

revista brasileira de
SEXUALIDADE HUMANA

volume 18 nº 1 2007

revista brasileira de
SEXUALIDADE
HUMANA


sbrash

Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana 

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

REVISTA BRASILEIRA
DE SEXUALIDADE HUMANA

Volume 18 – Número 1 – Janeiro a Junho de 2007
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 Shiuvo (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)

Mariluz 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. Tonietto (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 18 – Número 1
Janeiro a Junho de 2007

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA
15 a 17 de outubro de 2007 – Recife, PE

SUMÁRIO

11 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

21 EDITORIAL

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA

15 a 17 de outubro de 2007. Recife, PE.

25 TEMA: ADOECER E CONTINUAR AMANDO

– A ARTE DE RESSIGNIFICAR

SUBJECT: GET SICK BUT STILL LOVING.

THE ART OF RE-SIGNIFYING

27 VIVER A SEXUALIDADE COM HIV/AIDS. DÁ PARA SER FELIZ?

LIVING THE SEXUALITY WITH HIV/AIDS. CAN ONE BE HAPPY?

Zenilce Vieira Bruno

Zenilda Vieira Bruno

33 DOENÇAS DEBILITANTES E A SEXUALIDADE DO CASAL

DEBILITATING ILLNESSES AND THE SEXUALITY OF THE COUPLE

Rosenilda Moura da Silva

Maria Alexina Ribeiro

49 TEMA: A AUTO-IMAGEM E A SEXUALIDADE

SUBJECT: SELF-IMAGE AND SEXUALITY

51 O RESGATE DA AUTO-ESTIMA: O DESAFIO DE SUPERAR

AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA

A RECOVERING SELF-ESTEEM: THE CHALLENGE OF OVERCOMING

THE EFFECTS OF BREAST CANCER SURGICAL TREATMENT

Iracema Teixeira

71 TAMANHO DE PÊNIS. INQUIETAÇÕES MASCULINAS E SOLUÇÕES

SIZE OF PENIS. MALE ANXIETIES AND SOLUTIONS

Alfredo Romero

Inês Cavalieri

Sara Modenez

- 87 **TEMA: REPRODUÇÃO ASSISTIDA**
SUBJECT: ASSISTED REPRODUCTION
- 89 O CASAL INFÉRTIL, SENTIMENTOS E SEXUALIDADE
THE INFERTILE COUPLE – FEELING AND SEXUALITY
Vitória Menezes
- 103 **SOCIODRAMA: TERAPIA SEXUAL CONJUGAL: ESTUPRO E DISFUNÇÕES SEXUAIS. UMA ARTICULAÇÃO METODOLÓGICA ENTRE PSICODRAMA, SOCIODRAMA CONSTRUTIVISTA E EMDR.**
PSYCHODRAMA SEXUAL COUPLE THERAPY WITH SEXUAL DISFUNCTIONS AFTER RAPE. METHODOLOGIC ARTICULATION, CONSTRUCTIVISM SOCIODRAMA AND EMDR.
Ana Maria Fonseca Zampieri
- 131 **CONFERÊNCIA: OLHARES SOBRE O DESEJO SEXUAL**
CONFERENCE: VIEWS ON SEXUAL DESIRE
Maria do Carmo de Andrade e Silva
- 151 **TEMA: QUESTÕES SOBRE O DESEJO**
SUBJECT: QUESTIONS ABOUT DESIRE
- 153 REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA MULHER EM RELAÇÃO AO DESEJO SEXUAL
REFLECTIONS ON WOMEN'S ROLE REGARDING SEXUAL DESIRE
Jaqueline Brendler
- 177 **TEMA: ORGASMO. PRAZER E NECESSIDADES FEMININAS**
SUBJECT: ORGASM. PLEASURE AND WOMEN'S NEEDS
- 179 A ARTE ERÓTICA, A FANTASIA E O DESEJO SEXUAL
THE EROTIC ART, FANTASY AND SEXUAL DESIRE
Amparo Caridade
- 191 A VIDA SEXUAL APÓS O PARTO
LOVE AND SEX AFTER CHILDBIRTH
Sandra Cristina Poemer Scalco e Walter Oliveira
- 203 **TEMA: A CLÍNICA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**
SUBJECT: THE CLINIC OF SEXUAL FEMALE DYSFUNCTIONS
- 205 ANORGASMIA. O SILÊNCIO DO PRAZER
ANORGASMIA. THE SILENCE OF PLEASURE
Ana Regina de Oliveira Moura
- 211 VAGINISMO: QUANDO O MEDO FECHA A PORTA DO PRAZER
VAGINISM – WHEN FEAR CLOSES THE DOORS TO PLEASURE
Christhyne Rose Cavalcante

