decorrentes de violência doméstica e urbana.

“...consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sobre a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia. (Série A.N.167. Ministério da Saúde, 2002, p.13)”.

As vítimas de abuso sexual são muitas crianças e adolescentes de ambos os sexos e de diferentes classes sociais, mas na maioria dos casos as meninas são as principais vítimas, evidenciando tratar-se principalmente de uma violência de gênero, que na maioria das vezes é intrafamiliar. Alguns dados podem nos indicar isso:

“No abuso sexual, as meninas são 76% das vítimas e 37% delas têm menos de 11 anos (...) [e em] 71% dos casos de abuso sexual intra-familiar, o pai (44%), padrasto (17%) e tio (10%) são os abusadores (Coletivo Feminino Plural, 2005, p. 8-11)”.

“Pesquisas recentes da Polícia Civil indicam que 1.689 crianças e adolescentes, no Estado do Rio Grande do Sul, foram vítimas de violência sexual (...) em 2000. Em 2001, registraram-se 1.810 denúncias de violência sexual (...) (Braun, 2002, p.16)”.

Assim, tendo em vista nossa experiência clínica, no acompanhamento psicoterapêutico, principalmente de adolescentes meninas no Ambulatório Pró-Jovem/SMS, passaremos a nos referir principalmente a este grupo feminino.

Como salientado anteriormente, na maioria dos casos os abusadores/pedófilos são conhecidos da criança/adolescente, tendo uma relação muito próxima de cuidado, proteção, responsabilidade, para com ela e/ou sua família, o que impõe inicialmente uma confusão para a menina quanto ao que está ocorrendo. À medida que se dá conta de ter sido submetida a uma relação proibida, a algo que não devia acontecer, já ocorreu a primeira interação sexual abusiva.

Coloca-se assim, numa posição subjetiva de suposta conivência, eis que também lhe é imposto imediatamente que mantenha o evento em sigilo, mediante

a imposição de medos e dúvidas quanto ao abusador, ao significado do evento, à possibilidade de repetição da experiência, a sua atitude.

Ficam assim carregadas de espanto, de vergonha, de culpa, de dúvidas, de sentimentos de desproteção pelos adultos parentais, e tal sofrimento, potencializado pelas ameaças veladas ou explícitas do abusador, faz advir o silêncio verbal, inclusive devido à própria dificuldade e impossibilidade em nomear a experiência a que foi submetida. A voz é então selada, ou melhor, lacrada, pela postura adotada pelo abusador e pelo papel que ele já desempenha na família (o que manda, o que bate, aquele em quem a mãe acredita, confia, aquele para o qual delega a autoridade, o que sustenta, o que dá afeto...) ou o papel que passou a desempenhar nas interações abusivas. Esse novo papel pode se configurar através das intimidações, violência psicológica, ameaças de agressão e de morte – contra a vítima ou contra alguém que esta ama, indução psicológica de que a vítima é culpada, deixou acontecer, de que principalmente a mãe e demais familiares não vão acreditar se contar; tentativas de naturalização do abuso, como fazendo parte na relação pai/filha ou sendo usado como forma de barganha para não perder o amor do pai/padrasto e não ser substituída por outra criança que aceite os “carinhos”, ou para a família não ser dissolvida, etc.

Esta é então a estratégia usada pelo abusador na tentativa de estabelecer segredo em relação ao abuso e continuar a violência. Soma-se a esta estratégia incestuosa/pedófila, a própria dinâmica e funcionamento intrafamiliar já usuais, assumindo a mãe um papel muito importante, que propiciará que o abuso sexual seja interrompido mais rapidamente ou não.

Neste sentido, Braun (2002, p. 41), para salientar o aspecto do segredo no incesto, faz vários recortes teóricos utilizando diversos autores. Refere que para VIAGARELLO (1998), “o silêncio se impõe através de um segredo difuso e maciço, mantido pelas vítimas e pelos agressores, devido à impotência da vítima”; para FORWARD (1989), “a vítima do incesto sente medo de ser surrada, de ser expulsa de casa, ou de acharem que está mentindo, não contando o fato a ninguém”, e para CUKIER (1998) a “submissão forçada gera, por sua vez, sentimentos de vergonha, humilhação e inferioridade, mantendo-se, assim, o segredo”.

Entretanto, nestas abordagens, a tônica do segredo recai sobre a vítima, atribuindo-lhe a adoção do segredo e o conseqüente silêncio. Partem então do pressuposto que a revelação é o contar falando, como forma válida. Desconsideram-se as manifestações de sinais e sintomas típicos expressos

pela criança/adolescente vítima de abuso sexual; estas não ganham a devida importância e credibilidade, pois na sua maioria não são explicitadas verbalmente. Em contraponto, ressalta-se a diferença do que é proposto aqui, ao evidenciar que as meninas apesar da perplexidade frente ao abuso, contam com o corpo, com as emoções, com mensagens cifradas, muito embora não sejam enxergadas e ouvidas.

Esta abordagem é corroborada por Faleiros (2003), que evidencia a relação de força na violência familiar cometida por familiares ou conhecidos, que se impõe através de silêncios, segredos, cumplicidades e sedução; entretanto e felizmente, refere esses pactos de silêncio que encobrem situações de abuso sexual, como algo mantido por familiares, amigos, vizinhos, profissionais, onde a desqualificação das revelações verbais e não verbais das vítimas estaria a serviço de fidelidades, interesses diversos, medos, sigilos profissionais e de Justiça. Atribui assim, ao nosso ver e ao que buscamos apontar, a manutenção do segredo não à vítima e sim ao abusador e aos familiares e outros. Estes, assim pactuados, não podem e não querem aceitar a revelações do abuso sexual.

Propomos que as crianças e adolescentes, impedidas subjetiva e objetivamente de falar com a voz passam a falar com o corpo e com as emoções, através de novos comportamentos como transtornos de sono (terror noturno, sono agitado, insônia, sonolência excessiva), isolamento social, estados depressivos e ansiosos, baixo rendimento escolar, manifestações de desejo de morte, tentativas de suicídio e automutilação, aversão ao contato físico ou exposição, erotização aquém de sua fase de desenvolvimento ou infantilização, conduta agressiva ou submissa, enurese, condutas anti-sociais, dentre outros.

A esta forma de contar o abuso, que contrapõe à idéia de que a menina manteve em segredo, ocultou, estabeleceu um pacto de silêncio, chamarei de *“revelação não aceita”*.

Amaro (2003) retrata tal momento quando escreve que a criança *sabe* que a sociedade de forma geral (intra e extrafamiliar) não está pronta para a confissão direta do abuso, do corpo violado, que remete à deterioração dos valores, à decomposição da família, à improvidência das políticas sociais. E reforça que por isso e apesar disso,

“...a criança violentada precisa falar, denunciar a agressão que sofre, de modo a eliminá-la. Do lugar inferiorizado, subordinado que lhe atribuíram, elege numa mórbida estratégia: o próprio *corpo violado* como instrumento e linguagem de revelação e protesto (Amaro, 2003, p. 101).

É recorrente esta linguagem do corpo e das emoções não acolhida ou não traduzida pela mãe e outras pessoas (irmãos, educadores, familiares, amigos, profissionais de saúde), como uma forma de contar o abuso sexual que vem sofrendo. Observa-se, também, na prática clínica, este mecanismo de pactuação, sob a forma de negação, posto em prática por parte de várias mães, para evitar o contato com aquela realidade abusiva e/ou incestuosa que incessantemente a criança conta-reconta e do qual também o próprio abusador deixa pistas.

Uma mãe em acompanhamento, por estar culpabilizando e rejeitando sua filha, diz sentir-se 'traída' por esta não ter lhe contado em primeira mão e recusar-se a detalhar mais o abuso (contou para uma amiga, esta contou para sua própria mãe, que contou a ela); em outras circunstâncias também traz este sentimento de traição frente a situações cotidianas de seu convívio com a filha, culpabilizando a menina por coisas que supõe que ela tenha feito intencionalmente e escondido; convidada então a lembrar-se como a filha reagia à época do período de abuso, esta começa a lembrar cenas e situações onde a filha "contava" a violência sexual a que estava exposta e sobre a qual certamente buscava o entendimento materno: na escola chamaram porque a filha estava muito diferente em relação ao começo do ano e mesmo do ano anterior: dispersa na aula, choros imotivados e isolamento no recreio; como o fim das aulas e o início das férias, a mãe não procurou o médico indicado pela escola, porque também estava sem tempo, por estar trabalhando durante o dia e a noite, para melhorar seus rendimentos, pois o companheiro estava desempregado. A mãe lembra também que, neste mesmo ano (quando começou o abuso), autorizou a filha a ir de ônibus sozinha para a escola, apesar da pouca idade, porque ela não queria mais ir com o padrasto, enfatizando isso para a mãe; lembra também de uma noite que voltou mais cedo do trabalho e ao chegar em casa tocou a campainha várias vezes, pois havia esquecido sua chave e já estava nervosa quando o companheiro abriu a porta: ao entrar estranhou a cena que viu e um pressentimento ruim passou-lhe pela cabeça (mas tratou de evitá-lo) e ao ver sua filha sentada à beira da cama do casal, repreendeu-o, pois não era hora da filha estar acordada, e mandou-a para sua cama.

É fundamental então, em todos os casos e em diferentes situações (em casa, na escola, no serviço de saúde, na comunidade, na delegacia, na audiência) entender este processo subjetivo e também objetivo de revelação do abuso sofrido, desconstruindo esta idéia de que a menina escondeu, foi conivente, e sim buscar evidenciar todas as formas e estratégias de que se utilizou, enquanto ser em desenvolvimento, para contar o que o adulto não quis e/ou não pode ouvir e acolher para a proteger, fazendo cessar o abuso.

Em todos estes casos de “revelação não aceita” é favorecida a perpetuação do abuso (inclusive com mais violência física e psicológica) e a consolidação do fenômeno do medo, pois a menina vê confirmado o mandato do abusador de que não vão acreditar nela; assim este sujeito em desenvolvimento passa a construir novas estratégias para suportar a violência e a necessidade de permanecer em sua casa, dado o seu momento de desenvolvimento heterônomo, dependente.

A título de exemplo, durante uma entrevista, uma mãe diz não ter acreditado quando a filha lhe revelou sobre o abuso, pois achou ser fantasia de criança induzida pela tevê; assim, aplicou-lhe um castigo de ficar um mês sem televisão. Outro exemplo é de uma menina que diz durante a sessão que contou verbalmente o abuso para os irmãos e irmãs maiores e estes ponderaram que nada falasse, pois a mãe amava muito o marido e sofreria muito, e que eles iriam falar para o pai parar. Mas infelizmente não falaram e o abuso continuou.

Muito embora tais relatos tenham ocorrido dentro de um enquadre terapêutico (visando a elaboração de conflitos e morbidades decorrentes), onde cenas de uma vida cotidiana aos poucos vão encaixando-se como peças de um mesmo quebra-cabeça, reconstruindo a trajetória de revelações do abuso sexual, da sexualidade violada, da violência de gênero, sabe-se que suas manifestações e evidências ocorreram no dia a dia das relações familiares e sociais. Entretanto, por estarem a serviço de pactos de silêncio “vêm servindo para ocultar a frequência e a extensão do fenômeno da violência sexual, bem como dificultando o estudo, o conhecimento e o enfrentamento dessa problemática” (Faleiros, 2003, p. 19).

Por outro lado e em contraponto, com a designação *revelação do segredo*, proponho o termo “*revelação aceita*”, pelo entendimento de que não há segredo por parte da criança e de que houve revelações não aceitas anteriormente. Assim, a “revelação aceita” caracteriza a revelação que é assumida como factível e tornada notória, mesmo que ainda no âmbito privado, no sentido exposto por Faleiros (Ibid, p. 23), onde “a vítima ou outra pessoa que suspeita ou sabe da ocorrência do abuso conta o que ocorre a alguém que lhe parece ser capaz de fazer algo em relação à situação revelada e de quem espera ajuda e ações”, ou mesmo no âmbito público, quando “se concretiza na denúncia e no registro da mesma numa instituição governamental ou não governamental que, ao tomar conhecimento da situação, deve encarregar-se da mesma, registrá-la oficialmente e incluí-la no circuito de Defesa de Direitos, de Atendimento e de Responsabilização” (Ibid, p.23).

