

revista brasileira de
SEXUALIDADE HUMANA

volume 17 nº 1 2006

revista brasileira de
SEXUALIDADE
HUMANA


Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 17 - Número 1 - Janeiro a Junho de 2006
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 2005/2007

PRESIDENTE: Oswaldo Martins Rodrigues Jr. (SP)

VICE-PRESEIDENTE: Maria do Amparo Caridade (PE)

SECRETÁRIO GERAL: Hugues Costa de França Ribeiro (SP)

TESOUREIRO: Ângelo Almansa Monesi (SP)

DIRETORA DE PUBLICAÇÕES: Ana Cristina Canosa Gonçalves (SP)

DIRETORIA DE RELACIONAMENTO COM OS ASSOCIADOS: Zenilce Vieira Bruno (CE)

DIRETOR DE CERTIFICAÇÃO DE TITULAÇÃO: Jorge José Serapião (RJ)

Conselho Deliberativo – Biênio 2005/2007

Jaqueline Brendler (RS)

Márcio Ruiz Schiavo (RJ)

Maria do Carmo de Andrade e Silva (RJ)

Paulo Roberto Canella (RJ)

Pedro Jurberg (RJ)

Ricardo da Cunha Cavalcanti (BA)

Raquel Simone Varaschin (PR)

Comitê Científico – Biênio 2005/2007

Carmita Abdo (SP)

Celso Marzano (SP)

Helena Theodoro (RJ)

José Carlos Reichelmann (SP)

Marize Bezerra (RJ)

Rita de Cássia Araújo A. Mendonça (RN)

Luiz Otávio Torres (MG)

Maria Lucia Badaloti Tavares (PR)

Balbina Lemos (BA)

Mariluzza Terra Silveira (GO)

Eliane Picoli Zondan (RS)

SBRASH

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

Tel.: (0xx11) 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 (SP)

EDITOR ASSISTENTE: Paulo Roberto Bastos Canella (RJ)

EDITOR ASSISTENTE: Hugues Costa de França Ribeiro (SP)

INDEX

ISSN 0103-6122 *Periódico indexado em: Edubase (Faculdade de Educação/UNICAMP – São Paulo/Brasil)*

Conselho Editorial da Revista Brasileira de Sexualidade Humana

Tereza Cristina Fagundes (BA) – UFBA

Maria Alves de Toledo Bruns (SP) – USP

Maria Virginia Grassi (PR) – UFPR

Paulo Rennes Marçal Ribeiro (SP) – UNESP

Fernando Teixeira (SP) – UNESP

Sonia Mello (SC) – UDESC

Pedro Junberg (RJ) – UGF

Mary Neide D. Figueiredo (PR) – UEL

Mauro Cherobim (SP) – UNESP

Elucir Gir (SP) – USPPR

Marcelo A. Tonietle (SP) – USP

João Benévolo (RN) – UFRN

REDAÇÃO E ENVIO DE ORIGINALS

A/C Editora Geral: Ana Cristina Canosa Gonçalves

Rua Comendador João Gabriel, 67

04052-080 Mirandópolis São Paulo, SP.

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Comunicarte Agência de Responsabilidade Social

Av. das Américas, 1155 – Tel. (0xx21) 2494-2886

22631-000 Rio de Janeiro, RJ

PRODUÇÃO EDITORIAL

Iglu Editora Ltda.

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

05043-020 São Paulo, SP

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Real Produções Gráficas Ltda.

Rua Cons. Furtado, 324, cj. 1211 – Tel. 3207-5050

01511-000 São Paulo, SP

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 17 - Número 1
Janeiro a Junho de 2006

SUMÁRIO

- 9 **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**
- 19 **EDITORIAL**
- 23 **TRABALHOS DE PESQUISAS**
- 25 **MUDANÇAS PROVOCADAS PELO CÂNCER NA VIDA SOCIAL E SEXUAL DO PACIENTE E SEU CÔNJUGE**
CHANGES CAUSED BY CANCER IN THE SOCIAL AND SEXUAL LIVES OF PATIENTS AND PARTNERS
Carlos Alberto Dias; Joelma Ana Espíndula; Anna Júlia Bravim Vilela
- 39 **ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO**
- 41 **UM BREVE OLHAR HISTÓRICO SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE**
A BRIEFING TO LOOK HISTORICAL ON THE HOMOSEXUALITY
Marcelo Augusto Toniette
- 53 **EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIDEPRESSIVOS SOBRE A SEXUALIDADE**
SIDE EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS ON SEXUALITY
Joaquim Dias do Nascimento Filho
- 81 **SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO**
SEX, SEXUALITY AND GENDER
Paulo Roberto Bastos Canella
- 101 **RELAÇÕES AMOROSAS NA ADOLESCÊNCIA**
LOVE RELATIONSHIP BETWEEN TEENAGERS
Ana Cristina Canosa Gonçalves
- 123 **ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE DA DIVERSIDADE SEXUAL E OS RELACIONAMENTOS AFETIVOS COM O DIREITO**
SOME REFLECTIONS ABOUT THE INTERFACE OF SEXUAL DIVERSITY AND AFFECTIONATE RELATIONSHIPS WITH LAW
Tereza Rodrigues Vieira

- 141 RESENHA DE LIVRO
- 143 A CIÊNCIA DO ORGASMO
Jaqueline Brendler
Livro: *The Science of Orgasm* – Barry R Komisaruk, Carlos Beyer-Flores & Beverly Whipple
- 147 NOTÍCIAS DA SBRASH
- 149 PROVA DO III CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TESH DA SBRASH
SALVADOR. 2006
- 175 FICHA PARA ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADE
- 176 PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana (R.B.S.H.), órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, é uma publicação semestral a ser distribuída aos associados da SBRASH, é vendida por assinatura ou em números avulsos. A RBSH visa a divulgação de trabalhos cujo objeto de estudo seja qualquer das facetas da sexualidade humana. Os textos a serem publicados devem ser trabalhos originais e seguir as Normas da Revista, baseadas nas Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT): Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação (NBR 10520, 2002 – *em vigor*) e Informação e documentação Referências – Elaboração (NBR 6023, 2002, *em vigor*). 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” ou CD, dentro das seguintes seções:

- a) Artigos opinativos ou de atualização.
- b) Trabalhos de Pesquisa.
- c) Estudos de caso. Devem conter referências de um caso
- d) Resenha de Livros
- e) Resenha 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. *Tópicos* é seção reservada a manifestações do corpo editorial da revista.

6. A apresentação dos textos nas categorias: *Artigos Opinitivos, Trabalhos de Pesquisa e Estudos de Caso*, 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 até 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: *Sistema autor-data*, sendo a indicação da fonte feita pelo sobrenome do autor ou pelo nome de cada entidade responsável, seguido da data de publicação, do documento e da(s) página(s) da citação. A citação literal de um texto precisa estar entre aspas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. As citações diretas, no texto, com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem as aspas. 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. Citações de obras antigas e reeditadas devem trazer a data de publicação original/ data de publicação consultada. O sobrenome dos dois autores de um mesmo artigo devem ser citados sempre que o artigo for referido; já artigos escritos por três a cinco autores, os mesmos devem ser citados 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. Cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al. e data para os artigos escritos por seis ou mais autores: Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados. As referências abreviadas Id. (Idem – mesmo autor); Ibid. (Ibidem – na mesma obra); op.cit (Opus citatum – obra citada), dentre outras, só podem ser usadas na mesma página ou folha da citação a que se referem, seguidas da data e página referente ao autor ou obra citada, entre parênteses: (Ibid., 1999, p. 6).

Alguns exemplos de citação no texto:

A chamada “pandectística havia sido a forma particular pela qual o direito romano fora integrado no século XIX na Alemanha em particular.” (LOPES, 2000, p. 225)

Diversos autores salientam a importância do “acontecimento desencadeador” no início de um processo de aprendizagem (CROSS, 1984; KNOX, 1986; MEZIROW, 1991).

Bobbio (1995, p.30) com muita propriedade nos lembra, ao comentar essa situação, que os “juristas medievais [...] de Sacro Império Romano.”

Merriam e Caffarella (1991) observam que a localização de recursos tem um papel crucial no processo de aprendizagem autodirigida.

De fato, semelhante equacionamento do problema conteria o risco de se considerar a literatura [...], para a teologia (JOSSUA; METZ, 1976, p.3).

Para Freud (1915-1974), mesmo que a relação mãe-bebê se expresse [...] dos primeiros contatos corporais, e eternamente insatisfeito.

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...].

“[...] o viés organicista da burocracia estatal e o antiliberalismo da cultura política de 1937, preservado de modo encapuçado na Carta de 1946.” (VIANNA, 1986, p. 172 apud SEGATTO, 1995, p. 214-215).

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional ou regional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos de teleconferência incluem o uso da televisão,

telefone, e computador. Através de áudio-conferência, utilizando a companhia local de telefone, um sinal de áudio pode ser emitido em um salão de qualquer dimensão (NICHOLS, 1993, p. 181).

“[...] para que não tenha lugar a produção de degenerados, quer físicos quer Moraes, misérias, verdadeiras ameaças á sociedade (SOUTO, 1916, p. 46, grifo nosso).

“[...] desejo de criar uma literatura independente, diversa, de vez que, aparecendo o classicismo como manifestação de passado colonial [...]” (CANDIDO, 1993, v.2, p. 12, grifo do autor).

“Ao fazê-lo pode estar envolto em culpa, perversão, ódio de si mesmo [...] pode julgar-se pecador e identificar-se com seu pecado (RAHNER, 1962, v. 4, p. 463, tradução nossa)

As *Referências bibliográficas* dizem respeito a lista de autores e obras citados no texto. Obras consultadas que não forem citadas no texto devem vir listadas em separado como *Bibliografia consultada*.

As referências ou bibliografia deve ser listadas em ordem alfabética à partir do sobrenome do autor, seguido do título, edição, local, editora, data de publicação e páginas.

Exemplos de Referências bibliográficas:

1. Artigos e/ou matéria de revista, boletim, etc.

DIAS, C. A.; ALVES, J. M. Reflexões sobre a escolha da parceria conjugal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 15, n. 1. p. 113-133, 2004. São Paulo: Iglu. 2004.

COSTA, V. R. À margem da lei: o programa Comunidade Solidária. **Em Pauta**: revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 12, p. 131-148, 1998. (Se a revista científica for paginada por fascículo, incluir o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, apos 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 ate que o artigo seja publicado.

3. Artigo e/ou matéria de revista, boletim etc. em meio eletrônico:

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. **Net**, Rio de janeiro, nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: <<http://www.brazilnet.com.br/contextos/brasilrevistas.htm>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

4. Artigos e/ou matéria de jornal:

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, caderno 8, p. 13.

5. Artigos e/ou matéria de jornal em meio eletrônico:

ARRANJO tributário. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza, 27 nov. 1998. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

6. Monografia no todo – Inclui livro e/ou folheto (manual, guia, catálogo, enciclopédia, etc.) e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, entre outros).

GOMES, L.G.F.F. **Novela e sociedade no Brasil**. Niterói: EdUFF, 1998.

FERREIRA, L. P. (org). **O fonoaudiólogo e a escola**. São Paulo: Summus, 1991.

PASSOS, L. M. M.; FONSECA, A.; CHAVES, M. **Alegria de saber: matemática, segunda série, 2, primeiro grau: livro do professor**. São Paulo: Scipione, 1995.

RUCH, G. **História geral da civilização: da Antiguidade ao XX século**. Rio de Janeiro: F. Briguiet, 1926-1940. 4v.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Catálogo de teses da Universidade de São Paulo, 1992**. São Paulo, 1993. 467 p.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Publication manual** (4ª ed.) Washington, DC: Autor, 1994.

BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). **Relatório da Diretoria-Geral: 1984**. Rio de Janeiro, 1985. 40 p.

7. Monografia no todo em meio eletrônico

ALVES, C. **Navio Negroiro**. [S.I.]: Virtual Books, 2000. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/virtualbooks/freebook/port/Lport2/navionegroiro.htm>>. Acesso em: jan. 2002, 16:30.

8. Parte de Monografia (inclui capítulo, volume, fragmento e outras partes de uma obra, com autor(es) e/ou título próprios).

ROMANO, G. Imagens da juventude na era moderna. In: LEVI, G.; SCHMIDT, J. (Org). **História dos jovens 2**. São Paulo; Companhia das letras, 1996. p. 7-16.

9. Parte de Monografia em meio eletrônico
POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 1998. disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo>>. Acesso em: 8 mar. 1999.
10. Evento como um todo
X CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 2005, Porto Alegre. **Sexualidade**. Anais. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005.
11. Evento como um todo em meio eletrônico:
CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPe, 4., 1996, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: UFPe, 1996. Disponível em: <<http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>>. acesso em: 21 jan. 1997.
12. Trabalho apresentado em evento, mas não publicado:
FÉRES-CARNEIRO, T. **A transformação das relações familiares no mundo contemporâneo**. Trabalho apresentado no II encontro sobre Direito de Família em Discussão, Rio de Janeiro, RJ, dez, 1998.
13. Trabalho apresentado em evento com resumo publicado em anais:
TONIETTE, M. A; LILIENTHAL, L. A. (Re)pensando pontos de partida no trabalho com as dificuldades sexuais a partir da Curva de Contato proposta por Joseph Zinker. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 10., Porto Alegre, 2005. **Anais**. Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005, p.129.
14. Trabalho apresentado em evento em meio eletrônico:
SABROZA, P. C. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Mesa-redonda. Disponível em: <<http://www.abrasco.com.br/epirio98/>>. Acesso em: 17 jan. 1999.
15. Teses ou Dissertações não publicadas:
MORGADO, M.L.C. **Reimplante dentário**. 1990. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)–Faculdade de Odontologia, Universidade Camilo castelo Branco, São Paulo, 1990.
16. Comunicação pessoal:
Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

Anexos:

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

Figuras e Tabelas:

Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página. As figuras e tabelas não poderão exceder 11,5 X 17,5cm. É imprescindível citar autor, título (quando não existir, deve-se atribuir uma denominação ou a indicação Sem título, entre colchetes), data e especificação do suporte e listar nas referências bibliográficas. *Exemplo:* KOBAYASHI, K. **Doenças dos xavantes**. 1980. 1 fotografia

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.

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: acanos@uol.com.br

EDITORIAL

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana (RBSH) e a Diretoria da SBRASH – Sociedade Brasileira para os Estudos em Sexualidade Humana – institui o Prêmio de Menção Honrosa de Melhor Artigo.

Serão avaliados para Menção Honrosa os artigos que forem aceitos pelo Conselho editorial da revista, aqueles que sejam inéditos, que tenham no máximo quatro (4) autores e que ao menos um(1) autor seja sócio da SBRASH e os que seguiram todas as normas para publicação. Artigos que não cumpram essas características podem ser publicados, mas não serão avaliados pela Comissão Editorial para o Prêmio de Menção Honrosa de Melhor Artigo.

Os artigos serão selecionados nas categorias:

- artigos opinativos
- artigos de revisão de literatura
- artigos de pesquisa
- estudos de caso

Apenas um artigo a cada período de dois anos em cada categoria receberá a menção Honrosa de melhor artigo publicado na RBSH. Concorrem os artigos publicados a partir da RBSH volume 16, ano 2005.

A cada revista publicada, a Diretoria da SBRASH solicitará a Comissão Editorial que vote nos melhores artigos. Os resultados da premiação serão anunciados pela Diretoria de Publicações através de boletim eletrônico e ficarão disponibilizados no *site* da SBRASH.

O prêmio, de valor científico, consiste em um Certificado de Menção Honrosa de Melhor Artigo assinado pela Presidência e pela Diretoria de Publicações da SBRASH, no qual constam o nome do(s) autor(es), o título do artigo e a categoria de sua premiação. A premiação ocorrerá sempre durante os Congressos Brasileiros de Sexualidade Humana, significando serem concedidos a cada dois anos. Exceções serão decididas pela Diretoria.

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana é um periódico importante que torna público e acessível os estudos de sexualidade que tem sido

realizados por colegas de várias áreas. O prêmio tem como objetivo valorizar e estimular a produção científica, além de reconhecer aqueles que melhor tem contribuído para a qualidade de nossa revista.

Assim sendo, esperamos receber novos trabalhos!

Um abraço

Ana Cristina Canosa Gonçalves
Editora

TRABALHOS DE PESQUISAS

MUDANÇAS PROVOCADAS PELO CÂNCER NA VIDA SOCIAL E SEXUAL DO PACIENTE E SEU CÔNJUGE

Carlos Alberto Dias¹; Joelma Ana Espíndula²; Anna Júlia Bravim Vilela³

CHANGES CAUSED BY CANCER IN THE SOCIAL AND SEXUAL LIVES OF PATIENTS AND PARTNERS

Resumo: O surgimento do câncer traz muitas mudanças tanto na vida do paciente quanto de seu cônjuge. Sofrerão alterações na rotina familiar, na vida social e conseqüentemente na vida conjugal, ocorrendo muitas vezes um distanciamento sexual o que justifica a necessidade de novas formas de prazer. Prover meios para que se garanta tal benefício é de suma importância. Nessa situação a força da conjugalidade é o maior bem na vida do casal. O presente trabalho tem como objetivo conhecer o funcionamento da vida social e afetiva dos pacientes com câncer identificando mudanças ocorridas a partir do aparecimento da doença. Para essa investigação, utilizou-se pesquisa de campo mediante entrevistas domiciliares. Para 36% dos entrevistados, a doença promoveu uma maior união do casal, 36% consideram que não houve mudanças no relacionamento; 21% que piorou, e 17% continuam vivendo bem, mas sem intimidade amorosa.

Palavras-chave: câncer; vida conjugal; relação sexual.

Abstract: Cancer brings many changes to patients' and their partners' lives. There will be problems with their family routines and also with their partners. Sexuality is an important aspect of the quality of life and cancer

¹ Doutor em Psicologia Clínica e professor pesquisador da Universidade Vale do Rio Doce, MG. e-mail: cdias@univale.br

² Mestre em Psicologia e Professora de Psicologia Hospitalar da Universidade Vale do Rio Doce, MG. e-mail: joelmaespindula@hotmail.com

³ Estudante de Psicologia e participante do programa BIC/UNIVALE. e-mail: ajbvilela@hotmail.com

patients may experience sexual problems. However, they can be helped with sexual issues, for example, opening them up for new ideas or ways of thinking, such as looking for other experiences that they enjoy and how to get more pleasure out of sex. So, this paper has a specific purpose: to know cancer patients and their social and affectionate lives, identifying changes since the beginning of the illness. A case study was done with interviews at patients' homes. 36 percent (= 36%) confirmed that there were no changes in their lives; 21 percent (=21%) said that their lives became worse and 17 percent (=17%) continued living well, but without sexual intimacy.

Keywords: cancer; conjugal life; sexual relationship.

Introdução

Por câncer, entende-se um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e os órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (KLAUSNER, 1998; BRASIL, 2004). Nos países desenvolvidos, essa doença é a segunda causa de morte, sendo superada apenas pelas cardiovasculares. Diferentemente no Brasil, as mortes não naturais, fruto da violência, ocupam o segundo lugar, estando o câncer, em terceiro (LOPES, IYAYASU, LOPES, ALMEIDA & CASTRO, 2004).

Dois grupos de causas levam um indivíduo a desenvolver o câncer: causas externas e internas. A primeira relaciona-se ao meio ambiente e aos hábitos ou ao estilo de vida da pessoa inserida num contexto social. A interna, na maioria das vezes, está relacionada a fatores hereditários ou genéticos. Quando algum parente de primeiro grau do paciente teve o câncer, esta ocorrência é diretamente associada ao atual aparecimento da doença. Acredita-se que 80% a 90% de todos os cânceres são causados por fatores ambientais ou por estilo de vida (JOHNSTON & SPENCE, 2001; OTTO, 2002).

O tabagismo é responsável por mais de 80% dos casos de câncer de pulmão diagnosticados nos homens e 45% nas mulheres. Além do câncer de pulmão, o uso do tabaco está associado ao câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, colo-uterino, rim e bexiga (BRASIL, 2004). O consumo excessivo, ou até mesmo regular do álcool, pode também originar câncer de pescoço, laringe, cabeça e, em menor escala, no fígado e no pâncreas. Além do tabaco e do álcool, o comportamento sexual inadequado e o regime alimentar são desencadeadores no desenvolvimento do câncer.

De acordo com o Instituto Nacional de Cancerologia (INCA), o câncer de mama é, sem dúvida, o tipo mais temido pelas mulheres. No Brasil, este é o câncer de maior incidência entre as mulheres, e o segundo tipo mais freqüente no mundo. Previu-se que para 2005, 49.470 novos casos em mulheres seriam diagnosticados no Brasil.

O câncer de próstata é um dos que mais preocupa a população masculina. Segundo dados do BRASIL (2004), tal doença é a segunda causa de óbitos por câncer em homens sendo superado apenas pelo de pulmão. Estimou-se para 2005 o surgimento de 46.330 novos casos para este tipo de câncer e 25.790 novos casos para o câncer de pulmão.

Diante da suspeita de câncer, torna-se necessário uma avaliação cuidadosa para a determinação do diagnóstico. Ocorrendo um diagnóstico positivo, o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Atualmente, diversos são os tipos de tratamento do câncer. Dentre os mais prescritos estão: o cirúrgico, o radioterápico e o quimioterápico. Tais procedimentos podem ser usados tanto de forma isolada quanto de forma combinada (JONHSTON & SPENCE, 2001; OTTO, 2002).

Os resultados do tratamento do câncer dependem de aspectos que se relacionam ao indivíduo, ao tipo de tumor e à instituição de saúde em que ele é tratado. Quanto aos aspectos individuais, há que se considerar a condição clínica e psicológica do paciente, o tratamento proposto, e os efeitos deste tratamento na sua vida pessoal e social (HAWIGHORST-KNAPSTEIN, FUSS HOELLER, FRANZ, TRAUTMANN, SCHMIDT, PILCH, 2004).

Os cuidados paliativos também são essenciais no momento em que não há possibilidade de cura do câncer. Deve-se avaliar qual o melhor tipo de cuidado que se pode oferecer ao paciente mesmo que se encontre em fase terminal. Nesse sentido, toda a equipe, geralmente multidisciplinar, deve estar atenta para promover maior bem-estar tanto no aspecto físico quanto no psicológico desse indivíduo, de seu cônjuge e de sua família. Nesse caso, deve-se levar em consideração o contexto social, cultural e econômico em que o indivíduo está inserido (FRANCO, 1998). A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos nos termos seguintes:

[...] abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual (BRASIL, 2004).

Metodologia

Esta pesquisa teve como objetivo identificar mudanças na vida social e sexual do paciente e seu cônjuge, provocadas pelo câncer. Para a realização desse estudo foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de levantamento (survey). Na pesquisa bibliográfica foram identificados e estudados artigos publicados em revistas, livros e meios eletrônicos sobre o tema que serão sinteticamente apresentados na parte reservada à discussão. No levantamento, procedeu-se à entrevista com 31 pacientes e seus respectivos cônjuges. O tempo médio por entrevistas foi de cinquenta minutos. Os participantes estavam inscritos no Instituto de Oncologia e Radioterapia de Governador Valadares, no Estado de Minas Gerais, e no Grupo de Apoio e Prevenção Oncológica (GAPON) da mesma cidade. Uma vez fornecida a relação dos pacientes com seus respectivos telefones, entrou-se em contato com os mesmos, anunciando a realização da pesquisa. Na oportunidade, foi explicitado o objetivo e a importância desse estudo e verificado o interesse dos mesmos em fazer parte da investigação. A partir do consentimento dos pacientes e de seus cônjuges, foi marcado o horário para a realização das entrevistas no domicílio dos participantes. O período de coleta de dados foi de novembro de 2004 a junho de 2005. Em alguns casos, em função das condições do paciente entrevistado, até três visitas domiciliares foram necessárias para o fechamento do formulário.

Resultados

A amostra foi constituída de 11 (35,5%) sujeitos do sexo masculino e 20 (64,5%) do sexo feminino. Entre os homens, a idade média era de 48 anos e entre as mulheres, 51. A maior parte dos pacientes possui o Primeiro Grau (64,5%) sendo em número reduzido os analfabetos (6,5%) e aqueles que possuem o nível Superior (9,7%) de escolaridade. Na totalidade os sujeitos são casados (90,3%) ou possuem companheiros fixos (9,7%). Quanto à filiação religiosa, o número de católicos (87,1%) é em maior número que os protestantes (12,9%).

Conforme se pode observar pela tabela I, a maioria dos pacientes tomou consciência de que estavam com câncer a partir do aparecimento dos sintomas (51,6%). Foi observado que a capacidade de perceber o estado de saúde em que se encontravam esses indivíduos era independente de seu sexo e do nível de escolaridade.

Modo de descoberta	Citações	Porcentagem
Aparecimento dos sintomas	16	51,60%
Pela confirmação do médico	8	25,80%
Leitura de exames de rotina	7	22,60%
Total	31	100,00%

Tabela I: Meio de descoberta do câncer.

Embora o diagnóstico de câncer seja percebido como um atalho entre a vida e a morte, a atitude mais adotada pela maioria dos entrevistados é a de aceitação (71%). Não se trata aqui de um processo de resignação, mas de compreensão de seu estado de saúde e de adaptação aos procedimentos necessários para a eliminação da doença ou dos sintomas. O desespero (16,1%) é a segunda reação mais freqüente, conforme pode ser observado na tabela II.

Reação	Citações	Porcentagem
Aceitei a realidade: a doença, o tratamento e implicações	22	71,00%
Desespero, não podia acreditar	5	16,10%
Outro	3	9,70%
Recorri a outros médicos e tratamentos alternativos	1	3,20%
Total	31	100,00%

Tabela II: Reação dos pacientes diante do diagnóstico de câncer.

Quando questionados sobre as possíveis causas de terem contraído câncer, 36,4% dos homens não conseguem esboçar uma hipótese. Os demais, 53,7%, atribuem o fato ao fumo, à bebida, à má alimentação e a fatores hereditários. Já entre as mulheres, apenas 25,0% não sabem a que atribuir a doença, as demais, 75,0%, consideram como principais motivos os fatores hereditários e o sofrimento emocional provocado por rejeições familiares e por dificuldades conjugais.

Conforme a tabela III, o maior apoio sentido pelos pacientes vem dos familiares (35,6%), dos amigos (22,1%) e do cônjuge (15,4%). O apoio sentido pelos pacientes, proveniente da equipe de saúde (12,8%), do grupo religioso (10,7%) e dos grupos de apoio (3,4%), somam apenas (26,9%). Esses dados revelam que a família em sentido amplo e as relações de amizade, que se estabelecem ao longo da vida do casal, são de fundamental importância nos momentos de maior dificuldade no tocante à saúde. Há entre esses elementos uma sensibilidade e uma predisposição a se compadecerem daqueles que se encontram em situação de maior fragilidade.

Apoio	Citações	Porcentagem
Familiares	53	35,60%
Amigos	33	22,10%
Cônjuge	23	15,40%
Equipe de Saúde	19	12,80%
Grupo Religioso	16	10,70%
Grupo de Apoio	5	3,40%
Total	149	100,00%

Tabela III: Fontes de apoio recebido pelos pacientes.

Em termos globais, verificou-se que a partir da doença, a participação tanto do doente quanto de seu cônjuge em atividades sociais torna-se extremamente reduzida. Via de regra estabelece-se entre ambos uma relação de necessidade que os torna interdependentes e menos dispostos a atividades individualizadas. No rol das atividades desenvolvidas em companhia do cônjuge, as que se realizam com maior frequência são: assistir à TV (44,4%), receber visitas (16,7%), visitar amigos (13,0%) e fazer orações (13,0%). Já no tocante à realização das atividades domésticas três situações foram observadas conforme a tabela IV. Deve-se ressaltar que a prática mais comum dentre os entrevistados é a redistribuição de tarefas entre os membros da família (54,8%). É perceptível que a atitude adotada pela família está intimamente ligada à situação econômica de seus membros.

Situação das tarefas domésticas a partir da doença	Citações	Porcentagem
Redistribuição de tarefas entre familiares	17	54,8%
A empregada continua a executar todas as tarefas	9	29,0%
A mulher continua a executar todas as tarefas	5	16,2%
Total	31	100,0%

Tabela IV: Realização de tarefas após o surgimento da doença.

Quanto aos recursos financeiros para enfrentamento da doença e posterior superação dela, são provenientes em sua maioria do salário recebido pelo cônjuge ou pelo casal (55,8%). Boa parte dos entrevistados (23,3%) conta com ajuda financeira de familiares. Outras fontes como: instituições beneficentes e de apoio aos familiares de paciente com câncer contribuem apenas para 20,9% dos sujeitos da amostra, conforme apresentado na tabela V.

Ajuda Financeira	Citações	Porcentagem
Cônjuge	24	55,80%
Familiares	10	23,30%
Órgãos e instituições de Apoio	9	20,90%
Total	43	100,00%

Tabela V: Ajuda financeira recebida.

Diversas são as mudanças ocorridas no relacionamento conjugal, a partir do surgimento da doença. Por aproximação foi possível organizá-las em quatro grupos apresentados na tabela VI. Considerando as alterações que tanto a doença quanto o tratamento produzem sobre o corpo do paciente, observa-se que além do estado físico, a auto-estima tende a sofrer perdas, às vezes, irreparáveis. É por tal motivo que uma das ocorrências mais comuns seja a modificação no comportamento sexual do casal. Isso explica o fato de que 35,5% dos entrevistados revelaram que com a doença houve uma redução da atividade sexual ou a sua eliminação. Nesse contexto, as angústias provocadas pela possibilidade de ser traído, e pelas desavenças por ter ocorrido efetivamente um relacionamento extraconjugal, colocam ainda mais em risco a possível recuperação e bem-estar do sujeito doente bem como torna incerta a continuidade do relacionamento conjugal.

Vale salientar que o distanciamento sexual não significa necessariamente inexistência de manifestações de carinho e de afeto. Apenas 12,9 % dos entrevistados consideram que, a partir da doença, não mais ocorreram manifestações de carinho e de afeto vindos de seu cônjuge.

Mudanças	Citações	Porcentagem
As relações sexuais diminuíram ou deixaram de ocorrer	11	35,50%
Não ocorreram mudanças	9	29,00%
Ocorreu um maior afastamento afetivo entre o casal	6	19,40%
Ocorreu uma maior aproximação afetiva entre o casal	5	16,10%
Total	31	100,00%

Tabela VI: Mudanças no relacionamento conjugal a partir da doença.

Quando interpelados sobre a frequência com que passaram a fazer amor após o surgimento da doença, os resultados foram bem mais surpreendentes do que aqueles relativos às mudanças no relacionamento com o parceiro. 58,1% dos entrevistados revelaram que não mais fizeram amor com o

cônjuge. Para outros 16,2%, a frequência do ato sexual é extremamente reduzida, tal como apresentado na tabela VII.

Frequência	Citações	Porcentagem
Uma vez por semana	8	25,8%
Uma vez a cada quinze dias	2	6,5%
Uma vez por mês	2	6,5%
Raramente	1	3,2%
A partir da doença, não mais fizemos amor	18	58,0%
Total	31	100,0%

Tabela VII: Frequência das relações sexuais a partir do surgimento da doença.

Discussão

Além dos dados coletados por ocasião da pesquisa de campo, vale considerar nesse estudo aqueles obtidos por ocasião da pesquisa bibliográfica. Mesmo com o aumento do índice de cura de diversos tipos de câncer (DIB, 2003), ainda é muito frequente a associação entre a doença e a morte, o que provoca nos familiares e no paciente, pavor, medo e sofrimento (FRANCO, 1998; KOVÁCS, 1998; PAIVA & PINOTTI, 1988).

Frequentes têm sido os estudos acerca do sofrimento psicológico e da perda da qualidade de vida que o câncer acarreta para a vida do paciente e de seu cônjuge (FRANCO, 1998; KOVÁCS, 1998; PAIVA & PINOTTI, 1988). Numa pesquisa feita com pacientes com câncer em estado avançado, KOVÁCS (1998) relata que a maioria dos pacientes entrevistados denuncia uma piora na qualidade de vida depois do câncer. A dor é o sintoma físico mais relevante, que interfere em vários aspectos da vida do paciente, como andar, alimentar, mexer, impossibilitando o desenvolvimento de muitas das tarefas cotidianas.

Mesmo que o enfermo seja o mais atingido biopsicossocialmente pela doença, seu cônjuge sofre conseqüências, pois seu contexto de vida é modificado por uma situação que, embora prevista, nunca é seriamente cogitada. Frequentemente, para não ocorrer perda da qualidade de vida, outros membros da família se encarregam de satisfazer as necessidades emocionais e financeiras da casa, procurando suprir a falta deixada pelo paciente. Diante disso, o paciente muitas vezes sofre de uma ansiedade enorme, ocasionada por essa dependência sentida tanto financeiramente, como na realização de suas atividades habituais (MELO, ARAÚJO, OLIVEIRA, 2002). Desde

a hospitalização até a rotina familiar, o doente sofre a perda do seu espaço, da liberdade, da privacidade e da própria autonomia, passando a necessitar de médicos, enfermeiros, pessoas antes desconhecidas, além de amigos e de familiares. Esta situação torna o paciente dependente em diversos setores de sua vida provocando sentimentos de separação, de perda e de solidão, favorecendo o surgimento de episódios depressivos (PAIVA & PINOTTI, 1988; YUNTA, 2000).

Foi observado que em torno da doença, ocorre também uma simbologia particular relativa à possibilidade de contaminação do companheiro que não foi acometido pelo câncer. A crença nessa questão tende a levar o paciente a adotar uma postura de isolamento, temendo aproximações íntimas como a relação sexual com o cônjuge. A falta de informação pode fazer com que o próprio parceiro também se distancie pelo medo de ser contaminado (PAIVA & PINOTTI, 1988). Sendo assim, é fundamental que o casal busque se informar adequadamente a respeito da doença, para que o desconhecimento não venha atrapalhar sua vida conjugal.

Diante dessas dificuldades, a comunicação se constitui no principal instrumento de superação do câncer. A informação da enfermidade é importante para não gerar mal estar e desconfiança entre o casal. Segal (1994) observa que os casais que tentam vencer a dor e o sofrimento sozinhos, isolados um do outro, não compartilhando a tristeza, tendem a considerar mais difícil o processo da doença e do tratamento.

É inegável que o cônjuge possua um papel fundamental durante o tratamento do câncer. É necessário que os dois saibam que um diagnóstico desta doença não quer dizer o fim do relacionamento sexual do casal. Mesmo que durante o tratamento ocorram alterações, distanciamento ou pausa nas relações sexuais, ao término deste período, dependendo do tipo de câncer, o casal pode reestruturar-se e voltar ao relacionamento normal. Por ser a sexualidade um aspecto essencial na vida do casal, quando um dos cônjuges adocece, ambos devem ser orientados para que as alterações nessa esfera do relacionamento não sejam motivos para o distanciamento ou até mesmo a separação conjugal (FRANCO, 1998; PAULA, 2004). A busca do bem-estar entre os dois pode trazer de volta os prazeres e a alegria de viver que, muitas vezes, são perdidos a partir do câncer. O interesse do casal em encontrar outras formas de obter prazer e reconstruir a intimidade é sinal de presença do amor e da essência da vida conjugal. A promessa de estarem juntos na saúde e na doença se concretiza quando as alterações causadas pela doença não produzem o fim da relação conjugal (ABRALE, 2003).

Então, o tratamento traz algumas limitações para o paciente, o que faz com que a pessoa sinta perda de sua integridade, com isso pode diminuir a auto-imagem, a auto-estima e, por isso, ser desconsiderado pelos outros. Diante dessa realidade, é importante ter um psicólogo que ajude o casal a dialogar e a refletir sobre as diferentes possibilidades de buscar o prazer, além do ato sexual. A utilização de artifícios para a melhoria da imagem corporal como o uso de lenços e perucas, arrumar-se da maneira que mais lhe agrade é significativo, principalmente para as mulheres, que valorizam a beleza e a vaidade. Participar de atividades de lazer, trocar carícias e beijos com o cônjuge, são opções que além de propiciar o aumento da auto-estima do paciente, tendem a aumentar a cumplicidade do casal na luta contra a doença (PAULA, 2004).

Os resultados da pesquisa de Paula (2004), realizada a partir de conversas com pacientes portadoras de câncer de mama, demonstraram que durante o tratamento, as mulheres que possuem companheiro, tanto esposo, como namorado ou parceiro, foram abandonadas pelos mesmos. Segundo a autora, existe uma dificuldade em acolher estes parceiros oncológicos, em interferir na vida sexual, deles em atender as queixas, as angústias e as insatisfações. Esta ocorrência se dá, principalmente, nos casos de mutilações nos pacientes com câncer, tende a afetar fortemente a auto-imagem do sujeito, sobretudo quando as partes estão diretamente ligadas à sexualidade e ou à representação de feminilidade ou de masculinidade. A mutilação produz o desgaste da auto-imagem levando o enfermo a se imaginar diferente, tornando-se incapaz de encarar a doença e a vislumbrar possibilidades de superação. Além disso, com a cirurgia, o paciente pode perder a intimidade com o parceiro, pela vergonha de se expor na “falta” do órgão retirado (MELO, et al., 2002; PAIVA & PINOTTI, 1988).

Bodega, D’Ancona, Moraes, Lavoura Jr., Santos e Netto Jr. (1996) observaram em uma pesquisa com pacientes submetidos a penectomia por câncer de pênis, que aqueles que contam com o apoio de uma companheira, mais facilmente aderem ao tratamento facilitando tanto a recuperação como a elaboração dos efeitos da doença e do tratamento.

Há casos em que o câncer e os tratamentos oncológicos podem acarretar algum tipo de disfunção sexual. Dados de pesquisa, feita por Schover, Montague & Lakim (1997), comprovam que 50% das mulheres que têm tido câncer de mama sofrem de disfunções sexuais prolongadas. O percentual é aproximadamente o mesmo observado em mulheres que têm tido câncer ginecológico. Nos homens com câncer de próstata, a disfunção sexual é

provavelmente perto de 70%, já nos casos de câncer testicular e da doença de Hodgkin 25% dos pacientes apresentam problemas sexuais duradouros (BALLONE, 2002).

A partir dessas informações, concretiza-se que muitas mudanças podem ocorrer na vida do casal, como a forma de ver a vida, o valor dado ao parceiro, a busca de uma relação intensa e verdadeira, a importância dada à comunicação, o repensar da vida sexual. Mesmo após o tratamento, as modificações ocorridas em tais variáveis continuarão a fazer parte da vida do casal, o que implica em uma reconstrução da vida em comum para que superem juntos as dificuldades existentes (ABRALE, sd).

Após o câncer, a vida sexual do paciente tende a ficar comprometida. Mesmo que tenha existido uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença, o stress emocional, a dor, a fadiga, o insulto à imagem corporal e a baixa auto-estima decorrente da doença e do tratamento, podem desorganizar o funcionamento sexual do casal (PAULA, 2004). As pessoas com câncer tendem a se sentir indesejáveis e não atraentes. Em termos globais, essa queda da auto-estima prejudica severamente a realização do ato sexual. Essa desorganização, que ocorre na vida do sujeito, quando não provocada por fatores orgânicos, o são, pelo menos, por dificuldades emocionais.

Muitas vezes, não há nenhuma disfunção ou problemas físicos, porém, a atividade sexual pode ser prejudicada por existir muitas preocupações acerca da doença, fazendo com que a sexualidade fique em segundo plano (BALLONE, 2002). O paciente se vê frente a muitos exames, a medicações e aos tratamentos, além de vivenciar muito sofrimento, muita angústia e ansiedade enquanto cria uma expectativa quanto à possibilidade de cura. Por mais que se espere um milagre, a possibilidade da morte está sempre presente no cotidiano daqueles que são acometidos pela enfermidade (PAIVA & PINOTTI, 1988; KOVACS, 1998; RODRIGUES, KAJIYA & GAZZI, 1991).

A sexualidade do paciente acometido pelo câncer e a influência da conjugalidade no processo de enfrentamento da doença são variáveis que merecem maior atenção de pesquisadores do campo da oncologia. É fundamental que os profissionais que atuem junto a pacientes oncológicos possam orientar seus pacientes acerca dos reais efeitos da doença e do tratamento sobre sua sexualidade, bem como da importância da conjugalidade para a superação das dificuldades. Isso é essencial para que não ocorram problemas vindos da falta de comunicação, como as fantasias de que o câncer pode contaminar o parceiro (a parceira) e a idéia de que a doença sempre representa o fim do

relacionamento sexual entre o casal. A ampliação dos conhecimentos nesta área é necessária para o avanço do tratamento de pacientes acometidos por diversos tipos de câncer.

É neste contexto que reside a importância da participação do psicólogo na equipe interdisciplinar para o tratamento de pacientes com câncer. O psicólogo pode intervir não só diretamente na comunicação com o paciente, como também junto ao cônjuge e aos seus familiares. Nessa intervenção, o psicólogo estará oferecendo suporte psicológico para que pacientes e familiares sejam capazes de encontrar meios para a superação das dificuldades surgidas a partir da doença. É função do psicólogo auxiliar o paciente, o cônjuge e os familiares a encontrarem um novo significado para a doença e para a dor. Se o câncer é sentido como uma sentença de morte e a dor como um “martírio”, devem os envolvidos ver no sofrimento e na dor uma possibilidade de crescimento pessoal e espiritual de todos.

Conclusões

O aparecimento do câncer na vida do casal tende a promover profundas mudanças tanto para os indivíduos quanto para a própria relação conjugal. Se anteriormente a participação dos cônjuges na vida da comunidade se fazia de forma mais intensa, apresenta-se um declínio nessa atividade. Tal declínio, que pode ser promovido pelas circunstâncias, se dá também porque para muitos o convívio social passa a ser sentido como insuportável. Insuportável, pois diante da vida e do prazer de viver existe um sentimento de proximidade da morte e perda de tudo aquilo de positivo que se procura construir através do trabalho e de uma conduta socialmente irrepreensível.

O distanciamento da vida social conduz a uma maior interdependência entre os cônjuges e, conseqüentemente, a um maior desgaste afetivo e emocional. Se antes um era ponto de referência para o outro, agora o que ocorre é que normalmente o não acometido pela doença, passa a ser suporte ou sustentação para levar adiante o ato de existir. Desse fato, ao mesmo tempo em que se pode desenvolver sentimentos de maior proximidade, de respeito e de ternura para com o membro doente, pode-se também desenvolver sentimentos de pena, de compaixão e, por conseqüência, um desejo de fuga para situações de menor sobrecarga emocional e de maior possibilidades de sentir novamente prazer. É, nesse momento, que podem surgir o risco do distanciamento, da prática de relações extra-conjugais, da intensificação do ciúme e o desejo de romper com o relacionamento conjugal.

O envolvimento de todos os familiares e amigos no apoio ao doente e ao seu cônjuge se torna, nesse contexto, fundamental. Há que se entender que o compromisso assumido no altar no momento de saúde, deve ser observado por aqueles que assistem, uma vez que sobre o cônjuge sadio as exigências se tornam extremas e contínuas. O cônjuge saudável deve ter sua carga de responsabilidade dividida com outros, e deve ainda ter momentos de prazer e de descontração em família, que nem sempre é possível na companhia do cônjuge doente. Afinal, além das exigências próprias do tratamento do outro, existe ainda, para a grande maioria, a falta do prazer sexual não só pela ausência de relações sexuais, como também pela reduzida qualidade das relações e principalmente da relação conjugal quando elas ocorrem.

Referências bibliográficas

ABRALE (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia). Câncer e Sexualidade. Net. São Paulo, s.d. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/apoio_paciente/cancer_sexualidade/index.php>. Acesso em: 30 dez. 2005.

BALLONE, G. Disfunção sexual nas pessoas com câncer. Net, 2002. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/cancer4.html>>. Acesso em: 18 abr. 2005.

BOTEGA, N.J.; D'ANCONA, C.A.L.; MORAES, C.; LAVOURA Jr., N.S.; SANTOS, J.K.; NETTO Jr, N.R. Sexualidade em pacientes submetidos a penectomia por câncer de pênis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 42, n. 1, p. 60-65, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2005: **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

DIB, L.L. O que é pior? Ter câncer ou ter medo de ter câncer? Net, 2003. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=10302>>. Acesso em: 15 de julho de 2005.