- 217 TEMA: DISFUNÇÃO ERÉTIL
SUBJECT: ERECTILE DYSFUNCTION
- 219 O IMPACTO DO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL
SOBRE O CASAL
IMPACT OF ERECTILE DYSFUNCTION TREATMENT
IN THE COUPLE
Zenilce Vieira Bruno
Paulo Henrique de Moura Reis
- 225 A EFICÁCIA DO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO ASSOCIADO
A ACUPUNTURA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO ERÉTIL
THE EFFICIENCY OF THE TREATMENT PSYCHOTHERAPY ASSOCIATED
THE ACUPUNCTURE IN PATIENT WITH ERECTILE DYSFUNCTION
Deusanete Carneiro Maciel
Érika Borges P. Chein
Simone Varella Antoniutti Smaniotto
- 239 TEMA: SOBRE A EJACULAÇÃO
SUBJECT: ABOUT EJACULATION
- 241 DEFINIÇÕES E DIAGNÓSTICO DA EJACULAÇÃO RÁPIDA.
DEFINITIONS AND DIAGNOSIS OF RAPID EJACULATION
Bruno Silva Peixoto de Carvalho
Gisele Vajgel Fernandes
Adriano Almeida Calado
- 249 TEMA: SEXUALIDADE E PROMOÇÃO DE SAÚDE
SUBJECT: SEXUALITY AND HEALTH PROMOTION
- 251 SEXUALIDADE DEPRESSIVA: REALIDADE PRESENTE E FUTURA
DEPRESSED SEXUALITY: PRESENT AND FUTURE REALITY
Carlos Pol Bravo
- 261 TEMA: A INTERFACE DA SEXOLOGIA COM OUTRAS PROFISSÕES
SUBJECT: THE INTERFACE OF SEXOLOGY WITH OTHER PROFESSIONS:
- 263 SAÚDE SEXUAL: A MEDICALIZAÇÃO DA SEXUALIDADE
E DO BEM-ESTAR
SEXUAL HEALTH: THE MEDICALIZATION OF SEXUALITY
AND WELL-BEING
Alaim Giami
- 279 A INTERFACE DA SEXOLOGIA COM OUTRAS PROFISSÕES:
O PSICÓLOGO
THE INTERFACE OF SEXOLOGY WITH OTHER PROFESSIONS:
THE PSYCHOLOGIST
Raquel Simone Varaschin

- 285 TEMA: AMBULATÓRIOS DE SEXOLOGIA E REPRODUÇÃO
EM HOSPITAL PÚBLICO
SUBJECT: AMBULATORIES OF SEXOLOGY AND REPRODUCTION
IN PUBLIC HOSPITAL
- 287 AMBULATÓRIO DE SEXOLOGIA DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA DA UFRJ
– HOSPITAL MONCORVO FILHO
THE AMBULATORY OF SEXOLOGY OF GYNECOLOGY INSTITUTE OF UFRJ
Maria do Carmo de Andrade e Silva
Paulo Roberto Bastos Canella
- 295 FICHA PARA ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADE
- 296 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; MEZIROU, 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: acanosa@uol.com.br

EDITORIAL

Prezados associados da SBRASH e amigos colaboradores.