Salienta-se que não é exclusivamente com a “revelação aceita” que a violência do abuso encerra. Também muito dramático e triste para as meninas vítimas de abuso sexual é quando, na fase da “revelação aceita”, deparam-se com as dificuldades dos adultos que ouviram ou receberam a notícia do abuso para lidarem com a situação. Muitas vezes acabam sendo culpabilizadas, quando são colocados em dúvida os fatos reveladores do abuso e ao ser questionado o silêncio verbal como indicador de cumplicidade e/ou sendo revitimizadas quando lhes é solicitado constantemente que recontem, que falem e lembrem mais cenas abusivas, que expliquem (da forma que o adulto quer ouvir) por que não contaram antes.

Tais desdobramentos reforçam novamente na criança/adolescente que de alguma forma as ameaças estão se concretizando, que está sendo culpabilizada pela ocorrência da violência sexual e pelas suas repercussões na família, ou que ninguém acredita nela, colocando-a no lugar de mentirosa e aumentando a sua vulnerabilidade emocional.

Nestas circunstâncias de violência, o atendimento terapêutico de meninas vítimas de abuso sexual e o suporte aos familiares/responsáveis (principalmente a mãe) mostra-se de fundamental relevância, sobretudo para a vítima, mas também para quem se responsabiliza pela denúncia ou assume romper com o seu próprio pacto de silêncio ou não aderir a ele, e que mesmo com medo, com dúvidas, assume a denúncia policial, o processo judicial, o afastamento do abusador, ou ainda quando tais questões precisam ser trabalhadas para gerar revelação pública efetiva e responsabilização materna e familiar.

As estratégias iniciais do tratamento, aqui evidenciando a experiência no Ambulatório Pró-Jovem, visam acolher a adolescente e sua história de vida, onde o abuso sexual sofrido é contextualizado como uma experiência sexual inadequada, abusiva, da qual foi a vítima e não a responsável, sendo o culpado pela situação abusiva o adulto que impôs sua vontade, sua força, seu poder, para obter satisfação pessoal, muito embora possa ter sentido em alguns momentos satisfação afetiva e excitação sexual, tendo em vista o contexto da interação abusiva vir muitas vezes mascarado de algo permitido e acompanhado de manipulação de partes erógenas do corpo passíveis de provocar excitação sexual dando sensação de prazer. Busca-se desconstruir a idéia subjacente de que pactuou, através da própria experiência trazida, ou de outras situações em que reatualize o funcionamento adotado à época do abuso. Evidenciam-se assim os momentos e formas de “revelação não aceita” adotados, as conseqüências advindas do não acolhimento e as novas revelações assumidas, dentro de uma estratégia de denúncia e autopreservação.

E em relação à “revelação aceita” e seus desdobramentos e efeitos pessoais, familiares, sociais, econômicos, jurídicos, busca-se dar um suporte continente, afetuoso, que valorize seu papel pró-ativo e protagonista desde a revelação não aceita à revelação (finalmente) aceita, o que pôs fim àquela violação do corpo, da infância, da adolescência, da sexualidade.

Propicia-se sempre um ambiente de escuta, de apoio (inclusive com a elaboração de pareceres e relatórios aos operadores de Direito, depoimentos em audiências), de compreensão, de interpretação dos medos, dos pesadelos, das lembranças perturbadoras, dos choros... Busca-se restabelecer o curso saudável do desenvolvimento afetivo, social, cognitivo, sexual, não pela negação do abuso e de sua experiência nesta vivência abusiva, mas pelo seu adequado enquadramento e dimensionamento, onde os pressupostos ora apresentados articulam-se na prática clínica. E fundamentalmente, se potencializa a (re)construção de uma auto-estima positiva, a elaboração dos sintomas e sentimentos prejudiciais à sua saúde física e mental (decorrentes do abuso e da própria revelação não aceita e aceita), a vivência de protagonismo e autonomia desde o estabelecimento de relacionamentos interpessoais (intra e extrafamiliar) até a elaboração de planos de vida saudáveis. No que se refere ao suporte terapêutico às mães, busca-se fortalecer ou restaurar os vínculos de afeto e responsabilidade abalados e/ou disfuncionais, restaurando a sábia cumplicidade entre filha e mãe (na medida do possível), colocando o evento abusivo em análise para ser problematizado em seus diversos efeitos e repercussões, onde a síndrome do segredo é desconstruída como justificativa das omissões frente à violência sexual e de gênero³, tal como exemplificada no relato de uma mãe anteriormente apresentado.

À guisa de conclusão, reiteramos que aquilo que a literatura e algumas práticas abordam como *síndrome do segredo e revelação do segredo* é mais complexo se for possível acolher a idéia de “revelação não aceita” que precede a dita revelação do segredo, ou a “revelação aceita”, tal como é configurado pela literatura trazida e pelo proposto neste artigo.

A pertinência desta abordagem remete a responsabilizar, efetivamente, as pessoas que convivem no ambiente familiar e comunitário com as crianças

³ “A violência de gênero é uma das expressões dessas relações de poder entre o masculino e o feminino, que objetiva manter as relações de desigualdade e de subalternidade entre homens e mulheres.” (Manual Violência Sexual e Prevenção de DST/HIV/Aids. Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. 3ª edição. p.17)

e adolescentes vitimados pela violência sexual, em todo o processo de revelações do abuso, o que abre inclusive a possibilidade de evitar a (re)corrência da violência sexual. Essa abordagem pode ser desdobrada, inclusive, para preparar mais adequadamente os adultos para o enfrentamento e prevenção efetiva da violência doméstica intrafamiliar.

Referências bibliográficas

AMARO, S. *Crianças vítimas da violência: das sombras do sofrimento à genealogia da resistência – uma nova teoria científica*. Porto Alegre: AGE/EDIPUCRS, 2003, 149 p.

BENETTI, S. P. da C. Considerações sobre a avaliação de crianças vítimas de violência. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C.; SARDÁ JR., Jamir J. (orgs.). *Avaliação e Medidas Psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 227-248.

BRAUN, S. *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: AGE Editora, 2002, 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Portaria MS/GM n. 737, de 16/05/2001, publicada no DOU, n. 96, seção 1E, de 18/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p.

COLETIVO FEMININO PLURAL. *A Violência Sexual Contra Meninas – uma leitura sobre a violência intrafamiliar, as formas comerciais e de omissão do Estado*. Porto Alegre: 2005, p. 8-11, 23 p.

FALEIROS, E. T. (org.). *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003, 208 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.167, 48 p. Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

THEMIS – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. *Manual Violência Sexual e Prevenção de DST/HIV/Aids*. Porto Alegre: 2006, 3ª edição, 67 p.

TEMA:
SEXUALIDADE E CULTURA

A INDUSTRIALIZAÇÃO DO PRAZER FEMININO

Ana Cristina Canosa Gonçalves¹

INDUSTRIALIZING OF FEMALE PLEASURE

Resumo: Este artigo propõe uma reflexão sobre como a revolução industrial influenciou na sexualidade feminina. Para os claros avanços obtidos desde o século XVIII, também o prazer sexual feminino segue por vezes os ditames dos processos industriais que atualmente prevêem uma produção ‘enxuta’: maquinários sofisticados, menos mão-de-obra e pouco tempo ocioso.

Palavras-chave: Industrialização; prazer sexual feminino; produção ‘enxuta’

313

Abstract: This article considers a reflection about how the industrial revolution influenced in the female sexuality. For considerable advances gotten since the 18th century, also the sexual female pleasure to follow the idea of industrial processes that nowadays suggest a **customized** production: sophisticated machinery, less man power and less free time.

Keywords: Industrializing; sexual female pleasure; customized production.

A revolução Industrial

O processo de industrialização teve início na Inglaterra na metade do século XVIII. A substituição das ferramentas pelas máquinas, da energia humana pela energia motriz e do modo de produção doméstico pelo sistema fabril, promoveu enorme impacto sobre a estrutura social (WEINBERG, M., 2002; ARRUDA, PILLETI, 2003; KOSHIBA, 2000). Em termos de avaliação dos processos de industrialização e seus efeitos no comércio e economia, outras

¹ Psicóloga. Especialista em Educação e Terapia sexual pela FMABC/SBRASH. Coordenadora da pós-graduação em Educação sexual do Centro Universitário Salesiano (UNISAL).
e-mail: acanosa@uol.com.br

duas grandes revoluções Industriais são consideradas: a segunda, ocorreu no final do século XX, com o crescimento da disponibilidade do aço e a necessidade de um sistema de produção eficiente e da maximização de resultados. As empresas de sociedade anônima passam a financiar pesquisas básicas e aplicadas, acelerando o processo de desenvolvimento científico e tecnológico que encontrasse soluções para delinear desejos que pudessem ser satisfeitos através do consumo de bens duráveis e adaptáveis às necessidades dos consumidores e às antigas estruturas industriais. Os consumidores passam a ser alvo das modificações e superações tecnológicas, haja vista que os produtos antes estavam projetados a se adaptar à máquina, e não ao consumidor. O automóvel está para a segunda revolução industrial como a máquina a vapor está para a primeira. Também a energia elétrica promoveu o *start* para uma série de novas produções: os bens de consumo duráveis da sociedade moderna. Dentre eles, as utilidades domésticas encontram no movimento feminista a possibilidade de vender a idéia da “libertação do trabalho doméstico”, sedimentando a importante posição do Marketing na era do consumo e de um momento da passagem da sociedade burguesa para a sociedade moderna. Para aumentar a produtividade do trabalho, Frederick W. Taylor cria um método de administração científica conhecido como *Taylorismo* (COPEVE, s/d): para maximizar a produtividade é a própria linha de montagem que se transforma no controlador do ritmo de trabalho. Métodos eficazes de produção são repassados aos trabalhadores que se transformam em executadores de tarefas pré-definidas.

A terceira revolução industrial, a mais atual, conhecida pelo conceito de Reengenharia se iniciou no Japão e é baseada na produção enxuta: combinar novas técnicas gerenciais com máquinas cada vez mais sofisticadas para produzir mais com menos recursos e menos mão de obra. Como o maquinário é muito caro, o tempo ocioso precisa ser evitado a todo custo. Na era da informação, “tempo” é uma mercadoria crítica e as corporações estão reorganizando o sistema de hierarquia para que o controle da produção seja informatizado, alimentado por poucas pessoas e com acesso a todos. As tomadas de decisão são feitas em níveis mais baixos de comando e por aqueles que estão mais próximos da produção. Uma das conseqüências desse terceiro momento do processo de industrialização é justamente o aumento do desemprego (CASTELLS, 1999).

A Industrialização do prazer feminino

A industrialização atrela o ser humano cada vez mais à técnica e à tecnologia. A verdade depositada no “progresso” da ciência e da tecnologia colocou o homem

moderno diante da necessidade de trabalhar para concretizar essa verdade, justamente porque entende que os produtos irão satisfazê-lo integralmente.

O século XX presenciou grandes mudanças em relação ao comportamento sexual feminino. Com a descoberta da pílula anticoncepcional e os avanços da industrialização, uma desestabilização dos vínculos tradicionais abalou crenças e comportamentos enraizados por muitas décadas. Segundo De Sant'Anna (s/d) a liberdade feminina perpassou as conquistas de direitos ao voto, ao estudo universitário, ao ingresso no mercado de trabalho. Desde o final da década de 50 do século passado, aparece uma crescente necessidade de mostrar o corpo seminu parecer um pouco 'biruta', demonstrando coragem e charme. Escapar de regras ou condutas previsíveis podia assim, contribuir para a conquista e admiração pública da época. Os anos 70 foram também influenciados por uma 'leitura' da psicanálise que associava liberdade à não repressão, ao combate à frustração.

“A gestão de si mesmo”, tal como a gestão de uma empresa se torna uma prova e um testemunho de capacidade individual de vencer sempre e a concorrência e todas as contrariedades em qualquer esfera da vida cotidiana. Não por acaso, as revistas femininas começam a estimular, de modo imperativo, a inquisição de saberes propícios a fazer de toda mulher uma 'vencedora', seja no esporte, no amor ou no trabalho. Vencer sempre, implicava, contudo, a necessidade de fabricar um corpo capaz de ser ao mesmo tempo livre e seguro” (DE SANT'ANNA, s/d, p.9).