FRANCO, M.H.P. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, paciente e famílias. In: CARVALHO, M.M.M.J. (org.). **Resgatando o Viver: Psico-Oncologia no Brasil**. São Paulo: Summus, 1998. p. 159-185.

JONHSTON, P.G.; SPENCE, R.A.J. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KLAUSNER, R.D. Fatos sobre o câncer. Net., 1998. Disponível em: <www.hcancer.org.br> Acesso em: 02 jul. 2005.

HAWIGHORST-KNAPSTEIN, S.; FUSSHOELLER, C.; FRANZ, C.; TRAUTMANN, K.; SCHMIDT, M.; PILCH, H. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image – results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, n.2, 2004. p. 398-403. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=532682851&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=fc552928c02d2d831282ae8afbc5458a>. Acesso em: 20 abr. 2005.

KOVÁCS, M.J. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença In: CARVALHO, M.M.M.J.(org.). **Resgatando o Viver: Psico-Oncologia no Brasil**. São Paulo: Summus, 1998. p. 142-158.

LOPES, A.; IYAYASU, H.; LOPES, L.F.; ALMEIDA, E.deS.; CASTRO, R.M.R.P.S. **Oncologia para Graduação**. São Paulo: Tecmedd, 2004.

MELO, E.M.; ARAÚJO, T.L. de; OLIVEIRA, T.C.de; ALMEIDA, D.T.de. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.48, N.1. p. 21-28, 2002. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.

PAIVA, L.E.; PINOTTI, H.W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. *Revista Acta Oncológica Brasileira*, n.8. p. 125-132. São Paulo, 1988.

PAULA, S.T.C. A vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer de mama. *Net.*, 2004. Disponível em: <www.sbpo.com.br>. Acesso em: 20 abr. 2005.

RODRIGUES, C; KAJIYA, M.; GAZZI, O. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. *Revista Acta Oncológica Brasileira*, n. 11. p 123 a 126, 1991. São Paulo, 1991.

RODRIGUES, I.G.; ZAGO, M.M.F; CALIRI, M.H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil. *O Mundo da Saúde*, 27(1): 147-154, 2003.

SCHOVER, L.R.; MONTAGUE, D.K.; LAKIM M.M.. Sexual problems. In: DeVITA Jr., HELMAM, S.; ROSENBERG, S.A. **Cancer: Principles and Practice of Oncology**. Philadelphia: Lippincott-Ravem Publishers, 1997. p. 2857-2872.

SEGAL, S.M. **Desfazendo Mitos: Sexualidade e Câncer**. São Paulo: Ágora, 1994.

YUNTA, E. R. El sentido Del sufrimiento. Experiencias de los enfermos de cáncer. *ARS Méd.*, Vol.2 (3). p.73-88, 2000. Santiago, 2000.

ARTIGOS OPINATIVOS
E DE ATUALIZAÇÃO

UM BREVE OLHAR HISTÓRICO SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE*

Marcelo Augusto Toniette¹

A BRIEFING TO LOOK HISTORICAL ON THE HOMOSEXUALITY

Resumo: A atração afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo sempre existiu ao longo da história, nas mais diferentes sociedades e culturas, e nem sempre foi considerada indesejável ou doentia. O presente artigo, em um breve olhar histórico, propõe-se apontar alguns significados e sentidos da construção social da homossexualidade, bem como as principais conquistas nesse campo, em prol do reconhecimento de direitos. A compreensão da homossexualidade só se pode ser dada considerando-se a construção social da sexualidade humana, atentando para evitar uma perspectiva envolta no reflexo do discurso higienista que, a partir do século XVIII, patologizou a sexualidade humana, estabelecendo enquanto “norma” o modelo heterossexual, monogâmico, com o sexo voltado para a reprodução. Esse modelo compulsório favorece o surgimento da homofobia que discrimina, restringe, gera injustiça, desigualdade e sofrimento em pessoas. Diante da quebra de paradigmas de sexualidade que vislumbramos na atualidade, torna-se emergente ações voltadas para a aceitação da homossexualidade – assim como a aceitação da diversidade sexual – e de diretrizes inclusivas dessas possibilidades de expressão, em prol do bem-estar humano e do direito de amar em paz.

Palavras-chave: homossexualidade; sexualidade; direitos sexuais; preconceito; construção social.

* Artigo baseado na palestra “A história e a homossexualidade” apresentada no painel “Um olhar para a homossexualidade”, que aconteceu no X Congresso da SBRASH, Porto Alegre-RS, em outubro de 2005.

¹ Psicólogo e psicoterapeuta. Mestre e doutorando em Psicologia pela Universidade de São Paulo – IPUSP. Membro da SBRASH – Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana. Colaborador do Instituto Gestalt de São Paulo. e-mail: matoniette@uol.com.br

Abstract: The affective-sexual attraction between people of the same sex always existed to the long one of history, in the most different societies and cultures, and nor always it was considered undesirable or unhealthy. The present article, in a briefing to look at description, is considered to point some meanings and felt of the social construction of the homossexuality, as well as the main conquests in this field, in favor of the recognition of rights. The understanding of the homossexuality alone if can be given considering it social construction of the sexuality human being, attempting against to prevent a perspective confusedly in the consequence of the speech hygienist who, from century XVIII, “pathologied” the sexuality human being, establishing while “norm” the heterosexual, monogamous model, with the sex come back toward the reproduction. This obligatory model favors the sprouting of the homophobia that it discriminates, restricts, generates injustice, inequality and suffering in people. Ahead of the sexuality paradigm in addition that we glimpse in the present time, emergent action directed toward the acceptance of the homossexuality – as well as the acceptance of the sexual diversity – and of inclusive lines of direction of these possibilities of expression, in favor of human well-being and of the right to love in peace becomes.

Keywords: homossexuality; sexuality; sexual rights; prejudice; social construction.

O homem só existe no plural
Hannah Arendt

(Homo)sexualidade

Antes de adentrar nas questões relacionadas à história e a homossexualidade, julgo ser imprescindível iniciar um apontamento de que quando nos referimos à homossexualidade não estamos tratando de um fenômeno recortado e isolado da realidade humana. Falar da homossexualidade é falar da sexualidade humana, ou melhor, é falar da diversidade – ou pluralidade – da sexualidade humana, ressaltando percalços e agruras daqueles e daquelas que não se enquadram a uma hegemonia dita heterossexual e que tem o sexo como meio reprodutivo.

Falar da história da sexualidade humana é resgatar elementos para se compreender significados e sentidos dessa construção social, com a proposta de reconhecer as diversas constituições e possibilidades de sexualidade que vislumbramos na atualidade, as quais prefiro me referir enquanto *sexualidades*,

visando a aceitação e o estabelecimento de diretrizes inclusivas dessa diversidade. No sentido desse reconhecimento, o antropólogo Richard Parker (2002) mostra que as sexualidades, assim como as culturas, não devem ser interpretadas tendo como base linhas estáticas e determinadas, ou mesmo serem consideradas sistemas elegantemente unificados e internamente coerentes que, de algum modo, podem ser isolados e estudados, interpretados e compreendidos, comparados e contrastados, e vistos individualmente como exemplos de diversidade e diferença.

Nessa perspectiva, antes de compreender os significados e os sentidos da homossexualidade, é imperiosa a indagação sobre quais os significados que trazemos acerca da sexualidade humana. Certamente esse significado não será um consenso. Ao longo das últimas décadas somos testemunhas de que muitas vezes se estabelece aquilo que “é” sexualidade, enquanto um modelo fixo, porém, nem sempre considerando fatores sócio-culturais, além de ser acompanhado por uma precária reflexão sobre aquilo que exatamente estamos nos referindo, até mesmo devido a sexualidade ainda ser um tema tabu, um tema politizado, beirando o delicado território da normatização a partir de crenças e valores, ou mesmo o corporativismo de algumas áreas do saber, que reivindica para si o direito de estabelecer a “verdade” sobre o tema (TONIETTE, 2003). O que se apresenta hoje é que a homossexualidade – da mesma forma que a heterossexualidade – é resultante de fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim como as outras formas de expressão sexual.

No presente artigo refiro-me à sexualidade enquanto um fenômeno complexo e multifacetado, que pode ser definida tomando emprestada a contribuição da antropóloga Maria Luiza Heilborn (1999), que define a sexualidade enquanto:

“...uma dimensão interna dos sujeitos (VANCE, 1995), profundamente imbricada num modelo particular de construção de pessoa, no qual a interiorização e individualização são traços modeladores da subjetividade. Mais do que uma entidade universal, a sexualidade é uma unidade ficcional (WEEKS, 1986), dependente de um determinado contexto cultural e historicamente instruída como um domínio portador de sentido em si mesmo (FOUCAULT, 1977, p. 40-41).

Os significados e os sentidos dados à sexualidade transformam-se de forma dinâmica ao longo da história da humanidade, sendo que assim também o é com relação à homossexualidade. Em termos históricos, cabe ressaltar que a sexualidade se tornou foco de interesse quando, a partir do século XIX, o modelo higienista reforçou a idéia de sexualidade vinculada a aspectos morais, formatando-a em outros estilos e com novos fins, sendo que o sexo acabou se tornando, de acordo com Jurandir Freire Costa (2004), foco da

existência humana enquanto objeto da regulação médica, não por seus excessos, mas por suas deficiências, retomando a problemática sexual religiosa em outro estilo e com novos fins, sendo que a partir desse momento aquilo que não correspondia a uma “normalidade” – limitadamente pré-estabelecida – acabou recebendo o rótulo de “patologia”.

A atração afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo sempre existiu ao longo da história da humanidade, nas mais diferentes sociedades e culturas, e nem sempre foi considerada algo indesejável ou doentio. A influência do modelo higienista a partir do século XIX construiu a figura do “homossexual” em um contexto médico-legal, psiquiátrico, sexológico e higienista – de onde o próprio conceito surgiu – com a função de ser a antinorma do ideal de masculinidade requerido pela família burguesa oitocentista, que dividia os indivíduos entre suas preferências hétero ou homossexuais (COSTA, 2004), sendo que tais questões nada tinham de teóricas, mas sim, questões vinculadas ao aspecto jurídico-legal que tratava dos limites histórico-sociais do ideário burguês, então triunfante e em pleno apogeu (COSTA, 2002). Assim, fica evidenciado um elemento importante para a compreensão do como ao longo da história quase sempre a homossexualidade foi associada ao preconceito, sendo relacionada à pedofilia, transmissão de doenças, entre outros, reforçando um modelo abstrato de “naturalidade” ou de “normalidade”. Assim, a caracterização da homossexualidade é uma tarefa delicada, pois quase sempre estão atrelados a ela padrões morais e ideológicos, geralmente partindo do pressuposto do modelo da heterossexualidade compulsória.

Breve olhar histórico sobre a homossexualidade

Em um breve olhar histórico sobre a construção social da homossexualidade, temos que na Grécia Antiga ela tinha status privilegiado, na forma de pederastia, consistindo em parte da passagem de um rapaz, com idade entre 12 e 20 anos, para a vida adulta, sendo uma forma elevada de educação e transmissão de valores aristocráticos de uma geração a outra. Foucault (2001b) mostra que os gregos não se opunham ao relacionamento entre pessoas de sexos diferentes ou a relação entre pessoas do mesmo sexo. A repressão e o controle, ou a negatividade ética por excelência, eram direcionados não àqueles que tinham desejo afetivo-sexual pelo mesmo sexo, pelo sexo oposto, ou por ambos, mas sim, àqueles que tinham “comportamento frouxo”, ou eram passivos em relação aos prazeres, que consistia no comportamento de não resistir nem às mulheres e nem aos homens (FOUCAULT, 2001b; BRUNS & MARQUE, 2002). Aqueles que, independentemente do objeto sexual que escolhessem,

eram considerados “femininos” carregavam consigo os “... signos tradicionais dessa feminilidade – preguiça, indolência, recusa das atividades um tanto rudes do esporte, gosto pelos perfumes e pelos adornos, lassidão...” (FOUCAULT, 2001b, p.79). Fica evidenciado aqui a desigualdade entre gêneros, sendo considerados inferiores os atributos relacionados ao gênero feminino.

O Estado homofóbico nasceu mais tarde, na Europa Medieval, a partir das autocracias combinadas da Igreja e do Estado, sacralizando a sexualidade e estabelecendo o “ideal” heterossexual. Por volta de 1700, com a reforma puritana, houve a introdução das noções de bem e de mal absolutos, e os homens que mantinham relação com outros homens passaram a ser vistos como criminosos. Nesse período, o homossexual, por não apresentar comportamento que levasse à reprodução, foi colocado no mesmo nível de assassinos, hereges e traidores (SPENCER, 1999).

Em 1869, o médico Karoly Maria Benkert foi o pioneiro em escrever sobre o relacionamento afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo, cunhando o termo *homossexual*. Karl Heinrich Ulrichs já havia estudado esse tipo de relacionamento sob o termo de *uranismo*, entre 1860 e 1890. Em 1878, o médico italiano Arrigo Tamasia propôs o diagnóstico *inversione dell'instinto sessuale*, que mais tarde, em 1882, foi adotada pelos neurologistas franceses Charcot e Magnan.

Em 1886, foi cunhado o termo diagnóstico *homossexualismo*, por Richard von Krafft-Ebing, autor de *Psychopathia Sexualis*, médico católico que defendia que o erotismo deveria ser regulado pela exigência de reprodução da espécie e dos ideais de amor a Deus e à família. A obra citada reunia casos de fetichismo, masoquismo, necrofilia, homossexualismo, entre outros. Para Krafft-Ebing a homossexualidade estava sempre associada ao travestismo e que ambos eram sinal de degradação. O termo *homossexualismo* foi levado para o grande público pelos médicos alemães Magnus Hirschfeld e Havelock Ellis. No Brasil o termo *homossexual* foi utilizado pela primeira vez em 1894, por Viveiros de Castro, em sua obra *Attentados ao pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual*, em uma conotação patológica.

Foucault (2001a) mostra que nesse período as expressões sexuais que ficaram à mercê das práticas de controle social eram:

... as sexualidades múltiplas – as que aparecem com as idades (sexualidade do lactente ou da criança), as que se fixam em gostos ou práticas (sexualidade do invertido, do gerontófilo, do fetichista...), as que investem difusamente no relacionamento (sexualidade da relação médico-paciente, pedagogo-aluno, psiquiatra-louco), as que habitam espaços definitivos (sexualidade do lar, da escola, da prisão) – todas constituem o correlato de procedimentos precisos de poder” (p.47).

Uma verdadeira caça as sexualidades periféricas teve início com a incorporação das perversões e a nova especificação dos indivíduos, a partir da delimitação do “modelo da sexualidade familiar, conjugal e heterossexual enquanto fortaleza da moral privada e signo da superioridade da cultura burguesa frente as outras classes e aos povos colonizados” (COSTA, 2002, p.33). Dentre as sexualidades periféricas, de acordo com Foucault (2001a)

“a homossexualidade apareceu como uma das figuras da sexualidade quando foi transferida, da prática sodomita, para uma espécie de androgenia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie” (p.44).

A ciência médica se apropriou desse espaço, indo além do tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, chegando ao campo moral que se acreditou ser a raiz dos *desvios sexuais*. Assim, a homossexualidade acabou se tornando no século XIX um marcador-chave para a heterossexualidade normativa, e um elemento importante para a produção e reprodução do regime dominante de vida sexual na sociedade ocidental contemporânea (PARKER, 2002).

O surgimento da pílula anticoncepcional no século XX, mais especificamente na década de 1960, funcionou como um marco para a mudança de paradigma sobre a sexualidade humana, pois passou a desvincular o ato sexual da reprodução. Com isso, o foco foi sendo direcionado para o prazer do ato sexual e não apenas à reprodução. Nesse momento, o movimento feminista ganhou novo fôlego promovendo a reflexão, e a reivindicação de direito igualitários entre homens e mulheres, produzindo uma revolução em todas as esferas da experiência humana seja frente ao patriarcalismo, à família patriarcal, seja frente a toda estrutura de produção, reprodução, sexualidade e personalidade sobre a qual as sociedades historicamente se estabelecem (CASTELLS, 1999).

Seguindo o movimento feminista, o movimento homossexual surge em defesa de direitos, reforçando a contestação da heterossexualidade compulsória. Esses movimentos certamente contribuíram e contribuem para a transformação do paradigma de sexualidade, na revisão das bases, na ressignificação da estrutura da sociedade ocidental, e na proposta de formas alternativas para a reelaboração das redes sociais.

A homossexualidade foi aos poucos saindo da clandestinidade. No final da Segunda Guerra Mundial o Movimento dos Direitos dos Homossexuais começou a estruturar-se na Europa e Estados Unidos, tendo como principal proposta a descriminalização da homossexualidade e o reconhecimento dos direitos civis dos homossexuais. O marco do moderno movimento homossexual deu-se na noite de 28 de junho de 1969, uma sexta-feira, quando o bar *Stonewall Inn* – frequentado por homossexuais – em Nova York, foi invadido por policiais,

sob alegação de descumprimento de leis sobre venda de bebidas alcoólicas. Os policiais foram contra-atacados pelos frequentadores do bar. Tal reação contra os policiais durou o fim de semana todo, com o uso de palavras de ordem como “poder gay”, “sou gay e me orgulho disso”, entre outros (FRY & MACRAE, 1991).

No tocante ao movimento homossexual, o sociólogo Manuel Castells (1999) aponta outros três fatores que viabilizaram o seu surgimento: (1) de caráter estrutural, a formação de uma economia informacional, gerando mercado de trabalho diversificado, inovador e flexível, não se vinculando a grandes organizações em que o comportamento individual pudesse ser controlado mais facilmente; (2) a popularidade do movimento de liberação sexual, a partir dos movimentos de década de 1960, que beneficiaram também outros movimentos, a exemplo do sadomasoquista; (3) separação, física e psicológica, entre homens e mulheres, provocada pelo desafio feminista ao patriarcalismo. Isso acarretou o surgimento de redes de apoio e amigadas do mesmo sexo, para que homens pudessem lidar com a perda de privilégios e encontrar espaço para expressar mais facilmente todos os tipos de desejo.

No Brasil, o movimento homossexual surgiu no final dos anos 70 (MACRAE, 1985; FRY & MACRAE, 1991; TREVISAN, 2000; GREEN, 2000), tendo como primeiras formas de associação o jornal *O Snob* (1963-1969) e a *Associação Brasileira de Imprensa Gay* (1967-1968).

Em 1973 – 83 anos após a criação do diagnóstico *homossexualismo* –, a Associação Psiquiátrica Americana, em um ato simbólico, excluiu o *homossexualismo* enquanto doença, desvio ou perversão do *Diagnostic and Statistical Manual – DSM*, abrindo espaço para o reconhecimento de novas definições sobre a *homossexualidade*. O termo agora agrega o sufixo *-dade*, que traz consigo o significado de “forma de expressão”. No Brasil, a homossexualidade deixou de ser considerada como desvio somente 12 anos mais tarde, em fevereiro de 1985, quando o Conselho Federal de Medicina passou do *Código 302.0* – que diagnosticava homossexualismo com “desvio e transtorno sexual” – para o *Código 206.9* – que o associava a “outras circunstâncias psicossociais”, juntamente com o desemprego, desajustamento social e tensões psicológicas.

Em 1978 foi fundado o primeiro grupo de militância homossexual, o grupo *Somos*, que tornou-se referência para a formação de outros grupos homossexuais, a exemplo do *Triângulo Rosa* (RJ), *Dialogay* (SE), *Um Outro Olhar* (SP), *Grupo Dignidade* (PR), *Grupo Arco-Íris* (RJ), *Grupo Lésbico da Bahia* (BA), *Grupo Gay da Bahia* (BA) – este foi registrado como sociedade civil em 1983.

Com o advento do HIV/AIDS, na década de 1980, a visibilidade homossexual ganhou ainda mais força. A epidemia foi catastrófica, pois surgiu num momento em que a comunidade homossexual construía possibilidades de

vivenciar a sexualidade, no que chamou de “gay é bom”. O movimento homossexual se mobilizou para um objetivo em comum, no que diz respeito a ações sociais de combate ao HIV/AIDS, principalmente no que dizia respeito à ignorância, à doença e ao preconceito (ROTELLO, 1998). Hoje não mais se fala em *grupo de risco*, no qual a homossexualidade era enquadrada, mas em *comportamento de risco* independente da orientação do desejo sexual – homo, hétero ou bissexual.

Em outubro de 1995, a então deputada federal Marta Suplicy (PT-SP), apresentou na Câmara dos Deputados, em Brasília, o projeto de lei nº 1.151, sobre a *Parceria Civil Registrada*, propondo a legalização da união entre pessoas do mesmo sexo, assegurando direito à herança, plano de saúde, previdência e declaração de renda em conjunto. Até hoje o projeto aguarda a votação no plenário da Câmara.

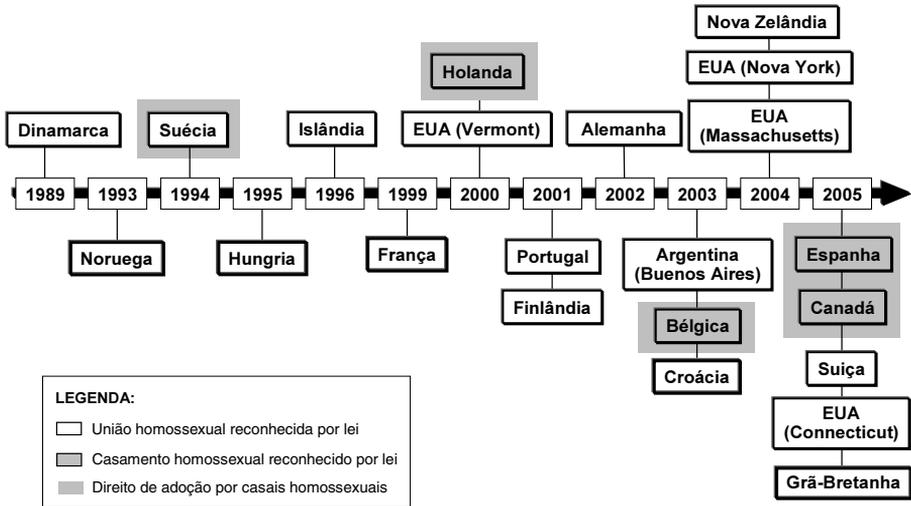
Em novembro de 2001 foi sancionada em São Paulo a lei estadual nº 10.948, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual, que estabelece multa de nove mil e oitocentos e trinta reais (R\$ 9.830,00) a empresa, órgão público, estabelecimento comercial ou cidadão que inibir, proibir a admissão ou o acesso profissional em estabelecimentos – público ou privado – devido à orientação sexual. A multa pode triplicar no caso de reincidência (FISHER, 2001).

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução CFP 01/99, passou a proibir o tratamento psicológico visando a “cura” da homossexualidade, considerando que para existir a cura pressupõe-se a existência de doença, o que é incompatível no caso da homossexualidade. Tal resolução foi criada a partir de denúncias de que psicólogos, associados a Igrejas, promoviam a “cura” (= “conversão”) de homossexuais para heterossexuais, em uma perspectiva moral e ideológica.

No âmbito da conquista de direitos vale ressaltar que os *direitos sexuais* foram conquistas dos movimentos feministas, *gays* e lésbicos a partir de debates internacionais, nas conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995), promovidas pelas Nações Unidas. Os debates consideravam os significados e os direitos humanos (PETCHESKY, 1999). No tocante aos direitos humanos, existe um embasamento na realidade social e política. Dessa forma, a separação entre direitos humanos, direitos civis, direitos políticos, direitos sexuais, entre outros, é feita para viabilizar a compreensão e discussão, pois os direitos se inter-relacionam, sendo que uns não se tornam realidade sem os outros (VACCARI, 2002). Os direitos sexuais por si só não garantem o pleno exercício da sexualidade e a inclusão de diferenças e diferentes, mas é uma iniciativa importante para o seu exercício e manutenção. Além disso, os direitos sexuais esbarram

em outro aspecto, que é a estrutura social das sociedades contemporâneas ancorada no patriarcalismo. De acordo com Castells (1999), isso aponta para a evolução, mesmo que muito lenta de comportamento e estrutura social.

Figura 1 – Legalização de uniões homossexuais nos vários países do mundo.*



(*) Baseado em *Folha Online* de 20/07/2005; 26/07/2005; e 02/12/2005.

Na perspectiva da conquista de direitos em termos mundiais, é fundamental registrar o reconhecimento das uniões entre casais homossexuais em diversos países do mundo. Atualmente são 19 países que reconhecem união civil entre pessoas do mesmo sexo (veja figura 1). São eles: Dinamarca (1989), Noruega (1993), Suécia (1994), Hungria (1995), Islândia (1996), França (1999), Holanda (2000), EUA - Vermont (2000), Portugal (2001), Finlândia (2001), Alemanha (2002), Argentina - Buenos Aires (2003), Bélgica (2003), Croácia (2003), EUA - Massachusetts (2004), Nova Zelândia (2004), Espanha (2005), Canadá (2005), Suíça, EUA - Connecticut (2005) e Grã-Bretanha (2005). Dentre estes países, Holanda, Bélgica, Canadá e Espanha, reconhecem o casamento entre homossexuais, com os mesmos direitos dos casais heterossexuais. Dentre os países que reconhecem a união entre casais do mesmo sexo, abrange o direito a adoção: Suécia, Holanda, Canadá, Espanha e Bélgica.

A guisa de conclusão...

...e com a perspectiva de futuras conquistas em prol da diversidade sexual, julgo ser interessante a afirmação de Costa (2002) sobre a meta de uma ideologia

gay, que seria aquela proposta a fornecer “exemplos” e não “modelos”. Propondo exemplos é possível que se possa abrir caminhos para a criação de um *ethos* moral, onde o credo central seja o de respeito ao pluralismo e à diversidade. A saída da homossexualidade dos manuais de doença para a conquista de direitos mostra um abrandamento do preconceito e a criação de espaços para o diálogo entre diferentes, porém, muito ainda precisa ser feito no sentido de ampliar essas possibilidades de diálogo e a manutenção de espaços de vivência.

Discutir a homossexualidade é discutir sobre a construção social da sexualidade fundamentada no patriarcalismo que rejeita aquilo que difere do modelo heterossexual, monogâmico e com o sexo com finalidade reprodutiva. Tal modelo para se firmar acaba rejeitando e subjugando a manifestação de outras formas de expressão abrindo espaço para o preconceito. Atrelado a isso, o discurso fundado a partir do discurso higienista iniciado no século XVIII, fortaleceu a idéia de patologia da (homo)sexualidade, controlando a sexualidade das pessoas, em um discurso moral-normativo, estabelecendo aquilo que é “certo” e aquilo que é “errado”. Tal discurso, de certo modo, continua presente quando das tentativas de “conversão de homossexuais” para heterossexuais, quando da insistência em buscar “causas” da homossexualidade – e por que não buscar as causas da heterossexualidade? –, ou quando da falácia da “tolerância”, quando na realidade é a *aceitação* que necessita prevalecer na sociedade, visto que homossexuais são pessoas como quaisquer outras, a não ser por serem alvo do preconceito e da discriminação provenientes da homofobia.

Para falar em termos de “cura” da homossexualidade, é necessário ter como pano de fundo toda essa construção ideológica de como ela foi configurada enquanto uma “doença”. Visto que a homossexualidade é legitimada na atualidade enquanto possibilidade de expressão, não cabe falar em “cura”, mas em políticas para viabilizar e promover a saúde global de pessoas homossexuais, além daquelas que não correspondem à hegemonia heterossexual reprodutiva. A cura certamente seria bem-vinda não para a homossexualidade, mas para a homofobia que discrimina, marginaliza, desconsidera, destrutura famílias, gera violência, injustiça e sofrimento (TONIETTE, 2003).

As distorções a respeito da homossexualidade – e da sexualidade de uma forma geral –, associadas à falta de informação, à educação domesticadora, à intolerância, ao egoísmo e ao medo, funcionam como bases para a formação do preconceito. Os efeitos sociais desse preconceito são o sofrimento, a perda do respeito pela pessoa humana, a restrição da liberdade, a introdução da desigualdade, o estabelecimento e alimentação da discriminação, e a promoção da injustiça (DALLARI, 1996/1997).

A história da (homo)sexualidade é demasiada extensa para que eu pretendesse abordá-la na sua totalidade, no entanto procurei evidenciar ao longo desse artigo que a discussão da homossexualidade enquanto uma categoria apartada do todo funciona como base para a manutenção da discriminação e do preconceito, tornando-se essa realidade ainda mais complexa e ampliando o abismo entre pessoas. A partir do conhecimento das bases da construção da sexualidade como um todo, enquanto uma categoria culturalmente construída e variável de sociedade para sociedade, entendida no contexto histórico no qual é produzida, ampliam-se as possibilidades para que as pessoas, profissionais da saúde e educadores discutam e encontrem ações mais dignas, humanas e inclusivas com relação ao fenômeno da diversidade sexual, não apenas promovendo a tolerância, mas o reconhecimento e a aceitação das diferenças e de diferentes formas de expressão da sexualidade, em prol do equilíbrio, do bem-estar humano, e do direito de amar em paz.

Referências bibliográficas

BRUNS, M. A. T. & MARQUE, C. R. Homossexualidade: depoimentos de homens. *DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 14(2), 5-11, 2002.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. [The power of identity] Trad. Klaus Brandini Gerhardt. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999, 530p. (A era da informação: economia, sociedade e cultura, 2).

COSTA, J. F. **A inocência e o vício**: estudos sobre o homoerotismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, 195p.

———. **Ordem médica e norma familiar**. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002, 282p.

DALLARI, D. de A. Policiais, juízes e igualdade de direitos. *In*: LERNER, J., ed. **O preconceito**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1996/1997, pp.87-114.

FISHER, A. Língua pra que te quero. *Folha de São Paulo*, 11 nov. 2001. Plural; GLS, 2001, pp.55.

FOLHA ONLINE (02/12/2005). **Legislação sobre união gay avança em todo o mundo**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u-90097.shtml>>. Acesso em 18 fev. 2006.

FOLHA ONLINE (26/07/2005). **Veja países que já legalizaram união homossexual**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/turismo/noticias/-ult338u5119.shtml>>. Acesso em 11 set. 2005.

FOLHA ONLINE (20/07/2005). **Legalização de uniões homossexuais avança em vários países do mundo**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/-ult94u85910.shtml>>. Acesso em 18 fev. 2006.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** [Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir], 1988. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; José Augusto Guilhon Albuquerque. 14.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001-a. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências). 152p.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres.** [Histoire de la sexualité II: l'usage de plaisir], 1984. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; José Augusto Guilhon Albuquerque. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001b, 232p. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, 15).

FRY, P. & MACRAE, E. **O que é homossexualidade?** 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991, 125p. (Primeiros Passos, 81).

GREEN, J. N. **Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX.** [Beyond Carnival: male homosexuality in twentieth-century Brazil] Trad. Cristina Fino; Cássio Arantes Leite. São Paulo: UNESP, 2001, 541p.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. *In*: HEILBORN, M. L., (org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, pp.40-58.

MACRAE, J. B. das N. (1985). **O militante homossexual no Brasil da “abertura”.** Tese de Doutorado. Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1985, 473p. (2v.)

PARKER, R. **Abaixo do Equador: culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil.** [Beneath the Equator: cultures of Desire, male homosexuality and emerging gay communities in Brazil] Trad. Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Record/[Contra.luz], 2002, 380p.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. *In*: BARBOSA, R. M. & PARKER, R., orgs. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Ed. 34, 2002, pp.15-38.

ROTELLO, G. **Comportamento sexual e AIDS: a cultura gay em transformação.** [Sexual ecology] Trad. Lauro Machado Coelho. São Paulo: Summus, 1998, 383p.

SPENCER, C. **Homossexualidade: uma história.** [Homosexuality: a history] Trad. Rubem Mauro Machado. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1999, 417p.

TONIETTE, M. A. (2003). **Homossexualidade: significados e sentidos de uma construção social a partir de trajetória de um militante.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2003, 208p.

TREVISAN, J. S. **Devassos do paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade.** 3.ed. São Paulo: Record, 2000, 586p.

VACCARI, V. L. **Saúde sexual, escolas promotoras da saúde e relações de gênero: representações de adolescentes sobre masculinidades e feminilidades.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002, 250p.

EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIDEPRESSIVOS SOBRE A SEXUALIDADE*

Joaquim Dias do Nascimento Filho¹

SIDE EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS ON SEXUALITY

Resumo: Em pesquisa bastante ampla procuramos fazer uma revisão da literatura o mais completa possível. Embora a quantidade de trabalhos publicados seja muito grande, admitimos que haja um déficit considerável, visto que a maioria das pesquisas se resume em apresentação de casos isolados ou em pequenas séries. Considerável quantidade de trabalhos é em aberto e alguns poucos são placebo-controlados aleatórios com a comparação duplo-cego. Fizemos um estudo da função sexual e seu envolvimento com o uso dos antidepressivos, da fisiopatologia envolvida e da conduta para tentar resolver o problema. Foram feitas também considerações sobre os vários antídotos usados no tratamento e sobre alternativas terapêuticas. Concluímos que, apesar dos inúmeros trabalhos publicados, há necessidade de mais pesquisas com trabalhos placebo-controlados duplo-cego aleatório e com o uso rigoroso de escalas padronizadas que investiguem os parâmetros depressivos e as alterações da função sexual relacionada com o uso dos antidepressivos.

Palavras-chave: Antidepressivos; efeitos adversos; sexualidade; efeitos de drogas.

Abstract: In an extensive bibliographic search, we tried to make the review of the sexual side effects of anti-depressive medication as complete as

* Artigo baseado na Monografia de mesmo título apresentada na conclusão do curso de pós-graduação "Aperfeiçoamentos em Psicologia Médica", pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em dezembro de 2005, sob a orientação do Prof. José Lorenzato de Mendonça.

¹ Médico ginecologista. Pós-graduado em terapia sexual pela Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana SBRASH e Faculdade de Medicina do ABC. Pós-graduado em Psicologia Médica pela Faculdade de Medicina da UFMG. e-mail: docdias31@yahoo.com.br

possible. Although the amount of published studies is large, we admit there is a considerable shortage, in as much as the majority of investigations are condensed in presenting isolated cases or small series. A considerable amount of studies are open label, and a few are double blind, randomized, placebo-controlled. We did a study of the sexual function and its involvement with the use of anti-depressive medication, the involved physiopathology, and the procedure that attempts to solve the problem as best as possible. Also some consideration was given to the several antidotes employed in the treatment, and other therapeutic alternatives. We concluded that despite innumerable published studies, more research is needed with double blind, randomized, placebo-controlled trials and with rigorous rating scales that look for the depressive parameters and the sexual function disturbance related to the use of anti-depressive medication.

Keywords: Antidepressants; side effects; sexuality; drugs effects.

Introdução

Depressão é um transtorno do humor relativamente comum, sendo duas vezes mais freqüente em mulheres. Algum tipo de disfunção sexual tem sido encontrado em 50 a 90% dos pacientes deprimidos, com ou sem tratamento (FERGUSON, 2001). A disfunção do desejo é a manifestação mais comum, podendo estar comprometidas também a fase de excitação (ereção e lubrificação) e a fase orgástica. A ejaculação pode estar retardada ou mesmo ausente. Kennedy, Alaska, Davis, & Neatest (1996) idealizaram duas subescalas de questionamento, uma combinando desejo e impulso sexual e a outra combinando excitação e orgasmo. Com o uso dessas escalas, verificaram que somente 50% dos homens e 75% das mulheres com depressão relatam terem tido atividade sexual no mês precedente, e que mais de 40% dos homens e 50% das mulheres reportaram diminuição do interesse sexual. Cinquenta por cento de homens e mulheres relataram diminuição da excitação e aproximadamente 20% do grupo pesquisado informaram terem dificuldade em obter o orgasmo ou a ejaculação. Um paciente portador de manifestações depressivas não deve ter boas condições para uma atividade sexual normal, muito menos um desejo sexual ativo. Ao se tratar desse assunto é necessário ter em mente que na população em geral aparentemente sadia, sem nenhum envolvimento com sintomas depressivos, a prevalência da disfunção de desejo é de 1 a 15 % para homens e de 1 a 35% para mulheres (NATHAN, 1986).

O estado depressivo é tratado com psicoterapia e/ou farmacoterapia. Esta teve grande desenvolvimento nos últimos 50 anos, principalmente com a

entrada dos medicamentos antidepressivos (ADs). Inicialmente, ou seja, há 50 anos, usavam-se os Inibidores da Mono Amina Oxidase A e B (IMAOs), em seguida vieram os Anti Depressivos Tricíclicos (ADTs) e bem mais recentemente, na década de 90, os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs). Com o advento destes últimos, os IMAOs e os ATCs passaram para segundo plano, embora ainda sejam usados em casos especiais, principalmente naqueles em que os ISRSs falharam. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina têm a mesma eficácia dos outros dois grupos, porem são dotados de menos efeitos colaterais.

A função sexual e sua relação com o uso dos ADs

Há aproximadamente 40 anos que a literatura médica vem relacionando distúrbios sexuais com o uso de psicotrópicos. Inicialmente a pesquisa era mais direcionada aos antipsicóticos. Posteriormente, começaram a aparecer relatos de casos que tinham em vista o uso de IMAOs, ADTs, e mais recentemente os ISRSs (ROSEN, LANE & MENZA, 1999). Todos os ADs têm efeito colateral negativo sobre a sexualidade, principalmente os de forte efeito serotoninérgico, como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), a clomipramina (ADT) e a maioria dos inibidores da mono amina oxidase (IMAOs) (GITLIN, 1995). A serotonina funciona predominantemente como inibidora da função sexual e a dopamina como estimulante do comportamento sexual, especificamente aumentando a ereção. A norepinefrina tem um efeito conflitante devido à sua neurotransmissão no sistema nervoso central e periférico ao mesmo tempo (Ibid, p. 237). A depressão em si pode estar relacionada com problemas sexuais. Por outro lado, o tratamento farmacológico dela pode causar disfunção sexual, principalmente anorgasmia, ejaculação retardada ou anejaculação, eventualmente, podendo acometer também o desejo e a excitação.

Montejo-González, Ilorca, Izquierdo, Ledesma, Bousono & Calcedo (1997) em um estudo multicêntrico, prospectivo e descritivo, com 344 pacientes, usando fluoxetina, paroxetina, sertralina e fluvoxamina, concluíram que havia significativo aumento na incidência de disfunções sexuais quando o profissional fazia perguntas diretas aos pacientes sobre sua função sexual. Com relatos espontâneos, a incidência era de 14% e com perguntas diretas feitas pelo profissional passava para 58%. Houve algumas diferenças significantes entres os diversos ADs usados. A paroxetina provocou mais orgasmo e ejaculação retardados e disfunção erétil do que a fluvoxamina, a fluoxetina e a sertralina. Doze pacientes do sexo masculino que apresentavam ejaculação retardada

tiveram a disfunção melhorada com o uso dos ADs. Os pacientes apresentavam melhoras da disfunção sexual quando a dose do medicamento era reduzida ou totalmente abolida. Doze de 15 pacientes experimentaram melhora completa quando a medicação foi mudada para moclobemida na dose de 450-600 mg por dia, e três de cinco pacientes melhoraram completamente quando a medicação foi mudada para aminapina na dose de 200 mg por dia. Kennedy et al. (1996) em uma pesquisa com 60 voluntários sadios, homens e mulheres aos quais ministrou moclobemida na dose de 300 mg por dia e placebo, verificou que no final de três semanas a moclobemida não afetou a sexualidade dos pacientes, nem mesmo o desejo sexual. Outros efeitos colaterais incomuns têm sido esporadicamente relatados, como ejaculação dolorosa com o uso dos ADTs (MONTEIRO, NOSHIRVANI, MARKS et al., 1987; MONTEIRO, NOSHIRVANI, MARKS & LELLIOTT, 1987 e AIZENBERG, GUR, ZEMISHLANY, GRANEK, JECZMIEN, WEIZMAN & MIANCERIN, 1997), priapismo com uso de trazodona (THOMPSON, WARE & BLASHFIELD, 1990), anestesia peniana com o uso de fluoxetina (NEIL, 1991) e orgasmo espontâneo acompanhado de bocejo com o uso de clomipramina e de fluoxetina, (MODELL, 1989). Em uma pesquisa de Gartrell (1986) foi reportado aumento de interesse sexual em mulheres com o uso de trazodona. Também Sullivan (1988) reportou tal aumento em homens.

Vamos ater-nos mais detalhadamente aos ISRSs por serem os mais usados atualmente para o tratamento da depressão, embora algumas considerações caibam também sobre o uso dos IMAOs e dos ADTs.

O acometimento negativo da sexualidade decorrente do uso dos ADs foi por muito tempo subestimada devido ao fato de que não se indagava rotineiramente aos pacientes nada relacionado com sua sexualidade. Apenas era considerado o que eles relatavam espontaneamente e, na realidade, sempre tiveram constrangimento em relatar qualquer fato relacionado à atividade sexual, principalmente as mulheres. Em trabalhos mais recentes os pesquisadores passaram a inquirir mais a respeito das alterações sexuais e assim conseguiram obter mais informações, concluindo que a incidência do distúrbio sexual com o uso de ADs é mais freqüente do que se pensava. A incidência de efeitos colaterais sobre a sexualidade que vinha relatada nas bulas dos medicamentos era muito pequena se comparada com a realidade. Admite-se que essas informações baseavam-se em relatos espontâneos dos pacientes, nas pesquisas originais. Informava-se que a incidência de anorgasmia com o uso de Prozac não chegava a dois por cento. Em pesquisas recentes e inquirindo propositadamente os pacientes, verificou-se que essa incidência pode chegar a 75% (PATTERSON, 1993). Com o questionamento direto, usando entre-

vistas clínicas estruturadas, certamente vai se chegar a uma incidência mais alta da disfunção sexual com o uso dos ADs, principalmente em mulheres (ROSEN, LANE & MENZA, 1999; HARRISON, RABKIN, EHRHARDT, STEWART, McGRTH, ROSS, 1986; ZAJECKA, TRACY & MITCHELL, 1997 e MONTEJO-GONZALEZ, LLORCA, IZQUIERDO, LEDESMA, BOUSONO, CALCEDO, 1997). Ao tratar farmacologicamente um paciente depressivo, o profissional deve ficar atento e procurar averiguar como era a sexualidade dele antes da manifestação depressiva e durante as manifestações da doença, trocando idéias e averiguando com detalhes se a função sexual é ou não importante para o mesmo paciente. O uso de uma medicação que altere negativamente a atividade sexual do paciente pode contribuir para que ele abandone o tratamento, e sua recuperação fracassará. Além do mais, sua qualidade de vida e a auto-estima ficarão prejudicadas. Harrison et al. (1986), estudaram um grupo de 82 pacientes, que foram divididos em três subgrupos e a eles ministrados imipramina e fenelzina. Os autores obtiveram os seguintes resultados, tendo em vista a função sexual: disfunções em 6% dos pacientes do grupo placebo, 30% dos pacientes que usaram imipramina e 40% dos pacientes que usaram fenelzina. A despeito disso, alguns pacientes, dos quais cinco mulheres e três homens relataram melhora da função sexual com o uso destes medicamentos. Balon, Yeragani, Pohl e Ramesh (1993) encontraram 43% de queixas sexuais em 60 pacientes em uso de diferentes ADs. Relatam também nesse mesmo grupo a incidência de 18% de orgasmo doloroso em homens, todos tratados com dose baixa ou moderada de imipramina. Ashton, Hamer & Rosen (1997) publicaram um estudo retrospectivo aleatório, com 596 pacientes psiquiátricos de ambulatório, deprimidos, dos quais 167 homens e 429 mulheres, tratados com ISRSs por um período de no mínimo seis meses. Encontraram aproximadamente 20% de sintomas de disfunção sexual, espontaneamente relatados. As manifestações foram mais frequentes em homens (23,4%) do que em mulheres (22,3%) e também mais frequentes em casados do que em solteiros. As alterações sexuais foram distribuídas da seguinte maneira: 16% com o uso de sertralina, 22% com paroxetina, 20% com fluoxetina e 38% com venlafaxina. As principais queixas sexuais relatadas nesse estudo foram orgasmo retardado ou anorgasmia, diminuição do desejo e disfunção de excitação.