É grande o prazer de apresentar-lhes esta edição especial de dois números da RBSH, revista oficial da SBRASH (Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana). Os artigos que compõem estes números, expressam parte da produção científica trazida por diversos colaboradores, ao XI CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE, realizado em Recife entre 15 e 17 de outubro de 2007. Um tempo de recíprocos crescimentos que valeu a pena registrar, escrever, para melhor partilhar com os demais. Amor e saber, a gente deve mesmo partilhar. Se não, para que serviriam? A Revista torna-se assim um Portal para nossas comunicações e contribuições.

São múltiplos os olhares sobre o sujeito sexual em seu devir, em sua luta pelo direito de ser feliz. Os palestrantes contemplaram temáticas diversas desde a auto-imagem e o peso disso sobre o exercício da sexualidade, a arte de ressignificar quando as dores do adoecer maltratam a estima e o desejo, até os cuidados com a sexualidade e a promoção da saúde. As transformações pelas quais passa a família contemporânea e nosso modo de lidar com a tramitação das relações nesses novos grupos, tematiza outro conjunto de reflexões e produções. A Educação Sexual é pensada não só nos seus aspectos formais, mas também nos espaços informais do cotidiano de crianças, adolescentes e adultos. Educação não apenas nas Escolas, mas aquela educação que faz entender que é preciso cuidar bem de si, do outro e da vida para melhor amar. Outros autores debruçaram-se sobre preconceitos que ainda se aninham em nossa sociedade aparentemente evoluída, informatizada, globalizada, mas atrasada. A homofobia é sua marca, e persiste como uma praga. Estudiosos a denunciam como traço inconcebível na atualidade evoluída, mas ainda incapaz de acolher a diferença.

Muito pertinentes são também as contribuições oferecidas à Clínica nos seus aspectos bio-psico-sociais a nível particular ou ambulatorial. Questionamentos são levantados acerca da produtividade e sua relação com a sexualidade.

Entre o stress e a satisfação onde se aninhará o bem estar sexual do sujeito sexual contemporâneo?

Embora apenas 1 texto tenha sido escrito especialmente para este contexto, chamo atenção para um momento especial de reflexão neste Congresso: a Mesa dos Amores Especiais, contou com pessoas especiais para nela manifestarem-se. Não mais falamos por eles, eles nos falaram de si, cada um a seu modo, em sua peculiar experiência.

Que o esforço dos colaboradores da revista nos ajude a ser melhores profissionais, cidadãos mais éticos e apaixonados pela causa que estudamos. Agradeço com especial deferência o esforço das pessoas em produzirem seus textos dentro das normas da RBSH, baseados nas da ABNT, pois com isso aprimoram seus conhecimentos e garantem à Revista crescente credibilidade nos meios acadêmicos. Um abraço particularmente afetuoso a cada um, colaboradores e leitores.

Muito atentiosamente

Amparo Caridade

Presidente do XI Congresso brasileiro de sexualidade

TEMA:
ADOCER E CONTINUAR AMANDO.
A ARTE DE RESSIGNIFICAR

VIVER A SEXUALIDADE COM HIV/AIDS. DÁ PRA SER FELIZ?

Zenilce Vieira Bruno¹; Zenilda Vieira Bruno²

LIVING SEXUALITY WITH HIV/AIDS. CAN ONE BE HAPPY?

Resumo: As DST sempre trouxeram, além da sintomatologia orgânica, um forte componente emocional. Embora hoje, a sexualidade seja vista com mais naturalidade e a conotação pejorativa das DST já não seja tão marcante, ainda é difícil falar sobre essas infecções sem constrangimento para o médico e paciente, quanto mais para o companheiro ou companheira. É necessário considerar que a liberalidade das pessoas no que diz respeito à sexualidade, é mais acentuada nos discursos do que nos atos. Parece-nos ser o componente psíquico o de maior importância nas suas repercussões sobre a sexualidade, em especial pela sensação de culpa comumente associada a essas infecções, apresenta baixa auto-estima, julga-se impuro, imoral, sujo, enfim, culpado. O prejuízo pode ocorrer em qualquer das fases da resposta sexual; é mais frequente, entretanto, que incida na fase de desejo. Na atualidade, a esses fatores emocionais vem se somar à fobia generalizada do contágio com a AIDS, mais um importante elemento bloqueador do desempenho sexual.