Este “corpo livre” produz novos estudos, conquistas, constatações e verdades: abre-se espaço para a 'indústria do corpo': academias, clínicas de estética, *spas*, estilistas, cremes contra gordura, celulite e envelhecimento, revistas de boa forma. O corpo se exhibe e fica a serviço da produção que o domina, utilizando-se da ilusão de fazê-lo saudável, forte, potente, funcional e belo (ALMEIDA, 2002).

Além disso, o sexo para a mulher, antes limitado às experiências dentro do matrimônio, onde o prazer estava relegado à sorte das que podiam usufruir de experimentações positivas no contato íntimo com seus parceiros, passou a ser também desvendado pela ciência sexual e amplamente publicado pela mídia. O orgasmo feminino tornou-se um desejo legítimo, um “presente” a ser ganho pelas mulheres que conquistaram sua liberdade sexual. Múltiplos para as que o conquistassem mais rápido ou com maior criatividade. Uma série de produtos eróticos surgiu para auxiliar a conquista do prazer feminino, bem como, uma série de medicamentos foi criada para garantir o sucesso de desempenho sexual masculino. Está vinculado ao processo de

industrialização e mercado o surgimento de uma pornografia consumível, por meio do cinema, da TV, das revistas, dos livros, do marketing e da internet. Segundo notícia publicada em 8 de junho de 2004 no *site* Computerworld (<http://computerworld.uol.com.br/segurnca/2004/06/08/idgnoticia>), as lojas virtuais tiveram aumento de cerca de 40% no total do faturamento registrado no mês de junho de 2004 (por ocasião do Dia dos Namorados), em relação ao mesmo mês, no ano anterior (2003). Segundo o site de comparação de preços *Bondfaro* (<http://www.bondfaro.com.br>), os artigos eróticos – DVDs, VHS, entre outros, foram aqueles que apresentaram maior variação de procura: 115%. Na seqüência apareceram flores (101%), chocolates (100%), roupas íntimas femininas (91%) e bichos de pelúcia (66%). Segundo Guilherme Pacheco, diretor executivo do *Bondfaro*: “Sempre observamos o aumento do apelo da internet em produtos eróticos nesta época do ano. Isso porque ela garante anonimato total...” (<http://computerworld.uol.com.br/segurnca/2004/06/08/idgnoticia>).

Sem dúvida alguma a industrialização, desde seu início em meados do século XVIII, foi processo importante para que a sexualidade humana acompanhasse o desenvolvimento social em todas as suas dimensões, das descobertas das ciências, das possibilidades de busca de prazer, do auxílio nas disfunções sexuais e na conquista feminina de um desejo sexual legitimado como parte integrante e importante para qualquer pessoa. Temos na atualidade um corpo liberto e bastante assessorado e, à sua disposição, técnicas sexuais, aparelhos de estimulação, literatura, estatísticas, profissionais especializados.

Cabe a cada um de nós também fazer um balanço. O prazer sexual acompanhou a revolução industrial: foi no mesmo século XVIII que a industrialização da borracha atrelada à evolução tecnológica característica da revolução industrial permitiu que os preservativos de látex, diafragmas e as chamadas “capas cervicais” substituíssem os unguentos e as pastas de ervas até então usados como métodos contraceptivos (DIÊGOLI, s/d in PEREIRA, s/d). Neste sentido, a sexualidade feminina encontra maior possibilidade de dissociar relação sexual de procriação e acompanha o processo da revolução industrial. Aliado a outros fatos importantes para a ciência sexual, percebemos que a sexualidade sai do ambiente privado para ganhar o espaço público e aquilo que antes era manufaturado no modo de produção doméstica (unguentos, ervas) passa a ser aderido ao sistema de produção em massa.

Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e prevendo as novas possibilidades mercadológicas, a indústria começa a produzir uma “nova mulher do século XX”, fornecendo todos os tipos de materiais de consumo

que permitissem sua também nova concepção de prazer: bens de consumo que as libertassem das tarefas domésticas, produtos literários que as estimulassem, produtos de beleza, roupas, produtos eróticos que as tornassem sensuais. No entanto, assim como na segunda revolução industrial, o prazer feminino também acompanhou um sistema de produção que tinha de ser eficiente com maximização de resultados. Segundo o conceito do *taylorismo* da época, no qual a própria linha de montagem se transforma no controlador do ritmo do trabalho e o trabalhador executa tarefas pré-definidas, os produtos de veiculação das novidades a serem adquiridas e dos modelos a serem copiados dão o “tom”. Contaminadas por esse movimento industrial, a sociedade incorporou o sentido da execução de tarefas pré-definidas, como se pudéssemos colocar todo o sentido do prazer sexual das mulheres em um único formato: dar um salto para um resultado máximo e eficiente. O montante de cirurgias plásticas para aplicar o corpo ao molde, toda a troca de roupas a cada estação, a mudança da cor dos cabelos, a quantidade de exercícios a seguir e todas as práticas de sedução a aprender. Finalmente, a indústria do prazer sexual feminino segue o atual modo de produção enxuta, com máquinas cada vez mais sofisticadas para produzir mais com menos recursos e menos mão de obra. *Como o maquinário é muito caro, o tempo ocioso precisa ser evitado a todo custo.*

Em uma rápida visita a qualquer *sex shop* dos grandes centros urbanos, ou às lojas virtuais, encontramos maquinários caros, com múltiplas funções. São vibradores de todas as espécies, dimensões, cores, muitos com bolinhas coloridas dentro, feitas de plástico, silicone ou ferro, que prometem massagear o canal vaginal e produzir prazer indescritível, enquanto outras saliências estimulam o clitóris, e outras ainda o púbis. *Como o maquinário é muito caro, o tempo ocioso precisa ser evitado...*

No entanto, na contramão de toda a benesse que a industrialização permitiu ao prazer da mulher, o aprisionamento do corpo novamente se deu: agora para além das conquistas profissionais, da maternidade e da relação amorosa, é necessário estar saudável e bonita para, em tão pouco tempo e com o pouco tempo que resta, usufruir o prazer conquistado. Pois justamente é o tempo ocioso o capaz de permitir à mulher que se descubra e permita que o outro possa descobri-la. De certo que um orgasmo obtido através dos estímulos rítmicos e constantes de um massagedor clitoridiano é gloriosa conquista para as mulheres que nunca sentiram tal experiência. Infelizmente, a mesma idéia ‘enxuta’, de produzir mais com menos mão-de-obra, tem favorecido a algumas mulheres a capacidade de ter orgasmos solitários com seus maquinários e a incapacidade de tê-los junto a sua parceria amorosa. Esta idéia falseada

de que é possível comprar o próprio prazer tem tempo curto; logo essas mesmas pessoas se deparam com uma antiga angústia: a necessidade de ter um encontro amoroso legítimo, que venha preencher parcialmente o vazio existencial, neurótico e necessário para impulsionar todo e qualquer indivíduo à criação. Esta sim uma idéia psicanalítica que permanece presente por mais de um século e que permite através de um certo “ócio” a sua manifestação mais verdadeira.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. de L. M. Corpo e História: Ciência, saber, poder, prazer – Parte IV. 2002 *Educar na sociedade da informação*. Disponível em: <http://www.cidade.usp.br/educar/?monografias/masculinofeminino/corpohist1/6>. Acesso em: 17.06.2005.

ARRUDA, J.J.; PILETTI, N. *Toda a História*. São Paulo: Ática, 2003.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. A era da informação: economia, sociedade e cultura. vol. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2ª edição, 1999

COPEVE. *6ª aula*. s/d. Disponível em: <http://www.ufv.br/dee/evonir/46104.htm>. Acesso em 15.05.2005.

DE SANT’ANNA, D. B. *Representações sociais da liberdade e do controle de si*. s/d. Disponível em: <http://historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/antiores/edicao05/materia01/liberdade.pdf>. Acesso em: 20.05.2005.

DIÊGOLI, M. IN: PEREIRA, C. Saúde da Mulher. *Isto é online*, s/d. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/biblioteca/saudemulher/anticoncepcionais.htm>. Acesso em: 23.05.2005

KOSHIBA, L. *História*. Origens, estruturas e processos. São Paulo: Atual, 2000.

WEINBERG, M. *American Capitalism*. EUA: www.newhistory.org, 2002. Acesso em 03.06.2005.

APELO SEXUAL EM MARKETING E SEU IMPACTO EMOCIONAL*

*Luciana Parisotto¹ / Flavia Soria² / Kátia B. Guaragna³ / Margarida Rodriguez⁴
Matias Strassburger⁵ / Mônica H. Zunta⁶ / Sandra Fayet Lorenzon⁷ / Artur Vecchi⁸*

SEX APPEAL IN MARKETING AND ITS EMOTIONAL IMPACT

Resumo: O presente artigo tem como objetivo avaliar o impacto emocional do apelo sexual usado pelo marketing na mídia. Fez-se uma breve revisão bibliográfica sobre os princípios fundamentais do uso do apelo sexual no marketing e sobre seu impacto emocional na vida sexual das pessoas. Algumas considerações psicodinâmicas são discutidas.

Palavras-chave: Apelo sexual; marketing; impacto emocional.

319

Abstract: The present article aim to evaluate the emotional impact of sex appeal used by marketing in Media. A brief bibliographic revision about some fundamental principles of sex appeal in marketing and their emotional impact in people's sexual life is presented. Some psicodynamic considerations are discussed.

Keywords: Sex Appeal, marketing, emotional impact.

* Artigo apresentado no XVIII Ciclo de Avanços em Clínica Psiquiátrica da SPRS em 2005.

¹ Médica Psiquiatra. Mestre em Medicina. Coordenadora do Núcleo de Sexualidade da SPRS. e-mail: acadesex@acadesex.com.br

² Médica Ginecologista e Obstetra. e-mail: lena.mcs@terra.com.br

³ Médica Ginecologista e Obstetra. e-mail: katia.guaragna@terra.com.br

⁴ Médica Psiquiatra. Membro Efetivo da SPRS. e-mail: margarr@terra.com.br

⁵ Médico Psiquiatra. Membro Efetivo da SPRS, Membro Graduado da SPPA. e-mail: matiass@terra.com.br

⁶ Médica Psiquiatra. Membro Efetivo da SPRS. e-mail: olivarzunta@terra.com.br

⁷ Médica Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Mestre em Medicina. e-mail: sandra.lorenzon@portoweb.com.br

⁸ Economista. Especialista em Marketing, Mestre em Administração de Empresas. e-mail: avecchi@portoweb.com.br

Introdução

Cada vez mais as diferentes disciplinas se interligam, oportunizando novas formas de encarar um mesmo tema. Em termos de sexualidade, pode-se compreendê-la, abordá-la e divulgá-la de várias formas diferentes, cada forma alinhada com sua própria razão de ser, com uma ética distinta e com o impacto desejado. Mas quando essas diferentes compreensões de mundo se fundem e se integram, facilitando uma visão mais holística dos fatos, é nesse exato ponto que se cria a oportunidade do exercício de cidadania mais efetivo e responsável, mais comprometido com a saúde, adaptação e evolução de nossa espécie.

O uso de conteúdo sexual pela mídia não é em absoluto novidade. Já no século XIX, observava-se o alto impacto nas vendas quando se associavam imagens sexuais impressas aos produtos comercializados (PORTER, 1971; REICHERT & RAMIRES, 2000).

Tal conhecimento passou a ser um diferencial competitivo no mercado, trazendo a área de marketing para junto do plano estratégico das empresas.

Desde então, o sexo associado a marcas nos anúncios publicitários tem sido foco de estudo das ciências sociais, com o intuito de se compreender como o sexo interfere no processo de comunicação e persuasão para vendas de idéias, produtos e serviços (REICHERT, 2002).

Algumas constatações relevantes relacionadas ao apelo sexual em marketing são citadas. As propagandas de cunho sexual têm algumas variações: nudez (geralmente feminina), comportamentos sexuais provocativos, beleza física e emprego de simbologias sexuais. A associação direta (congruência) e indireta de sexo com o produto tem sido correlacionada com aumento de atenção e motivação para compra (BELCH, HOLGERSON, BELCH, KOPPMAN, 1981; CHESTNUT, LACHANCE, LUBITZ, 1977; DUDLEY, 1999; REICHERT, HECKLER, JACKSON, 2001; RICHMOND, HARTMAN, 1982).