Antes de qualquer tratamento dos efeitos colaterais sexuais dos antidepressivos, temos de fazer uma anamnese e averiguar como era a função sexual do paciente antes da depressão e durante o tempo em que ficou depressivo sem medicação. Temos de investigar a presença de condições mórbidas crônicas concomitantes, como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias e outras, e o uso de medicamentos para o tratamento delas. Devemos investigar o relacionamento do

casal no dia a dia, enfim tudo aquilo que possa causar disfunção sexual. Não é somente depressão que afeta negativamente a sexualidade.

Principais grupos de antidepressivos

1) Inibidores da mono amina oxidase (IMAOs)

Esses foram os primeiros antidepressivos que surgiram na década de 50. Todos produziam efeitos colaterais bastante intensos, como crises hipertensivas em decorrência da ingestão de alimentos contendo tiramina, como queijos curados, e efeitos colaterais negativos sobre a sexualidade. Apenas dois IMAOs não afetam a sexualidade e ainda são bastante usados atualmente: o inibidor seletivo e reversível da MAO B, selegilina, utilizado principalmente para o tratamento da doença de Parkinson, e a moclobemida, que é um inibidor seletivo e reversível da MAO A. Outro IMAO de que também dispomos no momento é a tranilcipromina.

2) Antidepressivos tricíclicos (ADTs)

Foram usados por longos anos, mas seu uso diminuiu consideravelmente depois do aparecimento dos ISRSs. Eventualmente ainda são usados em casos de depressão rebelde ao uso dos inibidores serotoninérgico. Os efeitos colaterais sexuais dos ADTs, não foram investigados em grande extensão. Muitos dos dados obtidos são derivados de publicações de casos isolados ou pequenas séries. Dificuldades de ereção, ejaculação e anorgasmia foram descritas em pacientes no uso de amitriptilina, imipramina, clomipramina, desipramina, nortriptilina, protriptilina e doxepina. (BAIER & PHILIPP, 1994).

3) Os ISRSs são os mais usados atualmente, por terem menos efeitos colaterais, embora afetem negativamente a função sexual, principalmente os de ação exclusiva sobre a recaptação da serotonina e ação agonista sobre os receptores pós-sinápticoa 5-HT₂ e 5HT₁. Os principais antidepressivos ISRSs são: citalopran, escitalopran, fluoxetina, paroxetina e sertralina. A tianeptina é um antidepressivo derivado dos tricíclicos, mas seu mecanismo de ação é essencialmente serotoninérgico, pois induz a recaptação da serotonina pelos neurônios da córtex, do hipocampo e do sistema límbico.

4) ADs atípicos: Até que apareça um termo melhor, são atípicos os antidepressivos que não se caracterizam como tricíclicos (ADTs) como Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) nem como Inibidores da Mono Amina Oxidase (IMAOs) Os principais são: amineptina, fluvoxamina, mirtazapina, reboxetina, tianeptina, venlafaxina, trazodona, mianserina e milnaciprano.

Mais recentemente foi criado outro grupo de antidepressivos os chamados inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina (ISRNs), cujo principal representante é a reboxetina. Por razões didáticas manteremos esses ADs inseridos no grupo dos atípicos. Todos os ADs são usados também para o tratamento do TOC, de síndrome do pânico, fobia social, síndrome pós-traumático, comportamento agressivo e violento e transtornos de ansiedade.

Fisiopatologia relacionada aos efeitos colaterais sexuais dos ADs

Os antidepressivos tricíclicos e os IMAOs afetam todas as três fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo. (GITLIN, 1994; MONTEIRO, NOSHIRVANI, MARKS & LELLIOTT, 1987). Os ISRSs e a venlafaxina têm menos efeitos negativos sobre as duas primeiras fases, mas afetam predominantemente o orgasmo e a ejaculação (ASHTON, HAMER & ROSEN, 1997). Bupropiona, trazodona, mirtazapina, reboxetina, moclobemida e amineptina têm pouco ou nenhum efeito sobre todas as fases da resposta sexual (WALKER, COLE, GARDNER et al., 1993). Não conseguimos encontrar trabalhos que evidenciem possível ação negativa do milnaciprano sobre a sexualidade. Os antidepressivos serotoninérgicos (ISRSs) afetam a função sexual principalmente por sua ação ativadora dos receptores 5-HT₂. Isso foi evidenciado por estudos em animais de laboratório (ALCANTARA, 1999) A noradrenalina tem sido também considerada como um regulador da função sexual, agindo centralmente como estimulante. A ativação dos receptores 5-HT₂ pode diminuir a liberação de noradrenalina (DONE & SHARP, 1994). Tal efeito é revertido pela administração de um 5-HT₂ antagonista, como, por exemplo, a ritancerina (Id., 1992). A propriedade de inibir a transmissão noradrenérgica em decorrência da ativação dos receptores 5-HT₂ levou Segraves (1995) a propor que esse mecanismo de ação é o responsável pelos efeitos colaterais secundários dos antidepressivos sobre a função sexual. Como aplicação prática desse mecanismo de ação temos o uso da yoimbina, inibidor α_2 que causa aumento na transmissão noradrenérgica, inibindo os auto-receptores pré-sinápticos, e que, por isso, pode reverter a anorgasmia provocada pela clomipramina (PRICE & GRUNHAUS, 1990) ou pelos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (HOLLANDER & McCARLEY, 1992). A mianserina combina esses dois mecanismos de ação, ou seja, é um antagonista 5-HT_{2a/c} e α_2 , e foi usada por Aizenberg et al. em 1997 para o tratamento de anorgasmia secundária ao uso de ISRSs. A ativação dos receptores 5-HT₂ causa também uma inibição dopaminérgica (KAPUR & REMINGTON, 1996). A administração de ritancerina, substância antagonista 5-HT₂, resulta em um aumento na liberação de dopamina

(UGEDO, GRENHOFF & SVENSSON, 1989). Podemos então esperar um efeito dopaminérgico indireto em consequência do antagonismo 5-HT₂. Do exposto podemos deduzir que a inibição do sistema dopaminérgico pelo sistema serotoninérgico por intermédio dos receptores 5-HT₂ deve ser considerada como responsável em parte pela gênese dos efeitos negativos sobre a função sexual causados pelos antidepressivos serotoninérgicos. Uma consequência prática do que ficou exposto é o uso dos agonistas dopaminérgico para o tratamento das disfunções sexuais causadas pelos antidepressivos. Como exemplo temos o uso da amantadina no tratamento da anorgasmia causada pela fluoxetina (BALOGH, HENDRICKS & KANG, 1992). Uma droga como a bupropiona que inibe a recaptção da dopamina (ASCHER, COLE, COLIN, FEIGHNER, FERRIS, FIBIGER et al, 1995) e da noradrenalina (COOPER, WANG, COX, NORTON, SHEA, FERRIS, 1994), dificilmente poderá causar disfunção sexual, até mesmo poderá favorecer o desempenho sexual (MODELL, KATHOLI, MODELL, DePAUL, 1997).

Em síntese, podemos afirmar que as drogas que atuam como agonistas dos receptores 5-HT₂ causam disfunções sexuais pelo motivo de causarem inibição na liberação de noradrenalina e dopamina. Estudos têm evidenciado que 5-HT₂ antagonismo, ou estratégias que incrementem a neurotransmissão noradrenérgica, e/ou dopaminérgica serão úteis na reversão das disfunções sexuais causados pelos antidepressivos.

a) Fisiopatologia do desejo hipoativo.

Sabe-se que o sistema límbico está estritamente relacionado com as manifestações do desejo sexual e que a dopamina é o principal neurotransmissor envolvido na manutenção desse desejo na área límbica (SEGRAVES, 1995 e BALDESSARINI & MARSH, 1990). Antidepressivos do grupo ISRSs reduzem a atividade dopaminérgica no sistema límbico por serem agonistas dos receptores 5-HT₂ pós-sinápticos (Ibid.). Por isso, os antidepressivos que são antagonistas desses receptores (5-HT₂), como a bupropiona, por exemplo, não têm ação negativa sobre o desejo sexual. A Buspirona, por ter um efeito agonista sobre os receptores 5-HT_{1a}, facilita a resposta sexual em animais. Alguns antidepressivos ISRSs podem causar aumento da prolactina e, por esse motivo, também podem alterar a função sexual. A ação negativa dos ADs sobre as fases de excitação e orgasmo resulta secundariamente em uma disfunção de desejo.

b) Fisiopatologia da disfunção de excitação.

A excitação sexual é mediada pelo sistema nervoso central e periférico (SEGRAVES, 1989). No sistema mesolímbico, a excitação é mediada pela

dopamina e pode ser inibida pelos antidepressivos ISRS, tal como acontece com a inibição do desejo sexual. (BITRAN & HULL, 1987). Periféricamente, a atividade simpática e parasimpática modulam os reflexos espinhais associados com a ereção e com a tumescência clitoriana (Ibid., 1987) e os ADs inibem esses reflexos. Isso explica a alta incidência de disfunção de excitação com o uso de agentes anticolinérgicos como os ADTs.

O óxido nítrico tem importante função periférica em mediar a excitação sexual devido à sua ação no relaxamento vascular, facilitando a ereção (FINKEL, LAGHRISSE-THODE, POLLOCK & RONG, 1996). O sildenafil, por ser inibidor da 5-fosfodiesterase, vai contribuir para o aumento do óxido nítrico periférico, resultando em vaso dilatação e, conseqüentemente, em ereção peniana. A paroxetina reduz o nível de óxido nítrico e, por este motivo pode também contribuir para um déficit de ereção. Esta ação não está demonstrada com outros ADs.

c) Fisiopatologia da disfunção orgástica.

Apesar de envolverem alguma ação do sistema nervoso central, o orgasmo e a ejaculação estão subordinados a reflexos espinhais periféricos. O tônus simpático e parassimpático são importantes na mediação do orgasmo e da ejaculação, e parcialmente dependem da atividade noradrenérgica e dopaminérgica, as quais são mediadas pelo receptor pós-sináptico 5-HT₂ (ZAJECKA, FAWCETT, SCHAFF, JEFFRIES & GUY, 1991). O uso de ADs serotoninérgicos potentes, por uma ação agonista junto ao receptor 5-HT₂, pode causar diminuição de atividade da noradrenalina e da dopamina, as quais são necessárias para a ejaculação e o orgasmo e por isso causam retardo orgástico ou anorgasmia. Por outro lado ADs de muito pouca ou nenhuma ação na recaptção de serotonina e de ação antagonista junto aos receptores 5-HT₂ causam pouco ou nenhum efeito negativo sobre a ejaculação ou o orgasmo. Como exemplos a trazodona, a bupropiona, a mirtazapina, a reboxetina, a moclobemida e a amineptina. Antidepressivos serotoninérgicos potentes (ISRSs), podem causar também anestesia genital, a qual pode contribuir para o retardo orgástico ou para a anorgasmia. (JACOBSEN, 1992).

Condutas para tentar solucionar os efeitos colaterais dos ADs sobre a função sexual

- 1) De comum acordo com o paciente, esperar que aconteça tolerância ou seja esperar que com o tempo ocorra uma adaptação e a disfunção sexual melhore espontaneamente.

- 2) Reduzir a dose do medicamento ao mínimo que possa ser efetivo contra a depressão
- 3) Fazer uma pausa com o medicamento dois dias por semana (*drug holiday*)
- 4) Mudar para outro antidepressivo.
- 5) Usar antídotos farmacológicos
- 6) Desde o início do tratamento medicamentoso, escolher um AD que seja mais favorável, com pouco ou nenhum efeito negativo sobre a função sexual.

1) Desenvolver tolerância aguardando melhora espontânea dentro de algum tempo

Isso vai depender primeiramente de um entendimento com o paciente para saber se ele está de acordo. Alguns pacientes concordam, outros não. Não se sabe ao certo quanto tempo se deve esperar nem a porcentagem de pacientes que retornam ao normal sem nenhuma conduta de tratamento. Montejo-Gonzalez et al. (1997), em um trabalho publicado com 156 pacientes, verificou melhora moderada ou completa em 19% dos casos dentro de quatro a seis meses. Com base nessas pesquisas, pode-se deduzir que, se não houver uma melhora dentro de seis meses, provavelmente temos de partir para outra conduta (ZAJECKA, 2000). O retardo do orgasmo ou anorgasmia tem um prognóstico um pouco melhor com essa conduta. Disfunções de desejo e de excitação raramente se resolvem. Ashton & Rosen (1998) publicam uma pesquisa com 97 pacientes averiguando um possível desenvolvimento de tolerância, o que ele chama de acomodação. Como resultado somente 9,8% dos pacientes teve sua função sexual melhorada, a saber: 16% com o uso de fluoxetina, 4,2% com sertralina, 6,3% com paroxetina e 10% com venlafaxina. Esperar pela tolerância eventualmente pode ser associado à conduta que será descrita em seguida, ou seja, à diminuição da dose do medicamento.

2) Reduzir a dose do AD que está sendo usado

Já se observou que o efeito colateral dos ADs sobre a sexualidade, é dose dependente (HERMAN, BROTMAN, POLLACK, FALK, BIEDERMAN & ROSENBAUM, 1990). A redução da dose deve ser gradual, para que se possa observar o efeito da medicação sobre a depressão (MONTEJO-GONZÁLEZ et al., 1997). Caso o paciente esteja tendo outros efeitos colaterais relacionados com a droga, há um motivo a mais para que se tente a redução da dose. Se os sintomas depressivos começam a voltar, há necessidade de se fazer melhor avaliação (ZAJECKA, TRACY & MITCHELL, 1997).

3) Fazer uma pausa com o medicamento dois dias por semana (*drug holiday*)

É uma conduta válida e pode ser tentada. Em uma pesquisa de Rothschild (1995) ficou demonstrado que, interrompendo o uso de sertralina ou paroxetina por 48 horas, houve uma melhora da libido, da disfunção orgástica e da satisfação sexual em pelo menos 50% relativos a quatro fins de semana em que o esquema foi usado. Melhora equivalente não foi observada com o uso de fluoxetina, pelo fato de que essa medicação tem uma meia vida muito prolongada. Esta estratégia é eficiente apenas com ADs de curta meia-vida. Para certos medicamentos que possam causar alguns sintomas de abstinência, como paroxetina e venlafaxina, é melhor que se faça redução acentuada na dosagem em vez de uma interrupção brusca. (ZAJECKA et al., 1991). Essa conduta de pausa no uso da medicação por dois dias não é aconselhada para aqueles pacientes que tenham uma história de abandono de tratamento, ou que não estejam respondendo satisfatoriamente ao tratamento da depressão.

4) Mudar para outro antidepressivo

É uma conduta que pode e deve ser tentada. Os ISRSs e a venlafaxina são muito eficientes no tratamento da depressão, mas são os que mais efeitos negativos têm sobre a sexualidade. A grande maioria de tratamentos dos fenômenos depressivos é habitualmente feita com os ISRSs. São conhecidos outros ADs tão eficientes quanto os ISRSs e com pouco ou nenhum efeito colateral sobre a sexualidade. Entre eles temos a trazodona, a bupropiona, a reboxetina, a moclobemida, a mirtazapina, a amineptina e outros.

Walker, Cole, Gardner, Hughes, Johnston & Baley (1993) publicaram um trabalho aberto com 39 pacientes, homens e mulheres, com depressão em tratamento com fluoxetina. Todos os pacientes apresentavam principalmente anorgasmia ou orgasmo retardado. Após um período de duas semanas sem o uso de nenhum medicamento (*wash-out*) foram medicados com bupropiona e seguidos pelo prazo mínimo de oito semanas. Três parâmetros da função sexual foram observados durante o tratamento: função orgástica, libido e satisfação sexual. Os fenômenos depressivos também foram avaliados. Como resultado observaram que 94% dos pacientes tiveram melhora completa ou parcial da disfunção orgástica no final das duas semanas de uso da bupropiona. Oitenta e um por cento dos pacientes estavam bastante ou muito satisfeitos com o seu desempenho sexual como um todo. O desejo sexual estava também bastante ou muito aumentado no final do tratamento. O efeito da bupropiona

sobre a depressão foi satisfatório. Os autores concluem que a bupropiona pode ser um tratamento apropriado para os pacientes que apresentam problemas com a função sexual quando em uso de ISRSs e também para aqueles que têm grande preocupação com a função sexual.

A mudança para outro AD pode eventualmente trazer algum problema. Em primeiro lugar porque é possível o aparecimento de outros efeitos colaterais e, em segundo, o paciente pode ter ressurgimento dos sintomas depressivos. A recidiva da depressão é mais preocupante quando os sintomas tenham desaparecido completamente com o uso do AD inicial.

Banov (1999) publicou uma série com oito pacientes, sendo cinco homens e três mulheres todos em uso de ISRS e todos com alterações da função sexual. Foi feita uma mudança para o uso de fluvoxamina na dose de 100 a 300 mg por dia. O resultado foi a resolução completa ou a diminuição da disfunção sexual. O autor considera que a fluvoxamina tem efeito negativo bem menor sobre o desempenho sexual se comparado com os outros medicamentos ISRS

Ashton (2004), em carta ao editor, relata um caso de paciente que, usando fluoxetina por muitos anos, apresentava problemático retardo para atingir o orgasmo e disfunção erétil moderada. Com uma mudança para escitalopran, um ISRS de uso relativamente recente, houve melhora completa da disfunção sexual.

Koutouvidis, Pratikakis & Fotiadou (1999), em trabalho aberto, não controlado com placebo, fazem um relato de 11 casos dos quais seis homens e cinco mulheres. Nenhum deles tinha anormalidades sexuais antes do uso dos antidepressivos ISRS e todos abandonaram o uso dessa medicação por motivo de problemas sexuais. Eram usados os seguintes ADs: paroxetina, citalopran, fluoxetina e fluvoxamina. Após um período de 4 a 14 dias sem nada usarem (*wash-out*), foram medicados com mirtazapina, um AD noradrenérgico e serotoninérgico específico, o qual apresenta forte efeito antagonista sobre os receptores 5-HT₂. Após seis semanas de uso da mirtazapina, os pacientes estavam bem quanto à função sexual e não apresentavam sintomas depressivos. A mirtazapina foi usada na dose de 30 a 45 mg por dia.

Ramasubbu (1999) publicou um trabalho aberto, relato de quatro pacientes, sendo um homem e três mulheres com sintomas depressivos, os quais apresentavam sintomas colaterais sexuais com o uso de fluoxetina em dose padrão de 20 a 40 mg por dia. Uma das mulheres apresentava um efeito colateral paradoxal, ou seja, tinha aumento considerável de libido e estimulação clitoriana intensa. Após um período de duas semanas sem medicação os pacientes foram iniciados no uso de moclobemida, antidepressivo inibidor reversível da mono

amina oxidase A, na dose de 300 a 600 mg por dia. Houve melhora completa da disfunção sexual por um período de seguimento de dois meses a três anos. O número de casos é muito pequeno, não tem controle placebo, mas é um motivo em aberto para novas pesquisas.

A mudança para outro AD deve ser seriamente considerada, principalmente quando o AD que está sendo usado não está dando o resultado esperado. Muitos trabalhos foram publicados sobre o uso da nefazododa, medicação que tem pouco ou nenhum efeito sobre a sexualidade por ser um antagonista dos receptores pós-sinápticos 5-HT₂. (LUCENA, CARVAJAL, ANDRADE & VELASCO, 2003). Propositadamente não comentamos nenhum desses trabalhos porque o medicamento bem recentemente foi retirado do mercado mundial pelo fabricante por motivo de efeitos tóxicos altamente nocivos sobre o parênquima hepático. (CHOI, 2003).

5) O uso de antídotos farmacológicos

Existem poucos estudos controlados a respeito da eficácia e segurança dos antídotos farmacológicos. A maioria são relatos de casos isolados ou apresentação de casos em série. Devemos levar em consideração vários fatores quando tivermos o propósito de prescrever antídotos farmacológicos para resolver problemas de efeitos colaterais sexuais dos ADs. Primeiramente importa verificar se o AD está sendo eficaz no tratamento da depressão e em seguida verificar a possibilidade de interação medicamentosa, como também a possibilidade de se criarem novos efeitos colaterais com a nova medicação. A medicação antidota pode ser usada em tomadas diárias ou somente quando necessário, algum tempo antes do planejado relacionamento sexual. Tudo vai depender do tipo da medicação usada. Um medicamento que já está bem estudado oferece bons resultados e é usado somente quando necessário é o sildenafil (viagra) (BALON, 1998; NURNBERG, HENSLEY, GELENBERG, FAVA, LAURIELLD & PAINE, 2003).

Quando a resposta a um antídoto não é satisfatória em um período de três a quatro semanas, devemos tentar outro. Periodicamente, em um prazo de três a seis meses, devemos descontinuar o uso do antídoto com a finalidade de averiguar se houve o desenvolvimento de tolerância e, conseqüentemente, melhora espontânea do efeito colateral indesejado.

Apesar de ser universal o uso de antídotos, pelo menos como uma tentativa de resolver o problema, nenhuma dessas medicações foi aprovada até hoje pelo FDA norte-americano tendo em vista finalidade de resolver os efeitos colaterais sexuais dos ADs.

Principais medicações usadas como antídoto

Buspirona: É um medicamento ansiolítico que em relatos de casos se mostrou capaz de reverter disfunções sexuais provocadas pelos ADs. (LANDEN, ERIKSSON, AGREN & FAHLEN, 1999).

Mecanismos de ação: agindo como agonista sobre os receptores 5-HT_{1A} melhora o retardo do orgasmo e diminui a produção de prolactina em decorrência do uso dos ISRSs. Age também pelo seu efeito sobre o sistema dopaminérgico e seu antagonismo ± 2 .

Amantadina: É uma medicação dopaminérgica, usada no tratamento da doença de Parkinson. Alguns estudos evidenciaram que é eficaz em reverter a anorgasmia causada pela fluoxetina (BALOGH et al., 1992). Pode ser usada em dose pré-estabelecida de 100 a 400 mg, tomada dois dias antes do contato sexual ou diariamente na dose de 100 mg duas a três vezes por dia. O mecanismo de ação é representado por seu efeito dopaminérgico e também por reverter a diminuição do estoque de dopamina causado pela fluoxetina. Sabe-se que a dopamina tem efeito favorável sobre o desempenho sexual. Efeitos indesejáveis incluem sedação e possibilidade de desenvolver sintomas psicóticos. Portanto deve ser usada cautelosamente em pacientes com um potencial de desenvolver psicose.

Yoimbina: É um antagonista ± 2 pré-sináptico que por muito tempo foi usado para o tratamento da disfunção erétil e tem sido usado para melhorar o desejo, a excitação e a disfunção orgástica provocados pelos ADs (JACOBSEN, 1992; HOLLANDER & McCARLEY, 1992). A dose recomendada é de 5,4 mg uma ou duas horas antes do ato sexual ou 5,4 mg três vezes por dia, tomada regularmente. O mecanismo de ação provavelmente está relacionado com seu potencial em aumentar a atividade adrenérgica central. Os principais efeitos colaterais são: ansiedade, agitação, ataques de pânico, náuseas e aumento da pressão arterial, principalmente quando usado conjuntamente com IMAOs. Deve ser evitada ou usada cautelosamente em pacientes propensos ao pânico, e à ansiedade ou com sintomas depressivos residuais. Cautela também ao ser usado em pacientes hipertensos.

Ciproheptadina: É um anti-histamínico de potente ação anticolinérgica. Tem sido relatado como capaz de reverter a anorgasmia em ambos os sexos e os problemas de ejaculação no homem, causados pelo uso de ADs. (STEELE & HOWELL, 1986). O seu presumido mecanismo de ação é seu efeito anti-serotoninérgico. Não se sabe ainda com certeza se a ciproheptadina deve ser usada diariamente ou somente, se necessário, algumas horas antes

do ato sexual. Na maioria dos casos em que houve sucesso, foi usada quando necessário. As doses usadas são de 2 a 16 mg. No caso de doses diárias recomendam-se quatro mg três vezes por dia. O principal efeito colateral é a sedação bastante intensa; por isso o uso diário fica prejudicado. Podem também ocorrer alucinações visuais, quando usada concomitantemente com os IMAOs. Há possibilidade de que a ciproheptadina reverta a ação benéfica dos antidepressivos (DeCASTRO, 1985). Nos casos em que isso aconteceu, o efeito positivo dos ADs retornou após a interrupção da ciproheptadina. Não há relatos de que a ciproheptadina tenha ação favorável sobre a libido e a ereção. Age beneficemente, apenas sobre o orgasmo e a ejaculação.

Betanecol: É um agente colinérgico e já foram relatados bons resultados na reversão das disfunções sexuais causadas pelos ADTs e IMAOs. A dose usada foi de 10 a 40 mg uma ou duas horas antes do ato sexual ou 30 a 100 mg diariamente. Os principais efeitos colaterais são diarreia e cólicas; e em doses altas pode causar sudorese excessiva. (GROSS, 1982). Não há relato de casos satisfatórios com o uso de agentes colinérgicos para reverter disfunções sexuais causadas pelos antidepressivos ISRS. A neostigmina ou prostigmine, outro fármaco colinérgico, também já foi citado como eficiente em reverter a disfunção de desejo e problemas de ejaculação causados pela amitriptilina.

Extrato seco de Ginkgo Biloba: É um fitoterápico, sobre o qual não há ainda estudos conclusivos formais. Tem-se como certo que em sua constituição, se encontra os alcalóides ginkgolídeos, que aumentam o fluxo sanguíneo cerebral, nos membros inferiores e nos órgãos genitais. Estudos não controlados e controlados revelam que o ginkgo biloba pode reverter alterações da sexualidade causadas pelo uso de ISRSs, seja disfunção de desejo, seja excitação ou orgasmo. Cohen & Bartlik (1998), em uma pesquisa com 63 pacientes dos quais 33 mulheres e 30 homens, todos apresentando disfunções sexuais pelo uso de ISRSs, obteve 91% de relativo sucesso nas mulheres e 75% nos homens. A dose recomendada é de 60 a 240 mg por dia, dividida em duas ou três tomadas diárias. Efeitos colaterais incluem distúrbios gastrointestinais, flatulência e cefaléia. Esse medicamento pode também alterar o tempo de coagulação e, como tal, deve ser usado com cautela em pacientes que apresentem tal risco como, por exemplo, aqueles em uso de ácido acetilsalisílico ou wolfarina ou com algum distúrbio de coagulação. O mecanismo de ação pode estar relacionado com o aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais e também com uma evidência preliminar de que pode aumentar a atividade de alguns neurotransmissores que podem contrabalançar o impacto negativo que a serotonina tem na função sexual.

Em um outro trabalho publicado por Ashton, Ahrens, Gupta & Massand (2000) com 22 pacientes, homens e mulheres, os resultados foram opostos à publicação de Cohen citada anteriormente. Apenas 13,9% do total dos pacientes relataram melhora parcial e, melhora franca foi relatada apenas por 23% das mulheres e zero por cento dos homens. Como podemos ver, fica bastante difícil tirar conclusões. Temos de esperar por novos trabalhos com o evoluir do tempo. É necessário que se tenha cautela ao usar medicação herbácea, porque pode ter interações medicamentosas e efeitos adversos e não conhecidos.

Sildenafil: Citação de casos e alguns estudos controlados e não controlados têm aparecido ultimamente sobre o uso do sildenafil na reversão de disfunções sexuais causadas pelo uso de ADs de um modo geral, inclusive disfunção de excitação e orgástica em mulheres. Esse medicamento é um potente inibidor da 5-fosfodiesterase, do que resulta aumento da c-GMP e, em última análise, aumento do óxido nítrico, que é o elemento responsável pelo relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos e de sua parede arterial, tudo isso culminando com a ereção peniana (FAVA, RANKIN, ALPERT, NIERENBERG & WORTHINGTON, 1998; BALON, 1999). Embora essa medicação pudesse ter algum valor somente na fase de excitação tanto no homem, como eventualmente, na mulher, visto que a mulher também tem excitação, as pesquisas têm demonstrado sua eficácia em todas as fases da resposta sexual. A explicação que se pode dar a esse fato é que, se o fluxo sanguíneo para os órgãos genitais está satisfatório, melhorando a fase de excitação, todas as outras fases da resposta sexual podem indiretamente ser melhoradas. A dose recomendada é de 25 a 100 mg 30 a 60 minutos antes da atividade sexual. (NURNBERG, et al., 2003). É o único medicamento que só deve ser usado quando necessário, não se recomendando o uso diário de rotina. Damis, Patel & Simpson (1999), em uma pesquisa com 14 homens que apresentavam disfunções sexuais motivadas pelo uso de ADs, usou sildenafil anteriormente ao ato sexual, na dose de 25 a 100 mg, e como resultado 13 pacientes tiveram sua função sexual melhorada. Ashton (2004) em carta ao editor relata um caso de paciente do sexo feminino que teve reversão completa de anorgasmia com o uso de 100 mg de Sildenafil ou 10 mg de Vardenafil. Tignol, Furlan, Gomez-Dereyto, Opsomer, Schreiber, Sweeney et al. em 2004, usando sildenafil publicaram uma pesquisa duplo-cego controlada, com um grupo de pacientes masculinos portadores de disfunção erétil causada pelo uso de ISRSs. Como resultado obtiveram 83% de melhora da função erétil nos pacientes que usaram sildenafil e 34% no grupo placebo. Concluíram que o sildenafil é um tratamento eficaz e bem tolerado no tratamento da disfunção erétil causada por ADs.

Estimulantes: Alguns casos relatados sugerem a eficácia de alguma medicação estimulante, como o metilfenidato, a dextroanfetamina e a pemolina, que são capazes de reverter a disfunção sexual causada pelos ADs (BARTLIK, KAPLAN & KAPLAN, 1995). Em alguns casos reportados esses medicamentos foram usados “quando necessários”, ou seja, antes da atividade sexual; em outros casos a medicação foi prescrita para uso diário, contribuindo assim para a melhora da adinamia de que pacientes deprimidos são possuidores. A dose mínima eficaz desses medicamentos é de cinco mg para o metilfenidato e a dextroanfetamina e de 19 mg para a pemolina. Doses superiores a 10 mg para o metilfenidato e a dextroanfetamina podem ter impactos negativos sobre a sexualidade. É necessária alguma cautela para se evitar o abuso de drogas e não usá-las muito tarde ou à noite para não causar insônia. Há casos relatados de aumento de desejo, de excitação e hipersexualidade com o uso de metilfenidato (ELMORE & QUATTLEBAUM, 1997). Em 2004, Meston (2004) publicou estudo duplo-cego controlado com o uso de efedrina (50 mg) para reverter disfunções sexuais causadas por ISRSs em 19 pacientes. Como resultado, obteve melhora significativa, mas em contraposição houve melhora também com o uso de placebo. O autor ressalta a importância de se proceder sempre estudos duplo-cego controlados.

Bupropiona: É um antidepressivo destituído de atividade serotoninérgica e tem ação noradrenérgica e dopaminérgica (ASCHER et al., 1995). Alguns relatos de casos e estudos abertos não aleatórios, evidenciam que a bupropiona é eficaz em uso como antídoto na reversão dos efeitos colaterais sexuais de pacientes em uso de ISRSs, e venlafaxina (ASHTON & ROSEN, 1998; BODKIN, LASSER, WINES, GARDNER & BALDESSARINE, 1997). Nos estudos de Ashton & Rosen (1998) e Rosen, Lane & Menza (1999) a dose da bupropiona atingiu 225 mg por dia. Quinze por cento dos pacientes descontinuaram o tratamento por causa de efeitos colaterais (BODKIN et al., 1997). Em 2004, Clayton, Warnock, Kornstein, Pinkerton, Sheldon-Keller & McGarvey (2004) publicaram um estudo duplo-cego controlado com 42 pacientes tendo disfunções sexuais devido ao uso de ISRSs usando 150 mg de bupropiona SR duas vezes por dia concomitantemente ao uso do ISRSs. Concluíram que o uso de bupropiona SR é um antídoto eficiente no tratamento das disfunções sexuais causadas pelos ISRS, se comparado com placebo, aumentando o desejo e a frequência da atividade sexual. É necessária cautela no uso da bupropiona como antídoto devido à interação medicamentosa com outros ADs e, em especial, é necessário precaução em vista do efeito convulsivante do medicamento. É necessário cuidado especial ao administrar bupropiona concomitante com ADs que tenham ação inibitória sobre as enzimas hepáticas citocromo P450 3A4 e citocromo P450 2D6,

como paroxetina e fluoxetina, pois que poderá haver aumento significativo da bupropiona e seu metabolito hidroxibupropiona (POLLOCK, SWEET, KIRSHNER & REYNOLDS, 1996).

A bupropiona está sendo descrita aqui como antídoto, em uso concomitante com outro AD, e não como substituto dele.

Mianserina: É um antidepressivo antagonista dos receptores 5-HT_{2a/2c} e ± 2 . Aizenberg et al. (1997) publicaram uma pesquisa com 15 pacientes em uso de ISRSs e todos com disfunção sexual. Foi ministrada a todos uma dose pequena de mianserina (15 mg), como antídoto, concomitantemente ao uso do ISRS. Como resultado, nove pacientes tiveram melhora marcante e dois, melhora parcial. A adição da mianserina não afetou o efeito antidepressivo dos ISRSs. Nenhuma dessas medicações que estamos relacionando para reverter os efeitos colaterais dos ADs, inclusive o sildenafil, tem aprovação do FDA norte-americano para ser usada como tal, não obstante as pesquisas publicadas até a presente data. A falta de aprovação oficial, evidentemente, não invalida as pesquisas sobre o importante tema.

6) Escolher de início um antidepressivo que não afete a função sexual.

De todos os itens citados, a conduta mais sensata parece ser esta última, ou seja, escolher inicialmente um AD que ofereça menor possibilidade de afetar a função sexual do paciente. Nunca sabemos ao certo se uma medicação antidepressiva vai ou não ser eficaz para determinado paciente. Não sabemos também se a sua sexualidade vai ou não ser afetada. Qualquer que seja o AD escolhido, a chance do acometimento negativo da função sexual varia de 20 a 80%. Pode acontecer que mesmo com o uso daqueles que mais afetam a função sexual, como a clomipramina ou a paroxetina, não haja manifestações sexuais negativas.

Algumas considerações sobre os principais ADs que têm pouco ou nenhum efeitos sobre a sexualidade:

Mirtazapina (Remeron): Foi lançada no mercado farmacêutico em 1996. É quimicamente relacionada com a mianserina, tem estrutura tetracíclica, mas não tem relação com os ADTs. Como bloqueadora dos receptores \pm^2 adrenérgicos, a mirtazapina aumenta a liberação de noradrenalina e também bloqueia os receptores 5-HT₂ e 5-HT₃. Não é um bloqueador específico da recaptação de nenhum neurotransmissor monoamínico. Parece ser um antagonista potente dos receptores H₁. Seus efeitos colaterais mais freqüentes

são: boca seca, sedação, sonolência e ganho de peso. Com o uso prolongado, 20% dos pacientes aumentam de peso. Aproximadamente 15% dos pacientes apresentam aumento do colesterol total acima de 20% e 6% dos pacientes apresentam aumento significativo de triglicérides.

A dose habitual da mirtazapina é de 15 a 30 mg por dia, podendo chegar a 45 ou, mais raramente, a 60 mg por dia. A apresentação comercial é de comprimidos de 30 e 45 mg.

Bupropiona (Zyban, Wellbutrin): É um antidepressivo unicíclico, noradrenérgico e dopaminérgico combinado. Foi liberado nos Estados Unidos em 1989. Não é um bloqueador de recaptção de serotonina e não inibe a mono amino oxidase. Admite-se que sua ação seja devida ao bloqueio da recaptção da dopamina. Recentemente os efeitos noradrenérgicos da bupropiona tornaram-se cada vez mais evidentes. Os efeitos colaterais da bupropiona são bastante moderados, em parte por sua baixa afinidade pelos receptores muscarínicos, \pm -adrenérgicos e histamínicos. Na dose de 100 a 300 mg por dia, os efeitos colaterais mais freqüentes foram insônia, boca seca e tremor. Há possibilidade de causar convulsões em doses superiores a 200 mg por dia, principalmente com o uso de comprimidos de absorção imediata. A incidência de convulsões é de quatro por mil quando a dose é inferior a 450 mgs e de 4 % com doses superiores a 450 mgs por dia. Quando se usam comprimidos de ação prolongada (SR), a incidência é de 1 por mil com dose inferior a 400 mgs por dia. Por medida de segurança a dose máxima recomendada é de 300 mg por dia em duas tomadas usando-se comprimidos de ação prolongada (SR).

Trazodona (Donaren): Antidepressivo diferente dos tricíclicos, dos IMAOs e dos inibidores da recaptção da serotonina, é derivado das triazolopiridinas. Seu mecanismo de ação não foi suficientemente esclarecido. Age, sobretudo como antagonista dos receptores 5-HT_{2A} e 5-HT_{2c}. Foi lançado no mercado nos Estados Unidos em 1981. O receptor 5-HT₂ também está ligado a outros receptores, incluindo o receptor 5HT_{1A}, que é importante na ansiedade, na depressão e no comportamento violento. Além de seu efeito sobre o receptor 5-HT₂, a trazodona bloqueia até certo ponto a recaptção de 5-HT, embora fraca em relação aos ISRSs. Difere um pouco dos ISRSs, no que diz respeito aos efeitos colaterais, embora possa provocar náuseas, se tomada com o estômago vazio, boca seca e hipotensão ortostática, principalmente em pessoas idosas. Tonteira e mesmo síncope podem ocorrer com doses altas. É conveniente monitorar a pressão arterial. É comum a trazodona causar sedação e sonolência, mesmo em doses fracas, razão pela qual a maior parte da dose deve ser dada á noite. Os antagonistas 5-HT₂ são bastante

seguros em termos de interações medicamentosas. A trazodona pode potencializar os outros depressores do SNC e ocasionar sedação excessiva. A dose deve ser iniciada com 50 mg por dia e ser aumentada até 150 mg pelo 7º dia. Daí para frente aumenta-se 50 mg por semana até atingir 300 mg. A maioria dos casos responde a uma dose de 150 a 300 mg por dia. Devido à meia-vida curta, a Trazodona deve ser ministrada em duas tomadas diárias.

Reboxetina (Prolift). Esse antidepressivo estimula a neurotransmissão noradrenérgica central por bloquear seletivamente a recaptação de noradrenalina. (ISRN). Há muito tempo já foram notadas em pacientes deprimidos alterações no sistema noradrenérgico. Já foram notadas anormalidades em diversos receptores para adrenalina, como os receptores ± 2 pré-sinápticos e ± 1 e 2 . Muitos dos ISRSs têm, reconhecidamente, efeitos específicos sobre os receptores para adrenalina. Muitos sintomas de depressão podem estar mais ligados à função da noradrenalina do que à da serotonina. Em comparação com os ISRSs, a reboxetina tem menor propensão a produzir náuseas, diarreia, sonolência e efeitos negativos sobre a sexualidade. Contrariamente aos ATCs, a reboxetina não tem efeitos anticolinérgicos intensos. Efeitos colaterais que foram relatados mais comumente com a reboxetina do que com os ISRS são: boca seca, constipação intestinal, retenção urinária e hipotensão. A dose inicial é de 4 mg duas vezes ao dia. Se não houver melhora dentro de três a quatro semanas, essa dose pode ser aumentada para até no máximo 10 mg por dia. Para pacientes idosos a dose inicial deve ser de dois mg duas vezes por dia, podendo ser aumentada para até seis mg por dia. Não deve haver nenhum risco de síndrome serotoninérgica ao associar-se reboxetina com os IMAOs.

Moclobemida (Aurorix). É um inibidor de mono amino oxidase reversível (IMAR). Sua ação sobre a MAO é reversível, não sendo necessária a regeneração da enzima. Sua meia vida é curta (1-3 horas) motivo por que deve ser administradas duas a três vezes por dia. É eficaz no tratamento da depressão e da fobia social. Em uma meta-análise publicada por Lotufo-Neto, Trivedi & Thase em 1999 evidenciou-se que a moclobemida é tão eficaz no tratamento da depressão quanto os ISRSs. O risco de interações medicamentosas graves parece ser menor com a moclobemida, embora tenham sido relatadas interações graves com o uso concomitante de meperidina, clomipramina e ISRSs. A dose recomendada é de 300 mg por dia, a qual pode ser aumentada para até 600 mg por dia sempre em duas ou três tomadas e após refeições. Os efeitos colaterais que podem aparecer são distúrbios do sono, agitação, ansiedade, vertigens, cefaléia, parestesias, boca seca e queixas gastrointestinal.

Amineptina. (Survector): A Amineptina usada na forma de cloridrato, é um antidepressivo tricíclico dopaminérgico que inibe a recaptação do neurotransmissor dopamina no SNC. A amineptina distingue-se dos antidepressivos tricíclicos imipramínicos pela presença de uma cadeia de aminoácidos inserida num ciclo mediano. Sua meia-vida é em torno de oito horas. O mecanismo de ação é essencialmente dopaminérgico e os efeitos colaterais mais freqüentes são palpitações, irritabilidade, insônia, nervosismo, ansiedade, secura da boca, vertigens, gastralgia e náuseas. Não administrar simultaneamente com IMAOs. Em casos de icterícia, dor abdominal, mialgias, febre inexplicada, anorexia ou náuseas persistentes, é aconselhável a dosagem de enzimas hepáticas. No caso de se encontrarem elevadas, suspender o medicamento e não expor posteriormente o paciente novamente à amineptina, pois se trata de reação imunoalérgica. A dose habitual é de 200mg/dia, subdivididos em duas tomadas de 100mg pela manhã e 100mg e ao meio-dia.

Milnaciprano. (Ixel): Não pudemos encontrar publicações conclusivas a respeito dessa medicação e sua interferência sobre a sexualidade. É um inibidor não seletivo de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN). Ao contrário dos antidepressivos tricíclicos, o milnaciprano não tem afinidade pelos receptores colinérgicos, \pm 1-adrenérgicos, histaminérgicos e dopaminérgico D1 e D2. É provável que não tenha efeitos deletérios sobre os fenômenos sexuais. A dose recomendada é de 50 mg duas vezes por dia.

DISCUSSÃO: Praticamente todos ou quase todos os AD têm efeitos colaterais que afetam a função sexual. Se pudéssemos tratar todos os pacientes deprimidos exclusivamente com psicoterapia, ficariam resolvidos os problemas relacionados com os efeitos adversos da farmacoterapia, mas isso nem sempre é possível. A psicoterapia muitas vezes é necessário como tratamento coadjuvante, concomitantemente ao uso dos antidepressivos. Ao prescrever medicamentos, temos de tomar uma das seguintes iniciativas: primeiramente, usar uma medicação que sabidamente pode desenvolver disfunção sexual, mas nem sempre isso acontece. De acordo com a medicação usada o acometimento sexual pode acontecer entre 20 a 80%. Se não houve acometimento sexual e a resposta terapêutica foi boa, nada mais resta ser feito; em segundo lugar, escolher desde o início uma medicação que sabidamente afeta pouco ou não afeta a sexualidade. Segundo diversos trabalhos publicados, a resposta terapêutica desses ADs com pouca ou nenhuma ação adversa sobre a função sexual é idêntica à de qualquer outro AD considerado eficaz no tratamento da depressão. Na hipótese de que a primeira iniciativa foi escolhida e veio a acontecer o acometimento sexual, temos de procurar uma solução dentre as citadas anteriormente.

Ao prescrevermos um antidepressivo que sabidamente é medicação de uso prolongado até mesmo por toda a vida, é de bom alvitre que levemos em consideração o ônus financeiro que vem pesar sobre o paciente.

Medicamentos que já foram lançados no mercado há muito tempo e já estão com sua patente vencida têm o preço diminuído consideravelmente, chegando a 80% abaixo do inicial. Na maioria das vezes são medicamentos altamente eficazes e de efeitos colaterais plenamente aceitáveis, além do mais, seus efeitos terapêuticos são por demais conhecidos graças ao longo tempo de uso. Para citar exemplos, mencionemos moclobemida, fluoxetina, sertralina, dentre outros. Frequentemente são lançados medicamentos novos, agora patenteados e, conseqüentemente, com preços elevados. Provavelmente têm a mesma eficácia dos antigos e, com certeza, terão efeitos colaterais também. Devemos levar em consideração tais fatos antes de fazer uma prescrição seja para depressão, ou seja, para outra patologia qualquer.