Palavras-chave: Sexualidade; moral; culpa; desejo; desempenho.

Abstract: The STD always brought, besides the organic symptoms, a strong emotional component. Although today the sexuality is seen with more naturalness and the STD pejorative connotation is not significant as before, it still hard to talk about those infections to the doctor and to patient without been embarrassed, even more to the partner. It is necessary consider that the liberty of the people, when talking about sexuality, is bigger in the discourse

¹ Psicóloga Clínica, Psicodramatista e Terapeuta Sexual. e-mail: zenilcebruno@uol.com.br

² Ginecologista, Professora da Faculdade de Medicina e Diretora da Maternidade Escola da Universidade Federal do Ceará. e-mail: zenildabruno@terra.com.br

than in the acts. It seems to be the psychic component of more importance in the repercussion of sexuality, especially by the sensation of guilty associated to those infections, people show low esteem, judge themselves impure, immoral, and dirty. The damage can occur in any stage of the sexual answer; frequently, however, appears in the stage of desire. Nowadays, it comes to add to those emotional factors the generalized phobia of getting AIDS, one more important element that blocks the sexual performance.

Keywords: Sexuality; moral; guilty; desire; performance.

A sexualidade humana, tão questionada nos dias atuais, faz parte de um jogo de valores transitórios e contínuos. Todo esse jogo vem, na realidade, da dificuldade que encontramos em aceitar o exercício da sexualidade fora do contexto da reprodução. Quanto a essa dificuldade de aceitação, as culturas humanas variam entre um extremo e outro, podendo-se, entretanto, classificá-las genericamente em quatro grandes categorias: repressiva, restritiva, permissiva e corroboradora.

O ideal seria que houvesse uma relação de congruência entre as finalidades biológicas, sociológicas e psicológicas. Em outras palavras, que as pessoas unissem sempre harmonicamente o prazer ao amor. Mas há uma distância, às vezes, muito grande entre o ideal e o real. Mesmo porque, o próprio conceito de ideal, pressupõe toda uma roupagem antropológica e elaboração individual. O que é ideal para uma sociedade, pode não ser para a outra, o que é ideal para um, talvez não seja para o outro.

Para entender de DST e HIV/AIDS em todos os níveis da problemática humana, temos de sair um pouco da biologia da doença e caminhar pelas trilhas da psicologia da enfermidade. É necessário sair da prisão de nossas visões tubulares, dos cubículos de nossas verdades provisórias e parciais, e tentar voar um pouco além do campo bitolado da rotina diagnóstica e terapêutica. A seara do especialista não se esgota apenas com o tratamento da doença. É preciso antes, compreender o homem dentro do fantástico mundo de sua cultura, porque só poderemos promover a saúde em seu sentido integral, quando formos suficientemente humildes, para entender que nossa verdade nem sempre é a verdade dos outros e que não é a única.

Trabalhar com o humano adoecido, não é apenas procurar a estória da enfermidade e nos esquecer de que ela se insere em uma estória de vida, de um ser que tem um passado e toda uma perspectiva, pelo menos sonhada,

de futuro. Chegamos no tempo de repensar a ciência, que tem valorizado excessivamente a técnica e está esquecendo demasiadamente a dimensão do humano.

A profilaxia é a melhor das terapêuticas, mas no campo específico de DST e HIV/AIDS, ela é uma prática particularmente difícil. Se lida com doença que também está vinculada ao prazer sexual, e o prazer é o mais potente reforçador do comportamento humano. É ingênuo propugnar que se evitem as relações sexuais. O que se pode desejar, é que a sexualidade seja exercida sem risco, e isto, implica num processo educativo que objetive modificar atitudes. Com apreensão e desencanto, constatamos que isso não está ocorrendo com a velocidade desejada.

Talvez seja necessário lembrar aos mais novos, que o exercício da sexualidade, em especial a iniciação sexual, sofreu profundas modificações nas últimas décadas. De fato, ao contrário do que ocorre hoje entre adolescentes, a iniciação sexual masculina era realizada habitualmente com prostitutas, e o desenvolvimento de uma “doença venérea” trazia sentimentos ambivalentes. Se por um lado, isso era considerado prova de virilidade e assim causa até de jactância, em contrapartida, era também motivo para sensação de culpa, com certo ranço de “impureza”.