O *recall* da marca pode ser inibido de forma inversamente proporcional com o grau de nudez (efeito de distração) (BUSHMAN; BONACCI, 2002). Por último, as emoções associadas a um grau médio de imagens sexuais podem provocar mudança de comportamento e intenção de compra positiva. (CHESTNUT et al. 1977; GRAZER, KEESLING, 1995).

Comparando-se a vasta literatura científica com fins comerciais, observa-se uma carência de estudos sobre as repercussões emocionais dessa intensa

exposição ao sexo nos meios de comunicação de massa. Esse artigo então tem como objetivo avaliar o impacto emocional do apelo sexual usado pelo marketing na mídia. Fez-se uma breve revisão bibliográfica sobre os princípios fundamentais do uso do apelo sexual e sobre seu impacto emocional na vida sexual das pessoas. Algumas considerações psicodinâmicas são discutidas, abrindo-se espaço para reflexão multidisciplinar e para estímulo a novas pesquisas.

Princípios Fundamentais

Marketing engloba ações de *propaganda* e *publicidade*. Pode ser definido como “uma atividade humana dirigida a satisfazer *necessidades* e *desejos* através dos processos de trocas” (KOTLER, AMSTRONG, 2003, p. 3).

Publicidade e Propaganda são ações do marketing com divulgação nos meios de comunicação de massa, a saber: televisão aberta e fechada, internet, impressos e outdoors. *Publicidade* é a exposição à mídia de massa onde não se paga pela veiculação; *Propaganda* é marketing pago voltado para a massa. Tais ações buscam captar a atenção, o interesse e o desejo das pessoas para fins de “venda” de um produto, serviço ou ideal. Alinham-se a um *planejamento* e a *pesquisas* mercadológicas prévias.

Um produto terá um alto valor de mercado proporcionalmente à intensidade da necessidade e do desejo associada a ele. Nesse contexto, as necessidades sexuais passam a ter um alto escore no ranking de vendas, dado que a motivação sexual sustenta as pulsões humanas.

Existem divergências importantes entre os termos *necessidade*, *desejo* e *demanda*, de acordo com a área científica. No referencial Psicanalítico, *necessidade* vem a ser o mínimo necessário para a sobrevivência física e psíquica; *desejo*, uma necessidade satisfeita com um *plus* de prazer e gozo. A *demanda* é “caracterizada pelo fato de a necessidade da satisfação dos desejos ser insaciável”, sendo o verdadeiro significado da demanda um pedido desesperado por reconhecimento e por amor, como forma de preencher um antigo e profundo vazio de origem narcisista (ZIMERMAN, 2001).

O uso de apelo sexual em marketing tem buscado respaldo científico na sociobiologia, com intuito de mover ações estratégicas para obtenção de resultados positivos nas campanhas de novos produtos. A compreensão do processo de atração sexual, das características que atraem homens e mulheres

e das estratégias que eles se utilizam para serem preferidos pelo sexo oposto torna-se fundamental. O que chama atenção de uma pessoa? O que ela aspira? O quanto ela estaria disposta a lutar ou pagar por algo? O quanto poderia mudar de idéia sobre a importância de determinadas marcas se associadas a imagens sexuais? De que realmente necessita e o que passou a desejar por influência?

Impacto emocional

Nas pesquisas de impacto emocional, buscam-se esclarecimentos dos efeitos positivos e negativos sobre o psiquismo humano conseqüentes à exposição ao sexo nos meios de comunicação de massa.

A televisão e outras mídias tornaram-se as principais fontes de educação sexual nos dias de hoje (STRASBURGER, 1989). O seu conteúdo passou a ser foco de interesse, pois a cultura divulgada proporciona diretrizes ou scripts (roteiros) para respostas sexuais *adequadas* ou *inadequadas*, e o indivíduo as aprende conseqüentemente (formatando seus padrões de resposta sexual). Como tal aprendizado pode basicamente resultar de conseqüências imediatas de determinados comportamentos (reforçadores negativos e positivos), pouco processamento cognitivo pode estar envolvido. Se uma imagem ou comportamento sexual me motiva, aprendo mesmo sem crítica sobre tal aprendizado (BANCROFT, 2002).

Esse processo é significativamente importante no que tange à faixa etária dos adolescentes, porque a quantidade de horas de exposição à mídia é significativa e principalmente porque a maioria dos jovens não tem referenciais adequados, tampouco experiência para criticar a cultura imposta. O que é visto, é lembrado como real e é evocado sem restrições (STRASBURGER, 1989).

A literatura científica tem demonstrado efeitos emocionais, tanto positivos como negativos, do uso de conteúdos sexuais na mídia. O impacto emocional positivo é facilmente observado e testado na área de saúde, como nas campanhas públicas de planejamento familiar e de prevenção à gravidez ou a doenças sexualmente transmissíveis (BANKOLE, 1999; BANKOLE, RODRIGUEZ & WESTOFF, 1996; KINCAID, 2000; STRUCKMAN-JOHNSON, STRUCKMAN, GILLILAN, AUSMAN, 1994; KELLER, BROWN, 2002; ALSTEAD, CAMPSMITH, HARTFIELD, GOLDBAUM, WOOD, 1999).

Os efeitos negativos estão mais correlacionados à iniciação sexual precoce e a suas respectivas conseqüências (VILLANI, 2001; BATCHELOR, KITZINGER, BURTNEY, 2004).

Alguns trabalhos científicos apontam também associação do uso de imagens sexuais com imagens de violência, sugerindo um aumento da agressividade (BUSHMAN, BONACCI, 2002; STRASBURGER, 1989; VILLANI, 2001).

Entretanto, a carência de estudos longitudinais sobre as influências da mídia e o comportamento sexual dos adolescentes não esclarece devidamente as relações de causalidade da sexualidade precoce.

Algumas considerações

“Foi carnal, eu vi e me encantei de imediato! Era preto com vermelho, justo no pé, feminino sabe? Procurei num shopping, noutra também, fui a umas quatro lojas e nada. Não conseguia prestar atenção no que meu noivo dizia. Estou só esperando ir à aula para ver se consigo descobrir a marca. Se eu comprar mais aquele tênis, eu vou me sentir uma deusa, capaz de fazer mil aulas de aeróbica. Vou ficar “saradésima” e aí, ter todos eles aos meus pés”.

323

No breve relato clínico acima, observa-se uma confusão sobre o que se deseja de fato: os sapatos, os homens ou os pais/cuidadores aos seus pés? *Mais* um par de tênis em busca de quê?

A demanda pelo consumo parece ter origens muito remotas. O desejo sexual por um parceiro implica em fantasias primitivas de *reunião* com cuidadores/objetos primários, busca que somente cessa com a resolução edípica (KERNBERG, 1995).

Atualmente, é inegável o aumento do individualismo e consumismo na sociedade. Cada vez mais as pessoas buscam satisfazer suas necessidades ou desejos de forma demandante, acelerada, com impulsividade e descontrole. O *princípio do prazer* predomina ao de *realidade*. Perante uma sociedade na qual a estrutura familiar tem sofrido déficits, e na qual a mãe trabalha fora, já que apenas o pai não dá mais conta de prover a quantidade e qualidade de ofertas de bens de consumo (que se tornam cada vez mais “necessários” na vida cotidiana), existe um crescente sentimento de solidão, abandono e vazio já no início da vida. As crianças ou permanecem muito tempo expostas à televisão e à internet ou são enviadas precocemente para escolas e creches para que essas, com suas equipes de professores e pedagogos, preencham esse

vazio deixado pelos pais. As escolas, por sua vez, mostram-se despreparadas para tais demandas sexuais e afetivas.

Preponderando um funcionamento narcisista ou pré-edípico em grande parte da população, a conflitiva triangular perdura, reforçando, através de uma pseudo-maturidade sexual, a busca incessante de pares e de consumo de produtos, serviços ou ideais que possam preencher a carência afetiva infantil do adulto.

Conclusão

O apelo sexual na mídia pode ter *propósitos* apenas comerciais, apenas educativos ou ambos. Entretanto, *sempre* terá um efeito emocional, podendo ser ou não saudável e educativo. O *conteúdo* sexual é responsável pelo impacto emocional positivo ou negativo em termos de saúde e educação públicas. A *congruência* com o produto, a *forma* de apresentação técnica e o *nível* de nudez e beleza determinam o resultado positivo ou negativo da campanha. A interface mais otimizada (opção ganha-ganha) seria bons resultados da campanha com impacto emocional positivo, ou seja vender o produto, educando e propagando saúde sexual.

A integração do conhecimento de diferentes campos científicos oportuniza melhores práticas e resultados. Seria possível então agregar valor sexual aos produtos, divulgá-los livremente e vendê-los muito bem, educando as pessoas simultaneamente?

Compreender o que mais primitivamente incita o ser humano significa poder sobre ele, sobre suas emoções e ações, demandando responsabilidade e ética. As ações de marketing podem vir a ser condutores significativos da saúde e da educação sexual (em alguma medida certamente já são), todavia enquanto as ciências estiverem ainda dissociadas em seus interesses, o seu impacto emocional negativo pode ser evitado com o emprego de algumas medidas práticas: inclusão curricular de educação crítica para mídia e restrição ao tempo de exposição à internet e à televisão.

Mas talvez a fronteira mais difícil seja mudar a concepção atual: a televisão, a internet e já mencionando as novas gerações de telefonia celular com mídia, como a “alma da casa” ou como cuidadores e babás substitutos. A devolução de crianças e adultos ao seu necessário convívio afetivo familiar é um imperativo para manejo de influências negativas, quer sejam conduzidas pela mídia ou por outros influenciadores externos.

Referências bibliográficas

- ALSTEAD, M.; CAMPSMITH, M.; HARLEY, C. S.; HARTFIELD, K.; GOLDBAUM, G.; WOOD, R. W. Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 11:497-512, 1999.
- BANCROFT, J. Biological Factors in Human Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 39(1): 15-21, Feb 2002.
- BANKOLE, A. Book reviews. *Studies in Family Planning*, 30:89-92.1999.
- BANKOLE, A.; RODRIGUEZ, G. & WESTOFF, C. Mass media messages and reproductive behavior in Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 28: 227-239, 1996.
- BATCHELOR, S.A.; KITZINGER, J.; BURTNEY, E. Representing young people's sexuality in the youth media. *Health Education Research*, 19(6): 669-676, 2004.
- BELCH, M. A.; HOLGERSON, B.E.; BELCH, G.E.; KOPPMAN, J. Psychophysical and cognitive responses to sex in advertising. In: MITCHELL, A. (Ed.), *Advances in consumer research*, 9:424-427. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 1981.
- BUSHMAN, B. J.; BONACCI, A. M. Violence and Sex Impair memory for television. *Ads. Journal of Applied Psychology*, 87(3): 557-564, 2002.
- CHESTNUT, R.; LACHANCE, C. C.; LUBITZ, A. The decorative female model: Sexual stimuli and the recognition of advertisements. *Journal of Advertising*, 6(4).11-14, 1977.
- DUDLEY, S. C. Consumer attitudes toward nudity in advertising. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 79(4):89-96, 1999.
- GRAZER, W. F.; KEESLING, G. The effect of print advertising's use of sexual themes on brand recall and purchase intention: A product specific investigation of male responses. *Journal of Applied Business Research*, 11(3):47-58, 1995.
- KELLER, S. N.; BROWN, J.D. Media interventions to promote responsible sexual behavior. *J Sex Research*, 39(1): 67-72, February, 2002.
- KERNBERG, O. F. *Psicopatologia das relações amorosas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KINCAID, D.L. Social networks, ideation, and contraceptive behavior in Bangladesh: A longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 50:215-231, 2000.
- KOTLER, P.; AMSTRONG, G. *Princípios de Marketing*. São Paulo: Prentice Hall, 2003.
- PORTER, P. G. Advertising in the early cigarette industry: W. Duke, Sons & Company of Durham. *The North Carolina Historical Review*, 48:31-43, 1971.
- REICHERT, T. Sex in Advertising Research: A Review of content, Effects, and Functions of Sexual Information in Consumer Advertising. *Annu Rev*

Sex Res, 13: 241-273, 2002.