Outra precaução importante que devemos ter refere-se à publicação de trabalhos científicos. Uma parcela deles é patrocinada por fabricantes de produtos farmacêuticos. Alguns são transparentes e evidenciam que a pesquisa foi patrocinada pela indústria farmacêutica. Outros, entretanto, não são dotados de nenhuma transparência. Obviamente não devemos ser contra nenhum patrocínio, desde que não seja tendencioso e conste no trabalho o nome da indústria que, de um modo ou de outro, esteja subvencionando a pesquisa.

CONCLUSÃO: O uso da medicação antidepressiva, seja qual for, tem por finalidade melhorar os sintomas da doença, inclusive os relacionados com a sexualidade, resultando em uma plena satisfação do paciente e melhorando, concomitantemente, a sua auto-estima. Os antidepressivos convencionais são na maioria das vezes dotados de efeitos colaterais negativos sobre a função sexual e, por isso, a meta primordial do tratamento dos fenômenos depressivos pode ficar prejudicada. As queixas sexuais do paciente devem ser investigadas a fundo, inclusive com indagações pertinentes sobre sua sexualidade antes da doença, durante ela sem o uso dos ADs e concomitantemente ao uso deles, para que se possa estabelecer uma estratégia adequada de tratamento. Um conhecimento básico da fisiopatologia com que certos ADs afetam a sexualidade contribui para que possamos tomar uma iniciativa de tratamento.

Escolher um antidepressivo que tenha menos efeitos colaterais sobre a função sexual logo no início do tratamento provavelmente seja a melhor conduta, principalmente levando-se em consideração que a disfunção sexual tem aparecimento tardio e então todas as outras condutas deixam a desejar, inclusive a troca de ADs.

Mesmo os ADs clássicos da atualidade, como os ISRSs, podem não causar nenhuma alteração da função sexual. Somente depois de estarem sendo usados por algum tempo é que poderemos ter uma noção de seus efeitos colaterais, inclusive sobre a sexualidade. É necessário que se tenha o melhor entrosamento possível com o paciente, porque, se não indagarmos nada sobre esse assunto, na maioria das vezes ele(a) não se manifestará. Em caso de um efeito sexual negativo, abandonará o tratamento, e as conseqüências serão nefastas. Por outro lado, se o advertimos sobre a possibilidade de alguma alteração em sua sexualidade, isso poderá afetar sua mente, já deturpada pela doença, e poderá ter efeito psicológico negativo. Às vezes a medicação nem mesmo iria acometer a função sexual, como acontece em aproximadamente 40% dos casos. Tudo deverá ser questão de bom senso, no sentido de se conseguir um equilíbrio satisfatório, sem causar iatrogenia psíquica e sem contribuir para que o paciente abandone o tratamento.

Referências Bibliográficas

AIZENBERG, D.; GUR, S.; ZEMISHLANY, Z.; GRANEK, M.; JECZMIEN, P.; WEIZMAN, A. MIANCERIN, a 5-HT_{2a/2c} and ± 2 antagonist, in the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin Neuropharmacol*, 20:210-214, 1997.

AIZENBERG, D.; ZEMISHLANY, Z.; HERMESH, H.; KARP, L. WEIZMAN, A. Painful ejaculation associated with antidepressants in four patients. *J Clin Psychiatry*, 52:461-463, 1991.

ALCANTARA, A.G. A Possible dopaminergic mechanism in the serotonergic antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 25:125-129, 1999.

ASCHER, J. A.; COLE, J. O.; COLIN, J. N.; FEIGHNER, J. P.; FERRIS, R. M.; FIBIGER, H. C.; GOLDEN, R. N.; MARTIN, P.; POTTER, W. Z.; RICHELSON, E. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry*, 56(9):395-401, 1995.

ASHTON, A.K. Reversal of fluoxetine-induced sexual dysfunction by switching to escitalopran. *J Sex Marital Ther*, 30(1):1-2, Jan-Feb, 2004.

_____ Vardenafil Reversal of Female Anorgasmia *Am J Psychiatry*, 161:2133, November 2004.

ASHTON, A.K.; AHRENS, K.; GUPTA, S.; MASSAND, P.S. Antidepressant-induced sexual dysfunction and ginkgo biloba. *Am J Psychiatry*, 157:836-837, 2000.

ASHTON, A.K.; HAMER, R.; ROSEN, R.C. Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: A large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *J Sex Marital Ther*, 23:165, 1997.

ASHTON, A.K.; ROSEN, R.C. Accomodation to serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 24:191-192, 1998.

ASHTON, A.K.; ROSEN, R.C. Bupropion as an antidote for serotonin reuptake inhibitor-induced sexual function. *J Clin Psychiatry*, 59:112, 1998.

BAIER, D.; PHILIPP, M. Modification of sexual functions by antidepressants. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 62(1):14-21, Jan.,1994.

BALDESSARINI, R.J.; MARSH, E. Fluoxetine and side effects. *Arch Gen Psychiatry*, 47:191-2, 1990.

BALOGH, S.; HENDRICKS, S.E.; KANG, J. Treatment of fluoxetine-induced anorgasmia with amantadine. *J Clin Psychiatry*, 53: 212-213, 1992.

BALON, R. Fluvoxamine induced erectile dysfunction responding to sildenafil. *J Sex Marital Ther*, 24:313-7, 1998.

_____ Sildenafil and sexual dysfunction associated with antidepressants. *J Sex Marital Ther*, 60:866, 1999.

BALON, R.; YERAGANI, V.K.; POHL, R., RAMESH, C. Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*, 54:209-212, 1993.

BANOV, M.D. Improved outcome in fluvoxamine-treated patients with SSRI-induced sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:866-868, 1999.

BARTLIK, B.; KAPLAN, P.; KAPLAN, H.S. Psychostimulants apparently reverse sexual dysfunction secondary to selective serotonin reuptake inhibitors. *J Sex Marital Ther*, 21:264, 1995.

BITRAN, D.; HULL, E.M. Pharmacological analysis of male rat sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev*, 11(4):365-89, 1987.

BODKIN, J.A.; LASSER, R.A.; WINES, J.D. JR; GARDNER, D.M.; BALDESSARINE, R.J. Combining serotonin reuptake inhibitors and bupropion in partial responders to antidepressant monotherapy. *J Clin Psychiatry*, 58:137-45, 1997.

CHI, S. Nefazodone (Serzone) withdrawn because of hepatotoxicity. *Canadian Medical Association Journal*, Nov., 25, 69 (11) Editorial, Fellow, 2003.

CLAYTON, A.H.; WARNOCK, J.K.; KORNSTEIN, S.G.; PINKERTON, R.; SHELDON-KELLER, A.; McGARVEY, E.L. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 65(1):62-7, Jan., 2004.

COHEN, A.J.; BARTLIK, B. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual function. *J Sex Marital Therapy*, 24(2):139-143, Apr-Jun., 1998.

COOPER, B.R.; WANG, C.M.; COX, R.F.; NORTON, R.; SHEA, V.; FERRIS, R.M. Evidence that the acute behavioral and electrophysiological effects of bupropion (Wellbutrin) are mediated by a noradrenergic mechanism. **Neuropsychopharmacology**, 11(2):133-41, Oct., 1994.

DAMIS, M.; PATEL, Y.; SIMPSON, G.M. Sildenafil in the Treatment of SSRI-Induced Sexual Dysfunction: A Pilot Study. **J Clin Psychiatry**, 1:6, 184-187, Dec., 1999.

DeCASTRO, R.M. Reversal of MAOI-induced anorgasmia with cyproheptadine [letter]. **Am J Psychiatry**, 142:783, 1985.

DONE, C.J.; SHARP, T. Evidence that 5-HT₂ receptor activation decreases noradrenaline release in rat hippocampus in vivo. **Br J Pharmacol**, 107(1):240-5, 1992.

DONE, C.J.; SHARP, T. Biochemical evidence for the regulation of central noradrenergic activity by 5-HT_{1A} and 5-HT₂ receptors: microdialysis studies in the awake and anaesthetized rat. **Neuropharmacology**, 33(3-4):411-21, Mar-Apr., 1994.

ELMORE, J.L.; QUATTLEBAUM, J.T. Female sexual stimulation during antidepressant treatment. **Pharmacotherapy**, 17(3):612-6. May-Jun., 1997.

FAVA, M.; RANKIN, M.A.; ALPERT, J.E.; NIERENBERG, AA; WORTHINGTON, J.J. An open trial of oral sildenafil in antidepressant-induced sexual dysfunction. **Psychother Psychosom**, 67(6):328-331, 1998.

FERGUSON, J.M. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. **J Clin Psychiatry**, 62 Suppl 3:22-34, 2001.

FINKEL, M.S.; LAGHRISSE-THODE, F.; POLLOCK, B.G.; RONG, J. Paroxetine is a novel nitric oxide Synthase inhibitor. **Psychopharmacol Bull**, 32(4):653-8, 1996.

GARTRELL, N. Increased libido in women receiving trazodone. **Am J Psychiatry**, 143:781-783, 1986.

GITLIN, M.J. Effects of depression and antidepressants on sexual functioning. **Bull of the Menn Clin**. California: Los Angeles, v. 59 n. 2 pp.232-248, 1995.

_____ Psychotropic medications and their effects on sexual function: Diagnosis, biology, and treatment approaches. **J Clin Psychiatry**, 55:406, 1994.

GROSS, M.D. Reversal by bethanechol of sexual dysfunction caused by anticholinergic antidepressants. **Am J Psychiatry**, 139:1193-1194, 1982.

HARRISON, W.M.; RABKIN, J.G.; EHRHARDT, A.A.; STEWART, J.W.; McGRATH, P.J.; ROSS, D. Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. **J Clin Psychopharmacol**, 6:144-149, 1986.

HERMAN, J.B.; BROTMAN, A.W.; POLLACK, M.H.; FALK, W.E.; BIEDERMAN, J.; ROSENBAUM, J.F. Fluoxetine-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 51: 25-27, 1990.

HOLLANDER, E.; McCARLEY, A. Yohimbine treatment of sexual side effects induced by serotonin reuptake blockers. *J Clin Psych.*, v. 53, n. 6, pp 207-209, 1992.

JACOBSEN, F. Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of Yohimbine. *J Clin Psychiatry*, 53: 119-122, 1992.

KAPUR, S.; REMINGTON, G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153(4):466-76, Apr., 1996.

KENNEDY, S.H.; ALASKA, E.; DAVIS, C.; NEATEST, C. The effects of moclobemid on sexual desire and function in healthy volunteers. *Eur Neuropsychopharmacol.* 6, 177-181, 1996.

KENNEDY, S.H.; DICKENS, S.E.; EASELS, B.S.; BAGBY, R.M. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*, 56:201-208, 1999.

KOUTOUVIDIS, N.; PRATIKAKIS, M.; FOTIADOU, A. The use of mirtazapine in a group of 11 patients following poor compliance to selective serotonin reuptake inhibitor treatment due to sexual dysfunction. *Int Clin Psychopharmacol*, 14:253-255, 1999.

LANDEN, M.; ERIKSSON, E.; AGREN, H.; FAHLEN, T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol*, 19(3):268-71, Jun., 1999.

LOTUFO-NETO, F.; TRIVEDI, M.; THASE, M.E. Meta-analysis of the reversible inhibitors of monoamine oxidase type A moclobemide and brofaromine for the treatment of depression. *Neuropsychopharmacology*, 20(3):226-47, Mar., 1999.

LUCENA, M.I.; CARVAJAL, A.; ANDRADE, R.J.; VELASCO, A. Antidepressant-induced Hepatotoxicity. *Expert Opin Drug Saf.* 2(3):249-62, May., 2003.

MESTON, C.M. A randomized, placebo-controlled, crossover study of ephedrine for SSRI-induced female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 30(2):57-68, Mar-Apr., 2004.

MODELL, J.G. Repeated observations of yawning, clitoral engorgement, and orgasm associated with fluoxetine administration [letter]. *J Clin Psychopharmacol*, 9:63-65. 1989.

MODELL, J.G.; KATHOLI, C.R.; MODELL, J.D.; DePAUL, R.L. Comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. *Clin Pharm Ther*, 61: 476-487, 1997.

MONTEIRO, W.O.; NOSHIRVANI, H.F.; MARKS, I.M.; LELLIOTT, P.T. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 151:107-112, 1987.

MONTEJO-GONZALEZ, A.L.; LLORCA, G.; IZQUIERDO, J.A.; LEDESMA, A.; BOUSONO, M.; CALCEDO, A. SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther*, 23:176, 1997.

NATHAN, S.G. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther*, 12(4):267-81, Winter, 1986.

NEILL, J.R. Penile anesthesia associated with fluoxetine use [letter]. *Am J Psychiatry*, 148:1603, 1991.

NURNBERG, H.G.; GELENBERG, A.; HARGREAVE, T.B.; HARRISON, W.M.; SIEGEL, R.L.; SMITH, M.D. Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry*, 156(80):1170-1176, 2001.

NURNBERG, H.G.; HENSLEY, P.; GELENBERG, A.; FAVA, M.; LAURIELLO, P.; PAINE, S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289:5664, 2003.

PATTERSON, W.M. Fluoxetin-induced sexual dysfunction (letter). *J Clin Psychiatry*, 54-71, 1993.

POLLOCK, B.G.; SWEET, R.A.; KIRSHNER, M.; REYNOLDS, C.F. 3rd. Bupropion plasma levels and CYP2D6 phenotype. *Ther Drug Monit*, 18(5):581-5, Oct., 1996.

PRICE, J.; GRUNHAUS, L.J. Treatment of Clomipramine-induced anorgasmia with Yohimbine: a case report. *J Clin Psychiatry*, 51(1):32-3, Jan., 1990.

RAMASUBBU, R. Switching to moclobemide to reverse fluoxetine-induced sexual dysfunction in patients with depression. *J Psychiatr Neurosci*, 24:45-50, 1999.

ROSEN, R.C.; LANE, R.M.; MENZA, M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol*, 19(1):67, Feb., 1999.

ROTHSCHILD, A.J. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday. *American Journal of Psychiatry*, 52:1514-1516, 1995.

SEGRAVES, R.T. Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Arch Gen Psychiatry*, 46:275-284, 1989.

_____ Antidepressant-induced orgasm disorder. *J Sex Marital Ther*, 21:192-201, 1995.

STEELE, T.E.; HOWELL, E.F. Cyproheptadine for imipramine-induced anorgasmia. *J Clin Psychopharmacol*, 6:326-327, 1986.

SULLIVAN, G. Increased libido in three men treated with trazodone. *J Clin Psychiatry*, 49:202-203, 1988.

THOMPSON, J.W. JR; WARE, M.R.; BLASHFIELD, R.K. Psychotropic medication and priapism: a comprehensive review. *J Clin Psychiatry*, 51(10):430-3, Oct., 1990.

TIGNOL, J.; FURLAN, P.M.; GOMEZ-BENEYTO, M.; OPSOMER, R.; SCHREIBER, W.; SWEENEY, M.; WOHLHUTER, C. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) for the treatment of erectile dysfunction in men in remission from depression. *Int Clin Psychopharmacol*, 19(4):191-9, Jul., 2004.

UGEDO, L.; GRENHOF, J.; SVENSSON, T.H. Ritanserin, a 5-HT₂ receptor antagonist, activates midbrain dopamine neurons by blocking serotonergic inhibition. *Psychopharmacology (Berl)*, 98(1):45-50, 1989.

ZAJECKA, J. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. *J Clin Psychiatry*, 61 Suppl 2:20-5, 2000.

ZAJECKA, J.; FAWCETT, J.; SCHAFF, M.; JEFFRIES, H.; GUY, C. The role of serotonin in sexual dysfunction: Fluoxetine-associated orgasm dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 52: 66-68, 1991.

ZAJECKA, J.; TRACY, K.A.; MITCHELL, S. Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: a literature review. *J Clin Psychiatry*, 58(7):291-7, Jul., 1997.

ZAJECKA, J.; MITCHELL, S.; FAWCETT, J. Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 33: 755-760, 1997.

WALKER, P.W.; COLE, J.O.; GARDNER, E.A.; HUGHES, A.R.; JOHNSTON, J.A.; BAILEY, S.R. Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:459-465, 1993.

SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO

Paulo Roberto Bastos Canella¹

SEX, SEXUALITY AND GENDER

Resumo: O gênero humano é constituído por seres diferenciados que se reproduzem sexuadamente e que trazem inerente uma bissexualidade que se impõe à partir da androginia nos mitos gregos até a bipotencialidade revelada pela indiferenciação dos embriões. O autor discorre sobre as diversas etapas evolutivas, quais sejam os chamados sexo genético, sexo gonádico, sexo somático, sexo legal, sexo de criação e sexo psico-social. Embora esteja presente um determinismo e uma diferenciação nos quais a biologia constrói indivíduos necessariamente de um dos dois sexos, macho ou fêmea, a bissexualidade se revela pela existência de comportamentos disfóricos em homens e mulheres como homossexualidade, travestismo e transexualidade. Assinala ainda o autor que a idéia de doença forjada pela medicina e pela psicologia para os transexuais levou a criação de etapas diagnósticas e terapêuticas legalmente exigidas para as correções necessárias quando os transexuais buscam tratamento pela trangenitalização.

Palavras-chave: Bissexualidade; determinismo sexual; transexualidade.

Abstract: The mankind is constituted by beings differentiated that you/they reproduce sexuadamente and that you/they bring inherent a bissexuality that she impose to leave of the androginia in the Greek myths until the bipotencialidade revealed by the indiferenciação of the embryos. The author talks about the several evolutionary stages, which are the calls genetic sex, gonadal sex, somatic sex, legal sex, drive sex and psico-social sex. Although it is present a determinism and a differentiation us which the biology builds

¹ Professor Titular e Livre Docente de Ginecologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ.
e-mail: parobastos@ig.com.br

individuals necessarily of an and other the two sexes, male or female, the bisexuality is revealed by the existence of disforics behaviors in men and women as homosexuality, travestism and transsexualism. Still marks the author that the idea of wrought disease for the medicine and for the psychology for the transsexual ones took the creation of stages diagnose and therapeutics legally demanded for the necessary corrections when the transsexual ones look for treatment for sex reassignment surgery.

Keywords: Bisexuality; sexual determinism; transexuality.

Introdução

O que caracteriza a instalação do ser em um gênero depende de uma aparência e um comportamento compatível com seu sexo. Não só o aspecto como a postura diante das relações circunstanciais estão predeterminadas pela cultura social para permitir um fácil reconhecimento do gênero. O humano é uma espécie bissexual

O termo, bissexualidade, é usado predominantemente para designar uma forma de amor carnal na qual uma pessoa liga-se a outra, ora do mesmo sexo, ora do oposto. Ser bissexual seria uma opção de comportamento. Mas a bissexualidade é inerente ao gênero humano, espécie de reprodução sexuada, e necessariamente constituído por indivíduos de dois sexos. A construção biológica destes seres, o feminino e o masculino, o macho e a fêmea, inicia-se por um embrião indiferenciado, bipotencial, porém determinado geneticamente para formar um ser anatômica e fisiologicamente de um ou de outro sexo. As relações psico-sociais dos humanos se estruturam, assim, por instalação em um dos dois sexos a partir de uma opção bissexual.

A bissexualidade faz parte da condição humana. Em todas as culturas existem mitos andróginos. A androginia na cultura helênica vem do mito exposto no discurso de Aristófanes em “O Banquete” de Platão:

“... porque outrora, no princípio, éramos unos e havia três tipos de humanos: O homem duplo, a mulher dupla e o homem-mulher, isto é, o andrógino. Eram redondos, com quatro braços e quatro pernas e dois rostos numa só cabeça”.

O tema aparece em outros episódios lendários como o de Cines, estuprada por Pseidon, que transformou-se em Cineu, homem, e só voltou a ser mulher ao morrer. A transformação do adivinho Tirésias, em mulher ao separar a cópula de duas serpentes e décadas depois de viver como mulher repetiu o ato de separar cobras em cópula e voltou a ser homem. Hermafrodito, nascido dos amores adúlteros entre Afrodite e Hermes, ente que funde-se

com a ninfa Sálmacis passando a possuir os dois sexos (BRANDÃO, 1994). Há outras inúmeras referências mitológicas à androginia que após Darwin (1871) modifica-se para a bissexualidade posto que o embrião humano é descoberto bipotencial e, assim, o mitológico adquire base na realidade biológica.

Freud entre outros autores advogava a hipótese da bissexualidade na formação dos humanos e introduz na psicanálise, sob influência Fliess, a hipótese de que todo humano teria simultânea e constitucionalmente disposições sexuais dos dois sexos o que se revelava nos conflitos enfrentados pelas pessoas para se instalarem em seu próprio sexo. A teoria da bissexualidade, já na época de Freud tinha o apoio da embriologia e da anatomia posto que em todos os indivíduos, macho ou fêmea, após a diferenciação é possível encontrar vestígios do aparelho genital do sexo oposto.

A bissexualidade é um fenômeno humano universal havendo em qualquer pessoa tendências femininas e masculinas, no entanto, para Freud, os conceitos de masculinidade e feminilidade apresentariam significados diferentes quanto aos níveis biológico, psicológico e sociológico sendo difícil encontrar equivalências entre estes níveis.

Freudianamente, na bissexualidade, existiria uma disposição psíquica inconsciente, própria da subjetividade humana, fundamentada na diferença sexual, na necessidade de escolha pela qual recalca-se um dos componentes ou aceita-se os dois. Existiriam nos indivíduos “moções pulsionais” masculinas e femininas e umas e outras podem tornar-se inconscientes por recalque. Aquilo que vai contra o sexo do sujeito é que sofreria o recalque. Seria aí o cerne das idéias de inveja do pênis na mulher e atitudes femininas nos homens e os saberes biológicos apenas não seriam suficientes para uma justificação desses conteúdos observados na análise.

A heterossexualidade, base da reprodução, é a escolha predominante, mas essa opção parece tender para uma redução percentual em favor das preferências bi e homossexuais de comportamento. Assinale-se que Judith Butler (2001), professora do Departamento de Retórica da Universidade da Califórnia, Berkeley, considera a sociedade como atuante no sentido de uma heterossexualidade humana compulsória e voltada para a procriação.

Tendo como ponto de partida o bissexualismo inerente ao humano, a homossexualidade, o travestismo e a transexualidade são as formas de sentir-se e comportar-se no meio social.

Nos fins do século XIX, Richard von Krafft-Ebing em seu livro **Psychopathia Sexualis** misturava o intersexo, a homossexualidade, e o travestismo ainda

confundido com o transexualismo que seria conceituado pelo endocrinologista americano Harry Benjamin nos anos 50 como designação para distúrbio, para ele, puramente psíquico da identidade sexual, a convicção inabalável de um indivíduo de pertencer ao sexo oposto. Benjamin assentava as raízes da transexualidade no orgânico em especial alterações endócrinas de origem genética. No mesmo pacote Benjamin punha os casos de malformações como o hermafroditismo e o pseudo-hermafroditismo com as bases orgânicas que hoje caracterizam o intersexo. Em 1975 o psicanalista Robert Stoller em seu livro **A Experiência Transexual** centra as causas do transexualismo (e do travestismo e homossexualismo) na formação psicológica da criança, em especial em sua relação com a mãe. Seja como for as disforias de gênero sempre foram conhecidas.

Roudnesco (1998) nos verbetes “transexualismo” e “bissexualidade” nos dá vários exemplos. Assinale-se a doença de *Scythes* em homens que se manifestava pela perda da virilidade e o uso de roupas femininas descritas por Hipócrates e Heródoto; Filono de Alexandria que relatou a mudança artificial de homem em mulher com castração e mais recentemente casos como o Abade de Choisy (François Timoleon) e a Condessa de Benis (1664-1734) na época de Luís XIV; o Chevalier D'Eon-Charles de Beaumont (1728-1810) pelo qual surgiu o caso de Herculine Barbin relatado por Ambroise Tardieu (1818-1879) Alexina, criada em um convento com genitália dúbia, possuindo micropenis e hipospádia, sentia-se menino e conseguiu mudar de nome em tribunal.

Culturalmente espera-se que os indivíduos tenham como característica a propriedade de comportar-se e apresentar-se em acordo com um dos dois sexos além de associar-se complementarmente para que sua atividade sexual permita a procriação. Assim como o chamado determinismo biológico falha na construção física, também falha, e cada vez mais, o determinismo psicossocial que a cultura humana espera das pessoas.

Vejamos os mecanismos biológicos do determinismo e da diferenciação sexual, e conceitos mais aceitos atualmente sobre a homossexualidade, o travestismo e a questão atualmente significativa da transexualidade neste mundo que parece caminhar para um comportamento bissexual.

O determinismo, diferenciação e comportamento

Em regra, a diferenciação dos sexos inicia-se biologicamente pela formação das gônadas e dos demais órgãos sexuais. Tudo começa no embrião e aparece no feto obedecendo a determinação cromossômica original. Reconhecido

um sexo para o indivíduo no nascimento, o registro civil, a família, a escola moldam as características psíquicas, enquanto os hormônios elaborados pelas gônadas acentuam a diferenciação somática na puberdade em consonância com a ação sexualizante do meio social.

O sexo deve ser considerado sob vários prismas: o genético, que separa os indivíduos em XX ou XY; o gonádico, determinado pela existência de ovários ou testículos; o somático, que se define pelos genitais externos e internos e depois pelos caracteres sexuais secundários; o sexo legal, quando se recebe um nome feminino ou masculino; o sexo de criação (*drive sex*), pelo qual os meninos viram homens e as meninas viram mulheres e, finalmente, o sexo psico-social, através do qual a pessoa reconhece ter-se feito mulher ou homem.

Um indivíduo é homem quando, de um ovo XY em seu desenvolvimento uterino, diferenciam-se gônadas e demais órgãos, internos e externos, de caráter masculino, além de apresentar caracteres psicológicos, comportamentais e posição definida na sociedade como homem. Atendendo pelo nome de João. Já Maria, cujo ovo era XX, tornou-se menina, moça e adulta; é uma mulher.

A fecundação (fertilização ou concepção) é o processo de fusão dos gametas, células haplóides, com metade do número de cromossomos, que restabelece o número diplóide de cromossomos constituindo o ovo ou zigoto, protótipo do futuro ser. A fusão do espermatozóide $22 + Y$ com um óvulo $22 + X$ resulta em um ovo $44 + XY$, cuja evolução natural será a formação de um indivíduo masculino. Se o espermatozóide for $22 + X$, o zigoto será $44 + XX$, e o produto será feminino. Cultivando leucócitos retirados do sangue e fazendo com que pare a reprodução no meio da mitose podemos identificar a carga cromossomial: 22 pares de autossomos e um par de cromossomos sexuais. Mulher “XX” e homem “XY”.

Além dos padrões normais, $46 XX$ e $46 XY$, quanto ao sexo cromossômico ou genético, podem ocorrer outras composições. Ocasionalmente, o organismo contém células com diversos padrões, o que constitui os mosaicos.

A direção do desenvolvimento da gônada primitiva é determinada por genes contidos nos gametas. A presença do cromossomo Y condiciona a diferenciação testicular. Têm testículo os homens normais ($46 XY$), as mulheres tipo testículo feminilizante ($46 XY$), bem como os indivíduos $47 XYY$ e todos aqueles com associações de vários X, desde que haja Y: $47 XXY$; $48 XXXY$; $49 XXXXY$ etc. Hoje identifica-se seres XX com características masculinas ou XY com características femininas pela presença ou ausência de segmentos genéticos determinantes do masculino nos cromossomos sexuais.

A diferenciação em ovário dá-se na ausência de Y, desde que haja, pelo menos, 2 X. Assim, terão ovários a mulher normal (46 XX) e as do tipo 47 XXX; 48 XXXX; 49 XXXXX. Não tem ovários, mas gônadas em tira (fibrosadas), a mulher 45 XO, com síndrome de *Turner* ou disgenesia gonádica.

O responsável pela diferenciação sexual é um fragmento do cromossomo Y (gen SRY). Se este fragmento translocar-se para um cromossomo X poderemos ter um indivíduo que, apesar de ser cromossomicamente XX, como dispõe do fragmento translocado, apresentar-se-á fenotipicamente masculino. São os homens 46 XX.

Os gonócitos (células germinativas primordiais) desde a quarta semana estão na parede do saco vitelino. Tais células migram para as gônadas indiferenciadas e nelas se incorporam. Tal migração é indispensável à diferenciação da gônada.

Até a quinta semana, o humano é um embrião indiferenciado, cujas gônadas têm uma porção cortical e outra medular que em acordo com o genótipo deverão se diferenciar. Com o desenvolvimento cortical, formar-se-ão ovários, e com o medular, formar-se-ão testículos. Este desenvolvimento depende do sexo genético.

No embrião que virá a ser do sexo masculino, a partir da sétima semana, as gônadas indiferenciadas, bi-potenciais, se diferenciam em testículos. Os gonócitos se transformarão em espermatogônias. Mais tarde, último trimestre na vida intra-uterina, da vigésima oitava à trigésima segunda semana, os testículos migrarão para as bolsas escrotais, mas o processo com frequência só se completa nas primeiras semanas de vida, ou às vezes, nem isso.

A gônada indiferenciada evolui para ovário se não há cromossomo “Y”. Estando presente o segundo “X” cresce a região cortical (externa) da gônada. Havendo “Y” evolui a região medular devolvendo os túbulos seminíferos. A diferenciação ocorre por volta da décima semana de vida intra-uterina, onde os gonócitos originarão as ovogônias ou espermatogônias.

O sexo somático traduz-se em três aspectos: a genitália interna, a genitália externa e os caracteres sexuais secundários. A genitália interna, quando o embrião ainda tem gônadas indiferenciadas, também é indiferenciada e bi-potencial e se constitui por ductos mesonéfricos (ou de Wolff) e ductos paramesonéfricos (ductos ou canais de Müller), que podem evoluir para genitais internos, tanto do tipo masculino quanto do feminino.

Quando a diferenciação se dá no sentido masculino, evoluem os ductos de Wolff e as estruturas müllerianas regridem. Esses ductos formarão o

epidídimo, o ducto deferente, o ducto ejaculador e a vesícula seminal. Dos ductos de Müller, permanecerão resquícios craniais junto ao testículo: apêndice do testículo, a parte caudal, fúndica, formará o utrículo prostático.

No embrião feminino, desenvolvem-se os ductos de Müller, que formarão as tubas, o útero e parte superior da vagina. Das estruturas wolfianas, permanecerão restos laterais (paroóforo, epoóforo, canais de Gartner).

Observa-se que a evolução num e noutro sentido é determinada pela presença do testículo. Havendo testículos, há evolução no sentido wolffiano; não havendo testículos, no sentido mülleriano. Supomos hoje que o MIF (Fator de Inibição Mulleriana) seja uma glicoproteína secretada pelas células de Sertoli e induzida por gen do cromosoma Y.

A diferenciação dá-se no sentido mülleriano, desde que não haja testículo, haja ou não ovário. Tanto o embrião normal, com ovários, como aquele sem gônadas evoluem no sentido de genitália interna de tipo feminino. Configura-se assim o que nomeamos “lei do testículo”.

O testículo normal, na vida intra-uterina, por suas células de Leydig, produzirá testosterona, que irá permitir a diferenciação da genitália interna masculina em epidídimo, ductos deferente e ejaculador e vesículo seminal. Por suas células de Sertoli produzirá o *Müllerian Inhibiting Factor* (MIF), que inibirá o desenvolvimento das estruturas müllerianas. Se porém o testículo for anormal e não produzir estas substâncias, a genitália interna, embora na presença de testículo, tomará desenvolvimento feminino. A ausência de testosterona e MIF, e não a presença de algo secretado pelo ovário, é a responsável pelo desenvolvimento feminino da genitália interna (NAHOUM, 1982).

Esta ação do testículo ocorre apenas do lado onde ele se encontra. Assim, se houver conceito com ovário de um lado e testículo de outro, este terá estruturas internas femininas do lado do ovário e masculinas do lado do testículo. Por volta da 14 semana de vida estão presentes canais de Wolff e de Müller. Havendo testículos e MIF (fator de inibição mulleriano) evoluem os canais de Wolff surgindo útero e trompas. Havendo ovários e MIF ausente evoluem os canais de Müller. As estruturas canaliculares não estimuladas involuem.

A genitália externa também é, inicialmente, indiferenciada e bipotencial. No início da quarta semana, um tubérculo genital desenvolve-se ventralmente à membrana cloacal, ladeada pelas pregas urogenitais para dentro e, pelas proeminências labioescrotais para fora. O tubérculo genital cresce em ambos os sexos e é denominado falo. Ele é acentuado tanto nas futuras fêmeas

como nos futuros machos, de modo que esta aparência não permite o diagnóstico diferencial. Ao exame superficial, por observador desavisado, todo embrião tem, em certa fase, um aspecto masculino. Somente na nona semana da evolução fetal inicia-se a diferenciação, que só é nítida ao fim da décima segunda semana. Tal estrutura pouco se modifica caso a evolução se faça no sentido feminino; muito se modifica caso a direção seja masculina.

A testosterona produzida pelo testículo, sob a ação da enzima 5 alfa redutase se transforma em dihidrotestosterona (DHT). A dihidrotestosterona é o hormônio responsável pelo desenvolvimento da genitália externa masculina e sob sua ação as pregas urogenitais crescem ventralmente, junto com o falo, e se soldam na linha mediana de trás para diante, forrando a face interior do que agora convém nomear pênis e formando a uretra peniana. O orifício uretral externo é, pois levado progressivamente para diante. Se o processo não se ultima, configura-se a hipospádia, quando o meato uretral abre-se na base ou em algum ponto da face ventral do pênis.

Se não houver efeito da DHT, a evolução dá-se no sentido feminino, o falo não se desenvolve formando o clitóris encimando as pregas urogenitais que não são fundidas e formam os pequenos lábios. As proeminências labioescrotais formam os grandes lábios. É a “lei dos androgênios”, melhor dito, lei da dihidrotestosterona (DTH). Se não houver efeito androgênio, não é mister haver hormônio estrogênico, basta a ausência de DHT. Isto significa também que se não houver possibilidade de transformação da testosterona em DHT por falta da enzima 5 alfa-redutase, embora havendo testosterona, a genitália externa se diferenciará no sentido feminino. Em condições normais, tais androgênios provêm do testículo fetal.

Note-se ainda que, até o momento, para a diferenciação masculina é indispensável a existência do fator específico de masculinização, o Y para a diferenciação do testículo; o testículo, com testosterona e MIF para a formação da genitália interna e a DHT para a genitália externa. A recíproca, porém, não é verdadeira. Para a diferenciação feminina, não há necessidade de fator de feminização; basta a ausência do fator de masculinização. Todavia, o ovário funcionante se forma não na ausência de Y, mas na presença do segundo X.

Da genitália indiferenciada no embrião de 10 a 12 semanas evolui a genitália externa feminina na ausência de estímulo androgênico. A genitália externa masculina desenvolve-se quando presente atividade do testículo fetal. As estruturas que formam os pequenos lábios fecham-se na rafe pênis-escrotal e os grandes lábios compõem a bolsa escrotal.

Os caracteres sexuais secundários são igualmente bi-potenciais, pois ambos os sexos apresentam glândulas mamárias, folículos pilosos, faringe e todas as condições para ter ossatura, musculatura ou distribuição de gordura do tipo “masculino” ou “feminino”. Agora, surge a necessidade do fator de feminização, dado pelos estrogênios, assim como a masculinização é responsabilidade dos androgênios. As transformações sexuais secundárias ocorrem na puberdade.

É no momento do nascimento que atribui-se ao indivíduo um sexo, e isso se faz de forma simples e objetiva pela observação da genitália externa, se há pênis é homem se ele não está presente é mulher. Certamente não se procede a um exame minucioso da genitália externa do recém nascido sendo possível enganos, ora pelo não desenvolvimento correto do pênis, ora pelo desenvolvimento exagerado do clitóris. Os eventuais erros são reduzidos pelo exame cuidadoso feito pelo pediatra que cuida do recém nato no momento do nascimento. É portanto da visualização da genitália externa que se estabelece o sexo legal pelo qual um indivíduo recebe um nome sendo registrado legalmente em um cartório. João ou Maria levarão para o resto da vida seu nome sendo identificados legalmente na sociedade.

A partir do nascimento os pais criam os filhos em acordo com o sexo legal, meninos são dirigidos para terem atitudes e comportamento de homem e meninas são direcionadas para atitudes e comportamento de mulheres. A sociedade enfatiza e colabora ativamente com a criação diferenciada das pessoas.

Na puberdade os caracteres sexuais secundários reforçam a identidade adquirida pela criação, Homens se sentem homens, reconhecem-se como tal e como indivíduos do sexo masculino se comportam. Embora não necessariamente tendem a buscar uma associação com mulheres que como tal foram criadas, como tal sentem-se e comportam-se, e, ainda aqui não necessariamente, tendem a associar-se com homens em especial obedecendo o determinismo biológico de reproduzir-se, mesmo tendo as pessoas o arbítrio de optar por não terem filhos.

Os indivíduos percorrem a vida com uma identidade de gênero que se traduz por um comportamento no qual exibem um papel sexual compatível com o seu sexo.

Como vimos a diferenciação sexual até o nascimento depende de forças genéticas e hormonais que impõem uma ordem aos vários aspectos do desenvolvimento pós-natal. Após o nascimento quando se estabelece o sexo legal a aprendizagem terá uma influência marcante no inter-relacionamento entre os fatores biológicos e os psico-sociais. (CANELLA, 2003)

A maturação sexual envolve um processo fisiológico bem como um psicológico. A parte fisiológica do processo, encontra-se hoje mais claramente definida que a psicológica, pois esta última além de seus próprios enigmas, recebe fortes influências do meio sócio-cultural no qual o indivíduo se desenvolve, através do sexo de criação, sua identidade psico-social.

A identidade pessoal em nossa estrutura social, perpassa pela identidade sexual. O desenvolvimento da personalidade, estrutura-se primariamente com base na interação afetiva e emocional da criança com seus pais. A auto imagem construída pela criança neste primeiro estágio contribuirá sensivelmente para o desenvolvimento do senso de identidade pessoal e de gênero do indivíduo como um todo.

Para a maioria dos autores é praticamente impossível a uma pessoa desenvolver qualquer senso de identidade, sem identificar-se como homem ou mulher. Parecendo existir uma interação entre a predisposição inata para um determinado sexo e os sinais que as pessoas recebem nesse sentido em seus primeiros anos de vida pós natal, lhes possibilitando identificar-se como homens ou mulheres.

Assinale-se porém, períodos críticos para a estruturação do que se denomina, “núcleo de base da identidade de gênero”, semelhante ao que acontece com a aquisição da linguagem. Este momento gira em torno dos três primeiros anos de vida [para Money (1981) este período encontra-se circunscrito entre os 18 e 24 meses], época na qual surge a semente do que mais tarde se desenvolverá como identidade de homem ou de mulher. Tudo faz crer que estamos “ligados” mas não programados para uma identidade sexual, assim como não estamos programados para uma forma específica de linguagem. Tanto para o desenvolvimento de uma como de outra, faz-se necessário o contato com a estimulação do meio sócio-psicológico.

Para a estruturação do núcleo de base da identidade sexual alguns fatores são de especial importância. Dentre eles assinalo: o que geneticamente se trouxe do período pré-natal, a formação de um “cérebro de gênero, o aspecto da genitália externa, o relacionamento parental (para a instalação do feminino ou masculino), a capacidade cognitiva e a linguagem. É a integração destes fatores que constituirá o núcleo de base do sentimento de sermos homem ou mulher.

As interações sócio-afetivas na criança recebem influências de uma série de normas e preferências, diferenciando claramente o que se espera de um menino ou de uma menina em termos de “papel de gênero” ou “papel sócio-sexual”.

Segundo Andrade-Silva (2003) o papel de gênero, é determinado por ação do que se denomina “tipificação sexual”, e se dará através de prescrições sociais, ditadas pelas instituições e exigidas como formas adequadas de sentir e comportar-se para ser aceito como homem ou mulher. Esta posição dicotômica varia de cultura para cultura e em diferentes épocas, tanto no que se refere ao conteúdo como quanto a severidade dos limites impostos.

Estas regras de papel de gênero iniciam sua ação até mesmo antes do nascimento. Quando os pais sabem que terão um filho homem, fantasiam um bebê robusto, forte, destemido, e estas fantasias interferirão no que espera-se que os filhos sejam.

A estruturação das regras de papéis se fundamentam em uma educação afetiva, delicada e sensual para o feminino e forte, sexuada e objetiva para o masculino. Os brinquedos, a literatura infantil, os colégios, a TV, darão continuidade efetiva à todo o processo de instalação em determinado gênero, o que progressivamente será internalizado pela criança que desenvolve o núcleo de sua identidade sexual cunhando-se o sentimento subjetivo de ser homem ou mulher. É por uma socialização mais ampla que vão se aglutinando com diferentes forças uma série de normas de “papel de gênero”.

Podemos perceber que tais regras de papel, não têm obrigatoriamente associação direta com o ser homem ou mulher, tanto num sentido biológico quanto num sentido psicológico inicial. O sentir-se “interiormente” homem ou mulher não inclui, necessariamente, como estes devem comportar-se, para que sejam bem aceitos como tais. Assinale-se que a instalação no gênero compatível com o aspecto físico corre paralela a um processo político e social de enquadramento na heterossexualidade contaminada pelas relações de dominação e submissão de nossa cultura.

A estruturação da identidade contém ainda o processo de “identificação” pelo qual o indivíduo assimila características de outra pessoa significativa (modelo) internalizando-a e tomando dela as características desejadas como suas. Tal mecanismo estrutura-se em função de relações emocionais onde inicialmente as figuras parentais, através dos vínculos afetivos, participam de modo efetivo como facilitadores ou não do processo de identificação.

Apesar de uma série de predisposições o meio psico-social trabalha moldando e estimulando o papel de gênero. Meninas dinâmicas, objetivas, mais agressivas e inquietas sofrem uma série de cerceamentos, pois estas não são qualidades que delas se espera. Da mesma forma, meninos que não gostam de jogos ou brinquedos violentos e ou agressivos, também devem ser enquadrados em seu sexo físico tentando identificá-los como homens.

Uma criança precisa ser aceita pela sociedade, amada pelos pais, e quando sente que o que tem a oferecer não é o que desejam dela sente-se inadequada, e progressivamente insegura, quanto a sua feminilidade ou masculinidade. Quanto ao seu próprio “Eu”.

A entrada na puberdade/adolescência, caracteriza-se por uma nova onda de pressão sobre a identidade sexual. A ativação do funcionamento ovariano e testicular atuarão principalmente na constituição dos caracteres sexuais secundários, na disponibilidade reprodutiva e na percepção de fortes impulsos eróticos. Neste turbilhão uma pessoa que sente-se mulher ou homem precisará reorganizar-se assimilando novos padrões de comportamentos masculinos e femininos que devem tornar-se símbolos de novas fronteiras dicotômicas na constituição de suas identidades enquanto homens e mulheres. (ANDRADE-SILVA,2003)

Como se vê as explicações conceituais demonstram que biológica e culturalmente é esperada uma diferenciação determinística para o enquadramento em um dos dois gêneros. Isso não significa, apesar de todas as pressões político sociais, que as pessoas exibam obrigatoriamente um comportamento heterossexual.

Homossexualidade, travestismo e transexualidade

A homossexualidade é dita como hábito, tendência, opção das pessoas para a prática sexual com indivíduos do mesmo sexo. Hoje aceita-se que os seres tenham liberdade de orientação sexual e a manifeste livremente. É a forma de expressão da direção que o impulso sexual toma, em relação ao objeto de desejo e realização da sexualidade. Uma orientação para pessoas do mesmo sexo seria a homossexualidade.

Na maioria das sociedades, o comportamento *heterossexual* é a orientação esperada, no entanto as atividades homossexuais e bissexuais, são culturalmente comuns em alguns momentos da vida das pessoas ou são realmente as atitudes mais adotadas em alguns povos em determinadas épocas.