Em épocas ainda passadas, quando os recursos terapêuticos eram muito pouco eficientes e algumas dessas doenças como a sífilis, por exemplo, pareciam praticamente incuráveis, o temor por elas desencadeado era utilizado, como ainda hoje se faz com a AIDS pelos setores mais conservadores da sociedade, visando reprimir as manifestações sexuais. Na estória da especialidade das Doenças Sexualmente Transmissíveis, há uma prova contundente disto. Estamos repetindo, com roupagens novas, uma história muito antiga, com as mudanças de comportamento sexual após a grande epidemia de sífilis, tanto naquela época como agora, alardearam-se medidas profiláticas e vinculou-se o medo da doença, como sendo o estímulo básico para que se modificassem práticas de risco. Durante certo tempo, o estímulo foi suficientemente forte para diminuir os comportamentos perigosos e ficou evidente uma alteração nos hábitos sexuais. Depois, passado o impacto emocional, a humanidade retornou a seus hábitos sexuais anteriores.

Embora hoje, a sexualidade seja vista com mais naturalidade e a conotação pejorativa das Doenças Sexualmente Transmissíveis já não seja tão marcante, ainda é difícil falar claramente sobre as doenças adquiridas através do sexo. Não podemos perder de vista o fato de a “educação sexual” vigente, ser ainda

repressora em grande parte das famílias atuais, nas quais freqüentemente se associa a conotação de "pecado" à sexualidade. Isso explica por que a maioria dos portadores de HIV/AIDS ainda se sente "sujo" e "impuro", mesmo quando frente à possibilidade de baixo risco de mortalidade.

É necessário considerar que a liberalidade das pessoas, no que tange à sexualidade, é muito mais acentuada nos discursos do que nos atos propriamente ditos. Existe um padrão cultural de duplo código moral, que embora seja explicitamente monogâmico e heterossexual, implica, com certa freqüência, relacionamentos bem diferentes do que a sociedade insiste em classificar como padrão. Os movimentos sociais, entretanto, são notavelmente pendulares e sempre, na história da humanidade, períodos de liberação acentuada foram sendo substituídos por épocas mais repressoras que, após algum tempo, por sua vez, cedem lugar a novos períodos de liberação. Assim, com o passar do tempo, aquela visão extremamente liberal foi tornando-se cada vez menos radical, processo este acentuado pelo advento da AIDS, que levou a uma fase, ainda não ultrapassada, de repressão sexual.

Parece-nos ser o componente psíquico o de maior importância na repercussão referente às DST e HIV/AIDS sobre a sexualidade, em especial pela sensação de culpa comumente associada às doenças. Pacientes nos quais emerge um quadro clínico de DST e HIV/AIDS, freqüentemente apresentam notável prejuízo da auto-estima, julgando-se imorais e culpados. O prejuízo pode ocorrer em qualquer das fases da resposta sexual; é mais freqüente, entretanto, que incida na fase de desejo.

O parceiro ou parceira tem a sensação predominantemente de raiva ou de desprezo, deixando ele ou ela de ser objeto de desejo, tornando mais difícil à excitabilidade e muito longínqua a possibilidade de orgasmos. É inegável que o componente somático do ponto de vista orgânico, interfere no exercício da atividade sexual, principalmente quando desencadeia dor e desconforto, retraindo os impulsos eróticos e dificultando o desempenho sexual dos parceiros. Na atualidade, a esses fatores emocionais vem se somar à fobia do contágio com a AIDS, mais um importante elemento bloqueador do desempenho sexual.