REICHERT, T.; HECKLER, S. E.; JACKSON, S. The effects of sexual social marketing appeals on cognitive processing and persuasion. *Journal of Advertising*, 30(1):13-27, 2001.

REICHERT, T., RAMIRES, A. Defining sexually oriented appeals in advertising: A grounded theory investigation. In: MEYER, S.J. (Eds.). *Advances in consumer research*, 27:267-273. Provo, UT; Association for Consumer Research, 2000.

RICHMOND, D.; HARTMAN, T. P. Sex appeal in advertising. *Journal of Advertising Research*, 22(5):53-61, 1982.

STRASBURGER, V. C. Adolescent sexuality and the media. *Ped. Clin. of North Am.* 36(3): June 1989.

STRUCKMAN-JOHNSON, C.; STRUCKMAN, D.; GILLILAN, R. C.; AUSMAN, A. Effect of persuasive appeals In AIDS PS As and condom commercials on intention to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 24: 2223-2244, 1994.

VILLANI, S. Impact of media on children and Adolescents: A 10-Year Review of the research. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(4):392-401, April 2001.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TEMA:
AS CIRURGIAS NA MULHER
E A SEXUALIDADE

AS CIRURGIAS SOBRE A VULVA E A SEXUALIDADE

Gustavo Py Gomes da Silveira¹

VULVAR SURGERY AND SEXUALITY

Resumo: A vulva, órgão externo (estético) e de função sexual, exige cuidados especiais quando necessária uma intervenção cirúrgica. A grande variedade de tamanho e de constituição das estruturas vulvares faz com que algumas pessoas interpretem como anomalia uma variante anatômica absolutamente normal, como pequenos lábios um pouco maiores que a média. Assim, a plástica de pequenos lábios é uma cirurgia que existe mas é de indicação excepcional. As cirurgias de cistos ou de tumores benignos devem ser delicadas, para não deixar seqüelas. O câncer de vulva, que vem tornando-se mais freqüente em adultos jovens, deixando de ser próprio das idosas, tinha, como tratamento primário preferencial, a vulvectomia radical com linfadenectomia, hoje usada apenas em tumores avançados. Com as pacientes cada vez mais jovens, os tumores em fase inicial tornando-se freqüentes, ainda a moda de cirurgias conservadoras para câncer, tudo levou a defender o tratamento conservador. Hoje, o tratamento do tumor invasor de vulva tem como padrão oficial, em tumores laterais, uma cirurgia que conserva o clitóris e a hemivulva contralateral, com repercussão positiva sobre a sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; doenças da vulva; câncer de vulva; cirurgia conservadora

Abstract: The vulve, an externe organ of sexual function, need special cares when it's necessary a surgical intervention. The great variety of size and of structural vulve constitution makes that some people interpret as an anomalie this anatomic variancy absolutely normal (like small lips a little

¹ Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e Complexo Hospitalar Santa Casa.
e-mail: g_py@terra.com.br

bit larger than the average. Then, the plastic of small lips it's a surgery that exists but only in exceptional indications. The surgeries of cysts and benign tumors should be delicated, for not keep sequel. The vulvar cancer, that becoming more frequent in young adults, had, as a primary preferential treatment, the radical vulvectomy with lymphadenectomy, used today just in advanced tumors. With patient younger and younger, tumors more and more less advanced, on top of all that the fashion of conservative surgeries for cancer, to carry out the adoption of conservative treatment. Today the treatment for invasive vulvar cancer has as an official pattern, in lateral tumors, a surgery that keeps the clitoris and the against side hemivulve, with positive repercussion about sexuality.

Keywords: Sexuality; diseases of the vulve; vulvar cancer; conservative surgery.

A vulva, como órgão genital externo da mulher, tem importância básica no exercício da sexualidade, e as cirurgias que ali se executam podem afetar ou perturbar a função sexual.

A vulva é sede de uma série de afecções, algumas benignas e outras malignas, assim como malformações, que podem exigir solução cirúrgica. Essas alterações podem ser classificadas em congênitas e adquiridas, e as lesões poderão ser benignas ou malignas. O manuseio operatório dessa região, muito rica em vasos sanguíneos e em terminações nervosas, exige delicadeza especial, que inicia com questionar a real necessidade do procedimento.

Antes de tudo precisamos considerar que a vulva deve ser examinada com cuidado, com boa luz e magnificação com lupa, quando for o caso.

A vulva está constituída por uma série de estruturas que se assemelham, mas não exatamente iguais em todas as mulheres. O clitóris, os pequenos lábios, os grandes lábios, podem ser mais ou menos desenvolvidos, mas dentro dos limites da normalidade. Curioso que enquanto no sexo masculino é comum o questionamento das dimensões do pênis para menor, no feminino, cada vez mais, surgem queixas com relação a tamanho, especialmente dos pequenos lábios, para maior. O espírito intervencionista atual tem levado essas adolescentes ou mulheres adultas, a consultar com vistas a uma diminuição das dimensões dos pequenos lábios. Aliás, querer intervir sobre o aspecto da genitália externa é hábito que se torna comum. Desde a depilação excessiva deixando apenas resquícios dos pelos pubianos ou até a sua completa retirada, com todos os inconvenientes daí decorrentes,

por retirar uma proteção natural, chegamos às solicitações para modificar algumas características vulvares.

A cirurgia plástica mais comumente desejada é a diminuição dos pequenos lábios, exageradamente grandes na ótica da paciente, mas muito freqüentemente expressando apenas uma variedade normal um pouco mais exuberante. É claro que existem configurações excessivas, por vezes com assimetria, que se podem beneficiar com uma correção plástica. Em grande número de casos, no entanto, melhor faria a paciente em atender às ponderações do médico, entendendo que a sua vulva, tais como outros órgãos e estruturas de seu corpo, tem características próprias, absolutamente normais embora diferentes das de outras pessoas. Normais são as mulheres com pequenos lábios apenas delineados, assim como aquelas que os tem fartos. Muitos pelos pubianos, poucos pelos pubianos, clitóris esboçados, clitóris grandes, tudo pode ser normal dentro de limites amplos. Decidida a plástica de pequenos lábios, cuidados especiais para não exagerar, sabendo que nunca poderemos transformar grandes pequenos lábios em estruturas minúsculas, pois a estrutura dos dois tipos é muito diversa.

Não esquecer que hipertrofias de clitóris ou de pequenos lábios podem expressar uma anormal produção de androgênios, cuja causa deve ser identificada. Não faz sentido intervir sobre a conseqüência, esquecendo-se da causa que pode ser mais grave, como tumores malignos de ovário ou de supra-renal.

Algumas queixas podem-se referir a seqüelas de parto via vaginal e vulvar, com alteração estética de estruturas vulvares.

Outras anormalidades podem se tratar de lesões infecciosas, especialmente de doenças sexualmente transmissíveis, como por exemplo o condiloma acuminado, os cancrios por *Treponema pallidum* ou por *Haemophilus ducreyi*, o molusco contagioso e, bem menos freqüente, a donovanose e o granuloma inguinal. Essas doenças, assim como escoriações conseqüentes a infecções por *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpesvirus* e *Chlamydia trachomatis*, por estranhas que possam parecer, não são de tratamento cirúrgico, exceto casos especiais de condiloma resistente ao tratamento clínico, ou, ainda, quando houver dúvidas sobre a real natureza da lesão.

Algumas lesões benignas podem exigir tratamento cirúrgico, figurando aqui os cistos, como o do ducto excretor principal da glândula de Bartholin, o queratinoso, o sebáceo (muito freqüente), o de Skene o do canal de Nuck e os mucosos vestibulares.

Os nevos serão retirados quando houver qualquer suspeita relacionada a melanoma, ou quando causarem desconforto ou tiveram uma localização facilmente irritável.

Os tumores benignos incluem o pólipo fibroepitelial, que pode atingir grandes dimensões, o hidradenoma papilífero, o leiomioma e o lipoma, assim como lesões de endometriose e o hemangioma.

A cirurgia, nesses casos, deve ser a mais conservadora possível, de forma a não causar nenhum dano estético ou funcional (SILVEIRA, BARCELLOS, 2004).

A grande revolução na área da cirurgia de vulva com vistas a preservação estética e funcional, com repercussão importante na sexualidade, foi o entendimento de que o câncer de vulva pode, em situações especiais, ser tratado com segurança, mesmo sem executar uma cirurgia radical.

O tratamento do câncer de vulva é cirúrgico, pois a região não se presta para radioterapia. Assim, até a poucos anos a conduta em todos os tumores invasores de vulva era a vulvectomy radical, cirurgia que retira todas as estruturas vulvares, até a fáscia do diafragma urogenital, com linfadenectomia radical bilateral, ínguino-crural. Anteriormente a linfadenectomia envolvia os linfonodos ilíacos, técnica substituída pela radioterapia pélvica quando houver linfonodos inguinais ou femurais comprometidos.

O câncer de vulva tem uma incidência, em dados internacionais de 0,6:100 mil mulheres, correspondendo a 5% de todos os cânceres do trato genital feminino, sendo menos freqüente que o de colo uterino, o de endométrio e o de ovário (HACKER, 2000; HOLSCHNEIDER, BEREC, 2005). No Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre corresponde a 2,46% dos tumores genitais femininos (SILVEIRA, 2004, p. 287-299). A verdadeira epidemia pelo Papiloma vírus, observada nos últimos 25 anos, modificou o perfil das pacientes com câncer de vulva, anteriormente privativo de mulheres idosas, e hoje muito observado em mulheres jovens. Maiores cuidados em exames preventivos de rastreamento têm permitido um número crescente de diagnóstico de lesões precursoras e de lesões invasoras em fase inicial. A tendência conservadora no manejo cirúrgico do câncer durante a década de 80 atingiu também as técnicas para cirurgia da vulva. Foi valorizado o conceito de micro-carcinoma de vulva e reavaliada a necessidade de cirurgias amplas em situações especiais. Assim, chegamos ao século XXI com indicações de cirurgia conservadora da vulva já oficialmente aceitas como padrão assistencial. As neoplasias intra-epiteliais (NIV) são tratadas pela excisão com margem de segurança mas em casos e localizações especiais, com vista

a um resultado cosmético melhor, pode ser usada a vaporização a laser. Os carcinomas micrometastáticos, aqueles com menos de 1mm de invasão em profundidade, são tratados por ressecção local ampla, não sendo indicada a linfadenectomia, exceto em casos de invasão do espaço linfovascular ou neural. Mesmo nos tumores mais avançados, se as lesões forem laterais, o tratamento cirúrgico indicado é a excisão radical local com linfadenectomia ipsilateral. Em todos esses procedimentos é preservado o clitóris e grande parte dos tecidos vulvares. Fica, pois, a clássica cirurgia padrão para tratamento do câncer de vulva, restrita aos casos de tumor central e nas lesões muito extensas, quando se sacrificará a estética e a função vulvar em nome da cura oncológica. Mesmo nesses casos de vulvotomia radical com linfadenectomia bilateral as incisões evoluíram para soluções menos agressivas, mantendo os resultados de cura. A linfadenectomia é feita com incisões em separado, acompanhando a linha inguinal, e, na vulva, técnicas de cirurgia plástica, especialmente retalhos, são usadas para melhorar o aspecto estético e criar condições de relacionamento sexual intra-vaginal, evitando estenoses e deformidades maiores. Assim, ao mesmo tempo em que se estão desenvolvendo diagnósticos mais precoces de câncer de vulva, o tratamento cirúrgico vem proporcionando melhor função sexual, melhor resultado na aparência e melhor prognóstico (Ibid.).

Referências bibliográficas

- HACKER, N.F. Vulvar Cancer. In: BEREK, J.S., HACKER, N.F. *Practical Gynecologic Oncology*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Capítulo 13, p. 553-596, 2000.
- HOLSCHNEIDER, C.H.; BEREK, J.S. Câncer Vulvar. In: BEREK, J.S. *Novak Tratado de Ginecologia*. 13^a edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. Capítulo 33, p. 1234-1262, 2005.
- SILVEIRA, G.P.G. Câncer de Vulva. In: SILVEIRA, G.P.G. *Ginecologia baseada em evidências*. São Paulo: Editora Atheneu. Capítulo 25, p. 287-299, 2004.
- SILVEIRA, G.P.G.; BARCELLOS, M.C. Afecções Benignas do Trato Genital Inferior – Colo-Uterino, Vagina e Vulva. In: SILVEIRA, G.P.G. *Ginecologia baseada em evidências*. São Paulo: Editora Atheneu. Capítulo 18, p. 191-203, 2004.