Por muito tempo a homossexualidade foi considerada uma atividade comum e perfeitamente tolerada apesar de nunca ter deixado de existir preconceitos mais ou menos severos. Na idade média se impuseram as repressões aos desvios sexuais que acabaram classificados como doença. Inúmeras foram e ainda são as tentativas de explicar a etiologia da homossexualidade, atribuía-se suas causas a falhas genéticas, a predisposições do sistema nervoso, a neuroses

do relacionamento mãe filhos, a psicoses e muitas outras causas. Apesar das várias idéias negativas, que se associaram aos indivíduos com orientação homossexual, finalmente em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria, decidiu tirar o homossexualismo do rol das doenças psiquiátricas, posto que os estudos sobre o comportamento sexual concluíram, que não existem medidas psicológicas e ou de outros traços de personalidade que pudessem distinguir os homossexuais dos heterossexuais; nunca foi possível provar que as taxas de instabilidade emocional ou de doença psiquiátrica fossem maior entre os homossexuais. (CANELLA & ANDRADE SILVA, 2004).

O travestismo caracteriza-se pelo uso de roupas e acessórios culturalmente determinado ao sexo oposto. Podendo estes indivíduos, travestir-se completamente ou simplesmente utilizar-se de determinadas peças específicas. Tal uso tem como objetivo parecer pertencer ao outro sexo e obter ou proporcionar excitação sexual através do uso do traje. Assinale-se o transformismo, as apresentações em espetáculos de indivíduos de um sexo, em geral do masculino, que se transformam em mulheres que podem se vistas como uma forma de arte. Há também os que se travestem com fins de vender prazeres sexuais.

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 os seus genitais, como maneira de obter prazer em contatos heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, variando de pessoa para pessoa, ou de época para época, durante a vida. Em certos casos, as linhas divisórias para uma diferenciação entre travestis e transexuais são bastante difíceis de ser estabelecidas sendo necessário ao terapeuta tempo longo de observação. Algumas vezes, os conflitos vividos em relação às identidades, em função das várias pressões sexuais sócio-culturais além de eventuais traumas relacionais, exige exame apurado em relação a transexualidade, pois é ela considerada, a única disforia de gênero em que há indicação para a operação de trasgenitalização. (CANELLA & ANDRADE SILVA, 2004)

A transexualidade caracteriza-se pelo sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e o corpo físico. Essa unidade mente/corpo acaba sempre sendo dita separadamente. Como se explica o corpo?

Na década de 70 a observação clínica mostrou que a presença de “androgênios” na vida intra-uterina e no período peri-natal de fetos femininos era capaz de influir no comportamento de gênero durante a infância dos indivíduos Tais observações corroboravam, nos humanos, verificações realizadas em ratos por Haris relatadas por Lloyd e Weisz em 1968. Estudos posteriores

mostraram que essa ação androgênica poderia influenciar também na fisiologia endócrina hipotalâmica, desencadeada na puberdade. As jovens, cujos hipotálamos haviam sido “impregnados” por andrógenos, teriam uma tendência a apresentar, na vida adulta, ciclos anovulatórios e irregularidade menstrual, causadas por uma atividade menos cíclica e mais constante do hipotálamo e hipófise. Haveria mudança na produção cíclica do FSH e LH, sendo comum a presença de ovários policísticos, possivelmente, por uma atividade “masculina” na produção do LHRH .

Schore, em 1994, fez uma significativa compilação dos conhecimentos sobre as bases neuroendócrinas do dimorfismo sexual na função e nas estruturas da córtex cerebral, assinalando a influência dos esteróides sexuais. Esses hormônios atuam durante um período chamado crítico, da vida fetal que se prolonga 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 no período pós-natal da organogênese cerebral os esteróides sexuais organizam o desenvolvimento dos circuitos neurais, alterando sua morfologia, modulando o crescimento dos dendritos, influenciando a formação das sinapses e na localização das sinapses terminais. Esta influência permanente, no desenvolvimento das estruturas cerebrais, é mediada pelo genoma. 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 a diferenciação neuro-hormonal do sistema nervoso. Cremos hoje também na existência de um cérebro dimórfico na espécie humana.

Como se vê a biologia apresenta sua faceta somática para as manifestações psíquicas da transexualidade.

Na prática clínica os chamados transexuais são indivíduos com “cabeça” feminina em um corpo de homem, ou homens psiquicamente com um corpo de mulher. Esses indivíduos apresentam um sentimento de infelicidade ou depressão dependente da inadequação ao próprio sexo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (2002) da Associação Americana de Psiquiatria caracteriza o transtorno de identidade de gênero como:

- a- Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, ou seja, não um mero desejo de obter qualquer vantagem cultural atribuída ao fato de ser do sexo oposto.
- b- Desconforto persistente ou sentimento de inadequação ao papel de gênero do seu sexo.

- c- A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.
- d- a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (DSM, 2002, pág. 552.)

Estes indivíduos necessitam de apoio psicológico, além de intervenção hormonal e cirúrgica, para “consertar” um corpo, que crêem, 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 obtêm prazer sexual simplesmente por vestir-se com roupas do outro sexo. Ao contrário, sentem-se normais e adequadamente vestidos de acordo com uma identidade sexual, percebendo-se como tendo uma orientação heterossexual.

Quando se envolvem em relacionamentos sexuais, em geral, fantasiam e simbolicamente se vêem com a imagem sexual com que se percebem e não com a da anatomia que têm. Os parceiros podem se enganados ou só são aceitos os que podem conviver com a condição excepcional.

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 seu sofrimento.

Os transexuais 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 posto que seu corpo é percebido como um erro. Além da intersexualidade com base em malformações do aparelho genital a medicina se vê envolvida com a intersexualidade do espírito.

A indicação médica para a mudança de sexo dos indivíduos é um dos mais significativos objetos do conhecimento atual. A partir de 1999, baseados na resolução nº 1.482 de 10/09/97 do Conselho Federal de Medicina surgiram regras para evitar erros irreparáveis nas operações de transgenitalização como, a necessidade de pelo menos dois anos de observação, exames endócrinos, psiquiátricos, testes cognitivos, programas registrados e ligados em muitos casos a hospitais universitários.

O “caminho” para a transgenitalização pode ser dividido em quatro etapas:

Primeira Fase – avaliações físicas orgânico-funcionais (genitais, hormonais) e avaliações psicológicas, psiquiátricas e sexológicas. Nesta fase as consultas são previamente marcadas em intervalos regulares de acordo com as

necessidades do paciente e da equipe, sendo o tempo de acompanhamento não inferior a dois anos.

Segunda fase – 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 efetivação da transgenitalização.

Nos casos em que os pacientes tenham parceiros de longo curso e até mesmo vivendo “enquanto casal”, o parceiro deverá participar nesta etapa, no sentido de preparar o “casal” para tal procedimento.

Terceira fase – corresponde ao tratamento cirúrgico de transexualização. O transexual apresenta um sexo anatômico, e por conseguinte os sexos genético e gonádico, discordante do sexo psico-social. As operações necessárias a mudança do sexo anatômico consistem em uma série de procedimentos de ablação e reconstrução de estruturas anatômicas que nem sempre resultam em órgãos plenamente funcionais e muito menos revelam-se esteticamente perfeitos.

Quarta Fase – Corresponde ao acompanhamento sistemático, após o procedimento cirúrgico.

- Previsão de internação por uma semana (tal cuidado se faz necessário, em função de trabalharmos com população muito carente e que reside distante do hospital).
- Inicialmente, o acompanhamento deve ser semanal durante os 3 primeiros meses. Quando exames locais são realizados e orientações são efetivadas por um médico e um psicólogo.
- Posteriormente o acompanhamento será mensal, durante mais 3 meses e depois após um ano. Ou sempre que a paciente tiver necessidade.

Considerações Finais

Até que ponto a necessidade de adequação do corpo a identidade sexual é algo induzido ou imposto pela sociedade, pela cultura, não sabemos, ou sabemos, mas temos dúvidas. O fato é que alguns transexuais parecem buscar a transgenitalização apenas por não serem socialmente aceitos como são, mulheres em corpos de homem e homens em corpos de mulheres. Nessas considerações não falo de pessoas ligadas à notoriedade da mídia, mas de

seres comuns, empregadas(os), corretores(as), faxineiras(os), médicos(as), dentistas, advogados(as), estudantes.

Na medida em que os preconceitos caem, recalcam-se socialmente, mas lá estão adormecidos no anti-social; na medida em que a tolerância pública às aparências e aos modos de ser vão tímida, mas inexoravelmente se impondo; na medida em que as diferenças vão se instalando e se mostrando; a bissexualidade inerente à condição humana se exhibe mais livre em cada pessoa humana.

A mudança do corpo obtida pela transgenitalização não transforma mulher em homem ou vice-versa, mas o indivíduo que se transformou passa a pertencer ao ser que sempre pertenceu com um arremedo anatômico compatível com o seu sexo, o sexo em que está há muito instalado.

A transexualização exige a castração, as gônadas perdidas passam a não insistir em manter os caracteres sexuais secundários do sexo que não é reconhecido pela pessoa. É a reposição hormonal “contra sexual” que produz e mantém a aparência do masculino no feminino e do feminino no masculino. A transgenitalização condena o indivíduo a infertilidade.

A transexualidade, como se viu, é considerada um transtorno tratável pela medicina e pela psicologia, mas o contato que tivemos com estas pessoas destituem essa visão patologizante. O convívio com os transexuais revelam homens e mulheres exibindo comportamento natural compatível com o sexo em que estão instalados. A discordância do ser com o sexo genital aparece convincentemente mascarada pela aparência que situa o indivíduo instalado no sexo psico-social a ele inerente. A idéia de “doença” é profundamente duvidosa, haveria, sim, uma transexualidade “oficial”, como assinala Bento (2004), legitimadora da transgenitalização que ignora o comportamento de gênero adquirido na experiência do viver.

A homossexualidade manifesta, secreta ou reprimida, é uma das formas (talvez a mais leve em conflitos) de manifestação da bissexualidade.

Travestir-se é obter o prazer que se supõe tem a pessoa do outro sexo, é buscar sentir-se do outro sexo sem a ele pertencer.

Homossexualidade, travestismo e transexualidade mostram como a busca do prazer sexual pode estar desvinculada da procriação.

As diferenças, como lidar com elas? Há uma perplexidade na relação quando não se pode reconhecer em que sexo um outro, o interlocutor, está instalado. Julian Marias (1995) e Norbert Elias (1994) assinalam a importância do rosto que revela o gênero para podermos nos comportar diante do outro.

Parece quase impossível alguma relação que não seja entre gêneros, nas quais não haja complementaridade ligada a sexualidade. Quantas formas haveria de demonstrar a condição bissexual sem ser o contato somatogenital?

Tudo é uma manifestação de gênero e como os gêneros são complementares tem razão Freud quando diz que no contato sexual há sempre quatro pessoas na cama.

Desde sempre há referências a adoção de aparências do outro sexo (Hipócrates e Heródoto ambos descreveram a doença de *Scythes* pela qual os homens apresentavam perda da virilidade e o uso de roupas femininas) adotando o trajar, o enfeitar-se, o falar e talvez o sentir do sexo oposto. Convenções de gênero intercambiáveis que não perdem sua origem em determinado sexo, convenções que travestem modos de ser e estar revelando a bissexualidade.

Referencias bibliográficas

ALLEN, L.S.; HINES, M.; SHRYNE, J.E.; GORSKY, R.A. Two Sexually Dimorphic Cell Groups in the Human Brain. *Journal Neuroscience* 9(2), 497-506, 1989.

ANDRADE-SILVA, M.C. A Construção da Sexualidade da Criança: formação e desenvolvimento da identidade sexual ou de gênero. In RIBEIRO, M. **O Prazer e o Pensar**. São Paulo: Gente, 1999.

ANDRADE SILVA, M.C. Identidade Sexual, In CANELLA, P. **Sexualidade e Medicina – Aspectos Bio-psico-sexuais**. Capítulo 1, A Formação dos Sexos. Edição do Autor para o Mestrado em Sexologia - UGF em CD- Rom, 2003.

ANDRADE-SILVA, M.C. & CANELLA, P. **Projeto – Gênero e Transgenitalização – Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho e Divisão Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, (CAPES) 1999.**

BENJAMIN, H. **El Fenómeno transexual**. Sevilla, 1953

BENTO, B. Da Transexualidade Oficial às Transexualidades. In PISCITELLI, A., GREGORI, M.F. & CARRARA, S. **Sexualidade e saberes: Convenções e Fronteiras**: Rio de Janeiro, Ed Garamondi, 2004.

BRANDÃO, J. **Mitologia Grega**, vol. I, II e III. Petrópolis: Vozes, 1994.

BUTLER, J. **Mecanismos Psíquicos del poder**. Madrid: Ediciones catedra, 2001.

CANELLA, P.R.B. Determinismo e diferenciação do sexo. In: CANELLA, P.R.B. **Sexualidade e Medicina – Aspectos Bio-psico-sexuais**. Capítulo 1. A Formação dos Sexos. Edição do Autor para o Mestrado em Sexologia – UGF em CD-Rom, 2003.

CANELLA, P.R.B. & ANDRADE-SILVA, M.C. Gênero e transgenitalização. *Femina*. 32:721-726, 2004.

CANELLA, P.R.B. & NOWAK, L. D. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: ANDRADE SILVA, M.C. (org.) e Col. **Sexologia – Fundamentos para uma Visão Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editoria Central da U.G.F., 1997, p. 90-171.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução nº 1482/1997. DARWIN, C. **Origem das Espécies**. Porto: Lello & Irmão, s/d.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Associação Americana de Psiquiatria – quarta versão (DSM-IV), 1994.

ELIAS, N. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zchorad, 1994.

FREUD, S. **Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade**. (1905), Ed. Stand. Bras., vol VII, Imago, 1972.

GRIMAL, P. **Dicionário da Mitologia Grega e Romana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

KANDEL, E.R. Cérebro e Comportamento. In: KANDEL, E. R., SEHWARTZ, J. N. & JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Cap. 1 e 2. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda., 1997, p. 5-33.

KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H. & JESSEL, T.M. (Ed.) **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Editora Prentice-Hall do Brasil, 1997.

KELLY, D. & JESSELL, T. Sexo e o Cérebro. In: KANDEL, E. R., SEHWARTZ, J. N. & JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Cap. 31. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda. 1997, p. 463-473.

KRAFFT-EBING, R. (1886). **Psychopathia Sexualis**. Reprinted by Bloat Books, 1999.

LAPLANCHE, D. & TAMEN, P. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MARIAS, J. **Antropologia Metafísica**. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

MONEY, P. TUCHER, P. **Os Papéis Sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

NAHOUM, J.C. Determinismo Sexual: Estados Inter-sexuais. In: **Enciclopédia Médica Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia**. São Paulo: Manole, 1982.

PLATÃO. **O Banquete**. Lisboa: Edições 70, 1991.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1998.

SCHORE, A. N. The Origins of Infantile Sexuality and Psychological Gender. In: **Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology od Emotional Development**. Cap. 20. New Jersey: Lawrence Erlbaum, inc, Publishers, 1994.

- STOLLER, R. *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- STOLLER, R. (1975). *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- TORRES, W.F. & JURBERG, P. Ser Homem ou Ser Mulher: A Identidade Neuropsíquica de Gênero como Fator Determinante. *Scientia Sexualis*, (no prelo) 2000a.
- WILSON, J.D. The Role of Androgens in Male Gender Role Behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5):726-737, 1999.

RELAÇÕES AMOROSAS NA ADOLESCÊNCIA

Uma reflexão para educadores

Ana Cristina Canosa Gonçalves¹

LOVE RELANTIONSHIPS BETWEEN TEENAGERS

An educator's point of view

Resumo: O presente artigo opinativo faz alusão às relações amorosas na adolescência. Do contrato informal do “ficar” até o casamento nesta fase da vida, o texto foca na necessidade da postura profissional atualizada às mudanças de comportamento e por isso aberta à reflexões pessoais sobre a imagem do adolescente e os sentimentos que são despertados naquele que desenvolve com os jovens, ações educativas em sexualidade.

Palavras-chave: relações amorosas; adolescência; atuação do educador.

101

Abstract: The following article refers to the love relationships between teenagers. Starting with the informal relations (as they call is “staying”) until marriage during this phase of one person’s life. The text focus on the need of a professional approach towards all behaviour changes and as a result, an open attitude to the teens’ image and the feelings that flourish in one when in contact with from teens educational interaction.

Keywords: love relationship; teenagers; tutor’s input.

Aos 10 anos, Maria Eugênia descreveu o que é o “gostar”:

“É quando você fica olhando para um menino e não sabe como dizer que quer namorar”. Ela mesma já namorou um colega por sete meses: “Nosso caso era assim: eu lhe emprestava dinheiro para o lanche e ficava olhando-o jogar futebol. Não tinha essa de beijo. Ele só pegou na minha mão uma vez”. Os dois terminaram o namoro por bilhete. Motivo: ele ficou com ciúmes de

¹ Psicóloga. Especialista em educação sexual e terapia sexual. Diretora-editora da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH). e-mail: acanosa@uol.com.br

um colega de Maria Eugênia. A menina recebeu a mensagem e diz que não ficou “tão triste assim” (Encarte Folhinha - Folha de São Paulo, 22/02/2003, F. 4 e F. 5).

O amor começa dessa forma: parte das relações familiares e vai avançando para as relações de amizade. Na infância, o namoro é como “um jogo”, que sem exageros se tornam parcerias de amizade. Os sentimentos vão aparecendo aos poucos e o desejo da aproximação física mais erotizada se consolida geralmente na época da puberdade, por ocasião do apelo hormonal e na adolescência, pelas manifestações psíquicas e sócio-culturais características dessa fase.

O Ficar

Indelicadeza

Eu te amo hoje. / Eu te amo agora. / Fique quietinha. / Não peça mais nada. / Não faça tantas perguntas assim. / Vamos brincar de estourar / As suas perguntas de sabão. / Os seus pedidos de sabão / Vamos...
(RIBEIRO, 2005, p.22)

Antigamente, o beijo na boca era investido de fantasias amorosas com proposta de continuidade. Você dava um beijo na boca após incontáveis paqueras, trocas de olhares, cartas, aproximações no cinema. O beijo na boca selava uma relação que tinha, culturalmente, a proposta do início de um namoro.

Hoje, com o advento do *ficar*, o beijo por si só perdeu sua caracterização romântica e adquiriu outras significações: manifestação de prazer, de experimentação, de brincadeira, de valorização de auto-estima e aceitação grupal. Os adolescentes “beijam na boca” sem necessariamente desejarem a continuidade de uma relação. Aliás, essa é a maior característica do *Ficar*: uma situação que não tem obrigatoriedade de continuidade, onde não está implícita a fidelidade, sendo um “contrato informal e temporário”

É importante dizer que o *ficar* pode ter diferente significado dependendo da cultura. Na maior parte do Brasil, o *ficar* envolve o beijo na boca e os famosos “amassos”: toque nos genitais, abraços, entrelaçamento de corpos. Para alguns grupos, o *ficar* pode envolver a prática da masturbação conjunta e o sexo oral. No entanto, para poucos grupos sociais, o *ficar* do adolescente pode se aproximar do “ficar do adulto” envolvendo a relação sexual com penetração. O que difere os grupos sociais são exatamente as dimensões sócio-políticas, culturais e econômicas que permeiam as relações estabelecidas entre as pessoas. Então, podemos pensar que quanto mais um jovem é impelido a assumir responsabilidades do mundo adulto como o trabalho, o sustento econômico, etc, mais o ficar também poderá contemplar a relação sexual.

Há uma controvérsia enorme sobre o *ficar* do adolescente, haja vista que eles “ficam” com mais de uma pessoa em uma mesma festa ou reunião e falam abertamente de quantas bocas beijaram em uma ocasião. Muitos profissionais alertam para a “banalização” do sexo e das relações, para a falta de encantamento. Verdade. Há uma sensação muito boa na paquera, no investimento amoroso que permite o sonho, a paixão, o enamoramento. Uma tomada de consciência gradativa das emoções e seus significados, da construção de valores, da reflexão sobre esta relação tão complexa e rica que é a relação dual entre o Eu-Outro. Por outro lado, há quem diga que o *ficar* é um importante fator de aprendizado social, afetivo e sensorial. Verdade também. A possibilidade de experimentar prazeres sensoriais, reconhecer neles diferenças, gostos e desgostos, conhecer como cada um reage na aproximação, como tratar o outro sem ter que se arvorar de subterfúgios para fugir depois do compromisso, é um fator de desenvolvimento afetivo-sexual importante, que possibilita ao jovem uma aproximação paulatina entre o desejo e a escolha afetiva.

Se ambas considerações são legítimas, o que nos resta fazer? Possibilitar reflexão aos nossos jovens. Questionar com eles a busca de uma consciência e de um comportamento mais coerente com cada um. Beijar somente porquê os amigos beijam, beijar vários(as) para ganhar uma aposta de quem beijou mais, *ficar* com aquele(a) menino(a) para mostrar ao grupo a capacidade de conquistar, se deixar beijar por alguém só para não sentir-se rejeitado(a), podem ser questões importantes a trabalhar e que “libertam” aqueles que se vêem nessas situações e se angustiam com elas. Tentar quebrar estereótipos como o da “menina galinha”, do “garanhão”, etc. É importante fazê-los pensar nas relações ambivalentes que propõem: meninos que ficam querendo que as meninas “fiquem” com eles, que se aproximam, que insistem em passar as mãos nos genitais, etc e depois que conseguem, chamam as meninas de “galinhas”! Meninas que “ficam” com vários garotos, se mostram “independentes”, não se permitem conhecer, e depois reclamam que ninguém quer “namorar” com elas. Como namorar se elas não demonstram interesse em dar continuidade à relação? Todas essas ambivalências, compreensíveis no momento de modificação dos costumes e papéis sexuais que estamos vivendo, podem melhor ser percebidas pelos adolescentes se nós educadores, propormos espaço para essas discussões, garantindo a liberdade de expressão e o não julgamento. O educador deve ser um facilitador, um dinamizador de idéias.

Muitas vezes, o que nos incomoda da atitude do adolescente é justamente a liberdade que tem para beijar em plena luz do dia, na calçada, no muro da escola, embaixo da marquise em dia de chuva. Liberdade que não foi

vivida por muitos de nós em nossa juventude e que, infelizmente por nós também não é desfrutada na vida adulta. Eu não sei quem disse que não ficava bem beijar em público! Concordo que os beijos furtivos em público, no elevador, no restaurante, no almoço de família, não caem bem, intimidam os outros. Mas não há nada mais bonito que um casal, de qualquer idade, de qualquer raça, credo ou classe social, expressando com liberdade um dos símbolos mais fortes do erotismo e da paixão: o beijo.

O Namoro

Promessas

Se minhas mãos tremerem, / E meus lábios gemerem /
E minhas pernas bambearem, / Você promete que não vai rir? /
Diga que sim. / Diga que não rirá de mim. / Aliás, diga que rirá comigo /
Um riso lindo e infindo. / Um riso nada inimigo.
(RIBEIRO, 2005, p. 19)

As promessas fazem parte do início dos namoros. Promessas são compromettimentos transformados em palavras, códigos que se estabelecem na relação. No namoro, há promessas de todos os tipos: de não espalhar segredos, de não revelar intimidade aos outros, de somente contar a verdade, “contar tudo”, de ligar todos os dias, de ligar todas as noites, de nunca brigar, de mesmo que aconteça qualquer coisa, “continuar a amizade para o resto da vida!”, de não ferir voluntariamente o outro. Promessa de fidelidade.

Muitas pessoas dizem que os jovens são promíscuos. Talvez essa afirmação se constitua pela impressão que o comportamento *ficar* provoque nos adultos. No entanto, quando os adolescentes namoram, geralmente fazem votos de fidelidade comum. A traição, quando ocorre, é vivenciada com culpa por quem a comete e dor intensa, por quem a descobre.

Os adultos são mais infiéis que os adolescentes. Sabemos que a monogamia é uma norma estabelecida pela cultura e não um comportamento instintivo do ser humano. Você escolhe ser monogâmico, por uma série de questões que vão desde o medo de perder o parceiro caso ele descubra uma infidelidade, até as convicções religiosas ou ideológicas. Quanto mais maduros ficamos, mais percebemos que amor e desejo são sentimentos distintos e cada vez fica mais claro que ser monogâmico é uma escolha de foro íntimo. No entanto, como nossa sociedade nunca trouxe à baila a questão da infidelidade nas relações amorosas, tudo acontece “por debaixo dos panos”, é “o dito, não-dito” e o que se vê é uma série de traições com conseqüências negativas, sendo, uma das mais difíceis, a contaminação por DST/AIDS. Como a traição é vivenciada com culpa e silêncio, em grande parte das vezes aquele que trai não conta para

o parceiro, não adota um comportamento preventivo nas relações sexuais e acaba contaminando aquele com quem mantém relacionamento estável.

Se para os adultos a questão da infidelidade é difícil de ser encarada, para um grupo de adolescentes pode ser mais ainda, devido a necessidade de afirmarem seus pontos de vistas, sua moralidade e crenças em um mundo mais harmônico e verdadeiro. Mas mesmo que os adolescentes reajam de forma contrária à infidelidade nas relações de namoro, isso não significa que elas não ocorram. Ocorrem. Até porquê a fase da adolescência é a de experimentação, e namoros longos podem provocar uma sensação de aprisionamento.

Como ajudar os jovens a resolver esses conflitos?

Não é papel do educador moralizar, sendo a favor ou contra a fidelidade. Mostrar a realidade, que as traições podem ocorrer e que nem todas são ocasionadas pela leviandade do(a) parceiro(a) é um ponto inicial importante. Às vezes, alguém está namorando e se percebe completamente apaixonado por outrem. Simplesmente “desmanchar o namoro” antes de trair, não é tão simples assim como se diz. Envolve sentimento de perda, envolve confusão de sentimentos, e diante do impasse a traição pode ocorrer. Por isso, diferenciar fidelidade de lealdade é uma boa forma de contextualizar e ajudar o adolescente a refletir sobre conceitos tão difíceis. Embora fidelidade e lealdade sejam sinônimos, há diferenças conceituais. Ser infiel é ter uma relação com alguém que não seja a pessoa com quem você mantém uma relação estável. Ser desleal vai mais além. É, por exemplo, ter uma relação extra-conjugal e não usar preservativo, sabendo que a possibilidade de contaminação por uma DST se estenda para o parceiro da relação estável. Ser desleal é trair o outro e contar para todo mundo, colocando o parceiro da relação estável em situação vexatória. Ser desleal é trair a relação de confiança mútua, a promessa de não ferir o outro voluntariamente, de não cuidar da relação, de não pensar no outro e preservá-lo. É pior do que ser infiel.

O início do namoro para o adolescente não se constitui em fácil transição, já que implica justamente em abandonar os outros apelos eróticos, em eleger apenas um diante de toda a possibilidade de *ficar* que a liberdade sexual da atualidade propicia.

Muitos namoros dos adolescentes se iniciam com o *ficar*. Eles vão “ficando” e de “ficantes” se tornam namorados. Esse processo nem sempre é formalizado com um “pedido” oficial, mas é reconhecido pela constância dos encontros, pela apresentação do outro ao grupo social e familiar, pelo *status* que um adquire na vida do outro.

O namoro é recheado de promessas, pois a paixão que arrebatava os namorados coloca, no plano ideal, a tentativa de evitar sofrimentos e de concretizar planos juntos.

Na adolescência os namoros muitas vezes se mostram extremamente simbióticos e passionais. A simbiose caracteriza um estado de sentir-se “uno”, duas pessoas fundidas em um só ser, não se vêem separadas. Muitos jovens apóiam-se um no outro como forma de fortalecer a identidade pessoal contra os conflitos típicos desta fase da vida, somados às problemáticas familiares que podem se apresentar. Formam pares possessivos, realizam todas as atividades sempre juntos, se rebelam juntos, crêem juntos. Em muitos casos há o afastamento do grupo de amigos e das necessidades individuais, o que pode vir a ser negativo no futuro, quando, diminuídos do sentimento arrebatador da paixão, se vêem destituídos de desejos individuais, vontades próprias, relações de amizade. Não cabe ao educador reprimir ou julgar um namoro que se apresenta simbiótico, mas sim ajudar seus protagonistas a flexibilizar a relação. Inclusive porquê um namoro instituído dessa forma, em fase escolar, pode atrapalhar muito o interesse pelo aprendizado, pela eleição vocacional, pela prática esportiva, pelo convívio familiar e outras questões importantes do projeto de vida. Cabe sim alertar para os casos onde um acaba adotando o estilo de vida do outro, quando este é funesto e perigoso, como quando um é usuário de drogas ou implicado com a marginalidade.

É muito comum, inclusive, ouvir dos jovens que só vão namorar “depois que terminarem de estudar”. Essa frase, certamente repetida pelos adultos que já viveram a época conturbada da adolescência, confirma nossa percepção de que o namoro na adolescência pode servir como fantasia de preenchimento do vazio existencial e fuga da vivência e das escolhas necessárias nesta fase da vida.

Mas nem todos os namoros são assim. Há casos inversos, onde os jovens parecem “aquietar-se” quando estão aos pares, já que a responsabilidade que aprendem a ter na relação amorosa, é projetada para os outros aspectos da vida. Assumindo os códigos e promessas da relação, começam a dar valor aos outros comprometimentos como o estudo, o trabalho, as tarefas cotidianas. Geralmente pais afetivos, que permitem o namoro, acolhem o(a) namorado(a) do(a) filho(a), mas mantêm vigilância nas tarefas escolares e nas regras familiares, limitando inclusive a constância do outro, propiciam a seus filhos adolescentes que consigam equilibrar melhor essa dura missão que é dosar entre a vontade de namorar e realizar as outras tarefas da vida.

O namoro “dentro de casa” é uma forma de acolher o filho por inteiro, inclusive na sua necessidade instintiva e primordial de vivenciar o mundo afetivo e

as experiências eróticas. No entanto, cabe reforçar que é tarefa dos pais ajudar também aos seus filhos, que possam passar para a fase seguinte, que é a vida adulta. E ela só é conquistada com autonomia emocional, autonomia financeira, exercício profissional e capacidade de vivência de uma relação afetivo-sexual com responsabilidade. Para tanto, é preciso cuidado para que, na tentativa de ser compreensivo, acolher o jovem e resguardá-lo, crie-se uma falta de motivação para que eles assumam o mundo adulto. Se um(a) adolescente que estuda, mora na casa dos pais, não trabalha e recebe mesada, ainda tem a permissão de trazer o(a) namorado(a) para dormir em seu quarto, ele(a) corre o risco de não sair em busca da autonomia desejada para, inclusive, alcançar liberdade sexual e intimidade. Se ele(a) tem isso na casa dos pais, não entende porquê precisa se esforçar para conquistar. Se o(a) jovem em questão ainda demonstra ter uma personalidade mais acomodada, essa situação se agrava, ficando cada vez mais distante dele(a) a independência.

Permitir o namoro na escola é também acolher o jovem por inteiro, afinal a sexualidade está inteiramente ligada a todas as dimensões da vida humana. No entanto, assim como a família tem sua função como principal educadora, a escola tem sua função de educadora formal, de promover o desenvolvimento cognitivo e preparar a pessoa para o convívio social. Portanto, essencialmente, as instituições de ensino não têm como função primária à promoção do lazer. Contemplam o lazer como mais uma incumbência importante, salutar e necessária diante de toda a carga horária de aprendizado intelectual a que são expostos os adolescentes. Há escolas que conseguem, inclusive, oferecer espaços de área verde, para que os alunos aproveitem suas horas extra-classe, para descansarem, conversarem, namorarem, etc. No entanto, como na família, onde o adolescente tem que saber respeitar o limite das outras pessoas, sua intimidade, suas necessidades, na escola os adolescentes têm também que aprender a limitar sua demonstração erótica, em respeito aos colegas, às outras crianças, etc. Para tanto contratos informais devem ser negociados em sala de aula pelos educadores ou pelos coordenadores pedagógicos com os adolescentes e estes devem ser respeitados por ambos. Coibir um comportamento que quebra o “contrato” é necessário.

Os namoros na adolescência se findam. E por diversas razões. Alguns se esgotam assim que o fogo da paixão extingue. Outros porque uma paixão desavisada rompe o elo dos namorados. Há os que resolvem “viver a vida” e terminam seus namoros em busca das aventuras sexuais, outros ainda têm que terminá-los pela distância que a faculdade ou o intercâmbio impõe. Infelizmente há namoros que morrem quando um morre: por acidente, por uso de drogas e álcool, por violência. Felizmente nascem outros amores

e outros namorados. Hoje não recai sobre os adolescentes a necessidade da manutenção do namoro para a realização de projetos futuros. É possível namorar várias pessoas durante a adolescência, até que se encontre alguém para partilhar uma vida a dois. Ou não.

Nem todo namoro na adolescência tem a intenção do casamento. Mas, felizmente para alguns, infelizmente para outros, isso pode acontecer.

O Casamento

Mudança

Mudei para o seu coração. / Fiz a mudança ontem à noite. /
Eu mesmo carreguei o caminhão / Desfiz as malas e o medo de mudar. /
De não caber, de não encontrar espaço. / Suas pálpebras amanheceram /
E reconheceram um novo morador / Em seus lençóis. /
Meus medos desvaneceram-se / Nossos sorrisos amanheceram lentos. /
Nossos corpos amanheceram atentos. / E, sem nenhuma explicação, /
Nossas mãos acenderam / A fogueira milenar.
(RIBEIRO, 2005, p. 15)

O novo código civil considera o casamento apenas como uma das formas de constituição da família. A nova legislação estabelece que o casamento é a “comunhão plena de vida”, com direitos iguais para os cônjuges, obedecendo à regra constitucional segundo a qual “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher”. A Idade Núbil (idade para o casamento) está inserida no código no Art. 1.517: O homem e a mulher com dezesseis anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil. “Excepcionalmente, será permitido o casamento de quem ainda não alcançou a idade núbil (Art. 1.517), para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez (Art. 1.520)” (MONTEIRO DE BARROS, 2004, p. 27).

Muitas mudanças ocorreram desde que nossas avós e bisavós se casaram. Na época delas, há 5, 6 décadas atrás, as pessoas eram educadas para o casamento e para a procriação. Havia uma rígida divisão de papéis: os homens eram estimulados ao trabalho fora do lar e deles se esperava o sustento da família. A mulher ficava responsável pelo trabalho dentro do lar e dela se esperava o cuidado com o marido e os filhos.

Nossas bisavós e avós casaram-se na fase que hoje chamamos de adolescência. No entanto, naquela época esta etapa da vida não era tão demarcada, pois logo que a pessoa amadurecia fisicamente já estava pronta para o enlace.

Não havia toda a fase do estudo, do vestibular, da faculdade. Não haviam outras aspirações além do casamento e da maternidade.

Mesmo que algumas de nossas bisavós tenham conhecido seus maridos poucos dias antes do matrimônio, já que fizeram casamentos “arranjados” pela família, nutriam uma idéia encantada, de príncipe encantado, de ser feliz para sempre. Porque foi assim que aprenderam. Também os homens nutriam as mesmas fantasias em relação às amadas, desejando uma vida familiar tranqüila, e organizada.

Passado tanto tempo, a adolescência tornou-se uma etapa fundamental para o amadurecimento da escolha da parceria conjugal. Porquê agora outras questões se interpõem ao casamento: carreira profissional, realizações pessoais, viagens, etc. É cada vez mais comum vermos as pessoas casando-se mais tarde, depois dos 25 anos, e outras que nunca chegam a unir-se a outrem. Também, com a liberdade sexual, atualmente a sociedade permite que as pessoas tenham atividade sexual antes do casamento, mesmo que em algumas culturas ainda isso se apresente como uma restrição. São exceções. Portanto, não é preciso casar para fazer sexo.

Interromper os estudos, uma carreira profissional, ou um projeto pessoal, para assumir uma relação estável, pode ser um fardo muito grande a ser carregado durante a adolescência. É freqüente escutarmos adultos reclamando que se casaram muito cedo e que agora, na vida adulta, gostariam de reviver aquele momento de experimentação e liberdade como se pudessem resgatar a fase não vivenciada.

Os casamentos que se estabelecem na adolescência, geralmente acontecem por motivos distintos: imposição familiar, gravidez, vontade de sair da casa dos pais, necessidade de apoio emocional e paixão.

Nas classes menos favorecidas vemos que, muitas vezes, o casamento é a única saída que o jovem vê para solucionar suas angústias geradas por conflitos familiares intensos como o alcoolismo de um dos genitores, a falta de espaço físico, a violência. Também, com toda a crise sócio-econômica que vivemos, cada vez fica mais distante das classes desfavorecidas, a possibilidade de incluir, em seus *projetos de vida*, a formação universitária, o trabalho bem remunerado, a possibilidade de desfrutar bens de consumo que são o tempo todo exibidos na televisão. Por isso o casamento torna-se a única coisa a ser almejada pela possibilidade de ser concretizado com certa facilidade. É um modelo conhecido.

É por isso que todo o trabalho de orientação sexual deve incluir o foco no *projeto de vida*. É importante reforçar as possibilidades, ampliar horizontes

e ajudar os adolescentes a unirem habilidades com desejo, para, de forma perseverante, alcançarem objetivos.

Muitas vezes é a baixa auto-estima que desencadeia uma união. Um adolescente que sente necessidade de apoio emocional do outro, pode encontrar, no casamento, a referência que lhe falta. É como se ele não se sentisse preparado para enfrentar o mundo sozinho, é frágil demais, precisa sentir-se cuidado, protegido, desejado. Há também uniões de apoio mútuo, principalmente entre aqueles que se sentem rejeitados pela família e pela sociedade.

Há pessoas que se casam para conquistar posição social e bens materiais.

Os casamentos que se iniciam na adolescência movidos pela paixão são vividos com uma intensidade arrebatadora. Porque se soma à paixão a passionalidade da adolescência. Como esta é uma fase difícil, essas uniões têm que sobreviver a várias mudanças de humor e de desejo, o que não é tão fácil assim.

Atualmente, outras formas de união, que não o casamento civil, estão cada dia mais comuns, justamente por termos descoberto que a boa convivência entre duas pessoas no cotidiano, dentro do mesmo espaço, parece ser alguma “arte” ainda não aprendida por todos. Para tanto, há formas diferentes de união: “morar junto” para testar se vai dar certo ou não, dormir em quartos separados para manter a qualidade do sono e a individualidade. Há casais que adotam o chamado “casamento aberto”, que não implica em fidelidade conjugal, outros mantêm as tradições do casamento nos moldes antigos e realizam todos os ritos: casamento civil, religioso, lua-de-mel.

Para que a legislação pudesse acompanhar também as mudanças sociais, atualmente uma relação estável é baseada em outros pressupostos que não somente a formalização legal do casamento civil. A Lei 9.278/96, estabelecendo os parâmetros para que a união possa ser entendida como entidade familiar, veio substanciar a legislação então vigente, regulamentando a disposição constitucional. Para que a união seja alçada à condição de entidade familiar, portanto, valorizada e em várias situações equiparada ao casamento, são exigidos os atendimentos de quatro requisitos fundamentais: que a convivência seja duradoura; seja pública; seja contínua; e que a união tenha o objetivo de constituir família. (MONTEIRO DE BARROS, 2004, p. 97)

A exigência para que a convivência seja duradoura tem a finalidade de não deixar dúvida quanto aos relacionamentos eventuais, de curta duração e que não estão protegidos pela Lei. A falta de publicidade do relacionamento, por outro lado, conduz a convicção de que se trata de aventura furtiva, em que ambos sabem não ter consistência e que não pode, por consequência,

ensejar uma esperança de compromisso. Mas, o *relacionamento público*, sem subterfúgios indica pelo menos a intenção de um relacionamento mais sério. Este relacionamento também deve ser contínuo, caso contrário não produzirá os efeitos jurídicos da Lei. Os relacionamentos que têm certa duração e depois se desfazem, mais adiante retornam e novamente se desfazem, não oferecem segurança para que a Lei os posicione em condições de equiparação ao casamento. Ora, se o relacionamento já não tem consistência no início não é possível emprestar-lhe o valor só atribuído aos relacionamentos duráveis. É de especial importância, que a convivência tenha como objetivo a constituição de família. *Família no sentido legal não exige filhos*, estes serão consequência, se advierem. A exigência de que haja o objetivo de constituir família destina-se a excluir os relacionamentos ainda que embora duradouros, públicos e contínuos, possam ser mantidos por pessoas em busca apenas do desfrute recíproco, sem envolvimento moral de real profundidade. Este tipo de situação não é tão raro como possa parecer. Às vezes uma mulher mais velha resolve manter um romance com um jovem, sem ocultar da sociedade este relacionamento, contudo, sem que qualquer deles tenha a pretensão de formar uma família. Sempre fica embutido nessa relação, embora duradoura, que ambos se encontram livres para novos relacionamentos e que o elo sentimental pode ser rompido a qualquer momento. Da mesma forma existem relacionamentos de homens mais idosos que assumem uma postura pública de envolvimento, com uma mulher jovem e bonita, mais com o fito de exibição e auto-afirmação que propriamente para admiti-la no seu íntimo como uma verdadeira companheira. A Lei, sabiamente, trouxe efetiva garantia e tranquilidade para os relacionamentos, que, no fundo, tenham todos os ingredientes para no futuro se converterem em casamento. Excluem, da mesma forma, quaisquer benefícios especiais para os relacionamentos desprovidos destas qualidades inerentes à formação de uma sólida base familiar.

Atualmente, o marido poderá adotar o sobrenome da mulher – o que antes era possível só com autorização judicial. No Código antigo (1916-2002) apenas a mulher podia adotar o sobrenome do homem (ou manter o seu de solteira).

Parece-nos acertado que a decisão de uma relação estável baseada na idéia de “entidade familiar” deve ser tomada com seriedade. Não é porque o divórcio esta à mão de qualquer um que decida separar-se (o prazo do divórcio é de dois anos após a separação de fato ou um ano após a separação judicial), que as uniões devem estabelecer-se com leviandade. Pois muitas vezes há envolvimento das famílias, investimento emocional, financeiro. E todo rompimento provoca dor. Difícil quem passa por uma separação sem nenhum ressentimento. Portanto, não cabe ao educador emitir juízo de

valor sobre as escolhas de seus educandos, mas é sim sua função fazê-los refletir sobre todos os aspectos que envolvem essa decisão. Sendo a adolescência uma fase já atribulada, vivenciar uma união estável cheia de conflitos, ou uma separação dolorosa, não é o que desejamos para nossos jovens. No entanto, se eles decidem vivê-la com amor e comprometimento, quem somos nós para os reprimir?

Também é papel do educador “abençoar”.

Paternidade e Maternidade

A mesma terra

Na terra em que piso, / pisará o meu filho. / E o filho do meu filho /
pisará na mesma terra. / E os que depois deles virão / na mesma terra pisarão. /
Eles respirarão o mesmo ar / e nadarão no mesmo mar / A semente que planto /
estenderá raízes / em todos os que virão. / E, lentamente, bem devagar, /
os homens desabrocharão / as flores da raça, / o orvalho da raça. /
(RIBEIRO, 2005, p. 47)

Vários fatores podem ser responsáveis pelo acontecimento de uma gestação na adolescência: antecipação da menarca, que pode levar à iniciação sexual mais cedo; iniciação sexual sem devida orientação sobre os riscos e conseqüências; desconhecimento sobre as questões da sexualidade; pouca participação da família, escola e dos serviços de saúde no processo educativo dos adolescentes, sendo os próprios colegas adolescentes a principal fonte de informação sobre sexualidade; questões familiares nas quais os pais se negam a aceitar a iniciação sexual de seus filhos não interferindo de forma positiva neste acontecimento, o que torna o adolescente vulnerável à experiência da maternidade e paternidade; dificuldade na prática da contracepção por falta de conhecimento ou pela necessidade de motivação e planejamento, comportamento pouco comum entre os adolescentes, além da recusa, por parte de alguns profissionais, da orientação e da concessão dos métodos, mesmo sendo um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); influência da mídia podendo estimular a sexualidade dos jovens despertando a curiosidade em experimentar o sexo, sem a abordagem da prevenção e do cuidado; pobreza e baixa expectativa de vida, ocasionando a falta de objetivos e planos para o futuro; baixa escolaridade. O baixo nível educacional é causa e também conseqüência da gestação, visto que a maioria deixa de estudar quando engravidada, ou então é expulsa de forma velada ou literal das escolas. Outras jovens perdem o interesse escolar e abandonam os estudos, o que minimiza seus desejos de profissionalização, colocando as relações amorosas em evidência.

Unindo essas questões às transformações físicas, psicológicas e sociais características da idade, tornam o adolescente mais suscetível ao risco de ser mãe e pai. A difícil adaptação às mudanças da juventude faz muitos adolescentes procurar a união conjugal e a maternidade/paternidade como meios de escapar dos conflitos.