CURSO:
TRANSTORNO DE GÊNERO
E TRANSGENITALIZAÇÃO

CURSO: TRANSTORNO DE GÊNERO E TRANSGENITALIZAÇÃO*

*Maria do Carmo de Andrade Silva¹ / Paulo Roberto Bastos Canella²
Alfredo Donis Romero³ / Rosimeri Eirado Bruno⁴*

COURSE: GENDER OF IDENTITY DISTURB AND GENITAL SURGICAL RECONSTRUCTION

Resumo: Este é um trabalho interdisciplinar desenvolvido em um Ambulatório Público de Sexologia. Neste Projeto atendemos a pacientes com queixas de Distúrbios de Identidade de Gênero, maiores de 21 anos e, que após cientes dos procedimentos utilizados neste tipo de tratamento, entendem, concordam e assinam um Termo de Consentimento Informado. Os pacientes são atendidos regularmente, durante dois anos, por uma equipe multidisciplinar, como estabelece a (Resolução 1482/1997), do Conselho Federal de Medicina, para a realização de cirurgias de transgenitalização. As consultas são marcadas em intervalos semanais ou quinzenalmente, de acordo com o andamento do tratamento. O trabalho envolve quatro fases distintas: a primeira compreende avaliações médicas e psicológicas, o que nos levará a um diagnóstico diferencial o mais preciso possível e, só então passamos a uma segunda etapa, utilizando-se Terapia Hormonal, seguida de avaliações laboratoriais trimestrais. A terceira fase caracteriza-se pela preparação cirúrgica e cirurgia propriamente dita. A quarta etapa, consiste de acompanhamento no pós cirúrgico imediato e tardio. Esta etapa também é composta por esclarecimentos e orientações; primeiramente através do incentivo ao auto conhecimento de seu novo genital, seguido por reflexões quanto às adequações e sentimentos em relação ao seu novo status. Finalmente

* Projeto Interdisciplinar do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho – do Mestrado em Sexologia da UGF

1 Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia e Livre docente em Sexualidade Humana. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

2 Médico ginecologista. Doutor em Medicina e Livre docente em Ginecologia e Obstetrícia. e-mail: canella@gineco.ufrj.br

3 Médico Cirurgião Vascular e Mestre em Sexologia. e-mail: alfredoromero@terra.com.br

4 Médica ginecologista e Mestre em Sexologia. e-mail: rosimeriribeiro@ig.com.br

são orientados para a alteração de sua identidade legal, junto à defensoria pública.

Palavras-chave: Transtorno de Identidade de Gênero; transexual; transgenitalização.

Abstract: This work was developed by an interdisciplinary team of professionals in a Sexology outpatient clinic, for social security patients. This Project is geared to patients with Gender Identity Disturb. Due to the nature of proceedings the patients needed to be 21 years or older and sign a Term of Consent Stating, that understand the proceedings used in the treatment and agree with them. Patients are regularly followed, for two years; by the multidisciplinary equip, in accordance with Medicine Federal Counsel (Resolution nr. 1482 from 1997), which covers genital surgical reconstruction. Clinical visits are scheduled weekly or biweekly depending on the progress of treatment. The work comprises four different phases: the first are medical and psychological appraisals to reach a precise diagnosis. In the second phase, patients are submitted to Hormone Therapy, with quarterly laboratory check-up. The third phase is the preparation for surgery and the surgery itself. The fourth phase is the post surgery follow-up. Here the patients are so helped with clarification and incentive to self-discover of his new genitals. At this point he is he is psychological supported in his feelings concerning the adequacy to his new status. Finally he is oriented to the authorities to change his legal paper with the new gender.

Keywords: Gender of Identity Disturb; transsexuals; genital surgical reconstruction.

Neste ambulatório o atendimento se faz por trabalhos conjuntos entre médicos e psicólogos, o que tem propiciado o desenvolvimento de novos recursos e técnicas para o atendimento interdisciplinar que os problemas sexuais requerem. Atendemos a uma grande demanda de variadas queixas sexuais femininas, já que estamos situados em um serviço de ginecologia de atendimento público e, porque o Instituto é ponto de referência tradicional, para encaminhamento dos mais variados problemas ginecológicos e reprodutivos.

No que diz respeito às dificuldades vinculadas às questões de gênero o relato de diferentes queixas, com intensidades variadas e advindas de diversas etiologias são freqüentes. Queixas de mal formações genitais (intersexo e

agenesia de vagina), os conflitos heterossexuais, homossexuais, bissexuais, os travestis, e a transexualidade. Condições, quase tão frequentes quanto as disfunções sexuais presentes neste ambulatório.

Nossa vivência prática com as pessoas, que apresentam conflitos ou inversões de suas identidades de gênero, inicialmente se estruturou através do atendimento aos indivíduos denominados – intersexo, ou seja, indivíduos com mal formações genitais ou genitais ambíguos – Denominados atualmente de Estados Intersexuais.

Sob o ponto de vista médico, segundo Canella (1997), há distúrbios de gênero que se originam do processo do determinismo e da diferenciação sexual e se evidenciam, por alterações mais ou menos perceptíveis na genitália externa. Na prática é a presença ou ausência de um falo, que determina o sexo legal, no entanto ele pode estar presente ou ausente indevidamente, desencadeando uma criação incorreta, propiciando em alguns casos o desenvolvimento do sexo psicossocial oposto, ao sexo genético ou gonádico do indivíduo.

Algumas síndromes encontram-se significativamente vinculadas às diferenciações sexuais e ao encéfalo, e dentre elas citamos: Insensibilidade aos Andrógenos em indivíduos XY com TDF-ativo, Deficiência de 5 Alfa Redutase em XY e, Hiperplasia Adrenal Congênita. Pessoas, que em certas circunstâncias, foram criadas como pertencentes a um determinado sexo (aquele para o qual, acreditou-se ser seu genital o mais semelhante), porém, mais tarde, as características sexuais secundárias, apresentavam-se inversas ao que se imaginou inicialmente. E, sua identidade de gênero, comprometida em vários casos. Problemas que como se pode presumir, criam transtornos, não só orgânicos como também psíquicos, levando o indivíduo: a sentimentos de mutilações, inadequações, desvalias, inferiorizações e, conseqüentemente, a vivência de fortes crises de ansiedade.

Outra mal formação, que gera problemas no desenvolvimento integral da identidade de uma pessoa, é a agenesia de vagina. Esta mal formação, segundo Canella (op cit.), nem sempre se enquadra entre os estados intersexuais, como ocorre nos casos de feminilização testicular. A agenesia vaginal ocorre em mulheres sem alterações físicas externas, apresentam-se fenotipicamente femininas e geneticamente normais. A queixa vem à tona, quando a menarca não acontece. Assim ao chegarem ao hospital, já se encontram com identidade sexual desenvolvida; porém na maioria das vezes, vivenciam fortes conflitos, em função de não se sentirem adequadas às

funções do seu sexo, precisando de apoio, tratamento médico-psicológico e sexológico para suas dificuldades.

Além dos problemas anteriormente relatados e originários de etiologias orgânicas, freqüentam este ambulatório, indivíduos homossexuais com fortes traços femininos e, sentindo-se extremamente perdidos, quanto as suas reais identificações. Travestis, muitas vezes confusos em relação à sua condição e, sem qualquer suporte médico ou psicológico, apesar da utilização, de vários tipos de medicações hormonais. E indivíduos transexuais. A todos, atendemos, dentro do limite do possível e do legalmente permitido, para cada diagnóstico específico. Portanto, nos casos de intersexo, trabalhos multidisciplinares envolvendo reestruturação endócrina, atendimentos psicológicos e processos cirúrgicos, já faziam parte do atendimento neste Hospital, há muitos anos. A partir de 1999, baseados na resolução nº 1482 de 10/09/97, do Conselho Federal de Medicina, implementamos um projeto específico, para o atendimento aos portadores de Transtorno de gênero (transexualidade). Projeto que passou a ter, também o objetivo de chegar-se, à cirurgia de transgenitalização – desejo maior de todo transexual.

Sexualidade transcende aos limites do sexo. Mistura-se às pulsões, à nossa própria forma de ser, às emoções, energias, sentimentos, fantasias, desejos e significados. Algo que não pode ser claramente delimitado fica pressuposto nas relações e nas percepções de quem observa ou sente. Mas não necessariamente é explicitado em sexo propriamente dito. As dimensões da Sexualidade Humana transitam pelos vários aspectos de nossa humanidade: aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sócio culturais, interpessoais, afetivos e cognitivos. Para Andrade-Silva (1999), na espécie humana, o desejo e a atividade sexual extrapolam e muito, a necessidade procriativa. Sofrem interferências múltiplas, advindas desde o período fetal, passando pelas inter-relações parentais, os vínculos afetivo-sensuais, as normas morais e religiosas, os interditos sociais, os processos de inter-relações pessoais, o apaixonamento, o equilíbrio hormonal enfim, a saúde física, psíquica e social que caracterizam e diferenciam cada indivíduo.

Culturalmente a sexualidade de homens e mulheres, possui padrões de comportamentos nitidamente diferenciados. Sendo que a maioria destas diferenças encontra-se vinculada aos conceitos de masculinidade e feminilidade (ou papel de gênero). Processos que ultrapassam os limites das diferenças biológicas e vinculam-se, a uma série de pressupostos comportamentais qualitativos determinados socialmente. E, todo e qualquer deslize no sentido constitucional, seja ele orgânico ou psicologicamente determinado, acarreta sérios

conflitos e angústias na estruturação da personalidade, no comportamento relacional e na identidade de gênero.

A sexualidade encontra-se presente em todas as fases da vida do ser, e para Canella (1997), as semelhanças e diferenças entre os dois sexos são muitas e complexas, pois este processo, que se estrutura ao longo de várias etapas, engloba interferências biopsicosociais, que interagem sobre a estruturação do indivíduo. O longo percurso da diferenciação sexual envolve características específicas em cada estágio de sua evolução. O que exige a consideração de cada estágio, para melhor compreender a formação do todo. O fato é que não há dois caminhos, mas sim um caminho com numerosas encruzilhadas e, mesmo no período fetal, onde cada um toma a direção masculina ou feminina, a maioria pega a mesma direção, compatível com o sexo genético inicial a cada nova enruihada: gonádica, hormonal, genital interno e externo, legal e psicossocial; porém alguns não.

A identidade de gênero, segundo Money (1981), constitui-se por um sentimento subjetivo de sentir-se homem ou mulher – É o senso de si mesmo.

Tal conceito é extremamente complexo, formado por componentes conscientes e inconscientes, estruturados em diferentes épocas do desenvolvimento e advindo de diversas influências. Onde o genital externo, as relações parentais, a linguagem e a capacidade cognitiva são fatores que influenciam esta constituição. A forma de integração destes fatores, com o que já veio estruturado do período fetal, através das relações genéticas e neuroendócrinas, na constituição do chamado cérebro de gênero, constituirá a base do sentimento de acreditar-se menino ou menina, o que ocorre já nos primeiros anos, após o nascimento. Em nossa estrutura social, fortemente dicotômica, a identidade pessoal e o reconhecimento de si mesmo, perpassam pela identidade sexual ou de gênero, sendo praticamente impossível a uma pessoa, desenvolver qualquer senso de identidade, sem situar-se como homem ou mulher (ANDRADE-SILVA, 2002).

Segundo Erikson (1976), W. James, já em 1800, descrevia aquilo que mais tarde chamou-se Identidade. Sentimento profundo e intensamente vivo, percebido através de uma voz íntima, que nos fala: isto é o que realmente sou.

Desde o início, a criança receberá influências de uma série de normas diferenciando o que se espera de um menino ou de uma menina, em termos de papel de gênero ou papel sócio-sexual. Tal diferenciação se dará, através de prescrições sociais ditadas pelas Instituições e, exigidas como formas adequadas de comportamento, para ser aceito enquanto homem ou mulher. O que segundo Andrade-Silva (1999), pode criar conflitos entre o que se

deveria ser ou aparentar e o que se consegue sentir e demonstrar. Pois, quando as críticas à forma de ser são demasiado intensas e constantes, os sentimentos de desvalia podem levar ao desenvolvimento de conflitos quanto a ser realmente um homem ou uma mulher. E os abalos podem incidir tanto nos papéis, quanto em identidades conflituadas ou mesmo em uma orientação sexual confusa ou inferiorizada.

A orientação sexual é a manifestação, que uma pessoa percebe como sua forma de sentir-se atraída e interessada sexualmente. É a forma de expressão da direção que o impulso sexual toma, em relação ao objeto de desejo e realização sexual. O desejo sexual advém de uma pulsão inerente ao ser humano, porém desenvolve formas próprias de manifestação, em função da constituição biopsicossocial de cada indivíduo.

Apesar de na maioria das sociedades, o comportamento heterossexual ser a orientação sexual mais freqüente, atividades homossexuais e bissexuais foram constantes em alguns momentos da vida de algumas pessoas e/ou são, realmente as atitudes mais adotadas por uma parcela de indivíduos, em algumas culturas em determinadas épocas. Durante muitos anos, em nossa tradição ocidental judaico-cristã, a heterossexualidade foi a única forma de orientação sexual considerada “normal”. Por muito tempo, a homossexualidade foi considerada uma doença congênita, advinda de falhas genéticas e predisposições do sistema nervoso. O termo homossexual caracteriza pessoas, que têm desejos sexuais por indivíduos do mesmo sexo. Porém, apesar das várias idéias negativas que se associaram em torno dos indivíduos com orientação homossexual, em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria, decidiu tirar o homossexualismo do rol das doenças psiquiátricas.

Porém, assim como na heterossexualidade, as formas de ser e sentir-se homossexual, são extremamente variadas e, em alguns casos, encontramos indivíduos homossexuais extremamente afeminados ou masculinizados a maior parte do tempo. E, para alguns, as percepções quanto a sua identidade, encontram-se fortemente confusas.

No que se refere à estruturação das orientações sexuais, até o momento uma série de estudos e pesquisas no campo da genética, psicologia, sociologia e das interferências hormonais de estruturações cerebrais durante o período fetal, têm apontado algumas diferenças entre indivíduos homo e heterossexuais, porém nenhum estudo pode ser considerado como conclusivo, quanto à origem destas diferenças. Pois um traço comportamental complexo, como a orientação sexual, provavelmente não será determinado por um único

gene, uma única alteração neuroendócrina ou uma única experiência de vida. Provavelmente é multifatorial, como afirma Groski (2003).

Schore (1994), apoiado no estudo de inúmeros autores, entre os quais Wilson, McEwen, Domasio, faz uma significativa compilação dos conhecimentos sobre as bases neuroendócrinas do dimorfismo sexual na função e nas estruturas do córtex cerebral, assinalando a influência dos esteróides sexuais. Estes hormônios atuam durante um período chamado crítico, na vida fetal e até 18 meses após o nascimento, na maturação e no desenvolvimento da assimetria e lateralização do cérebro.

Kandel (1997), estudando os fundamentos da neurociência mostra que os esteróides sexuais, no período pós-natal da embriogênese cerebral, organizam o desenvolvimento dos circuitos neurais alterando sua morfologia, modulando o crescimento dos dendritos, influenciando na formação das sinapses e na localização das sinapses terminais. Hoje, já não se pode aceitar somente a preponderância dos processos cognitivos, adquiridos pela criação dos indivíduos na diferenciação do comportamento de gênero, parece haver um componente significativo preso à diferenciação neurohormonal do sistema nervoso.

Segundo Gorski (2003), estudos têm apontado que, o núcleo sexualmente dimórfico da área pré óptica humana, foi descrito como significativamente maior, incluindo mais neurônios em machos que em fêmeas. Porém a diferença só é observada após 5 anos de idade. E um outro núcleo hipotalâmico intersticial do hipotálamo anterior, o 3 (INAH-3), também é maior em homens que em mulheres. Assim como em estudos post-mortem, Dick Swaab e col (apud Groski. op cit.), têm apontado que o núcleo central do núcleo intersticial da estria terminal, é volumetricamente maior no homem que na mulher. Observando-se que o volume do núcleo, não varia em função da orientação sexual no homem, mas em transsexuais cirurgicamente transformados de homem para mulher, o volume encontrava-se reduzido àqueles encontrados nas mulheres, apontando para uma possível relação entre distúrbios na estruturação do encéfalo e a transsexualidade.

Dentre os distúrbios vinculados ao gênero, parece-nos necessário ressaltar as diferenças entre indivíduos Travestis e pessoas diagnosticadas com Distúrbio da Identidade de Gênero. As confusões são freqüentes, porém trata-se de dois diagnósticos distintos.

O travestismo caracteriza-se pelo uso de roupas e acessórios culturalmente determinados ao sexo oposto, podendo estes indivíduos, travestir-se com-

pletamente ou simplesmente utilizar-se de determinadas peças específicas. Tal uso tem como objetivo parecer pertencer ao outro sexo e/ou obter excitação através do uso do traje. Porém, tais comportamentos podem apresentar-se de maneira constante ou ocorrer esporadicamente. A libido de tais pessoas está, na maioria dos casos, em boa forma e elas utilizam seus genitais, para obter prazer: em contatos heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Comportamento, que varia de pessoa para pessoa ou de época para época, durante a vida destas pessoas. Em certos casos, as linhas divisórias para um diagnóstico preciso, entre alguns indivíduos travestis e a transexualidade, necessita-se de tempo e precisão. Já que algumas vezes, os conflitos vividos em relação às suas identidades, em função das várias pressões sociais e de traumas relacionais, irão exigir da equipe, diagnósticos diferenciais apurados, em função das confusões de identidade, vividas também por indivíduos travestis.

Disforia de gênero é o sentimento de infelicidade ou depressão quanto ao próprio sexo. O Manual de Diagnósticos e Estatísticas, IV (1994), da Associação Americana de Psiquiatria, conceitua e apresenta vários componentes do que chama “distúrbio de identidade de gênero”. “Uma forte e persistente identificação cruzada de gêneros, ou seja, o desejo de ser, ou a insistência em que é do outro sexo”;... “não apenas um desejo por qualquer suposta vantagem cultural em ser do outro sexo, mas evidência de um persistente desconforto com o sexo que lhe foi atribuído, ou um sentido de impropriedade do papel sexual daquele gênero”; “diagnóstico excludente de “condição intersexual física”; “presença de “angústia ou impedimentos clinicamente significantes em áreas importantes como a social, a ocupacional, etc.”; “ausência de outro diagnóstico psiquiátrico”.

O transexualismo caracteriza-se pelo sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e seu corpo físico, são indivíduos com “cabeça” feminina em um corpo de homem, ou psiquicamente homens com um corpo de mulher. Lutam pela necessidade de coerência entre suas percepções pessoais e sua aparência externa. Querem alterar seu corpo e os rótulos biológicos e de gênero que lhes foram determinados. Seu corpo é percebido como um erro. Necessitam de apoio psicológico, intervenção hormonal e cirúrgica, para “consertar” um corpo, que acreditam anormal em relação ao seu sentimento mais íntimo e subjetivo de “ser”. Acreditam que seu sexo psicológico, é inverso ao seu sexo genético, gonádico, hormonal, legal e de criação.

Não obtém prazer sexual simplesmente por vestir-se com roupas do outro sexo. Ao contrário, sentem-se normal e adequadamente vestidos de acordo

com seu sexo psicológico, percebendo-se com orientação heterossexual. Na maioria das vezes seu desejo sexual é baixo e, em muitos casos, não toleram nem olhar para os seus genitais, quanto mais tocá-los para obter prazer com eles. Quando se envolvem em relacionamentos sexuais, em geral fantasiam e simbolicamente se vêem, com a imagem sexual que se percebem e não com a anatomia que têm, escondendo-a o melhor que podem, para que o parceiro não a veja ou tente tocá-la.

Tudo indica hoje, que tal condicionamento, encontra-se associado a cérebros cujo dimorfismo, não se enquadra no fenótipo desenvolvido pelo indivíduo, porém, ainda não estão completos os estudos, sobre o cérebro de gênero, desenvolvidos pelos neurocientistas. No entanto, estas pessoas sofrem intensas pressões pessoais e constantes marginalizações sociais, sujeitando-se a vários sofrimentos, para que possam adequar seu corpo, ao que percebem de si mesmos em sua estrutura psíquica.

Na medida em que, não se conhece até então, qualquer intervenção que modifique a estruturação mental de um indivíduo transexual, ou seja, se altere sua identidade de gênero, o único método possível de reabilitação para esta condição, é a mudança do sexo anatômico, no sentido de alívio de sofrimento. No entanto, como se trata de procedimento irreversível e que envolve aspectos biopsicosociais, é necessário diagnóstico diferencial o mais preciso possível, no intuito da menor incidência de erro.

De acordo com a Associação Internacional de Disforia de Gênero (Harry Benjamin, 1995), Disforia de Gênero é considerada como sendo o ponto extremo das desordens de identidade de gênero, caracterizada entre outras coisas, por uma busca constante pela cirurgia de redesignação sexual. Para tal, precisa-se contar com uma equipe treinada e com experiência nos quadros de psicoterapia geral e terapia sexual e de gênero. Sendo o diagnóstico diferencial básico, pois os procedimentos de transformação são irreversíveis (Ramsey, 1998).

Nosso objetivo tem sido desenvolver de modo mais preciso avaliações clínicas, diagnóstico diferencial adequado e tratamentos específicos, para os diferentes portadores deste problema. Para tal, procedemos: Avaliação física (anatomo-fisiológica); Avaliação continuada (psicológica e psiquiátrica), durante o tratamento; Avaliação, análise e instalação de tratamentos endocrinológicos necessários; Avaliação e análise seqüencial da adaptação sócio- psicológica destes indivíduos; Avaliação e análise sexual; Avaliação e análise das possibilidades cirúrgicas – Cirurgia quando indicada pela equipe e Avaliação pós-cirúrgica, quanto a adaptação anatomo-funcional, psicológica e sexual

da pessoa ao seu novo genital e “status” social. Além de apoio, as necessárias documentações legais. .

Quanto aos critérios de participação no Programa, estes englobam: pessoas com suspeita de transexualismo; adultos com mais de 21 anos; e a assinatura de consentimento informado.

O acompanhamento pode ser dividido em quatro fases: Primeira Fase – quando os pacientes passarão por uma série de *avaliações* físicas, orgânico-funcionais, genitais, hormonais, psicológicas, psiquiátricas e sexológicas. Procedimentos realizados em consultas previamente marcadas em intervalos regulares, de acordo com as necessidades do paciente e da equipe, durante dois anos consecutivos.

Dentre as avaliações médicas desta etapa citamos: Anamnese e exames físicos quanto à normalidade da constituição anatomo-funcional dos genitais. Avaliação quanto aos tratamentos e medicações anteriormente utilizados. Alterações físicas em andamento, quando do ingresso do paciente no projeto. Doenças e outros tratamentos anteriores.

Quanto às avaliações psicológicas *procedemos*: Anamnese e acompanhamento constante, pelos mesmos profissionais. Avaliação de relações familiares, escolares, sociais, profissionais e afetivo-sexuais. Evolução e sentimentos em relação à identidade, identificação, papel e orientação. Relacionamentos sexuais. Testes de personalidade e inteligência tais como: MMPI – Raven. Dinâmica com grupo de iguais.

Após esta primeira fase, quando se pretende, já ter constituído um diagnóstico diferencial, passa-se a:

Segunda Fase – Processo de Reposição Hormonal: A reavaliação será trimestral através de dosagens de: FSH – LH – Androstenediona – Testosterona livre e total – Dehidroepiandrosterona – Dihidrotestoteron – Estroma – Estradiol – Colesterol total e frações – Ureia – Creatinina – Glicose – T3 – T4 e TSH. Através destas avaliações sistemáticas, a reposição hormonal, será feita com as drogas mais adequadas a cada indivíduo.