Nem toda gravidez na adolescência é indesejada. Muitas adolescentes são excelentes mães, no que diz respeito ao trato com os filhos, aos cuidados essenciais. A gravidez na adolescência passa a ser um problema quando a jovem se sente impedida de realizar projetos pessoais por causa da criação de seus filhos; quando sofre riscos biológicos e psicosociais do estado gestacional; não tem condições emocionais e financeiras para cuidar de seu filho e principalmente quando não desejou a maternidade.

Muitas jovens idealizam sua gestação. Principalmente quando estão apaixonadas, sonham com uma vida conjugal coroada com o nascimento da criança. Algumas perdem o sentido da responsabilidade e negam todos os esforços que devem empreender para a manutenção do filho, apoiando-se no pai da criança ou na família. Algumas abandonam projetos pessoais, outras encaram a maternidade como a forma de vincular-se ao namorado.

À medida que a gestação vai se desenvolvendo, muitas jovens passam a perceber uma realidade diferente daquela antes idealizada. Quando se aproxima a chegada do bebê, as responsabilidades, a necessidade de apoio emocional, a ajuda nos preparativos para a vinda da criança, o cansaço físico, a mudança no status social, o medo da perda da liberdade, a falta de amadurecimento, e muitas outras questões começam a aparecer na consciência da adolescente. Após o nascimento, a dedicação necessária ao filho geralmente entra em choque com os apelos da adolescência: o lazer, a convivência com o grupo de amigos, a escola, os namoros, etc. Principalmente quando a jovem não tem apoio do pai da criança, nem da família, suas idealizações se desfazem rapidamente e muitas meninas infelizmente nutrem sentimentos de amargura e solidão.

Casos difíceis são os das jovens que não desejavam a maternidade e engravidaram de relações sem vínculo emocional. Essas carregam uma gravidez “pesada”, triste. Outras ainda são “obrigadas” pela família a se casarem com os pais da criança, sem que esta seja uma opção do casal. Pior é o caso da jovem que engravida fruto da violência sexual. Aqui, cabe lembrar que o aborto legalizado é uma opção e para tanto há um procedimento a realizar: a confecção de um Boletim de Ocorrência em qualquer delegacia ou na Delegacia da Mulher. A jovem é encaminhada ao Instituto Médico Legal onde é examinada

pela Perícia Médica a fim de coletar as provas relativas à conjunção carnal. Hoje, quando os casos de violência sexual são legitimados pela perícia, a jovem recebe tratamento preventivo contra contaminação pelo vírus HIV. É prevista a assistência psicológica e médica necessária para a realização do processo de abortamento legal.

A idade materna é um fator demográfico de risco obstétrico. Muitos autores (VITIELLO, CONCEIÇÃO, CANELLA & CAVALCANTI, 1997) colocam que os extremos da idade materna podem trazer conseqüências tanto para a mãe como para o feto, já que essas apresentam maior risco de desenvolver complicações durante a gestação e parto ou ainda refletir em problemas para o feto, sendo considerada de maior risco para a adolescente a gestação ocorrida na faixa etária inferior a 16 anos.

A idade materna não pode, isoladamente, ser considerada causa de conseqüências adversas da gravidez entre adolescentes. Em geral, condições inadequadas de acompanhamento em torno dos processos de gravidez, início do pré-natal tardio ou inadequado, gravidez não planejada, mau estado nutricional da adolescente, infecções não tratadas antes do parto, falta de bom acompanhamento no parto e puerpério, podem aumentar as complicações para a mãe e o recém nascido.

Os riscos maternos podem ser categorizados em biológicos e psicossociais:

Riscos biológicos:

Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), eclampsia, anemia, infecção urinária, trabalho de parto prematuro, lacerações do trajeto do parto, hemorragia, desproporção cefalopélvica, parto difícil e prolongado e morte materna. A taxa de mortalidade materna é mais elevada entre adolescentes, mesmo em países desenvolvidos. No entanto, é importante enfatizar que esses riscos não estão diretamente relacionados apenas com a idade, mas também com as condições precárias de vida das adolescentes, inclusive ausência de assistência médica durante a gravidez. Outro aspecto importante a ser considerado é que a gravidez na adolescência é, em algumas situações não planejada, levando frequentemente ao aborto induzido.

Muitas são as questões relacionadas à gestação entre adolescentes, dentre as quais poderíamos citar a discriminação da família, dos amigos, o abandono aos estudos e ainda, muitas vezes, a falta de apoio do companheiro. Todos esses fatores psicológicos podem vir a repercutir tanto na gestação quanto no parto, que se constitui num dos momentos de maior tensão emocional da gravidez.

O pré-natal é amplamente reconhecido como um dos principais determinantes da evolução gestacional normal. Existe um elevado percentual de parturientes adolescentes que não recebem assistência pré-natal, ou a recebem de forma inadequada. Para a adolescente nem sempre é possível a iniciação precoce do pré-natal como é recomendada (1º trimestre), devido aos conflitos do início da gestação, que vão desde a própria aceitação da gravidez à aceitação pelo parceiro, família e sociedade. Geralmente, elas procuram o serviço quando já estão com a gravidez avançada, dificultando o trabalho do profissional de saúde em tentar prepará-las para a gestação, parto, puerpério, assim como corrigir anemia, tratar sífilis, realizar teste de HIV, prescrever coquetel para evitar a transmissão vertical (se for o caso), ou prevenir DHEG.

Riscos psicossociais:

Para a maioria dos estudiosos (BRUNO, MORAIS, BEZERRA, BRASIL, BAILEY & BRUNO, 2004; VITIELLO et al., 1997) a ocorrência da gestação, frequentemente, traz conseqüências para o desenvolvimento psicossocial da mãe adolescente, destacando-se: abandono da escola formal. O evento da maternidade muitas vezes a obriga (ou é obrigada) a deixar de estudar. O baixo grau de escolaridade resulta em menor acesso ao conhecimento sobre sexualidade, com isso aumentam as chances de engravidar; dificuldade para inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, para o sustento de ambos. Alguns estudiosos consideram a gravidez na adolescência como fator de entrada para o ciclo da pobreza ou manutenção dessa condição; interrupção no processo normal de desenvolvimento psico-afetivo e social para assumir o papel de mãe ou pai, causando muitas vezes ansiedade, solidão e depressão, podendo ser somatizado em manifestações clínicas do tipo anorexia, hiperêmese, o que pode ocasionar riscos para o feto; adiamento e/ou modificação dos projetos de vida futura do(a) adolescente e família; relacionamentos maritais prematuros e algumas vezes forçados, marcados por muitos conflitos em conseqüência da imaturidade psicológica e dependência econômica da família; falta de apoio ou abandono do parceiro, em decorrência da instabilidade psicológica e social deste, muitas vezes também um adolescente. Este fator pode precipitar sentimentos de insegurança e baixa auto-estima, os quais comprometem o estado de saúde da gestante adolescente.

Riscos para o recém-nascido:

Maior incidência de baixo peso e de prematuridade, bem como, mortalidade perinatal mais elevada; nos extremos da vida reprodutiva estão os mais altos índices de prematuridade, com uma conseqüência maior nas mulheres mais jovens.

A freqüência de prematuridade entre recém-nascidos de mães adolescentes pode ser atribuída ao deficiente controle pré-natal, intercorrências médicas na gestação, a própria imaturidade física materna, imaturidade da fibra muscular uterina e tensões emocionais. O baixo peso ao nascer (BP), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como peso de nascimento abaixo de 2.500 g, é uma preocupação de Saúde Pública, devido a maior morbidade e mortalidade neonatal associada a esse grupo de recém-nascidos.

Para a OMS o aspecto biológico da gravidez na adolescência não pode ser analisado de forma isolada, já que as condições psicossociais têm grande importância. A gestação na adolescência tem sido referida como um fator de risco para o BP ao nascer, mas consideram que existem resultados contraditórios em diferentes pesquisas. Alguns autores alegam que existiria uma competição pelos nutrientes entre mãe e feto, já que os dois estão em período de desenvolvimento, o feto na vida intra-uterina e a mãe na época da adolescência. Outros autores acreditam que há interação entre fatores psicológicos, nutricionais, sociais e ambientais que interfeririam no peso ao nascimento.

Estudos realizados em diferentes regiões e centros urbanos do Brasil indicam que o número de recém-nascidos com baixo peso e peso insuficiente é maior entre filhos de adolescentes comparadas às adultas do mesmo nível social. A avaliação estatística dos diferentes fatores de risco para baixo peso e peso insuficiente indica a baixa idade materna como um dos fatores de risco, quando outras variáveis são controladas como idade gestacional e pré-natal.

Qualquer que seja a situação da jovem mãe adolescente, o educador deve evitar ter atitude preconceituosa, pois, como vimos, nem todos os casos são vivenciados com tristeza e prejuízo e nossa sociedade já olha para as jovens mães com um olhar preconceituoso ou de comiseração. Acolhimento, respeito, incentivo e esclarecimento são atitudes positivas frente à maternidade na adolescência. A atitude preventiva talvez seja a melhor proposta, quando orientamos sexualmente nossos jovens. Fazê-los refletir sobre as necessidades que um bebê tem nos primeiros anos de vida e a importância de ser cuidado pela mãe e pelo pai, em contraponto às possibilidades das experiências da vida do jovem, nos campos profissionais, de lazer, de amizade e de realização pessoal. Informar sobre os métodos contraceptivos.

A maternidade na adolescência é muitíssimo mais estudada do que a paternidade nessa época da vida. Certamente isso se deve ao fato de que recaem mais sobre as mulheres, que geram os filhos, os cuidados com os mesmos. A grande questão que envolve a paternidade na adolescência é, infelizmente ainda, “assumir a criança”.

A importância que se dá em “assumir a criança” é sem dúvida resultado de uma desaprovação social. Antigamente os filhos sem pais reconhecidos eram registrados como “filhos naturais” daquela mãe, ficando o nome do pai em branco. Quando o pai era casado com outra mulher, que não a jovem mãe, o filho era registrado como “adulterino”, motivo de constrangimento para aquele que não escolheu a sua paternidade, ou seja, a criança. Por isso a importância dada ao reconhecimento da paternidade no ato do registro. Também, uma vez reconhecida a paternidade, o pai legalmente deveria assumir sua parte financeira na manutenção da criança. Hoje, tanto o pai quanto a mãe devem assumir os cuidados com a criança e as “pensões alimentícias”, nos casos em que a união não chega a se estabelecer como estável ou venha a se desfazer, são estabelecidas diante das possibilidades financeiras de cada um.

Assumir a paternidade somente para garantir que a criança seja resguardada do ponto de vista financeiro é um fato que está muito distante da paternidade emocional, presente, necessária para o bom desenvolvimento emocional de qualquer filho. Infelizmente no Brasil muitos rapazes assumem os filhos, registrando-os no cartório, mas pouco cuidam dos mesmos. Alguns chegam a ajudar no sustento financeiro, mas são poucos os adolescentes que criam seus filhos, protegendo a relação mãe-filho no primeiro ano de vida e ajudando nas necessidades básicas de sobrevivência da criança, bem como desenvolvendo uma relação afetiva com eles.

Creemos que essa idéia de paternidade que vai além do registro e sustento financeiro para um envolvimento emocional efetivo, é ainda muito nova. Desde cedo as meninas ganham bonecas para aprender como ser mães no futuro. São elas que cuidam dos irmãos menores quando a mãe trabalha fora e não pode custear uma ajudante para tomar conta das crianças. Os meninos não têm o mesmo privilégio. Assim como não são estimulados a cuidar do ambiente doméstico, muitas vezes nem de seus objetos pessoais, não aprendem a cuidar dos outros e não se preparam para a paternidade. Quando ela acontece durante a adolescência, o afastamento do grupo social pode ser algo tão doloroso, que muitos não agüentam manter a atenção e responsabilidade paterna tão logo o grupo ameace os abandonar. Nesses casos é comum que as tarefas que tenham assumido junto à mãe de seu filho, sejam logo postas de lado em favor das saídas com os amigos, o que gera grandes conflitos, brigas e posterior distanciamento do casal e do pai em relação à criança.

O Novo Código Civil extinguiu o termo Pátrio Poder, que dava ao homem a prevalência da sua vontade diante de um impasse familiar. Como “chefe da família” ele tinha o poder de decisão. Hoje, o poder dos pais em relação aos filhos, quando os mesmos possuem menos de 18 anos de idade (Art.

1.630), se chama “Poder Familiar” a ser exercido igualmente pelo pai e pela mãe (Lei nº 10.406/02). Portanto, uma mãe adolescente que não tem companheiro exerce o Poder Familiar sobre seu filho. O Conceito de Família, para o novo código, abrange as unidades familiares formada por casamentos, união estável ou comunidade de qualquer genitor e descendentes.

Caso haja separação ou divórcio o código civil determina que, na falta de acordo entre os cônjuges, a guarda dos filhos “será atribuída a quem revelar melhores condições de exercê-la” (MONTEIRO DE BARROS, 2004, p. 131-2). O juiz pode também, se julgar necessário, atribuir a guarda dos filhos à outra pessoa. As melhores condições não são apenas econômicas, o juiz levará em conta os interesses do menor.

Muitas famílias assumem os filhos de seus jovens. Outras os rejeitam. Nenhuma das duas atitudes é satisfatória, haja vista que a primeira isenta o jovem de assumir a responsabilidade e cuidado com os filhos, impedindo seu crescimento pessoal e a segunda não apóia o necessário para que o jovem não se sinta totalmente solitário, diminuindo sua auto-estima e tornando-o vulnerável ao abatimento e a depressão. O educador pode auxiliar quando requerido, para que os familiares apóiem os jovens pais, cuidando para que aprendam a cuidar de seus filhos.

Relações homossexuais

Natureza

Pode chover, / desabar tempestades. / Pode o sol abrasar, / evaporar todo o mar. /
Pode gear e nevar, / esfriar os pontos cardeais. / Pode até ventar, / agitar os varais /
e empinar os pardais. / Os deuses só não podem calar / toda forma de amar.
(RIBEIRO, 2005, p.14)

Embora o contato homossexual tenha sido uma forma de amor sempre presente ao longo da história da humanidade, a rejeição à homossexualidade persiste, porque também o preconceito tem raízes profundas. Não é por outro motivo que a sociedade tenta enquadrar desde muito cedo meninos e meninas no padrão de comportamento estabelecido para a identidade heterossexual. Assim, os pais esperam que seus meninos sejam virís, se dediquem a brincadeiras brutas e se interessem por assuntos ditos de homem, assim como as meninas devem ser dóceis, meiguinhas e se dedicar a atividades mais delicadas. Quando nos deparamos com atitudes diferentes, é compreensível que apareça um certo “mal-estar”. Sabemos que o diferente sempre está sujeito a sofrimentos. Que mãe não ficaria preocupada em perceber que seu filho age contra o modelo social vigente?

Quando falamos de “comportamento comum a um determinado sexo”, não podemos perder de vista que os papéis sexuais são moldados pela cultura e estão em mutação. Mais importante ainda é perceber que as crianças brincam e expressam através da fantasia seus medos, raivas, curiosidades, afetos, desejos e imitações do mundo adulto. Já a partir dos 2 anos de idade, elas demonstram curiosidade sexual, o que as leva a olhar os genitais das outras do mesmo sexo para “comparar” e perceber que há os iguais e os diferentes. Ainda há os casos daquelas que, por terem muitos irmãos do sexo oposto, acabam querendo experimentar suas roupas, modos de agir ou falar. Falta para elas um referencial do mesmo gênero, mas ainda assim é de uma imprudência brutal dizer que vão ter orientação homossexual. Outras vezes é a imitação de um comportamento visto na televisão, que é repetido como treino de papéis, brincadeira ou mera curiosidade na experimentação das sensações corporais. Por tudo isso, um menino que “aparentemente” está só interessado em brincadeiras de meninas ou que apresenta “trejeitos efeminados”, tem grande possibilidade de estar sendo avaliado somente sob o aspecto sócio-cultural e sendo rotulado precocemente.

O processo de formação da identidade sexual é longo. Acreditamos que se inicia entre os 3 e 6 anos de idade e se consolida para a maioria, durante a adolescência.

Alguns jovens têm seu primeiro contato sexual com amigos do mesmo sexo. Esse pode surgir como mera curiosidade de experimentação, pela proximidade afetiva com o(a) amigo(a) ou fruto do desejo ou daquele advindo da orientação homossexual. O que vai reforçar a vontade na manutenção de contatos homossexuais é justamente este último fator, a orientação sexual da pessoa.

Viver essa descoberta na adolescência, fase caracterizada por tantas mudanças, conflitos e enfrentamentos, pode ser bastante difícil para nossos jovens. Pois a primeira questão é justamente compreender se o que se sente pelo outro do mesmo sexo é amizade, curiosidade ou desejo que irá sempre acompanhar sua vida sexual. É muitas vezes apavorante imaginar-se apresentando um(a) namorado(a) do mesmo sexo para a família, ou para o grupo de amigos. Da mesma forma, recolher-se aos “guetos” pode ser bastante frustrante, na medida em que a amplitude das relações com o mundo fica muito limitada, sem contar o sentimento de marginalidade que os acompanha. Esses medos podem angustiar tanto nossos jovens, a ponto de sentirem-se forçados a ter relacionamentos heterossexuais.

Nem a medicina nem a psicologia, porém, chegaram a uma conclusão sobre as causas da homossexualidade. As hipóteses dividem-se entre fatores

biológicos, psicológicos e sociais ou entre uma combinação deles. A Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou há décadas a homossexualidade do rol das patologias, portanto não é devido, em hipótese nenhuma, considerar a homossexualidade uma doença. O Conselho Federal de Psicologia, em seu Código de Ética, repreende qualquer atitude “curativa” do psicólogo em relação a orientação sexual de seu paciente, estando as atitudes dessa natureza passíveis de denúncia. Portanto, mesmo que nos seja difícil compreender, aceitar e conviver com o comportamento homossexual de nossos educandos, o educador não pode ter atitude que seja contrária à aceitação e respeito ao jovem que tenha orientação homossexual.

Ao contrário, o importante é garantir uma socialização adequada às crianças e jovens, sem nenhuma tentativa “curativa” por detrás disso, mas com o objetivo de que eles possam transitar bem por todos os grupos e não se sentir inadequados nos grupos do mesmo gênero que têm orientação heterossexual. Assim como é recomendável não permitir que outras pessoas debochem do diferente, chamando-os de “bichinha” ou “sapatão”. Indicar ajuda psicoterapêutica pode ser ótimo, principalmente quando percebemos que os adolescentes estão sofrendo, têm vergonha e não compreendem exatamente o que está acontecendo com eles.

Os Solitários

Sussurros para o Sol / Sussurros para a Lua

Você pode não ouvir, / mas todo dia / lhe direi bom dia. /
Você pode não ouvir, / mas toda noite / lhe direi boa noite. /
Sonhe comigo / acorde comigo. / Dia e noite. / Noite e dia.
(RIBEIRO, 2005, p.6)

Meu amigo Jonas Ribeiro, que generosamente autorizou a reprodução de seus belíssimos poemas, a quem eu aqui agradeço textualmente, escreveu “Sussurros para o Sol e Sussurros para a Lua”. Em quem ele pensava, ou no quê, qualquer dia desses vou perguntar. Mas se o poema nasce de uma emoção existente, ou já vivida, ou por que se deseja sentir, provavelmente “Sussurros para o Sol e Sussurros para a Lua” façam parte da existência do Jonas.

Lendo o poema, e dando a ele o meu significado, sinto uma espécie de solidão movida pelos momentos em que nos vemos incapazes ou impedidos, de compartilhar nossos sentimentos com os outros. Há quem viva uma existência assim, solitária.

No entanto, de modo geral e vendo a vida em toda a sua amplitude, suas etapas e significados, nem todo estado solitário significa solidão: de que vida não fez parte a solitude?

Penso nos jovens que se sentem sós. Que não conseguem estabelecer vínculos amorosos por diversas razões: as extremadas limitações físicas e cognitivas, presentes em algumas deficiências, as complicações neurológicas e psiquiátricas, o abandono à marginalidade, o aprisionamento às tarefas intelectuais, a convivência em famílias agressivas.

Os jovens com comprometimento em sua auto-estima sofrem muito em desvincular-se de uma idéia presente de incapacidade na arte da conquista. Muitas vezes abandonam seus desejos antes mesmo de tentar. Desejam calados. Sussurram sozinhos. Noite e Dia.

Às vezes, sujeitam-se a qualquer tipo de relação que alguém venha lhes proporcionar, com medo que esta seja sua única oportunidade de amar e ser amado. Outras vezes recusam qualquer proximidade com medo de serem descobertos em sua fragilidade emocional. Noite e Dia.

E há os amores idealizados. Os amores não correspondidos. Noite e Dia.

E os jovens que se sentem tão “estranhos” neste mundo que sequer conseguem imaginar partilhar tamanha esquisitice com alguém.

E os que são prisioneiros de famílias possessivas.

De qualquer forma, creio ser muito difícil encontrar alguém que não queira viver um amor. Com suas alegrias, suas dores, suas idas e vindas, seus prazeres. Alguém que não queira ser identificado por ser único, que seja motivo de sorriso, de sonho, de letra de música, de torpedo no celular, no meio da noite e no meio do dia.

Um educador precisa reconhecer em cada jovem, sua individuação. Para isso precisa antes demonstrar que sua profissão, a de educador, é uma alegria, não um motivo para transtornos sem fim. É preciso reconhecer habilidades e aptidões e não somente criticar e apontar dificuldades. Outras vezes é preciso rever conceitos para chegar a eles. Interagir. Lutar para que os educandos sejam reconhecidos por suas famílias, apoiados. Desejar que eles amem e que sejam amados. Soltar-lhes as amarras de uma solidão infinita, para que seja somente solitude, um estado passageiro, não solidão, uma condição para toda a vida.

Dia e noite. Noite e Dia.

Referências bibliográficas

BRUNO, Z.V.; MORAIS, I.Q.; BEZERRA, M. de F.; BRASIL, R.M.C.; BAILEY, P.E. & BRUNO, Z.V. Recidência de gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, vol. 15, 2, São Paulo: Iglu, 2004, p. 49 a 58.

FOLHINHA. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 fev. 2003. Folhinha, p 4-5.

MONTEIRO DE BARROS, F.A. **Manual de Direito Civil, família e sucessões**. v.4 São Paulo: Método, 2004.

RIBEIRO, J. **Quem é você afinal?** Ilustrações Jota. Brasília: LGE editora, 2005, p. 6, 14, 15, 19, 22 e 46.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. da C. **Adolescência Hoje**. Comissão Nacional de Estudos sobre a Adolescência. São Paulo: CEICH, s/d.

Bibliografia consultada

GONÇALVES, A. C. C.; PELLINI, E.; BERENSTEIN, E.; RODRIGUES, E.; BERENSTEIN, I. S.; GASPERINI, M. I.; VITIELLO, P. **Sexualidade Responsável – gravidez na adolescência**. Obra de divulgação do Laboratório Organon do Brasil. São Paulo, 2003.

PAMPLONA DA COSTA, R. **Os 11 sexos**. São Paulo: Editora Gente, 1994.

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

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE DA DIVERSIDADE SEXUAL E OS RELACIONAMENTOS AFETIVOS COM O DIREITO*

Tereza Rodrigues Vieira¹

SOME REFLECTIONS ABOUT THE INTERFACE OF SEXUAL DIVERSITY AND AFFECTIONATE RELATIONSHIPS WITH LAW

Resumo: Este artigo reflete acerca da relação da diversidade sexual e dos relacionamentos afetivos com o Direito. A existência humana não pode prescindir da sexualidade, a qual pode ser expressada de diversas formas, desempenhando um importante papel no desenvolvimento da personalidade. Assim, não pode o direito desconsiderar a diversidade sexual, principalmente homossexuais e transexuais. Uma das funções do Direito é regular a vida do homem em sociedade, para que haja um convívio harmônico entre as pessoas e o meio ambiente. Apesar da Constituição Federal de 1988 proibir qualquer forma de discriminação, não prevê expressamente a discriminação por orientação sexual. Tal previsão contribuiria para o exercício da cidadania, garantindo a livre expressão da sexualidade. Cumpre ao Direito, com a colaboração da sociedade, elaborar leis que garantam o livre exercício da diversidade sexual, possibilitando também a demonstração do afeto em público.

Palavras-chave: Casamento; homossexualidade; transexualidade; diversidade sexual.

Abstract: This article discusses issues concerning the links among sexual diversity, affectionate relationships, and Law. Human existence cannot do

* Artigo apresentado em sessão de mesa redonda na 2ª Jornada CEPCoS de Sexualidade, 2006.

¹ Mestre e doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Université de Paris. Especialista em Bioética pela Faculdade de Medicina da USP, Especialista em Sexualidade Humana pela SBRASH, Especialista em Interesses Difusos e Coletivos pela Escola Paulista do Ministério Público. Professora/Pesquisadora na área de Bioética no Mestrado em Direito Processual e Cidadania na UNIPAR e, Professora do Curso de Especialização em Bioética e Pastoral da Saúde no Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Advogada. e-mail: terezavieira@uol.com.br

without sexuality, which can be expressed in diverse forms, which play an important role in the development of the personality. Therefore, Law cannot disregard sexual diversity, mainly that of homosexuals and transsexuals. One of Law's purposes is to regulate human life within society, so that there will be a harmonic coexistence between the people and the environment. Although the 1998 Federal Constitution forbids any form of discrimination, it does not refer specifically the discrimination for sexual orientation. By guarantying the free expression of sexuality, such explicit reference would contribute to the exercise of citizenship. It is Law's duty, with the contribution of society, to elaborate laws that both guarantee the free exercise of sexual diversity, and allow and make possible the demonstration of affection in public.

Keywords: Marriage; homosexual; transsexual; sexual diversity.

1. Nota Introdutória

O presente artigo se propõe a efetuar algumas reflexões acerca da relação da diversidade sexual, relacionamentos afetivos com o direito. Sabemos que a existência humana não pode prescindir da sexualidade. Esta, evidentemente, não se restringe aos impulsos genitais, visto que abrange toda a pessoa, podendo ser expressada de diversas formas, desempenhando um importante papel no desenvolvimento da personalidade humana.

A sexualidade vai além da fisiologia, sendo também um fenômeno psíquico. É também um desejo, não apenas uma necessidade. Em assim sendo, não pode o direito desconsiderar esta realidade, fechando os olhos para a diversidade sexual. Tal denominação é aqui utilizada para designar as minorias sexuais, principalmente homossexuais, *transexuais* e *bissexuais*.

Por vezes, por ignorância ou preconceito, estas minorias são tratadas como portadoras de patologia somática ou psíquica. Isto ocorre por ausência de educação sexual, por parte dos agentes da formação sexual, quais sejam, os pais ou responsáveis legais, visto que são os primeiros a terem contato com as crianças com a obrigação de educarem-nas. A família é quem deve se incumbir de transmitir os valores essenciais acerca da vida sexual. A escola funciona como uma aliada nesta missão, colaborando e integrando no desenvolvimento sexual e afetivo.

Além da família e da escola, a sociedade também apresenta um papel importante na educação sexual de todos. Sucede que, uma das funções do direito é justa-

mente regular a vida do homem em sociedade. Para quê? Para que haja um convívio harmônico entre as pessoas e o meio ambiente. Indagamos: Pode o direito interferir no desejo das pessoas? Podemos padronizar o desejo? Pode o direito contribuir para a realização dos desejos?

Parece-nos satisfatório o conceito de desejo considerado como uma expectativa consciente ou inconsciente de possuir (um objeto) ou alcançar determinada situação que supra uma aspiração do corpo ou do espírito (HOUAISS, 2004)

Apesar da Constituição Federal de 1988 proibir qualquer forma de discriminação, nada prevê expressamente acerca da homossexualidade e a transexualidade. A inserção explícita da discriminação por orientação sexual contribuiria de forma mais clara para o exercício da cidadania, garantindo a livre expressão da sexualidade.

Cumpra ao Direito com a colaboração da sociedade elaborar leis que garantam mais energicamente o direito ao livre exercício da diversidade sexual, possibilitando inclusive a demonstração do afeto em público.

2. União Homoafetiva

O casamento legalmente reconhecido só existe entre homem e mulher, o que não significa que as leis concernentes ao assunto não possam ser alteradas, abrigando as uniões homoafetivas, como já fizeram diversos países. É questão de tempo.

Paulatinamente, alguns direitos já estão sendo reconhecidos pela jurisprudência, visto que a lealdade, o amor, a solidariedade e o desejo de formar uma família estão presentes também entre os homoconviventes. Algumas destas uniões estão recebendo o mesmo tratamento que as heterossexuais. Vejamos:

Relações homossexuais. Competência da vara de família para julgamento de separação em sociedade de fato. A competência para julgamento de separação de sociedade de fato de casais formados por pessoas do mesmo sexo, e das varas de família, conforme precedentes desta Câmara, por não ser possível qualquer discriminação por se tratar de união entre homossexuais, pois é certo que a constituição federal, consagrando princípios democráticos de direito, proíbe discriminação de qualquer espécie, principalmente quanto a opção sexual, sendo incabível, assim, quanto a sociedade de fato homossexual. Conflito de competência acolhido².

² Conflito de competência nº 70000992156, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Relator: Des. José Ataídes Siqueira Trindade, julgado em 29/06/2000.

Em 05 de abril de 2006, quanto à adoção por duas moças que viviam uma relação homoafetiva, decidiu a Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, pelo não provimento da Apelação do Ministério Público:

APELAÇÃO CÍVEL. ADOÇÃO. CASAL FORMADO POR DUAS PESSOAS DE MESMO SEXO. POSSIBILIDADE. Reconhecida como entidade familiar, merecedora da proteção estatal, a união formada por pessoas do mesmo sexo, com características de duração, publicidade, continuidade e intenção de constituir família, decorrência inafastável é a possibilidade de que seus componentes possam adotar. Os estudos especializados não apontam qualquer inconveniente em que crianças sejam adotadas por casais homossexuais, mais importando a qualidade do vínculo e do afeto que permeia o meio familiar em que serão inseridas e que as liga aos seus cuidadores. É hora de abandonar de vez preconceitos e atitudes hipócritas desprovidas de base científica, adotando-se uma postura de firme defesa da absoluta prioridade que constitucionalmente é assegurada aos direitos das crianças e dos adolescentes (art. 227 da Constituição Federal). Caso em que o laudo especializado comprova o saudável vínculo existente entre as crianças e as adotantes.³

No dia 4 de julho de 2006, ao avaliar o pedido de pagamento de pensão do companheiro homossexual pela morte de um servidor público, a juíza mineira Mariângela Meyer Pires Faleiro, da 7ª Vara Estadual de Belo Horizonte, entendeu que:

A mudança introduzida na legislação estadual no ano de 2000, ao abranger o rol de beneficiários no art. 7º, I, da Lei 9.380/86, não cuidou de discriminação quanto à opção sexual, posto que ao se referir à entidade familiar, não quis dizer apenas a entidade familiar tradicional.(...)

O direito deve se prestar a servir o ser humano como um todo, qualquer que seja a sua cor, raça ou sexo, respeitando a sua liberdade, independentemente de sua opção sexual, acomodando-o em seu seio, garantindo-lhe o direito de não ser discriminado e de ter sua própria identidade, com o respeito que ele merece. O Poder Judiciário tem que ser independente e ter a coragem de inovar, de enfrentar os tabus e de reconhecer a realidade dos fatos que estão batendo à sua porta, adequando a eles a legislação existente.

Igualmente sopesou o disposto no art. 201, da Constituição Federal, cotejando-o ao arts. 215 e 217 da Lei nº 8.112/90, os quais reputam sobre os beneficiários de pensões:

Tem-se que os artigos mencionados não tratam clara e expressamente da possibilidade de que os companheiros sejam de sexos diferentes, mas também

³ A decisão, publicada no Diário Oficial do dia 04 de julho de 2006.

não vedam que tenham o mesmo. Assim, entendo a Lei 9.380/86, que dispõe em seu art. 4º, I: a esposa e o marido, a companheira e o companheiro mantidos há mais de cinco anos, os filhos de qualquer condição menores de 21 anos ou inválidos, deve ser interpretada dentro desse sistema de princípios e regras e, assim, ser entendida de forma a abranger os beneficiários, sem discriminação quanto à opção sexual dos mesmos.

Ademais, se a própria União Federal já reconheceu o direito do autor, porque o Estado não o faz?³

Todavia, pairam discussões nas mais diversas áreas acerca da impossibilidade da união homoafetiva. Invocam os mais religiosos o Novo Testamento, segundo São Mateus (19:5), que expressa: “portanto, deixará o homem pai e mãe e se unirá a sua mulher e serão dois numa só carne”.

O Código Civil brasileiro não menciona expressamente a diversidade de sexo como um requisito para a validade do casamento, contudo abstrai-se do sistema normativo este entendimento.

Para evitar polêmica, preferem algumas legislações declaração expressa da diversidade de sexo como requisito essencial para a existência do matrimônio. É o caso, por exemplo de Portugal e da Colômbia. Prescreve o Código Civil português em seu art. 1.577 que “Casamento é o contrato celebrado entre duas pessoas de sexo diferente que pretendem constituir família mediante uma plena comunhão de vida, nos termos das disposições deste Código”.

Reafirmando o acima disposto, o art. 1.628, em sua alínea “e”, do diploma legal retrocitado, declara: “É juridicamente inexistente: e) O casamento do mesmo sexo”.

Por sua vez, o art. 113 do título IV do Código Civil colombiano prescreve: “El matrimonio es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen con el fin de vivir juntos, de procrear y de auxiliar mutuamente”.

A maioria dos doutrinadores entende que inexistência do casamento entre pessoas do mesmo sexo está subtendida no conceito do instituto. Senão, vejamos a opinião de Domenico Barbero: “Nosotros creemos que el matrimonio no existe: a) si falta la diversidad de sexo: lo cual va implícito en el concepto del instituto, aunque la lei no hable de ello.”

Alex Weill e François Terré (1983, p. 176), ressaltam como primeira condição natural de aptidão para o casamento, a diferença de sexo. Explicando que a lei não a enuncia porque não há necessidade. Por parecer evidente, declara

Bénabent (1984, p.53), apenas implicitamente o art. 144 do Cód. Civil francês faz alusão à diferença de sexo.

Raymond e Billard (1986, p. 341) apregoam que a diferença de sexo é uma condição implícita no Código Civil francês, que a menciona em diversas ocasiões (em particular no art. 75 do Código Civil). A ocorrência da identidade de sexo engrossa o elenco de impedimentos de ordem pública, provocando a nulidade do casamento, segundo esses autores. Em seguida, mencionam que a existência do casamento está subordinada à dupla condição de que o sexo de cada um dos esposos seja reconhecível e que ele seja diferente do outro cônjuge. Em princípio, a prova se faz através do Registro Civil .

Para o lusitano Eduardo Santos (1985, pp. 149 e 169), de outra maneira não poderia ser, visto que “os fins do casamento são impossíveis de alcançar entre pessoas do mesmo sexo”. Por fim enfatiza que “estamos fartos de saber que não pode haver casamento senão entre pessoas de sexo diferente. Seria juridicamente inexistente o ‘casamento’ (g.a.) celebrado entre pessoas do mesmo sexo. (Art 1.628, ‘e’)”.

As definições de casamento pelos doutrinadores são as mais diversas, no entanto, quase todas mencionam expressamente a diversidade de sexo. Vejamos:

É um contrato solene, pelo qual duas pessoas de sexo diferente e capazes, conforme a lei, se unem com intuito de conviver toda a existência, legalizando, por ele, a título de indissolubilidade do vínculo, as suas relações sexuais, estabelecendo para seus bens, à sua escolha ou por imposição legal, um dos regimes regulados pelo Código e comprometendo-se a criar e educar a prole que de ambos nascer.

É a união de um homem com uma mulher, realizada segundo as prescrições da lei.

É a união perpétua e legítima de duas pessoas de sexo diferente consagrada por um contrato civil solene.

São as definições de Pontes de Miranda, Cunha Gonçalves e Tito Fulgêncio, respectivamente (Apud RT 572/194).

E, ainda nesse sentido escreve Rubens Limongi França (1988, p. 277): “não é preciso dizer, pois, inexistente, quer física, quer juridicamente, admissibilidade de matrimônio de pessoas do mesmo sexo” .

Carvalho Santos (1956, p. 1 53) exemplifica alguns casos no Código Civil brasileiro, dos quais se depreende das entrelinhas a diversidade de sexo

como condição essencial para a existência do casamento: “...quando dispõe não só que o homem não pode casar antes dos dezoito anos e a mulher antes dos dezesseis, senão também quando fala em marido e mulher em diversas passagens do capítulo referente ao casamento”.

A primeira Câmara Civil do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, decidiu em 16 de novembro de 1992 pela inexistência: “É ato inexistente o casamento de duas pessoas do sexo feminino”.(RT 572/189)

Chamado a se pronunciar acerca do assunto, o Desembargador Valle da Fonseca declarou que em se “tratando de casamento realizado entre duas pessoas do mesmo sexo, o caso não é de nulidade e sim de declaração de casamento inexistente. Existiu o ato, mas não existiu o casamento, e o ato é nulo porque inexistiu casamento.” (RT 572/189)

É de se lembrar neste ponto que, a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, reconhece expressamente, para efeito de proteção do Estado, a “união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento” (art. 226, § 3º).

Antonio Chaves (1974, p. 111) prescreve a diferença de sexo como uma das condições de aptidão natural para o casamento. Baseando-se em Jorge A. Frias e Carlos Sampaio, afirma que tal diferença se impõe por si mesma, a tal ponto que a lei não a menciona. Em assim sendo:

Cumprindo evidentemente suprir a esse silêncio, e decidir que um casamento concluído entre pessoas do mesmo sexo é radicalmente nulo. A solução estende-se ao caso em que um dos esposos não tivesse, fisiologicamente falando, nenhum sexo determinado. A ausência total de sexo equivale à identidade de sexo, do ponto de vista da nulidade do casamento.

Para evitar dúvidas, o Código Civil português expressa em seu art. 1.630, que:

1. O casamento juridicamente inexistente não produz qualquer efeito jurídico e nem sequer é havido como putativo.
2. A inexistência pode ser invocada por qualquer pessoa, a todo o tempo, independentemente de declaração judicial.

O mesmo entendimento não é aplicável ao casamento nulo ou anulável. Defendemos a sua decretação judicial para que dúvidas não subsistam, protegendo principalmente terceiros.

Ainda que não se refiram exatamente ao casamento inexistente, cremos serem oportunas as afirmações da professora Teresa Arruda Alvim Pinto (1987, p. 192) quando esta, com segurança e firmeza, afirma:

Por certo, no tema em tela, enquanto não for declarado um ato inexistente, pela autoridade competente – que haverá de ser membro do Poder Judiciário – que esse ato inexistente pode ter aparência de um ato suscetível de ser tido como válido e, portanto, ao qual se empreste a aptidão para provocar validamente efeitos, existe interesse jurídico em suprimi-lo.

Destarte, sustentamos que o casamento realizado por exemplo entre dois homens ou entre um homem e um transexual que não se considere pertencente ao sexo masculino e que ainda não tenha obtido o reconhecimento judicial da sua condição feminina, como casamento legalmente inexistente.

O casamento legalmente reconhecido só existe entre homem e mulher, o que não significa que as leis concernentes ao assunto não possam ser alteradas, abrigoando a união de pessoas do mesmo sexo. É o que já ocorre em muitos países.

Desde 1986 a Dinamarca reconhece alguns direitos patrimoniais entre casais homossexuais. A união civil foi legalizada em 1989.

A Noruega acompanhou a Dinamarca em 1992.

Nos Estados Unidos existem dezenas de cidades, dentre elas São Francisco (1991) e Nova Iorque (1993), que reconhecem aos casais homossexuais alguns direitos relativos ao patrimônio, seguro saúde, etc.

O parlamento sueco, desde 1º de janeiro de 1995, reconhece a “partenariat”, que oficializa os laços entre pessoas do mesmo sexo.

Desde setembro de 1995, diversos municípios franceses já entregaram alguns “certificats de vie commune” a casais homossexuais. Seu valor é muito mais simbólico que jurídico, todavia, permitem aumentar o debate pelo reconhecimento da aliança homossexual.

No Brasil, por sua vez, desde 1995, já existe um projeto que visa disciplinar a união civil entre pessoas do mesmo sexo. Trata-se do Projeto de Lei nº 1.115, de autoria da deputada federal Marta Suplicy (PT- SP).

O referido projeto possui 18 artigos que objetivam, sobretudo, proteger os direitos à propriedade e à sucessão das pessoas do mesmo sexo que tiverem

reconhecida sua união civil. Propõe-se a alteração de alguns artigos da Lei dos Registros Públicos, Lei nº 6.015/73, que passariam a vigorar inscritos no registro civil de pessoas naturais:

(...)

IX - os contratos de união civil entre pessoas do mesmo sexo.

Parágrafo primeiro. Serão averbados:

(...)

g) a sentença que declarar a extinção da união civil entre pessoas do mesmo sexo.

Art. 33. Haverá em cada cartório, os seguintes livros, todos com trezentas folhas cada um:

(...)

III - B - Auxiliar - de registro de casamento religioso para efeitos civis e contratos de união civil entre pessoas do mesmo sexo.

Art. 167. No Registro de Imóveis, além da matrícula, serão feitos:

1 - o registro:

(...)

35 - dos contratos de união civil entre pessoas do mesmo sexo que versarem sobre comunicação patrimonial, nos registros referentes a imóveis ou a direitos reais pertencentes a qualquer das partes, inclusive os adquiridos posteriormente à celebração do contrato.

II - a averbação:

(...)

14 - das sentenças de separação judicial, de divórcio, de nulidade ou anulação do casamento e de extinção de união civil entre pessoas do mesmo sexo, quando nas respectivas partilhas existirem imóveis ou direitos reais sujeitos a registro.

Por sua vez, os arts. 217 e 241 da Lei nº. 8.112/90 passariam a vigorar com o texto seguinte:

Art. 217. (...) c) a companheira ou companheiro designado que comprove união estável como entidade familiar, ou união civil com pessoa do mesmo sexo, nos termos da lei.

Art. 241.(...) Parágrafo único. Equipara-se ao cônjuge a companheira ou companheiro, que comprove união estável como entidade familiar, ou união civil com pessoa do mesmo sexo, nos termos da lei.

Igualmente, sofrerão alteração os artigos 16 e 17 da Lei nº 8.213/91, que passariam a vigorar com o seguinte teor:

Art. 16. (...)

§ 3º Considera-se companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantém, com o segurado ou com a segurada, união estável de acordo com o

§ 3º do art. 226 da Constituição Federal, ou união civil com pessoa do mesmo sexo, nos termos da lei.

Art. 17. (...)

§ 2º O cancelamento da inscrição do cônjuge e do companheiro ou companheira do mesmo sexo se processa em face de separação judicial ou divórcio sem direito a alimentos, certidão de anulação de casamento, certidão de óbito ou sentença judicial, transitada em julgado.

Pretende-se também garantir aos contratantes da referida união civil, desde a data da sua constituição, os direitos à sucessão regulados pela Lei nº 8.971 /94.

Sugere o aludido Projeto de Lei que o inciso I do art. 113 da Lei nº 6.815/80, Lei do Estrangeiro, passe a vigorar com a seguinte redação:

Art. 113. (...) I – ter filho, companheira ou companheiro de união civil entre pessoas do mesmo sexo, brasileiro ou brasileira.

Argumenta a autora do Projeto de Lei em sua exposição de motivos, que, a relação permanente e compromissada entre homossexuais deve existir como possibilidade legal, não se intentando dar a essas parcerias status similar ao casamento (Código Civil) ou da união estável (art. 226, § 3º da Constituição Federal). O casamento possui um status único - explica Suplicy. “Este projeto fala de ‘parceria’ e de ‘união civil’. Os termos ‘matrimônio’ e ‘casamento’ são reservados para o casamento heterossexual, com suas implicações ideológicas e religiosas”.

Somente alguns poucos municípios e estados brasileiros já possuem leis expressas com o intuito de coibir o preconceito contra homossexuais. O Estado de São Paulo possui a lei 10.948/2001 que prevê penas aos estabelecimentos infratores, que de alguma forma discrimina os homossexuais. As punições são em forma de advertência, multas ou suspensão e cassação do funcionamento do estabelecimento que de alguma forma discriminar o homossexual.

Convém lembrar que a homossexualidade existe desde priscas eras e que os costumes também evoluem. Há que se considerar que o preconceito não é inato e se apresenta como um produto da desinformação. As leis, evidentemente, também devem acompanhar a evolução social.

É, portanto, compatível com os fins de uma sociedade democrática o reconhecimento de orientações não efêmeras como essa - diferentes daquelas praticadas ou seguidas pela maioria, é verdade - mas igualmente merecedoras de respeito e compreensão.

3. Casamento do transexual

O direito também é atingido pela transexualidade, uma vez que a adequação de sexo implica na alteração dos documentos, exercendo influência inclusive no casamento.

O amor, este sublime afeto, igualmente habita o coração e a mente do transexual, o qual tem sentimentos e, como qualquer pessoa também deseja se unir a alguém com o intuito de constituir uma família.

Como sabemos, a Convenção Européia de Salvaguarda dos Direitos do Homem assinada em Roma, em 4 de novembro de 1950, visa a proteção do indivíduo contra as ingerências do Estado na vida privada e familiar.⁴ Assim, tendo esta Convenção como supedâneo, a Corte e a Comissão de Strasbourg deram a estas noções uma notável extensão. Adrede, anotam Pousson-Petit e Pousson: “S’agissant du respect de la vie familiale, les instances strasbourgeois ont affirmé le droit de fonder une famille, y compris pour les transsexuels” (1990, p. 276).

Quanto ao direito do respeito pela vida privada, foi este definido pela Comissão nos termos seguintes: “Este direito compreende numa certa medida o direito de estabelecer e de manter relações com outros seres humanos, notadamente no campo afetivo, para o desenvolvimento e satisfação de sua própria personalidade”.

A vida sexual é considerada como parte da vida privada, e, em aplicação a este princípio e sob este fundamento, merece proteção. É vedada qualquer discriminação ligada a transexualidade, segundo o disposto no art. 14 da Convenção supracitada, no que concerne ao gozo das liberdades e dos direitos fundamentais.

Assim, com o escopo de proteger o futuro cônjuge do transexual, defende-se a menção da adequação do nome e sexo no livro do Registro Civil. Desta forma, o pretense consorte tomará ciência da adequação ocorrida, podendo optar livremente pela continuidade ou não dos trâmites do matrimônio.

Entendemos que os direitos dos transexuais e de terceiros estarão muito mais explicitamente assegurados se, no livro do Registro Civil constar a alteração ocorrida. Trata-se de uma ação modificadora do estado da pessoa, devendo, portanto, ser averbada. Todavia, não deverá ocorrer qualquer referência à aludida alteração em nenhum documento, devendo constar apenas o sexo reconhecido judicialmente como o verdadeiro. Exceção se abre para a Certidão

⁴ O artigo 12 da Convenção Européia de Salvaguarda dá ao homem e à mulher o direito de se casar a partir da idade núbil e o direito de fundar uma família segundo as leis nacionais que regem o exercício deste direito. Do mesmo modo, tem o transexual o direito de gozar da mesma proteção. Toda discriminação, ligada ao fato de ser transexual, deve ser considerada ilegítima.

de Nascimento, onde existe local apropriado para incluir-se este tipo de observação, podendo se inscrever “registro feito na forma da lei”, “contém averbações à margem do termo”, “De acordo com os Autos n...”, “Conforme sentença proferida na data denos Autos ...”, sem detalhes constrangedores, nem referências à transexualidade.

Assim, ninguém poderá se casar sem informar ao futuro cônjuge a sua condição anterior. Caso, não informe, o consorte poderá anular o casamento, dentro do prazo decadencial de três anos, com base no Código Civil brasileiro, que preceitua:

Art. 1556 – O casamento pode ser anulado por vício da vontade, se houve por parte de um dos nubentes, ao consentir, erro essencial quanto à pessoa do outro.

Art. 1557 – Considera-se erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge:

I – o que diz respeito à sua identidade, sua honra e boa fama, sendo esse erro tal, que o seu conhecimento ulterior torne insuportável a vida em comum ao cônjuge enganado;

II – ... III – ... IV –

O Código Civil português, esclarece em seu art. 1636, que: “O erro que vicia a vontade só é relevante para efeitos de anulação quando recai sobre qualidades essenciais da pessoa do outro cônjuge, seja desculpável e se mostre que sem ele, razoavelmente, o casamento não teria sido celebrado”.

O cônjuge enganado pode invocar erro sobre a identidade sexual do seu parceiro. Argumenta o cônjuge de boa-fé que esposou pessoa aparente, mas não geneticamente, de sexo contraposto ao seu (MARQUES, 1988, p.10).

Há que se esclarecer que o erro deve ser considerado essencial para a generalidade das pessoas, e de acordo com as concepções dominantes.

O cônjuge que alegar o erro deverá provar que, se houvesse conhecimento de tal qualidade, não teria contraído casamento. Este caráter determinante do erro pode resultar de manobras dolosas por parte do cônjuge.

As qualidades essenciais, para Jugnet (1986, p.123), são aquelas determinantes para o outro esposo; se este houvesse tido conhecimento do estado do outro, não teria casado. “*Existe, portanto, algumas possibilidades para anular o casamento de um transexual, desde que a coabitação não tenha ultrapassado seis meses após a descoberta do erro*” (art. 181, do Código Civil francês).

Breton, Frohwirth e Pottiez (1985) advertem que, mesmo que um médico, por ocasião do exame pré-nupcial, venha a descobrir a condição do transexual

(operado), o segredo profissional deve ser respeitado. Lembram que o art. 378 do Código Penal francês o proíbe de comunicar quem quer que seja *“Aucun médecin ne le fait et si, par exception, il le fait, il sera justement condamné”*. Não há dúvida de que o médico não tem o direito de expor segredo de que tomou ciência por força de seu exercício funcional (VIEIRA, 2003, p.131).

Não cremos necessário lembrar aqui que não somos contrários ao casamento entre transexuais ou homossexuais com heterossexuais. Repudiamos sim, a dissimulação de tal situação. Comete o dissimulado flagrante injustiça em relação ao cônjuge enganado.

Dessa orientação, aliás, não discrepa a jurisprudência⁵:

Constitui erro quanto a identidade moral do marido o fato deste ser homossexual, o que veio a ser conhecido da esposa só após o casamento. É indisputável que o homossexualismo do marido torne insuportável a vida em comum. Entretanto, para justificar a anulação do casamento, deve a mulher comprovar que o conhecimento do fato foi posterior ao matrimônio. Erro essencial quanto a pessoa do outro cônjuge, particularmente quanto a sua identidade psíquica, moral e social, a ponto de tornar insuportável a vida em comum, enquadra-se na hipótese do n.º.1 do art. 219 do CC, possibilitando a anulação do casamento.

A anulação do casamento, nos casos previstos no art. 1.557 do Código Civil brasileiro poderá demandar o cônjuge enganado. Somente este poderá assumir tal posição no pólo ativo do pleito. Nem mesmo seus herdeiros poderão iniciá-la; poderão apenas prosseguir-la, em caso de falecimento do cônjuge enganado, depois de havê-la iniciado.

Lembra Almada (1978, p. 131) que o cônjuge lesado pode sanar o erro essencial, por meio de indulgência do amor, *“daquele sentimento que, no sábio opinar do Apóstolo dos Gentios, tudo sofre, tudo espera, tudo suporta e nunca falha”*.

Contudo, dificilmente a observação no Registro Civil atualizado passará despercebida pelo Oficial no momento da apresentação da documentação com vistas ao matrimônio, na preparação para os proclamas. Poderá o Oficial, reservadamente, convidar o portador do referido documento a prestar esclarecimentos sobre a averbação. Se o transexual se sentir lesado ao ver invadida sua privacidade, poderá fazer valer o seu direito à intimidade, mas não poderá se casar sem informar ao consorte. Em verdade, o futuro companheiro é

⁵ Respectivamente: RT 506/88, RT 577/119. TJSP (cível), j. 17/03/83, RT 583/117. TJSP (cível), j. 08/03/83.

quem deve avaliar se para ele o conhecimento do fato anteriormente era realmente *essencial*.

A partir do momento em que o direito admite a adequação do sexo deve ser coerente e reconhecer ao transexual o direito de contrair matrimônio (RT 542/18).³ A incapacidade de procriação não pode ser considerada um empecilho, visto que não constitui uma das condições de validade do casamento.

Negam alguns pouco informados sobre a questão transexual, o direito ao casamento, com base no frágil argumento de que faltará alguém para fazer os bebês.

É evidente que um punhado de casamentos transexuais que serão passados pelo filtro da mudança de estado civil não vai desestabilizar definitivamente a *“instituição fascinante, fundamental, fundadora... o mais velho costume da humanidade, e o estado da maior parte dos indivíduos adultos”* (CARBONNIER, 1993, p. 33 *apud* HAUSER, 1993, p. 326) lembra aos que são contrários a essa união matrimonial que, em verdade, devem se interrogar seriamente acerca do fato de que o número de casamentos na França diminui ano após ano. No momento em que a clientela tradicional abandona essa prática, o casamento é reivindicado por aqueles para os quais a instituição não fora feita, mas dão a ela, paradoxalmente, um valor simbólico.

Neste assunto a maioria dos transexuais se mostra freqüentemente tradicionalista e aspira uma vida organizada, com casamento e filhos. Querer impedir o casamento do transexual é obrigá-lo a união estável, enquanto que seu desejo persistente é a regularização de sua situação pelo matrimônio.

Cumprе lembrar que também há indivíduos que, apesar de casados e possuir filhos, manifestam o desejo incontestе de adequação de sexo. O que dizer da questão jurídica? A operação de adequação de sexo realizada por um dos cônjuges é motivo para a dissolução do casamento? Pode o celibato ser imposto como condição para a realização da cirurgia? Em sendo casado, o consentimento do cônjuge faz-se necessário?

Difícilmente o cônjuge – escreve Shindler-Vigue (1989, p. 8) – poderá invocar a anulação do casamento baseando-se na intervenção cirúrgica sofrida pelo cônjuge transexual, considerando que à época da formação do liame conjugal, a identidade de sexo não existia. Quanto ao divórcio, anota o autor supra, a situação também não é clara, visto que nenhuma falta poderá ser alegada considerando que cirurgia a que se submeteu o transexual teve um fim legítimo.

Autores da envergadura de De Page (1990, p.160), entendem que se um dos cônjuges realiza a adequação de seu sexo, a dissolução do casamento se impõe. *Como?* – indaga De Page e responde:

A nulidade está excluída, tanto por erro, quanto pela identidade de sexo. Não se pode considerar que havia identidade de sexo, quando da celebração do casamento e a mudança de sexo é operada sem retroatividade. Exclui-se, igualmente, um divórcio por injúria grave. Como considerar como injuriosa uma mudança que se tornou necessária por uma predisposição?

Parece mais razoável, no tocante a esta matéria, figurarem os cônjuges como mestres de seus direitos. Contudo, a solução do direito sueco e do direito alemão obriga o cônjuge que deseja adequar seu sexo a divorciar-se previamente, visto que a ausência de um liame conjugal é exigida.

Bénabent (1984, p.53) entende como duvidoso que um casamento possa ser pronunciado ou mantido quando um dos cônjuges sai de uma operação com o mesmo sexo que o outro, mesmo que seu estado civil não possa ser retificado. Poderá o divórcio ser requerido se a operação tiver sido dissimulada pelo outro cônjuge. Todavia, não poderá o cônjuge (não transexual) recorrer a esta via quando houver aprovado a intervenção.

A lei holandesa exige que o solicitante da adequação de sexo não seja casado, devendo se encontrar incapacitado à procriação.

Patti & Will (1983) e Mantovani (1985, p.11) partilham da mesma solução no que toca à tutela dos familiares do transexual. Postulam como necessário intentar uma ação autônoma para obter-se a declaração judicial de dissolução do vínculo, tão logo seja produzida a sentença que aprova a adequação de sexo. Entendem outros que o interessado deva requerê-la expressamente dentro da mesma ação de adequação de sexo. Esta, aliás, foi a postura abraçada pelo Tribunal de Roma, após a promulgação da lei italiana de 14 de abril de 1982. Outros, no entanto, pregam solução oposta. Para estes, o tribunal é quem deve prover de ofício a dissolução do vínculo, sem que o recorrente a solicite. A dissolução do vínculo não deve ficar à mercê da vontade das partes.

Difícilmente as tendências transexuais são supervenientes ao matrimônio. O que poderá ocorrer posteriormente ao casamento é a sua revelação. Contudo, entendemos que o celibato não deva ser imposto como condição para a realização da cirurgia. Visando, portanto, evitar desarranjos constrangedores ao cônjuge e à prole, o reconhecimento jurídico da adequação de sexo deve ser concedido apenas ao transexual solteiro, divorciado ou viúvo. Estando ainda o indivíduo sob a égide do casamento, assentimos que a

cirurgia de adequação de sexo é motivo para a dissolução do vínculo, pela identidade de sexo dos cônjuges. O consentimento do cônjuge vale ressaltar, não se faz necessário para a realização da intervenção cirúrgica.

A sentença que ordenar a retificação do sexo possui efeitos *ex nunc*, não possuindo efeito retroativo. No entanto, não está o transexual isento da obrigação de prestar alimentos ao cônjuge e aos filhos.

4. Considerações Finais

Parece-nos que o tratamento legal a ser dado ao transexual que ocultou sua condição do cônjuge deve ser o mesmo que os tribunais concedem ao homossexual que escondeu tal circunstância.

A jurisprudência e a doutrina têm entendido como prazo de decadência, o de três anos, para que o cônjuge exerça o direito de anular o casamento nos casos de erro essencial.

Deve-se deixar a cargo do transexual a liberdade de informar ao cônjuge sua condição, pois não seria correto compeli-lo a confidenciar algo pessoal. Não deve o legislador intervir nessa liberdade, entretanto, o transexual que dissimulou sua condição deverá responder por sua omissão.

Cumprе ressaltar que o transexual masculino, por exemplo, que obteve o reconhecimento do seu direito a adequação do prenome e do sexo no Judiciário possui todos os direitos de uma mulher, inclusive ao casamento. Contudo, isto não lhe dá o direito de esconder este fato do futuro cônjuge. Isto vale para qualquer pessoa que oculte algo essencial sobre si próprio, inclusive transexual. É válido o casamento de transexual que foi reconhecido com seu novo sexo e não ocultou sua condição do cônjuge antes do matrimônio.

Destarte, deve o direito ser sensível às contingências e às circunstâncias da vida, não ignorando as modificações culturais e científicas, respeitando a autonomia do homem.

A Justiça tem por obrigação responder as indagações emanadas da sociedade, ainda que não dispostas de forma clara na lei vigente. Muitos juízes e promotores, como a sociedade em geral, ainda não distinguem homossexuais e transexuais, sendo que estes, ao contrário dos homossexuais, rejeitam sua genitália. A maioria ainda fala em “*opção sexual*”, em vez de “*orientação sexual*”. Homossexuais e transexuais não *optam*, não *escolhem*, não *elegem* sua condição.

O Estado deve prover, pelo menos, o mínimo fundamental para assegurar a dignidade das pessoas, proibindo todos os atos atentatórios a esse núcleo essencial, colaborando para a eliminação das desigualdades.

Deve haver uma integração maior entre os profissionais que estudam a mente e o comportamento humano com os do Direito, contribuindo para a construção de uma sociedade pluralista, inclusiva e sem preconceitos.

Trata-se de uma forma diferente, (se considerar a maioria), de se relacionar, mas possui a mesma intensidade das demais. Destarte, o Judiciário não pode temer o enfrentamento de tabus. Deve sim, reconhecer a realidade, pois o que existe de fato, não pode ser negado pelo Direito.

Referências bibliográficas

ALMADA, N. M. *Manual de direito de família*. São Paulo: Hemeron, 1978.

BÉNABENT, A. *Droit civil – la famille*. Paris: Litec., 1984.

BRETON, FROHWIRTH & POTTIEZ. *Le transsexualisme: étude nosographique et médico-légale*. Paris: Masson, 1985.

CARBONNIER, J. (1993) Droit civil – la famille, pp. 33-35. Apud HAUSER, J. (1993) Personnes et droits de la famille. In *Revue Trimestrielle de Droit Civil*, jan.-mar. de 1993.

CHAVES, A. *Lições de direito civil*, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1974.

DE PAGE, H. *Traité élémentaire de droit civil belge*. Tomo 2, vol. I, 4ª ed. Bruxelas: Bruylant, 1990.

FRANÇA, R.L. *Instituições de direito civil*, 1º volume. São Paulo: Saraiva, 1988.

HAUSER, J. Personnes et droits de la famille. In *Revue Trimestrielle de Droit Civil*, jan.-mar. de 1993.

HOMOSSEXUAL HERDA BENS DE SEU PARCEIRO, *Jornal Folha de São Paulo*, edição de 19.04.1996.

HOUAISS. *Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa*. CD-ROOM.

JUGNET, F. *Droit e transexualisme. Mémoire pour le diplôme d'Etudes Approfondies de Droit et Science Politique (mention droit privé)*, session d'octobre, 1986, p. 123.

LE MARIAGE HOMO EN VOIE DE LÉGALISATION AUX PAYS-BÁS. *Libération*, edição de 1 8.04.1 996.

MANTOVANI. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso. In **Nuova Giurisprudenza Civile Commentata**, 1985.

MARQUES, J.P.F.R. In **Tribuna da Justiça**, n. 37, Jan., 1988.

PATTI, S.; WILL, M. Nome in materia di rettificazione si attribuzione di sesso. In **Nuove leggi civile commentata**, 1983

PINTO, T.A.A. **Nulidades da sentença**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987

POUSSON-PETIT, J. & POSSON, A. **L'affection et le droit**. Toulouse: Edition du Centre National de la Recherche Scientifique, 1990.

RAYMOND & BILLARD. **Concours de fonctions publiques**. Paris: Litec., 1986.

REVISTA DOS TRIBUNAIS, RT 572. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1980, p. 194.

SANTOS, E. **Direito de família**. Coimbra: Almedina, 1985.

SANTOS, J.M.C. **Código civil brasileiro interpretado**. vol. IV, 5^a. ed., Rio de Janeiro e São Paulo: Freitas Bastos, 1956.

SHINDLER-VIGUE, S. Corrigé de la note de synthese de 22 avril 1989. **Année** 1988-1989. Institut d'Estudes Judiciaires de Paris II, 1989

VIEIRA, T. R. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

WEILL, A. & TERRÉ, F. **Droit civil**. Paris: Dalloz, 1983.

RESENHA DE LIVRO

A CIÊNCIA DO ORGASMO

Jaqueline Brendler

Barry R. Komisaruk, Carlos Beyer-Flores & Beverly Whipple: *THE SCIENCE OF ORGASM*.

A autora do “The G Spot and Other Discoveries about Human Sexuality” Beverly Whipple uniu-se ao neurocientista Barry R Komisaruk e ao endocrinologista Carlos Beyer-Flores para escrever esse livro, pois, segundo eles, o orgasmo é uma das mais intrigantes experiências que se tem na vida. Assim do objetivo dos autores de desvendar o universo do orgasmo através das ciências neurológicas, comportamentais, cognitivas e fisiológicas nasceu “The Science of Orgasm” – um livro que é referência para os profissionais que lidam com a sexualidade humana e deveria ser lido por todos.

Nos seus 24 capítulos descrevem a luz do conhecimento atual tópicos como: Definições do orgasmo; Diferentes nervos, diferentes sensações orgásmicas; Mudanças corporais no orgasmo; São os orgasmos bons para sua saúde?; Quando as coisas dão erradas; Doenças que afetam o orgasmo; Como a idade afeta o orgasmo?; Prazer e satisfação sem orgasmo; Conexões do Sistema Nervoso; A neuroquímica do orgasmo; Efeitos de medicações; Amenizando os efeitos colaterais de medicações; Drogas estimulantes e recreacionais e o Orgasmo; Drogas depressoras e o orgasmo; Terapias Herbáceas; Hormônios e orgasmo; Mecanismo de ação dos hormônios esteróides sexuais; Hormônios não sexuais e o Orgasmo; Orgasmos atípicos; Conexão cérebro-genital; Orgasmo após cirúrgica cerebral ou lesão cerebral; Imagem do cérebro durante a excitação sexual e o orgasmo; Personagens do elenco: Como os componentes cerebrais contribuem para o orgasmo; Consciência e Orgasmo, num texto objetivo, técnico, interrogativo, reflexivo, comparativo, muito didático e agradável de ser lido.

São descritos as inúmeras vias que levam os estímulos eróticos das várias regiões do corpo, as diferentes regiões do sistema nervoso ativadas durante os orgasmos típicos e atípicos em pessoas saudáveis ou doentes, bem como um mapeamento do sistema serotoninérgico e dopaminérgico. Os autores citam medicamentos (convencionais ou ervas), drogas lícitas ou ilícitas e o modo como ao atuarem no SNC (Sistema Nervoso Central) ou no SNP (Sistema Nervoso Periférico) acabam interferindo de modo menos negativo (como alguns antidepressivos a exemplo da nefazodona, mirtazapina, bupropiona, moclobemida) ou mais deletéria em relação ao orgasmo. Portanto, se você tem alguma dúvida sobre alguns desses itens, a leitura do livro será esclarecedora.

Sobre a sexualidade feminina o texto vai muito além de hipervalorizar a importância do estímulo físico do clitóris na mulher, parte do corpo que é “mais densamente inervada”, que ainda é desconhecido para muitos, para desencadear do orgasmo. Sobre esse tópico, em mulheres saudáveis, menciona que como a inervação do clitóris é via nervo pudendo, da vagina principalmente via nervo pélvico e do colo uterino principalmente via nervo hipogástrico, nervo pélvico e nervo vago, então que o estímulo nessas áreas irá desencadear diferentes sensações de orgasmo e que se nas três, ao mesmo tempo, o efeito erótico será aditivo. Expõe também que no prazer do sexo anal, em mulheres, o principal nervo envolvido é o pélvico, se o clitóris não for estimulado. Em homens, durante a prática de sexo anal descreve que uma das fontes de prazer é o somatório do estímulo do nervo pélvico responsável pela inervação do reto ao estímulo do nervo hipogástrico responsável pela inervação da próstata, que é massageada durante o coito anal.

Os autores citam que mulheres com lesão medular de qualquer nível podem ter orgasmo com a estimulação do colo uterino por um vibrador, o que foi comprovado em 2004, por imagem de ressonância magnética funcional. Isso se deve a conexão direta do nervo vago, presente no colo uterino, com o cérebro (Núcleo do Trato Solitário na Medula Oblonga), o que permite o orgasmo, sem que o estímulo erótico afereente necessite passar pela medula que foi lesionada, o que é uma informação importantíssima para a prática clínica de sexólogos.

No capítulo “Quando as coisas dão erradas”, todas os problemas, doenças e disfunções sexuais estão descritos em relação a homens e mulheres, bem como os mitos ainda existentes sobre a sexualidade feminina que são derrubados pelo novo entendimento das disfunções sexuais femininas baseadas principalmente, mas não unicamente, no modelo circular proposto por

Rosemary Basson. Como no capítulo acima citado nos capítulos “Mudanças corporais no Orgasmo” e “Doenças que afetam o orgasmo”, “Hormônios e o Orgasmo”, “Mecanismo de ação dos Hormônios esteróides sexuais”, “Hormônios não reprodutivos e o Orgasmo”, “Prazer e satisfação sem orgasmo”, esse livro que é a “Bíblia do orgasmo”, transcende esse tópico mencionando interações em outras esferas do comportamento e da resposta sexual humana.

Em todo o livro há diferentes referências em relação a ocitocina, na sua dupla função de atuar, principalmente em mulheres, como um hormônio e nos homens como um neurotransmissor. Nas mulheres, a ocitocina é muito conhecida por atuar na ejeção do leite, durante a amamentação e estar envolvida com as contrações do parto. Os estímulos sexuais das mamas, dos mamilos, da vagina, e da cérvix convergem para PVN (Núcleo Paraventricular do Hipotálamo) que produz a ocitocina que fica armazenada na glândula pituitária e que é liberada, no orgasmo, no sistema circulatório provocando contrações dos músculos da vagina, cérvix e útero, gerando sensorial estimulação que pode provocar contrações dos músculos voluntários do assoalho pélvico, o que contribui para o sentimento de prazer na transa. Nos homens, os neurônios contendo ocitocina, projetam-se do PVN para a medula espinhal e fazem sinapse com neurônios da região lombar à sacral, níveis neuronais que controlam a ejaculação e a ereção, respectivamente. Então a ocitocina atua no SNC e na medula espinhal. Em Homens e mulheres a ocitocina é liberada em grande quantidade na corrente sanguínea um minuto após o orgasmo permanecendo até cinco min, sendo uma das responsáveis pelo sono e o relaxamento, após o clímax. Relata também que uma das situações que pode interferir com a secreção de ocitocina é a lesão nos nervos hipogástricos e pélvicos, sejam elas acidentais ou cirúrgicas.

Comparando homens e mulheres durante exposição à filmes eróticos, homens possuem maior ativação do hipotálamo ou hipotálamo e tálamo ou num terceiro estudo, hipotálamo, amígdala e hipocampo, que mulheres, embora haja áreas comuns ativadas nos dois sexos; ao passo que pessoas intensamente apaixonadas, sem distinção de sexo, quando observam fotografias do ser amado, acionam mesmas áreas cerebrais (cérebro medial ventral e o núcleo caudado), que são regiões que também fazem parte do sistema dopaminérgico.

Como vocês percebem seria impossível selecionar todos os tópicos interessantes desse livro de 359 páginas para um resumo, melhor seria traduzi-lo integralmente para o português, pois como é um livro dirigido aos estudiosos da sexualidade trata os temas de modo multifacetado o que é muito enriquecedor. Esse livro é recomendável grau 10 numa escala de 1 a 10. Boa leitura!

NOTÍCIAS DA SBRASH

**III CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA
EM SEXUALIDADE HUMANA DA SBRASH*
REALIZADO EM SALVADOR, 2006 – Questões e respostas corretas**

QUESTÕES CONHECIMENTOS GERAIS

1. O período de “janela imunológica” para a detecção de anticorpos anti-hiv no sangue periférico, em geral é:
- A. () de 1 a 2 semanas
 - B. (X) de 3 a 12 semanas
 - C. () de 15 a 18 semanas
 - D. () acima de 18 semanas
2. Relacione os órgãos sexuais homólogos de homens e mulheres
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| (C) 1. Testículos | A. Grandes lábios |
| (D) 2. Pênis | B. Glândula de Bartholino |
| (A) 3. Bolsa escrotal | C. Ovários |
| (B) 4. Glândulas de Cowper | D. Clitóris |
3. Em relação a parafilias é correto afirmar que:
- A. (X) são mais freqüentes entre homens do que entre mulheres.
 - B. () é sinônimo de anedonia.
 - C. () seu tratamento é quase que exclusivamente medicamentoso.
 - D. () sua freqüência é maior entre adolescentes tendendo a desaparecer na idade adulta.
4. Define-se como determinante etiopatogênico da Doença de Peyronie uma
- A. () estenose congênita da vagina de terminando dispareunia;
 - B. (X) fibrose da túnica albugínea dos corpos cavernosos do pênis;
 - C. () contração espástica dos músculos superficiais do períneo feminino;
 - D. () trombose de corpos cavernosos com conseqüente priapismo.
5. A vantagem da reprodução sexuada:
- A. () da origem a indivíduos mais perfeitos
 - B. (X) aumenta a variabilidade genética-x
 - C. () permite o nascimento de mais filhos
 - D. () evita a extinção da espécie
6. A sexualidade humana:
- 1 – depende de fatores biológicos
 - 2 – depende de fatores psicológicos
 - 3 – depende de fatores culturais

* Prova elaborada pelo Presidente da Comissão de Certificação de Titulação Jorge José Serapião e colaboração de: Alfredo Romero, Celso Marzano, Ana Teixeira Pinto, Jaqueline Brendler, José Carlos Riechelmann, Leonardo Goma, Mabel Cavalcanti, Maria do Carmo Andrade-Silva, Maria Luiza Araujo, Paulo R. Bastos Canella, Pedro Jurberg e Sheila Reis. e-mail: serapius@uninet.com.br

- A. a 1,2 e 3 estão corretas
- B. a 1 e 3 estão corretas
- C. a 2 e 3 estão corretas
- D. a 1 está correta

7. A prolactina esta relacionada com:

- A. aumento de desejo sexual no homem e na mulher
- B. diminuição do desejo sexual no homem e na mulher
- C. não tem relação ao desejo sexual
- D. aparecimento de caracteres sexuais secundários

8. Assinale a opção correta:

- A. a sexualidade masculina precisa ser aprendida
- B. o homem sempre deve desejar e estar disposto ao sexo
- C. todo contato físico leva ao sexo
- D. sexo requer ereção

9. A sexualidade humana se manifesta:

- A. na adolescência ,com o aparecimento dos hormônios sexuais
- B. desde que os hormônios sexuais estejam agindo adequadamente
- C. na infância, declinando a partir dos 60 anos
- D. desde o início da vida , até a morte

10. Quanto às malformações genitais qual a afirmativa certa:

- A. Sempre impedem o coito
- B. Sempre impedem a gravidez
- C. Sempre alteram o comportamento
- D. Sempre causam problemas emocionais

11. Segundo Kaplan, a fisiologia do desejo sexual tanto nos homens como nas mulheres é ativada pelos centros reguladores sexuais do sistema límbico e está associada com a necessidade do indivíduo de copular e de se engajar em fantasias sexuais.

- A. A afirmativa acima está parcialmente correta.
- B. A afirmativa acima está totalmente errada.
- C. A afirmativa acima está totalmente certa.
- D. A afirmativa acima está parcialmente errada.

12. Que mecanismo(s) psicofarmacológico(s) está(ão) mais intimamente associado(s) à libido?

- A. Dopamina
- B. Prolactina
- C. Óxido Nítrico
- D. Fosfodiesterase
- E. Alternativas “a” e “b”

13. Que mecanismo(s) psicofarmacológico(s) está(ão) mais intimamente associado(s) à excitação sexual?
- A. () Óxido Nítrico
 B. () Acetilcolina
 C. () Fosfodiesterase
 D. (X) Alternativas “a”, “b” e “c”
 E. () Alternativas “a” e “c”
14. Qual dos sintomas abaixo não se relaciona ao quadro de hiperprolactinemia?
- A. (X) Ejaculação rápida
 B. () Baixa da libido
 C. () Galactorréia ou ginecomastia
 D. () Amenorréia

15. Do exposto é correto afirmar:

- 1 – A papaverina e a prostaglandina E1, como agem sobre a PDE5, só irão facilitar ou provocar ereção se houver desejo sexual. (F e F)
- 2 – O vardenafil tem relatos científicos de vantagens sobre a rigidez peniana quando comparados ao sildenafil e a tadalafila e deve ser prescrito quando qualquer paciente desejar esse efeito. (F e F)
- 3 – A pedofilia é um crime, então o profissional deve denunciar um pedófilo mesmo ele relatando no tratamento que somente tem fantasias sobre isso e que não pratica mais a pedofilia. (V e F – não deve denunciar).
- 4 – Os inibidores da recaptção da serotonina e os antidepressivos tricíclicos podem conseguir retardam a ejaculação, pois ambos bloqueiam a fase de emissão comandada pelo Sistema Nervoso Simpático. (V e F) (os tricíclicos atuam na fase de expulsão comandada pelo parassimpático).
- 5 – O S N Parassimpático media a lubrificação (excitação sexual genital) e a ereção reflexa e se localiza na região sacral (S2a S4) , por esse motivo a fase de excitação sexual pode torna-se alterada após procedimentos médicos, traumas ou lesões na região de S2a S4. (V e V).
- 6 – Somente mulheres com fenótipo normal tem cromatina sexual positiva, então não é necessária essa solicitação na investigação de mulheres com suspeita da Síndrome de Turner e de homens com Síndrome de Klinifelter . (F e F)

Do exposto pode se dizer, assinale com um X o(s) correto(s):

ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA.

- A. (X) As proposições 1 e 2 e 6 apresentam asserções falsas e razões falsas.
 B. (X) As proposições 4 e 5 apresentam asserções verdadeiras e razões falsas.
 C. (X) As proposições 3 e 4 apresentam asserções verdadeiras e razões falsas.
 D. () A proposição 1 e 5 possuem asserções verdadeiras e razões verdadeiras.

16. O que é *Fist Fucking*?

- A. () Tradução da palavra: *Fist*: braço + *Fucking*: introduzir.
 B. (X) Consiste na introdução da mão (punho) na vagina ou ânus.
 C. () Uma variação sexual onde acessórios sexuais são introduzidos no ânus.
 D. () Uma posição sexual entre homossexuais femininas

17. Com relação às alterações físicas na resposta sexual humana é verdadeiro afirmar:
- A. () Alterações gerais: reação perspiratória, aumento dos hormônios, salivação, aumento da diurese, hiperventilação pulmonar, aumento da pressão arterial, taquicardia
 - B. () as reações Miotônicas incluem as generalizadas (aumento da tensão muscular) e as específicas que provocam: mímica, aumento da pressão arterial, contração dos músculos retos abdominais, glúteos, esfíncter externo do reto, espasmo carpopodal e taquicardia
 - C. () as reações vasocongestivas se dividem em superficial (fluxo sexual, tensão muscular, tumescência areolar e expansão da rede vascular superficial) e profunda (expansão rede vascular profunda, mímica)
 - D. (X) As reações extragenitais (Estimulação = Somática ou psicogênica) incluem: 1-Vasocongestivas a) superficial b) profunda 2-Miotônicas 3-Outros: perspiração, pulmonar e cardíaca.

18. Em um estudo laboratorial, Masters e Johnsons, observaram que a Resposta Sexual Humana se dá em quatro fases e as denominaram como Modelo EPOR: Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução. Relacione os termos abaixo em relação às modificações corporais observadas no sexo feminino:

- A. EXCITAÇÃO
 - B. PLATÔ
 - C. ORGASMO
 - D. RESOLUÇÃO
- (B) Intensificação das tensões sexuais, aumento da taxa respiratória e cardíaca, aumento da vasocongestão com tensão muscular aumentada, elevação uterina, expansão vaginal completa.
- (D) Há uma baixa de tensão. O canal vaginal volta ao tamanho normal, perda da elevação dos grandes lábios e o aumento dos pequenos lábios.
- (A) Início das tensões sexuais, através da vasocongestão. Há uma elevação uterina, alongamento da vagina, aumento do tamanho dos pequenos lábios e separação e elevação dos grandes lábios.
- (C) Há contração da plataforma orgásmica, contração do útero e possível contração do esfíncter retal externo, os mamilos permanecem eretos e seios aumentados, a taxa respiratória e cardíaca permanecem aumentadas. A vasocongestão e a miotonia

19. A plataforma orgásmica se forma:

- A. (X) No 1/3 anterior da vagina.
- B. () No colo uterino.
- C. () Na vulva
- D. () No clitóris.

20. Assinale com (V) a informação verdadeira e com (F) a falsa:

- A. (F) Plataforma orgásmica é a dilatação do colo na excitação sexual feminina.
- B. (F) O rubor facial, na excitação, é mais percebido em homens que em mulheres
- C. (V) A lubrificação feminina aparece na fase de excitação sexual.
- D. (V) A ereção é um fenômeno vasocongestivo.
- E. (F) O período de resolução determina uma fase de refratariedade maior nas mulheres do que nos homens.
- F. (V) Uma pequena quantidade de secreção observada na excitação masculina pode conter espermatozoides.

- G. (F) O esfíncter interno da bexiga urinária se abre na fase de ejaculação.
- H. (F) A lubrificação feminina durante a excitação sexual resulta da secreção das glândulas de Balholino e Skene.
21. Assinale com (V) a informação verdadeira e com (F) a falsa:
- A. (V) O uso do álcool aumenta as formas anormais de espermatozoides.
- B. (V) Os antihipertensivos podem interferir na resposta sexual.
- C. (V) A cocaína reduz a lubrificação vaginal.
- D. (V) O fumo aumenta os riscos de parto prematuro.
- E. (V) A dispareunia esta ligada a redução da lubrificação vaginal.
- F. (F) A gonorréia é causada pelo Hemophilus Ducreí.
- G. (V) O período de incubação da gonorréia é de 1 a 2 dias.
- H. (V) O condiloma acuminato é causado pelo HPV.
- I. (F) Modernamente a monilíase e a tricomoníase são consideradas DST com o mesmo fator etiológicos.
22. Complete as lacunas
- A. Uma pessoa com um conflito entre sua identidade sexual e seu sexo anatômico e que admita uma cirurgia de mudança de sexo é denominada TRANSEXUAL OU DISFÓRICO DE GÊNERO.
- B. Uma pessoa com um forte e compulsivo desejo de vestir-se com roupas de outro sexo é denominada TRAVESTI.
- C. SWING é uma palavra inglesa utilizada para designar uma forma de sexo extraconjugal consensual entre os casais que trocam de parceiros.
- D. COHABITAR _____ é o termo utilizado para designar casais heterossexuais não casados oficialmente vivendo juntos.
- E. O condom se deteriora e pode se romper facilmente quando se usa lubrificantes derivados de petróleo tais como __VASELINA__
23. Complete as lacunas
- A. PERVERSAÇÃO é a condição em que a gratificação sexual de uma pessoa depende do emprego de experiências com pessoas ou objetos não usuais.
- B. FETICHISMO é a condição em que o despertar sexual de um indivíduo ocorre principalmente com objetos inanimados ou partes do corpo mais que com o próprio parceiro.
- C. VOYERISMO é a condição em que o indivíduo se gratifica sexualmente por assistir o ato sexual ou a nudez de outros.
- D. EXIBICIONISMO é a condição em que um indivíduo obtém gratificação sexual expondo seus órgãos genitais a estranhos.
24. Complete as lacunas
- A. BESTIALISMO é a condição em que o indivíduo se envolve em atividade sexual com animais.
- B. SADISMO é a condição em que o indivíduo gratifica-se sexualmente por infligir dor ou humilhação a outrem
- C. PILULA PÓS-COITO são pílulas com altas doses de estrogênio tomadas imediatamente após a concepção visando prevenir a implantação.
- D. As duas mais frequentes causas de infertilidade feminina são: OBSTRUÇÃO TUBÁRIA e ANOVULAÇÃO.

25 COMPLETE OS ESPAÇOS COM AS EXPRESSÕES CORRETAS:

- A. A lesão de medula que se relaciona com a paralisia dos membros inferiores e disfunção erétil é chamada PARAPLEGIA.
- B. DIABETES é uma doença endócrina crônica que causa danos na inervação e vascularização do pênis determinando disfunção erétil e ejaculação retrógrada.
- C. A condição em que os testículos não descem a bolsa escrotal é denominada CRIPTORQUIDIA.
- D. Substâncias que supostamente aumentam a resposta sexual das pessoas são denominadas AFRODIASÍACOS.
- E. ALBUGÍNEA é a cápsula fibrosa que envolve os corpos cavernosos.

QUESTÕES DE TERAPIA SEXUAL

1. A mais comum Disfunção Sexual relacionada com estados depressivos é:

- A. () Dispareunia
- B. () Anorgasmia
- C. (X) Redução da libido
- D. () Disfunção erétil

2. Dentre os antidepressivos abaixo relacionados qual determina menos frequentemente, como efeito colateral, o aparecimento de disfunção sexual?

- A. (X) Bupropiona
- B. () Fluoxetina
- C. () Paroxetina
- D. () Imipramine

3. Qual a mais nítida alteração da função sexual determinada pelo aumento do neurotransmissor Dopamina?

- A. () Decréscimo do desejo sexual
- B. () Retardo do orgasmo
- C. (X) Aumento do desejo sexual
- D. () Decréscimo no tempo de despertar sexual

4. Porque o *Zibam*, medicamento usado para combater o vício de fumar, melhora o desejo sexual?

- A. () Porque é um antidepressivo com ação adrenérgica
- B. () Porque é um ansiolítico antagonista da dopamina
- C. () Porque é um ansiolítico antagonista da adrenalina
- D. (X) Porque é um antidepressivo de ação dopaminérgica

5. Qual das doenças abaixo está relacionada com neoplasia intra-epitelial cervical:

- A. () Endocervicite gonocócica
- B. () Vaginose bacteriana
- C. () Candidíase em imunodeprimida
- D. (X) Infecção por HPV em cérvix uterina

6. Na sífilis recente, é correto afirmar que:
- a forma exantemática é marcada por erupção cutânea pruriginosa
 - a forma recente costuma cursar com adenopatia inguinal que pode fistulizar em múltiplos orifícios
 - o cancro pode localizar-se na boca, ânus e colo do útero.
 - o diagnóstico pode ser feito por pesquisa direta do *Treponema* da lesão ulcerada corada pelo método de Gram
7. A respeito do HIV/AIDS:
- A maioria dos portadores do HIV é assintomática;
 - Realizar dois exames ELISA e, se positivos, confirmar pelo Western Blot;
 - As úlceras podem aumentar muito a transmissibilidade do HIV
 - As DST em pacientes com aids têm evolução clínica sempre semelhante à observada em Pacientes imunocompetentes.
- Assinale a alternativa mais apropriada:
- Se a I e a IV são corretas
 - Se a III e a IV são corretas
 - Se a I, a II e a III são corretas
 - Se a I, a II, a III e a IV são corretas
8. Na suspeita de gonorréia em mulheres, “os sítios” preferenciais para coleta de espécime clínico para exame microbiológico deverão ser:
- uretral-vaginal;
 - orofaringe-endocervical;
 - endocervical-uretral;
 - vaginal-anal.
9. Quais são os períodos de maior vulnerabilidade à depressão durante o ciclo de vida das mulheres?
- Pré-puberdade e puerpério
 - Pós-menopausa e puerpério
 - Pré-puberdade e pós-menopausa
 - Puerpério e peri-menopausa
10. Qual dos agentes facilitadores da ereção pode apresentar como efeito colateral o aparecimento de comportamento agressivo?
- Apomorfina
 - Sildenafil
 - Tadalafila
 - Vardenafil
11. Dos agentes antidepressivos mencionados, qual está mais frequentemente associado ao surgimento de priapismo?
- Fluoxetina
 - Sertralina
 - Trazodona
 - Imipramina

12. Dos antipsicóticos abaixo, qual apresenta a maior possibilidade de induzir ao fenômeno de ejaculação retrógrada?

- A. () Pimozide
- B. () Olanzapina
- C. () Clozapina
- D. (X) Tioridazina

13. Com relação a doença de Peyronie é correto afirmar:

- A. () Esta relacionada com PA elevada e o uso de medicamentos para seu controle.
- B. () Associa-se ao Diabetes e ao uso de insulina.
- C. () Tem uma etiologia congênita pela ausência de formação da albugínea
- D. (X) Ainda não tem causa estabelecida.

14. Helen Singer Kaplan emprega no tratamento da anorgasmia:

- I – Manobra da ponte.
- II – Vibrador com auxílio de fantasias sexuais.
- III – Técnica de *Squeeze*.
- IV – Exercício de Kegel.

Estão corretas:

- A. () Todas
- B. (X) I e II
- C. () I, II e III
- D. () III e IV

15. A técnica do *stop-start* é utilizada no tratamento de:

- A. () Anorgasmia.
- B. (X) Ejaculação precoce.
- C. () Disfunção do desejo.
- D. () Nenhuma das respostas acima assinaladas.

16. Por que H. Kaplan afirma, que em Terapia Sexual precisa-se trabalhar com modelos multicausais e multimodais

- A. () Porque as disfunções sexuais podem advir de etiologia orgânica e psicológica, exigindo portanto, atendimento diferenciado aos comprometimentos médicos ou psíquicos.
- B. (X) Porque os problemas sexuais, podem advir de várias etiologias e portanto irão necessitar de diversos recursos técnicos de atuação terapêutica.
- C. () Porque os problemas sexuais podem ser tratados em processos de terapia individual (intrapessoais) ou de casal (interpessoais - diádicos).

17. A definição de Ejaculação Precoce do DSM-IV baseia-se em:

- A. () Não controle da ejaculação.
- B. () Demorar menos do que 1 minuto para ejacular depois da penetração.
- C. () Demorar menos do que 5 minutos para ejacular e não satisfazer a parceira.
- D. (X) O não controle da ejaculação e a insatisfação do casal durante a atividade sexual.