Este rigoroso acompanhamento tem por objetivo, chegar a um diagnóstico seguro, que indique a a possibilidade de transgenitalização. O tratamento é definitivo e, quando realizada a transgenitalização, não há possibilidade de retorno. Assim, os pacientes declarados como portadores de transexualismo pela equipe e, que não forem portadores de outros transtornos mentais e/ou

características físicas impróprias para a cirurgia, passarão a ser preparados para a efetiva transgenitalização. (Tal preparo envolve informações claras quanto ao procedimento à que irão se submeter, assim como esclarecimento de dúvidas, tempo de internação, cuidados necessários etc.) Nos casos em que os pacientes tenham parceiros de longo curso, é desejável que participe nesta etapa, no sentido de preparar o “casal”.

Terceira fase – Tratamento Cirúrgico.

Como vimos o transexual apresenta um sexo anatômico, genético e gonádico, discordante do sexo psicossocial. As operações necessárias à mudança do sexo anatômico, consistem em uma série de procedimentos de ablação e reconstrução de estruturas, que nem sempre resultam em órgãos plenamente funcionais e muito menos se revelam esteticamente perfeitos.

Tratamento Cirúrgico de Homem para Mulher – Este procedimento realiza-se em uma única etapa no que se refere à transgenitalização. Nesta fase, contamos com a colaboração do Prof. Dr. Jalma Jurado, esperte neste tipo de cirurgia, empregando a técnica denominada Retalho Tubular Vasculonervoso ilhado da pele peniana, como proposto por Jurado (2002) e que Canella e Andrade-Silva (2003), apresentam resumidamente:

- 1) Paciente em posição ginecológica ou de litotomia. 2) Incisão na região perineal, em “U” invertido preparando-se um retalho de pele que será usado na confecção de parte da parede vaginal posterior. 3) Criação de um espaço em forma de túnel cruento do períneo à partir do centro tendinoso, situado entre o reto e a bexiga. 4) Incisão mediana da bolsa escrotal individualizando-se bilateralmente os cordões espermáticos e seus vasos até a altura do anel inguinal externo. 5) Ligadura dos cordões e exérese dos testículos. 6) Incisão da base do pênis, deixando-se retalho triangular com vértice para o púbis. 7) Eversão do pênis com exposição da uretra da região bulbar até a glande. 8) Liberação e secção da uretra na altura do sulco coronariano e preservação do feixe vâsculo-nervoso dorsal. 9) Remoção de cerca de $\frac{3}{4}$ da túnica albugínea e dos corpos cavernosos até a glande. 10) O retalho obtido com a pele peniana é invertido e ancorado ao fundo do túnel cruento, antes preparado, ficando no fundo a glande. 11) A uretra é passada por transfixação da pele, seccionada e suturada nos bordos da pele em sua situação anatômica feminina. 12) O restante da mucosa uretral é aproveitado para confeccionar-se uma estrutura que mimetiza o clitóris. 13) Aproveitamento do retalho cutâneo perineal na confecção da parede vaginal posterior e recomposição

das estruturas vulvares, em especial os grandes lábios, pela criação de retalhos cutâneos com a pele da bolsa escrotal. 14) A vagina criada é mantida com tamponamento (molde de espuma).

Tratamento Cirúrgico de Mulher para Homem – Os procedimentos cirúrgicos nestes casos evoluem em etapas como referido por Canella et al (2003): 1) Mastectomia Bilateral e Reconstituição. 2) Histerossalpingooforectomia videolaparoscópica. 3) Osqueoneoplastia e 4) Faloneoplastia. Para a primeira fase contamos com a colaboração do Dr. Cláudio Rebelo e da Dra. Mônica Rezano. Para a segunda fase, com o Dr. José Augusto Machado.

A Neofaloplastia foi descrita na Rússia em 1917 (apud Farina, 1987 e Carson, Kirby, Goldstein, 1999). Na primeira metade do século XX surgiram as técnicas da Neoplastia pelo método Russo – Anglicano ou de Frumkim-Gillies. Em 1984, Chang e Huang (apud Whitehead, 1994 e Hellston, 1997), usaram o retalho com a pele do antebraço vascularizada e inervada para a formação da neouretra e o tubo peniano, que assim passaria a possibilitar sensibilidade ao neofalo. Conhecido como método do retalho chinês, tendo ótimos resultados em casos pediátricos ou na reconstrução de amputações totais ou parciais do pênis, porém, quando utilizado em pacientes transexuais, a reclamação acontece em relação ao tamanho do neofalo, sendo necessário o uso de técnicas de microcirurgia vascular.

Neofaloplastia abdominal ou Método Russo-Anglicano ou Frumkim-Gillies, seguem a seguinte seqüência: 1) Uretro neoplastia vulvo-pubiana. 2) Uretro faloneoplastia. 3) Deslocamento do retalho. 4) Transplante e sutura do neopênis. 5) Secção do pedículo suprapubiano e retoque da extremidade do neopênis. 6) Prótese peniana: semi-rígida ou hidráulica ou neofaloplastia inguinal. Obtendo-se segundo os autores anteriormente citados, melhor irrigação do neopênis pela artéria circunflexa ilíaca superficial.

Alguns autores segundo (Noe & Cols. apud Farina, 1987), preferem não fazer a uretroneoplastia durante a faloplastia, colocando no tubo de Maltz abdominal, próteses de silicone, mencionando que 9 de 12 operados referem orgasmo e, referindo que o que importa, é o aspecto estético e sexual, não a função urológica da micção.

Em nosso serviço, em função das capacidades relacionais e sexuais, que nossos clientes apresentam, com seus clitóris aumentados em função da hormonioterapia, com parcerias afetivo-sexuais fixas e utilização de pênis artificiais, para uso cotidiano e micção de pé, além de um outro tipo de pênis artificial, para a penetração vaginal; após serem esclarecidos, quanto às diversas etapas

cirúrgicas, necessárias para a construção de um neofalo, suas possíveis complicações e limitações, optaram pela não realização desta etapa.

Segundo os relatos dos pacientes, atualmente percebem-se com aparência masculina, pela utilização de hormonioterapia, o que os deixa mais seguros e com o clitóris maior. Já não têm mamas o que lhes incomodava sobremaneira e, também já não têm útero, trompas e ovários, o que os faz sentirem-se mais livres da feminilidade indesejada. Acham esta etapa cirúrgica muito longa, complicada e, não gostam dos resultados dos quais têm notícias. Além de terem prazerosas relações sexuais com suas parceiras, que aceitam e têm prazer com os pênis artificiais, por eles utilizados. Em função do anteriormente referido, desejam a osqueoneoplastia. Etapa que se realiza em dois tempos: 1) Colpotomia e coalescência dos grandes lábios entre si após prévia desepitelização da face medial dos mesmos. 2) Três meses depois, colocação de próteses testiculares de silicone no neoscroto formado pelos grandes lábios. O que segundo eles dará ao seu genital, uma aparência masculina, só que com um pênis pequeno.

Quarta Fase – Pós Cirúrgico. Após o procedimento cirúrgico, o cliente deverá ser acompanhado sistematicamente. Inicialmente em intervalos semanais, depois quinzenais durante os primeiros três meses e, mensalmente nos 12 meses posteriores. Sendo que a pessoa terá toda a liberdade de recorrer ao ambulatório, sempre que necessário.

Nossa experiência tem mostrado que o acompanhamento constante nas etapas, pré e pós cirúrgicas, tem sido essencial, para o êxito de nosso trabalho. Não podemos esquecer que trabalhamos com pessoas, extremamente ansiosas pela resolução de suas inadequações e, para tal, são capazes de arriscarem-se em situações nada seguras. E como sabem que o tratamento regulamentado exige dois anos de acompanhamento, muitas vezes, por influência de conhecidos, por aquilo que vêem na mídia ou lêem na internet, sentem-se muito tentadas a realização de tratamentos, que na maioria das vezes, lhes causam mais problemas que soluções. Porém arriscam-se. E temos percebido, que se conseguimos formar vínculos de confiança e apoio com nossos pacientes, poderemos minimizar o risco de tais situações.

No que se refere ao acompanhamento pós cirúrgico, temos percebido, que o acompanhamento semanal, com observação das cicatrizações, explicações e orientações específicas, tem sido essencial para o controle de possíveis complicações, para o desenvolvimento de auto conhecimento de seu novo

genital e futuro cuidado e segurança para uso sexual. Nos casos de cirurgia de masculino para feminino, nossas pacientes têm relatado prazer e orgasmo à penetração, no máximo após seis meses de cirurgia. Nos casos de feminino para masculino, obtêm orgasmo através do atrito do pênis artificial sobre o clitóris durante a penetração – mecanismo passado de um para o outro durante os atendimentos de grupo.

Os sentimentos de felicidade e satisfação apresentam-se imediatamente após os procedimentos cirúrgicos, apesar de todo desconforto real, que tais processos determinam. Porém a realização do sonho, como constantemente mencionado, parece inibir a percepção de incômodos maiores. Os relatos posteriores de adaptação, integração, felicidade e melhoria de auto estima são a constante. Seguidos pela necessidade de agilizar documentos emitidos pela equipe do Projeto, para andamento de processo junto à defensoria pública, para alteração de identidade legal. Segundo Vieira (1996), processo necessário para sua completa integração ao meio social e principalmente profissional.

Referências bibliográficas

- ANDRADE-SILVA, M.C. Formação e desenvolvimento da Identidade Sexual ou Identidade de Gênero. In Marcos Ribeiro (org.), *O Prazer e o Pensar*. p. 39-53. Rio de Janeiro: Gente, 1999.
- ANDRADE-SILVA, M.C. (2002). Sexualidade. In Jorge Martins (org.) *Caminhos para o Bem Estar*. p. 187-200. Rio de Janeiro: EPUB, 2002.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DISFORIA DE GÊNERO – HARRY BENJAMIM. *Padrões de Conduta – a resignação sexual hormonal e cirúrgica de pessoas com disforia de gênero. Minuta revisada*. Minneapolis, USA, 1990.
- CANELLA, P.R.B. e ANDRADE-SILVA, M.C. Projeto de Gênero e Transgenitalização – Apresentação de dois casos clínicos. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 14 (2):267-288. São Paulo: Iglu, 2003.
- CANELLA, P.R.B. e NOWAK, L. D. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: ANDRADE-SILVA, M.C.; SERAPIÃO, J. J.; JURBERG, P. (org.) *Sexologia – Fundamentos para uma visão Interdisciplinar*. p.90-171. Rio de Janeiro: Editoria da UGF, 1997.
- CANELLA, P.R. B. *Medicina Sexual*. Meio Digital CD. Produção própria. 2002.
- CARSON, C.; KIRBY, R.; GOLDSTEIN, I. *Textbook of erectili dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media, 1999.
- DORNELLES, C. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- ERIKSON, E.H. *Identidade Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FARINA, R. *Cirurgia Plástica Urogenital*. São Paulo: Santos, 1987.
- GORSKI, A. R. Diferenciação Sexual do Sistema Nervoso. In KANDEL, E.R.; SCHUARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. (org.). *Princípios de Neurociência*. p.1131-1148. São Paulo: Manole, 2003.
- JURADO, J.; EPPS-QUAGLIA, D.R.; INÁCIO, M. Transsexualismo Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. In CORONHO, V.; PETROIANU, A., SANTANA, E.M.; PIMENTA, L.G. (org.) *Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina*. São Paulo: Cultura Médica, 2002.
- KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H. AND JESSEL, T.M. (Eds.) *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1997.
- MESQUITA, W. P. Presidente do Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1482:97*. Brasília: D.O.U. de 19 de setembro, 1997.
- MONEY, J. e TUCKER, P. *Os papéis Sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- RAMSEY, G. *Transsexuais: perguntas e respostas*. São Paulo: Summus, 1998.
- SCHORE, A.N. The Origins of Infantile Sexuality and Psychological Gender. In *Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology of Emotional Development*. (Cap.20). New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1994.
- VIEIRA, T.R. *Mudança de Sexo: Aspectos Médicos, Psicológicos e Jurídicos*. São Paulo: Santos, 1996.
- WHITEHEAD, E.D., NAGLER, H.M. *Management of Impotence and Infertility*. Philadelphia: Saunders Comp, 1994.