18. Relacione a segunda coluna de acordo com a primeira:
- | | |
|---|--------------------------|
| a) Perda lenta das ereções em homens com mais de 40 anos é indício de causa | (c) causa psicológica |
| b) Ansiedade que pode ocorrer no momento da relação sexual | (d) disfunção secundária |
| c) A disfunção erétil que surge em indivíduos com menos de 30 anos | (b) temor de desempenho |
| d) Perde a ereção depois de um tempo de vida ativa | (a) causa orgânica |
19. Indivíduo com 17 anos, fenótipo feminino, amenorréia primária, útero não visualizado pela USG abdominal, apresentando tumor nas regiões inguinais D. e E. Qual exame seria mais significativo para chegar ao diagnóstico?
- A. Idiograma
 B. Dosagens dos estrogênios
 C. Laparoscopia
 D. Dosagem dos androgênios
20. Na prática comprova-se haver relações entre esteróides sexuais e trofismo genital. Diante de queixas sexuais no climatério muitos justificam haver lógica fisiológica no emprego desses hormônios no caso de:
- A. distúrbios do desejo
 B. alterações da excitação
 C. anorgasmia
 D. redução da atividade sexual
21. Indivíduo com 22 anos, hábito eunucoide, apresentando ginecomastia e cariótipo 48 XXY. O diagnóstico é:
- A. Insensibilidade andrógênica
 B. Testículo feminizante
 C. Síndrome de Klinefelter
 D. Síndrome de Lubbs
22. A renúncia da atividade sexual genitalizada da mulher no climatério e na velhice é:
- A. fenômeno natural universal
 B. doença sexual
 C. devida a redução dos hormônios
 D. uma opção pessoal de algumas mulheres
23. A ligadura tubária em relação a sexualidade:
- A. reduz o desejo
 B. aumenta a excitação
 C. dificulta o orgasmo
 D. não se comprovou influências significativas
24. Quanto as malformações genitais qual a afirmativa certa:
- A. Sempre causam problemas emocionais
 B. Sempre impedem o coito
 C. Sempre impedem a gravidez
 D. Sempre alteram o comportamento

25. Na disfunção erétil, além da avaliação orgânica e psicológica, sugere-se na terapia sexual:

- A. () Proibição temporária do coito
- B. () Treinamento assertivo
- C. () Dissensibilização
- D. (X) Todas as respostas acima

CASO CLÍNICO DE TERAPIA SEXUAL

Paciente do sexo feminino, com 48 anos, veio ao consultório queixando-se de que “não gostava mais de ‘transar’ com seu marido”.

Refere que há mais ou menos seis meses tem percebido que não tem mais interesse em relações sexuais nem com seu esposo nem com nenhum outro homem. Seu marido continua sendo muito compreensivo e carinhoso. Ela é que perdeu o “tesão”. Se ele insiste, ela acaba aceitando e até, de alguma forma, se envolvendo na relação, chegando algumas vezes a ter orgasmo. Mas, afirma: por mim mesma nem começava!

1. Somente com esses dados que diagnóstico preliminar você se proporia para essa paciente?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que sugerir uma das seguintes hipóteses:

1. Diminuição do desejo sexual
2. Desejo sexual hipoativo
3. Disfunção sexual relacionada ao desejo
4. Síndrome de hipoandrogenismo feminino

Continuação do caso clínico:

A cliente foi encaminhada à Terapia por seu ginecologista que há seis meses lhe havia prescrito, e ela estava utilizando atualmente, 20 mg de fluoxetina em função de queixas depressivas.

A paciente informa ainda que há dois anos foi submetida a uma histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral por um câncer de endométrio, não tendo sido necessário nenhuma complementação radio ou quimioterápica. Sente-se “oca” expressão que, de forma inadvertida, seu marido havia mencionado em certa ocasião.

2. Relacione pelo menos quatro das possíveis causas da disfunção sexual referida pela paciente?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato deverá identificar pelo menos três entre os possíveis determinantes:

1. Uso de antidepressivo (fluoxetina)
2. Depressão secundária ao diagnóstico de Ca
3. Baixa de auto estima por perda de útero e anexos

4. *Problemas interpessoais com o marido*
5. *Medo de morrer pelo Ca.*
6. *Síndrome de hipoandrogenismo feminino por castração*

Se o candidato identificar pelo menos as duas primeiras junto a quaisquer outras ganhará um ponto.

3. Identifique quatro propostas de tratamento médico para a paciente.

Critério de correção (Questão valendo 2 pontos)

O candidato deverá comentar pelo menos sobre três dentre as seguintes opções:

1. *Trocar o antidepressivo para uma substância com menos ação sobre a resposta sexual da paciente. Ex Bupropiona*
2. *Usar um antídoto para a fluoxetina. Ex: Ioimbina*
3. *Usar um outro agente Ex: Sildanafil*
4. *Suspender o uso do antidepressivo*
5. *Emprego de androgênio*
6. *Reposição hormonal com ação androgênica*

Se o candidato sugerir duas delas ganhará um ponto.

4. Identifique quatro propostas de tratamento psicológico da cliente.

Critério de correção (Questão valendo 2 pontos)

O candidato deverá comentar pelo menos sobre três dentre as seguintes opções:

1. *Discutir com a paciente a questão das perdas*
 2. *Trabalhar a questão da auto-estima*
 3. *Trabalhar com o marido o significado de histerectomia*
 4. *Discutir e informar sobre a questão da TRH*
 5. *Trabalhar com a questão do câncer, da morte e dos limites humanos.*
 6. *Trabalhar os preconceitos da sexualidade na meia e terceira idade*
- Se o candidato comentar sobre pelo menos duas delas ganhará um ponto.*

5. Considerando a possibilidade do Terapeuta sexual atuar de forma preventiva identifique quatro propostas de ação que minimizassem as queixas da paciente.

Critério de correção (Questão valendo 2 pontos)

O candidato deverá comentar pelo menos sobre três dentre as seguintes opções:

1. *Discutir com a cliente e com o marido previamente à utilização de medicamentos, a possibilidade de Disfunção sexual com o uso de certos tipos de antidepressivos.*
2. *Avaliar criteriosamente a função sexual da paciente antes da cirurgia ou o uso de uma droga que atue sobre sua resposta sexual.*
3. *Fazer já de início o uso de um antidepressivo que tenha ação menos intensa sobre a resposta sexual da paciente.*
4. *Ampla explicação antes da cirurgia dos possíveis efeitos de sua realização sobre a resposta sexual da paciente.*
5. *Discutir previamente a cirurgia mitos e preconceitos sobre a sexualidade na faixa etária do casal*
6. *Excluir outra possível causa de disfunção sexual como doenças ou abuso de outras drogas.*

Se o candidato comentar pelo menos sobre duas delas ganhará um ponto.

QUESTÕES DE EDUCAÇÃO SEXUAL

1. Educação Sexual para alunos do primeiro grau em todo o país, integrando essa disciplina às demais e adotando um modelo de transversalidade curricular foi uma proposta do

- A. () do Conselho Federal de Medicina através da Resolução 167 de 1996
- B. () do Sindicato dos Professores da Rede Pública (SIMPRO) em 1996
- C. (X) dos Parâmetros Curriculares Nacionais (ME) publicados em 1996
- D. () do Juizado de Menores (Ministério da Justiça) portaria 2367 / 1996

2. Os principais atores sociais responsáveis pela educação sexual infantil são:

- A. () Os professores nas escolas, através das aulas com conteúdos sobre orientação sexual.
- B. () Os pais, os professores, o grupo de iguais, os profissionais de saúde, os programas de TV, a internet, os líderes esportivos ou religiosos e os astros e estrelas da mídia em geral.
- C. (X) Os modelos de relacionamento com que convivem em suas famílias.

3. A exploração sexual infanto-juvenil, em nosso país é um problema principalmente:

- A. () Falta de educação sexual
- B. (X) Econômico
- C. () Liberação exacerbada de costumes
- D. () Banalização de conteúdos religiosos

4. Assinale com um (X) o que é verdadeiro :

A QUESTÃO ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA

- A. (X) A exploração sexual infanto juvenil conta em muitos casos com a conivência de pai e mãe.
- B. (X) A exploração sexual infanto juvenil conta várias vezes com a conivência policial.
- C. () A exploração sexual infanto juvenil deve-se primordialmente ao turismo sexual.
- D. () A exploração sexual infanto juvenil é problema das grandes cidades brasileiras.
- E. () A exploração sexual infanto juvenil deve-se principalmente a força do grupo de iguais.
- F. () A exploração sexual infanto-juvenil deve-se à falta de educação sexual.

5. A disponibilidade de conhecimentos sobre métodos contraceptivos encontra-se acessível hoje, para grande parte dos adolescentes. No entanto, tal fato, não tem sido suficiente para a diminuir o índice de gravidez na adolescência. Que fatores (poderá haver mais de uma resposta) têm sido apontados como coadjuvantes a esta dificuldade de ação?

- A. (X) O forte impulso sexual, a sensação de onipotência, a forte impulsividade em detrimento da reflexão.
- B. (X) O desejo de testar a fertilidade, o sonho da maternidade, a falta de possibilidade de outros sonhos e realizações.
- C. (X) Agressão à família, o desejo de sair de casa, o sonho do casamento.
- D. (X) O medo de desagradar e perder o parceiro, a auto estima baixa, a pouca assertividade.

- E. () A grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde, impedimentos religiosos de utilização, falhas na distribuição gratuita de contraceptivos.
- F. () Todas as respostas anteriores.
6. Caso você fosse convidado a implantar um Programa de Educação Sexual em um Colégio, que passos deveria seguir:
- A. () Construção do Projeto, reunião com a direção, extensão do projeto, para que séries, disponibilidade de horários, número de alunos por turma, palestra com os alunos, seleção das temáticas de interesse dos alunos.
- B. (X) Tipo de Instituição, localização, contatos com a direção, política educacional, extensão do projeto, séries específicas, disponibilidade de horários, número de alunos por turma, reunião com professores, palestra e consulta aos pais, organização do Projeto.
- C. () Organização do conteúdo programático, organização do Projeto, reunião com a direção do Colégio, política educacional utilizada, extensão do projeto, para que séries, disponibilidade de horários, número de alunos por turma, reunião com professores.
7. Qual deveria ser a atitude, no contato com a equipe da direção de um colégio religioso, sobre a inclusão de um programa de educação sexual, no que se refere à temáticas como: relações sexuais antes do casamento, uso de contraceptivos, uso de camisinha e aborto.
- A. () Defender a inclusão das temáticas por fazer parte de políticas públicas de prevenção e saúde.
- B. () Abordar as temáticas de acordo com as regras e normas impostas pela religião que rege aquela instituição.
- C. (X) Abordar as temáticas de forma reflexiva, sobre atitudes e valores pessoais, vinculadas ao código de crenças de cada indivíduo.
- D. () Aceitar a não inclusão destas temáticas no conteúdo programático
8. Assinale a resposta correta.
- A. () Educadores sexuais, são profissionais capacitados para trabalhar em escolas com temáticas de orientação sexual e multiplicadores sexuais são os alunos após terminado o curso.
- B. (X) Educadores Sexuais são profissionais formados em Instituto Acadêmicos Superiores, que dispõem de conhecimento teórico, didático, metodológico e prática especializada na área enquanto multiplicadores sexuais são agentes de mudança social que devem ter formação adequada para atuar em determinado grupo.
- C. () Educadores Sexuais, são profissionais com nível superior com conhecimento em temáticas sexuais, enquanto agentes multiplicadores são professores capacitados para trabalharem a sexualidade com seus alunos durante as aulas das diversas disciplinas.
9. Algumas temáticas em sexualidade, não se constituem em verdade para todos, sendo da ordem dos códigos de valores morais de cada um e dentre eles citamos.
- A. () aborto – Peyronie
- B. (X) uso de condon – medicação contraceptiva
- C. () vasectomia – dispareunia
- D. () relações antes do casamento – ejaculação precoce

10. Assinale com um (X), dentre os relacionados abaixo, o objetivo que melhor esteja formulado em termos operacionais.

- A. () Ao final da aula, os alunos do curso de graduação em enfermagem serão capazes de identificar os métodos anticoncepcionais de barreira.
- B. () Sendo oferecidos listas com 10 agentes biológicos os alunos serão capazes de identificar aqueles causadores de DST.
- C. (X) Ao final do curso numa relação de 20 itens os alunos serão capazes de identificar pelo menos 5 tipos de doenças relacionadas com Disfunção Sexuais.
- D. () Ao final da aula os alunos estarão sensibilizados pelos problemas decorrentes do exercício da sexualidade entre adolescente, notadamente a possibilidade de gravidez e de DSTs.

11. Obedecendo a taxonomia de Bloom, assinale, dentre os objetivos relacionados abaixo, com (C) os cognitivos; com (A) os afetivos e com (P) os psicomotores.

- A. (P) Colocar com segurança e habilidade um diafragma em um modelo (plástico) de pelve feminina.
- B. (A) Julgar as melhores direções para a sociedade se orientar sobre a questão ética da clonagem humana.
- C. (P) Identificar a presença de batimentos na artéria dorsal do pênis na propedêutica de disfunção erétil.
- D. (C) Evocar a data dos primeiros trabalhos de Kaplan.
- E. (A) Desenvolver tolerância aos diversos tipos de comportamento sexual na sociedade.
- F. (C) Planejar uma unidade de ensino para conhecimento de métodos anticoncepcionais.

12. Embora intelectualmente Mariana e Alberto admitam que sexualidade é uma coisa saudável não conversam sobre esse assunto com as crianças. De acordo com Ehrenberg & Ehrenberg eles são pais

- A. (X) tolerantes
- B. () repressores
- C. () obsessivos
- D. () expressivos

13. Assinale com (+) os argumentos usados pelos que são favoráveis a educação sexual nas escolas e com (-) os utilizados pelos que são contrários.

- A. (-) Com educação sexual as crianças são estimuladas a iniciar atividade sexual
- B. (+) As crianças aprendem sobre AIDS
- C. (-) Educação sexual implica em valores morais e religiosos e portanto deverá ser discutido em casa
- D. (+) Muitos pais não conseguem falar sobre sexo com seus filhos.

14. A maioria das autoridades afirmam que a melhor estratégia para reduzir a possibilidade de gravidez não desejada em adolescente é enfatizar informações sobre:

- A. () perigos do parto.
- B. (X) contraceptivos.
- C. () doenças sexualmente transmissíveis.
- D. () modelos de papéis sexuais.

15. Qual dos seguintes não é uma consequência fator ligado a iniciação mais precoce da vida sexual entre os adolescentes.

- A. () Gestações indesejadas.
- B. () Aumento de incidência de DSTs.
- C. (X) Masturbação
- D. () Prostituição

16. Durante sua primeira experiência sexual a preocupação básica de muitos rapazes se relaciona com

- A. desempenho
 B. gravidez
 C. moralidade
 D. delicadeza

17. Qual dos seguintes programas de educação sexual tem mais chance de ser eficiente quanto a redução da possibilidade de gravidez inoportuna entre adolescentes.

- A. Ênfase em “diga somente não” ao sexo.
 B. Ênfase nos efeitos negativos das DSTs.
 C. Ênfase na moralidade religiosa
 D. Ênfase em orientação, aconselhamento e serviços médicos.

18. Mônica sofreu abuso sexual aos 6 anos de idade. De acordo com John Money, seu terapeuta deverá ficar alerta para a possibilidade de que ela venha a desenvolver

- A. tendências homossexuais
 B. tendências bissexuais
 C. distorção em seu mapa de amor
 D. padrões usuais de comportamento sexual

19. Assinale com (F) o enunciados correspondentes a fins e com (O) os correspondentes a objetivos de um projeto educacional..

- A. (F) Através da educação a humanidade exercerá sua sexualidade com responsabilidade e amor.
 B. (F) Ao final desse curso estaremos formando professores competentes em educação sexual.
 C. (O) Ao final do curso os alunos serão capazes de identificar os 3 métodos anticoncepcionais mais eficientes.
 D. (F) Aos poucos, através da ação da escola os adolescentes aprenderão a se prevenir de DST.
 E. (O) Ao final dessa exposição os alunos serão capazes de identificar três requisitos necessários para elaborar objetivos formalmente significativos ou operativos.
 F. (F) A educação sexual visa o desenvolvimento integral da personalidade
 G. (O) Em julho os alunos serão capazes de redigir um projeto formal de educação sexual.

20. Assinale a sentença verdadeira.

- A. A educação sexual formal destina-se às minorias sexuais.
 B. A educação sexual informal não tem objetivos pré-fixados.
 C. A educação sexual formal relaciona-se com o processo educacional clássico.
 D. A educação sexual informal destina-se exclusivamente a grandes grupos de indivíduos.

21. Assinale a resposta correta.

- A. Educadores sexuais, são profissionais capacitados para trabalhar em escolas com temáticas de orientação sexual e multiplicadores sexuais são os alunos após terminado o curso.
 B. Educadores Sexuais são profissionais formados em Instituto Acadêmicos Superiores, que dispõem de conhecimento teórico, didático, metodológico e prática especializada na área enquanto multiplicadores sexuais são agentes de mudança social que devem ter formação adequada para atuar em determinado grupo.

- C. () Educadores Sexuais, são profissionais com nível superior com conhecimento em temáticas sexuais, enquanto agentes multiplicadores são professores capacitados para trabalharem a sexualidade com seus alunos durante as aulas das diversas disciplinas.
22. Os eixos básicos para os processos de orientação sexual proposto pelos PCN (Parâmetros Curriculares Nacionais) são:
- A. () Corpo – Gênero – DST/AIDS
B. () Corpo – Contracepção – DST/AIDS
C. (X) Corpo – Gênero – Prevenção
D. () Corpo – Cidadania – Prevenção
23. As principais diferenças proposta pelos PCN, quanto ao trabalho com orientação sexual de 1º à 4º série e a 5º à 8º série são:
- A. (X) 1º à 4º série os temas devem estar incluídos nas diversas disciplinas priorizando a transversalidade e quanto de 5º à 8º série poderá ser priorizado o caráter mais específico dos termos sexuais.
B. () De 1º à 4º série, os termos devem estar inseridos de forma transversal, e quanto de 5º à 8º série a temática deverá ocorrer inserida na disciplina de biologia.
C. () De 1º à 4º série, os temas devem ser transversais e quanto de 5º à 8º série devem Ter professores específico e horário na grade curricular.
24. Principais teorias de desenvolvimento e aprendizagens infantil.
- A. () J. Piaget, S. Freud, Bruner.
B. (X) J. Piaget, Lev. S. Vygotsky, H. Wallon
C. () J. Piaget, B. Skinner, H. Wallon.
D. () J. Piaget, S. Freud, P. Mousen
25. Pode-se constituir pesquisa sobre sexualidade através de resposta a um questionário, sem que este projeto tenha sido previamente aprovado pôr uma Comissão de Ética em Pesquisa?
- A. () sim
B. () não se forem crianças
C. () não se forem crianças ou adolescentes
D. (X) não.

CASO CLÍNICO DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Jorge (15 anos), com comportamento sempre muito sedutor, procurou orientação em sua escola por estar com problemas sexuais. Foi atendido pela Professora Sônia (32 anos) a quem revelou que não conseguia ter relações sexuais com Angélica, sua primeira namorada, porque ejaculava antes da penetração. Angélica tem 29 anos, já é uma mulher experiente e está ameaçando terminar o namoro por causa disso, chegando até a humilhá-lo. Esta muito envergonhado e ansioso pela possibilidade de ter algum problema físico. A professora Sônia ouviu atentamente suas queixas, fez algumas perguntas sobre sua história de vida, orientações sexuais recebidas anteriormente. Tranqüilizou-o e deu-lhe as orientações que poderiam ajuda-lo a solucionar seus problemas. Foi marcado um retorno para 30 dias.

1. Identifique pelo menos três orientações ou informações que você considere importantes para o caso e que possam ter sido dadas a Jorge, pela Professora Sônia, no sentido de tranquilizá-lo?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que sugerir pelo menos duas das seguintes hipóteses:

1. A ejaculação precoce muito raramente apresenta uma causa de natureza física.
2. A ejaculação precoce é muito comum entre os jovens e tendem a melhorar com a evolução da vida sexual dos pacientes.
3. No início de vida sexual é freqüente a ocorrência de ejaculação precoce sem que isso venha a se caracterizar como disfunção sexual no futuro.

Se o candidato sugerir pelo menos uma delas ganhará um ponto.

2. Identifique pelo menos três fatores importantes que a professora Sonia possa ter observado na história de vida de Jorge e que se relacionem com o caso.

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que sugerir pelo menos duas das seguintes hipóteses:

1. História de educação sexual muito reprimida;
2. História de experiências sexuais em situações muito ansiogênicas;
3. História de vida que possa conduzir a baixa auto-estima
4. Sinais de ansiedade exagerada de Jorge para lidar com questões em outras esferas de sua vida.

Se o candidato sugerir pelo menos uma ganhará um ponto.

Continuação do caso clínico:

Ao retornar, Jorge, numa longa entrevista, informou-lhe que seu problema anterior já estava solucionado. Ele estava muito contente e agradecido às orientações da professora. Agora, graças a ela, estava tendo relações sexuais completas com Angélica, sem dificuldade, embora ainda bastante magoado pela humilhação que lhe impusera, por ser mais experiente que ele. Porém, no momento, queixava-se somente de um vago desconforto pélvico durante a relação sexual. A professora indagou um pouco mais a respeito desse novo sintoma, mas não encontrou nada que pudesse justificar suas queixas nem mesmo num rápido exame físico a que procedera. Novamente o tranquilizou e agendou novos encontros com intervalos semanais. Seguiu-se uma série de entrevistas entre os dois em que se comentava sobre o uso de preservativo, sobre a posição e o tipo de carinho com que Jorge se relacionava com Angélica isto porque alguma queixa vaga sempre impedia de ter uma relação sexual satisfatória.

Numa última entrevista Jorge trouxe exames laboratoriais, que estavam normais, e que haviam sido solicitados por um médico com quem ele se consultara, informando que havia rompido definitivamente com sua namorada Angélica cansado de ser tão injustamente humilhado e perguntou, a professora Sônia, se ela tinha telefone.

3. Como você avalia a conduta da Professora Sônia do ponto de vista ético?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que comentar pelo menos duas das seguintes hipóteses:

1. *A professora ultrapassou seus limites de competência procedendo a um exame físico do aluno.*
2. *A professora poderia ter encaminhado o aluno para um médico examiná-lo.*
3. *A professora embarcou no jogo de sedução proposto pelo aluno.*

Se o candidato comentar uma delas ganhará um ponto.

4. O que fazer para evitar que situações como estas ocorram numa escola?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que comentar as duas seguintes hipóteses:

1. *Trabalhar sobre supervisão*
2. *Trabalhar em equipe multiprofissional*

Se o candidato sugerir uma delas ganhará um ponto.

5. Como a Professora Sônia deveria proceder neste caso?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que comentar pelo menos duas das seguintes hipóteses:

1. *Ficar atenta as questões edípicas, aos mecanismos de transferência e contratransferências que podem surgir nas relações professor aluno.*
2. *Trabalhar estas questões com o aluno*
3. *Passar o caso para um outro profissional se se sentir incapaz de lidar com a questão*
4. *Discutir o caso em supervisão*

Se o candidato sugerir uma delas ganhará um ponto.

QUESTÕES DE SOCIO-SEXOLOGIA

1. Com referência a transmissão do HIV:

- I. São propícios para a transmissão do HIV o contato sexual, a exposição ao sangue, bem como a outros tecidos contaminados;
- II. As vias de transmissão do HIV são análogas às do vírus da hepatite A;
- III. Tem-se notificado freqüentemente casos adquiridos por contato com diversas secreções, como saliva, lágrima e urina;
- IV. Há dados epidemiológicos recentes, que indicam a transmissão do HIV por picadas de insetos.

Assinale a alternativa mais apropriada:

- A. () Se a I e a II são corretas
- B. (X) Se somente a I é correta
- C. () Se a I e a IV são corretas
- D. () Se a III e a IV são corretas

2. A atual Legislação Brasileira não penaliza o abortamento praticado por médico quando:
1. a gravidez é resultante de estupro
 2. existe malformação fetal
 3. não existe outro meio de salvar a vida da mãe

- (X) As afirmações 1 e 3 são verdadeiras
() A informação 1 é falsa
() A afirmação 2 é verdadeira
() Todas são verdadeiras

3. Com relação a gravidez na adolescência pode-se afirmar que

- A. () nos últimos 10 anos a fecundidade diminuiu em torno de 30 % em todas as faixas etárias com exceção dos adolescentes que diminuiu em torno de 45%;
- B. (X) os programas educacionais devem estar voltados para a valorização do adolescente, para que ele se sinta protagonista do próprio destino;
- C. () os adolescentes são fieis: quando expostos a um determinado método anticoncepcional raramente o abandonam;
- D. () o importante em matéria de anticoncepcional é a informação sendo o comportamento uma consequência natural e previsível.

4. Relacione as colunas

1. (B) Transexualismo A . Questão de gênero
2. (A) Travestivismo B. Questão de identidade
3. (C) Homossexualismo C. Questão de *drive*

5. Relacione as diversas dimensões da sexualidade humana com seus campos de estudo.

- I. Dimensão biológica da sexualidade
 - II. Dimensão psicossocial da sexualidade
 - III. Dimensão comportamental da sexualidade
 - IV. Dimensão clínica da sexualidade
 - V. Dimensão cultural da sexualidade
- a. (V) Estuda tópicos controvertidos de sexualidade que variam segundo os lugares, tempo e circunstâncias.
- b. (IV) Examina problemas físicos e emocionais que interferem na resposta sexual humana.
- c. (I) Estuda os mecanismos orgânicos (embriologia, anatomia, fisiologia) do funcionamento sexual
- d. (II) Examina as dimensões da sexualidade ligadas as emoções, pensamentos, personalidade combinados a como as pessoas interagem com as outras.
- e. (III) Importa em discutir não somente o que as pessoas fazem sob o ponto de vista sexual mas também como e porque fazem.

6. Relacione os diferentes aspectos da sexualidade humana com suas respectivas finalidades.

- I. Aspectos procriativos.
- II. Aspectos recreativos e lúdicos.
- III. Aspectos relacionais.
- IV. Aspectos de gênero.
- V. Aspectos sociológicos

- a. (IV) Afirmação de masculinidade e feminidade.
- b. (III) Busca de carinho e cuidados interpessoais.
- c. (V) Satisfação de normas culturais e legais.
- d. (I) Ter filhos.
- e. (II) Busca de prazer.

7. Assinale a resposta correta.

Relacionando-se mono ou poligamia c/ciclo estral pode-se afirmar que:

- A. (X) O hábito monógamo do Gibão é geralmente atribuído ao fato de que a fêmea não se encontra sujeita a ciclo estral.
- B. () O hábito monógamo do Chimpanzé se explica pelo fato de que a fêmea tem ciclo estral.
- C. () O hábito polígamo do Gibão é atribuído ao fato de que a fêmea não se encontra sujeita a ciclo estral.
- D. () O hábito polígamo do Chimpanzé é atribuído ao fato de que a fêmea não se encontra sujeita a ciclo estral.

8. Define-se com o termo etologia, o estudo

- A. () da personalidade humana
- B. (X) do comportamento animal
- C. () do amor e do ódio
- D. () da reprodução animal

9. Assinale (V) para as informações verdadeiras e (F) para as falsas.

- A. (V) O uso do álcool aumenta as formas anormais de espermatozoides.
- B. (V) Os antihipertensivos podem afetar a resposta sexual.
- C. (V) A cocaína reduz a lubrificação vaginal.
- D. (V) O fumo aumenta os riscos de parto prematuro.
- E. (V) Os androgênios tem tanto efeitos periféricos sobre os órgãos sexuais como efeitos internos sobre os centros sexuais do cérebro.
- F. (F) Os androgênios aumentam o impulso sexual nos homens e os estrogênios nas mulheres.
- G. (V) A cocaína, apesar de ser um estimulante geral do cérebro, atua em qualquer dose como redutor da libido.
- H. (V) O álcool em pequenas doses é estimulante e em grandes doses depressor da resposta sexual.
- I. (F) A anfetamina em qualquer dose atua favoravelmente sobre a resposta sexual.

10. Febre, poliadenopatia, diarreia, perda de peso, anemia, astenia, monilíase, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sarcoma de Kaposi estão presentes na

- A. () Sífilis
- B. (X) HIV
- C. () Donovanose
- D. () Linfocarcinoma venéreo

11. Correlacione as DSTs com seus respectivos agentes etiológicos e sintomas:

- | | |
|--|----------------------------------|
| (1) Síndrome causada pelo HIV | (9) Monilíase |
| (2) DST causada por um espiroqueta. | (5) <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| (3) <i>Haemophilus ducreii</i> | (3) Cancro mole |
| (4) Lesões com aspecto de couve-flor. | (2) Sífilis |
| (5) Linfocarcinomatose inguinal | (4) Condiloma acuminato |
| (6) Vesículas dolorosas de natureza viral | (8) Gonorréia |
| (7) DST que compromete o fígado. | (7) Hepatite B |
| (8) Doença causada por <i>Diplococcus</i> Grahan (-) | (6) Herpes |
| (9) DST causada por <i>Candida albicans</i> . | (10) Doença pélvica inflamatória |
| (10) Dor abdominal intensa (salpingite aguda). | (1) AIDS |

12. Mulher de 25 anos, em consulta médica de rotina, relata que apresenta relacionamento sexual com seu noivo, que desconhece que ela é portadora sadia do HIV, faz uso regular de preservativo feminino, não pretendendo engravidar no momento. A infecção pelo HIV é confirmada por Western Blot. Você não conseguiu convencê-la a relatar sua situação para o parceiro, pois ela teme o término do noivado. Segundo o Conselho Federal de Medicina, você deve:

- A. () respeitar o segredo médico, mesmo nesta situação.
- B. (X) comunicar ao noivo, mesmo contra a vontade da paciente, que ela é portadora do HIV.
- C. () Informar ao noivo apenas se ela resolver deixar de usar o preservativo.
- D. () solicitar autorização judicial para comunicar ao noivo.
- E. () comunicar o caso ao Conselho Regional de Medicina.

13. Qual das seguintes afirmações sobre a AIDS não é certa:

- A. (X) Todos os filhos de gestantes com AIDS, nascem com AIDS
- B. () As transfusões de sangue, o uso de drogas e a promiscuidade sexual aumentam o risco
- C. () É possível contrair a doença em relações heterossexuais
- D. () Ainda não existe uma vacina eficiente

14. Assinale com (V) as informações verdadeiras e com um (F) as falsas.

- A. (F) Na democracia grega homens e mulheres desfrutavam dos mesmos direitos quanto a sexualidade.
- B. (V) Na Grécia Antiga a pederastia não era considerada um desvio da normalidade.
- C. (V) O homossexualismo era uma atividade comum entre os gregos.
- D. (F) A mitologia grega mostra que os deuses praticavam fatos heróicos porém eram assexuados.
- E. (V) Na Grécia Antiga o sexo era visto como uma atividade inerente a natureza humana.

15. Relacione os termos correspondentes a sexualidade da Grécia Antiga a seus significados.

- I. (C) Hetera ou Hetaira
- II. (A) Olisbus ou dildos
- III. (E) Concubinas
- IV. (B) Tríbadas
- V. (C) Virgo intactus

- A. Objeto semelhante a um pênis usado para a satisfação homoerótica ou auto-erótica.
- B. Denominação dada a homossexuais femininas e que se traduz por “pessoa que se esfrega”.
- C. Condição da mulher que nunca houvesse tido relações sexuais.
- D. Mulher bem educada e culta que acompanhava os homens em viagens ou reuniões sociais.
- E. Mulheres que tinham parceiros fixos mas que não gozavam do prestígio das heteras nem a proteção das esposas.

16. Assinale o aspecto que conduziu a uma postura puritana da sexualidade no mundo judaico na antigüidade:

- I. () lúdico
- II. () relacional
- III. () erótico
- IV. (X) procriativo
- V. () higiênico

17. Relacione:

- a. Katherine Davis
- b. Havelock Ellis
- c. Sigmund Freud
- d. Alfred Kinsey
- e. Richard von Krafft-Ebing
- f. Willian Master e Virgínia Johnson

- (B) médico na era vitoriana que escreveu sobre sexualidade e admitiu uma certa tolerância em relação as variações sexuais.
- (F) pesquisadores da resposta sexual humana.
- (E) pesquisador do século XIX que colecionou e publicou casos de patologia sexual.
- (C) médico vienense que fundou a psicanálise.
- (D) zoologista que conduziu uma pesquisa ampla sobre o comportamento de homens e mulheres na América.
- (A) pesquisador que conduziu levantamento sobre a vida sexual de 2200 mulheres.

18. Assinale a resposta correta.

As especulações sobre um possível matriarcado entre as sociedades nômades e caçadoras do período paleolítico, baseiam-se no fato de que tais sociedades desconheciam

- 1. () o papel da mulher na agricultura
- 2. () o olfato mais desenvolvido das mulheres
- 3. (X) o papel dos homens na concepção
- 4. () o melhor senso de orientação espacial dos homens
- 5. () a maior força física dos homens.

19. ERASTES e EROMENOS eram as denominações, na Grécia antiga, dos parceiros de uma relação:

- A. Homossexual tipo pederastia
- B. Homossexual feminina, em Lesbos
- C. Homossexual masculina, entre escravos
- D. Heterossexual, entre escravos

20. Considerando a sexualidade como a amplitude que tem, assinale entre as opções abaixo listadas qual (ou quais) produzem as modificações do comportamento sexual no climatério.

- A. Redução dos estrogênios
- B. perda da capacidade reprodutiva
- C. desinteresse do parceiro
- D. perda de atributos físicos
- E. Todas

21. Qual os nomes do(a)s dois últimos profissionais que publicaram as mais significativas mudanças em relação ao : (1) Entendimento do desejo sexual como fase da resposta sexual (2) o modelo circular de resposta sexual feminina, nessa seqüência ?

- A. Julia R. Heimman e Masters & Johnson.
- B. Joseph Lopiccolo e Jack Annon.
- C. Helen S. Kaplan e Rosemary Basson
- D. Alfred Kinsey e Rosemary Basson.
- E. Helen S. Kaplan e Jack S. Annon .

22. A respeito do crime de Assédio Sexual, assinale a única alternativa errada:

- A. O conceito de assédio sexual pressupõe a existência de uma relação profissional. Não existe o crime de assédio entre duas pessoas que nunca se encontraram em ambiente de trabalho.
- B. O assédio pode ocorrer tanto entre dois profissionais quanto entre um profissional e um cliente, desde que o lado vítima seja o que possui menor poder ou autoridade na relação profissional.
- C. Na relação médico-paciente ou terapeuta-cliente o profissional sempre estará livre da acusação de assédio se a iniciativa da relação sexual partir do/da paciente. Por isso é prudente ter sempre a gravação das consultas em arquivo, com ou sem conhecimento dos pacientes.
- D. Frequentemente as mulheres vítimas de assédio sexual em consultórios médicos e psicológicos tem antecedentes de serem exploradas repetidamente pelos homens de suas vidas (pais, irmãos, amigos, maridos, patrões, etc...) e vinculam-se a profissionais que tem dificuldade de ignorar ou resistir às maneiras sedutoras e às fantasias amorosas de suas clientes.
- E. Considerando que a relação médico-paciente ou terapeuta-cliente tem natureza de poder assimétrico, onde o profissional sempre tem poder maior que a paciente, pode haver responsabilidade criminal do profissional mesmo quando a iniciativa da relação sexual parte da paciente.

23. A respeito da classificação jurídico-penal das formas de violência sexual, também chamadas de “crimes contra a liberdade sexual”, é errado afirmar que:

- A. () o ESTUPRO é crime de autoria exclusivamente masculina e a vítima é exclusivamente feminina. A lei não admite a idéia de que um homem possa ser estuprado.
- B. () o ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR se assemelha ao ESTUPRO quanto ao uso de “violência ou grave ameaça” e se diferencia por aplicar-se a vítimas de qualquer gênero.
- C. () a POSSE SEXUAL MEDIANTE FRAUDE se diferencia do ATENTADO AO PUDOR MEDIANTE FRAUDE apenas porque no primeiro houve penetração vaginal e no segundo não.
- D. (X) os crimes sexuais MEDIANTE FRAUDE são caracterizados pela atitude claramente violenta do autor, mas trata-se de violência exclusivamente psicológica, através de ameaças, nunca havendo violência física de fato.
- E. () os crimes sexuais MEDIANTE FRAUDE não pressupõe quaisquer formas de violência, mas sim o exercício do poder de persuasão através do uso da ilusão, da enganação e da mentira.

24. Uma das demandas mais freqüentes dos pacientes aos profissionais da sexologia é que estes definam o que é normal e anormal no comportamento sexual. É tarefa muito delicada, até com potencial iatrogênico. Uma característica genérica dos desvios sexuais, que serve para diferenciá-los dos comportamentos considerados “variações dentro da normalidade” é:

- A. () Os desvios sexuais geralmente ocorrem com pessoas que foram criadas em fazendas e tiveram o início da vida sexual através de relações com animais, e não com seres humanos.
- B. (X) Os desvios sexuais geralmente não são uma questão de escolha, mas sim uma imposição, necessidade ou obrigação, pois são a única possibilidade de atingir algum prazer sexual.
- C. () Os desvios sexuais geralmente são heranças genéticas, sendo comum identificar um parente ascendente ou descendente com o mesmo desvio.
- D. () Os desvios sexuais geralmente são frutos de convivência com um pai tirano e uma mãe submissa.
- E. () Os desvios sexuais geralmente ocorrem em pessoas com antecedentes de estupro.

25. Em muitos casos de pedofilia exclusiva existe uma enorme dificuldade de substituir o objeto do desejo desviante por um outro objeto, socialmente aceitável. Por vezes a única maneira de ressocializar o paciente é usar uma medicação que diminua muito ou até elimine o desejo sexual, permitindo que o paciente assuma o controle consciente de seu comportamento sexual e possa retornar às suas atividades sociais. Tal medicação deve ter como base:

- A. () Testosterona
- B. () Estrona
- C. (X) Ciproterona
- D. () Progesterona
- E. () Noretisterona

CASO CLÍNICO DE SEXOLOGIA SOCIAL

Dr. Eduardo, psicólogo clínico, foi procurado por Maurício, um adolescente de 16 anos, o qual conhecia desde pequeno, pois é filho de um amigo de infância.

Maurício revelou ao Dr. Eduardo que está sofrendo muito, tendo dificuldades na escola e insônia freqüente, porque é homossexual e não tem coragem de se revelar. Ele até tem uma namorada para manter as aparências, mas após seus encontros com ela, vai a bares e boates gays, onde mantém relações sexuais com vários homens numa mesma noite. Dr. Eduardo ficou muito sensibilizado e incomodado com esta revelação e agendou uma nova consulta para Maurício.

Por coincidência, dois dias após, Dr. Eduardo encontrou-se com Euclides, seu amigo de infância, a quem não via há um bom tempo, pai de Maurício. Euclides disse que estava muito preocupado com seu filho. Soube que Maurício o tinha procurado em seu consultório, pois ele andava muito nervoso ultimamente, agredindo de modo verbal todos as pessoas da família. Dr. Eduardo, vendo a tristeza de seu amigo revela-lhe que Maurício é homossexual e que vai tenta curá-lo.

Refletindo e discutindo

1. Que problemas éticos você identifica neste caso?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que apontar com suas palavras as duas alternativas seguintes:

Quebra da confidencialidade

Proposta de "cura" de comportamento homossexual

Se apontar somente uma delas ganhara um ponto.

2. Cite três situações em que um profissional de saúde poderia romper com o sigilo profissional em se tratando de atendimento de adolescente.

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que sugerir pelo menos duas das seguintes hipóteses:

- 1. Quando o profissional. entender que o menor não tenha capacidade para avaliar a extensão e dimensão de seu problema ou de conduzir-se pôr seus próprios meios para soluçona-lo;*
- 2. Quando o profissional. entender que a não revelação possa acarretar danos ao paciente;*
- 3. Em situações consideradas de risco (p.ex. gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco á vida ou à saúde de terceiros) e frente á realização de procedimentos de maior complexidade (P.ex. biópsias e intervenções cirúrgicas).*

Se o candidato sugerir somente uma delas ganhará um ponto.

3. Cite três premissas básicas que considere importante no atendimento profissional de um adolescente.

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos

O candidato terá que sugerir pelo menos duas das seguintes normas: ouvir o/a adolescente;

lembrar que as pessoas têm valores, histórias de vida que podem ser diferentes da do educador;
não fazer julgamento;
não prescrever comportamentos;
respeitar as escolhas;
ter consciência dos próprios sentimentos envolvido nesta tarefa;
Se o candidato sugerir uma delas ganhará um ponto.

4. Quais os três tópicos mais importantes que deveriam fazer parte da orientação do Dr. Eduardo a seu cliente adolescente?

Critério de correção: Questão valendo 2 pontos
O candidato terá que sugerir pelo menos duas das seguintes normas:
Evitar vida sexual promíscua;
Uso de preservativo em todas as relações;
Reconhecer e aceitar de forma amadurecida suas preferências sexuais;
Estar consciente da preconceituosidade social em relação ao homossexualismo
Se o candidato sugerir uma delas ganhará um ponto.

5. Quais as duas teorias ou conceitos que melhor explicam o comportamento homossexual de Maurício?

174
Critério de correção: Questão valendo 2 pontos
O candidato terá que optar pelas respostas 1 e 3. Ganhará um ponto se escolher qualquer uma das outras junto com a resposta 1.
Não sabemos os determinantes de um comportamento homossexual.
Hoje se descrevem áreas dimórficas no cérebro humano.
Entre adolescentes, esporádicos comportamentos homossexuais, não permitem definir esse tipo de drive.
O comportamento sexual pode também ser explicado por problemas psicossociais.



SBRASH
Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

SÓCIOS ANTIGOS

ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADE

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TEL: () _____
CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
SEXO: () FEMININO () MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____
TEL: () _____
E-MAIL: _____
BANCO: _____
CHEQUE Nº: _____
DATA DE EMISSÃO: ____/____/____

OBSERVAÇÃO: DATILOGRAFAR OU PREENCHER EM LETRAS DE FORMA.

PAGAMENTO DA ANUIDADE:

ATRAVÉS DE CHEQUE CRUZADO NOMINAL À SBRASH OU POR DEPÓSITO IDENTIFICADO COM O NOME DO FILIADO (informe-se do valor da anuidade e número da conta pelo e-mail: sbrash@sbrash.org.br).

IMPORTANTE:

- É IMPRESCINDÍVEL QUE NOS SEJA ENVIADA (CORREIO OU FAX), A FICHA DE ANUIDADE ACOMPANHADA DE XEROX DO COMPROVANTE DO DEPÓSITO, POIS O BANCO NOS INFORMA APENAS OS VALORES DEPOSITADOS, SEM INFORMAR QUEM FOI O DEPOSITANTE.
- NÃO ACEITAMOS DOC, VALE POSTAL OU QUALQUER OUTRA FORMA DE PAGAMENTO QUE NÃO A ESCRITA ACIMA.

SBRASH

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



NOVOS SÓCIOS

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TEL: () _____
CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
SEXO: () FEMININO () MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____
TEL: () _____
E-MAIL: _____
ATIVIDADE PROFISSIONAL LIGADA À SEXUALIDADE HUMANA: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA (GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO, OUTROS TÍTULOS): _____

REFERÊNCIAS PROFISSIONAIS (PREFERENCIALMENTE SÓCIOS DA SBRASH): _____
1) _____
2) _____
OBS.: _____

IMPORTANTE:

• SUA PROPOSTA DEVERÁ SER ENVIADA PELO CORREIO, JUNTAMENTE COM AS CÓPIAS AUTENTICADAS DOS PRINCIPAIS TÍTULOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS.

• NÃO ENVIE PAGAMENTO

• A PROPOSTA SERÁ AVALIADA PELA SECRETARIA GERAL. A SBRASH ENVIARÁ A RESPOSTA POR CORRESPONDÊNCIA, ORIENTANDO A FORMA DE PAGAMENTO.

SBRASH

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

E-MAIL: sbrash@sbrash.org.br