Levando em conta toda a exposição da sexualidade nos meios de comunicação voltada para adolescentes, nos perguntamos freqüentemente porque não usá-los a nosso favor, esclarecendo que esta sexualidade deve ser exercida com responsabilidade, evidenciando que este corpo tão almejado e sedutor nos levará a uma possível relação sexual e que a mesma pode nos trazer

prazer, mas também DST e HIV/AIDS. Como se transa tanto na TV e as pessoas não contraem nenhuma doença? Será a televisão assim tão mágica? Se tivéssemos propagandas tão competentes quanto as que vendem artigos de beleza, em que os adolescentes acreditassem que usando camisinha seriam tão belos e felizes quanto aqueles modelos e manequins das revistas e outdoors, não evitaríamos assim, esta quantidade de tantos casos novos de AIDS a cada ano?

Não desejamos reduzir os meios de comunicação a meros estimuladores do consumo ou de práticas sexuais, pelo contrário, julgamos terem eles importantíssimo papel na sociedade moderna, papel este que, infelizmente, não vem sendo cumprido a contento. Sabemos que a TV e os outros tipos de mídia se transformaram na principal fonte de educação sexual, mostrando um conteúdo cada vez mais sexualmente explícito, com pouquíssimas referências as DST e HIV/AIDS. Alguns têm apenas começado a quebrar esta “conspiração de silêncio”, trazendo informações úteis e reais aos adolescentes. Como esse paradoxo ocorreu? Aumentam o conteúdo sobre sexo e violência e se calam sobre DST e AIDS.

Pergunta-se com frequência se, nestes tempos da AIDS, os costumes e os hábitos sexuais foram modificados. Em termos gerais e num primeiro momento, sim, no entanto, os hábitos e os costumes voltaram ou estão voltando à trilha antiga, portanto somos forçados a admitir que a doença não está sendo controlada. A informação correta é essencial, mas ela só é válida, quando é capaz de mobilizar o componente afetivo da personalidade e levar a refletir, reformular conceitos, propósitos e condutas. A maioria sabe que a melhor maneira de prevenir as doenças que se transmitem por via sexual, é evitando as condutas de risco e utilizar profilaticamente o condom. Sabem, mas não utilizam.

Propomos uma reflexão, sair do espaço limitado de nossas especialidades e, com humildade, ouvir, e, sobretudo tentar valorizar o intercâmbio entre os profissionais de saúde e educação e os adolescentes, assim como, com seus pares e familiares. Ampliando a visão do homem e sua relação com o ambiente, tratando sempre a doença e o doente com a mesma importância.

O tratamento realizado não pode ser muito lento, pois algumas vezes as inadequações sexuais corroem de tal forma o relacionamento, que muitos desistem da terapia e do casamento. É necessário agilizar o processo, através de uma terapia breve que seja suficientemente eficaz para restaurar os laços entre os pares, antes que eles se desfaçam por completo.

Bibliografia Consultada

- ABDO, C.H.N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- BASTOS, A.C. **Ginecologia**. 10 ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 1998.
- BRAGANTE, L. **Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos**. 2ª ed., São Paulo: Gente, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS – Boletim Epidemiológico**. Brasília, Ano IX, n. 6, março de 1997.
- CARIDADE, A. **Sexualidade: Corpo e metáfora**. São Paulo, Iglu: 1997.
- CAVALCANTI, R. **Saúde sexual e reprodutiva**. Editora Artgraf, s/d.
- COSTA, M. **Amor e sexualidade**. São Paulo: Editora Gente, 1994.
- DIAS, V.R.C.S. **Vínculo conjugal na análise psicodramática: diagnóstico estrutural dos casamentos**. São Paulo: Agora, 2000.
- FOUCALT, M. **História da sexualidade**. vol I. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1998.
- KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOOLODNY, R. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.
- MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino**. Uma nova consciência para os encontros das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- PASSOS, M.R.L. **Deesetologia**. In: PASSOS, M.R.L. **DST 5**. – 5ª ed. – Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- VITIELLO, N. **Educação sexual**. Reprodução e sexualidade: um manual para educadores. São Paulo: CEICH, 1994.
- ZAMPIERI, A.M.F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS**. São Paulo: Ágora, 2004.

DOENÇAS DEBILITANTES E A SEXUALIDADE DO CASAL

Rosenilda Moura da Silva¹; Maria Alexina Ribeiro²

DEBILITATING ILLNESSES AND THE SEXUALITY OF THE COUPLE

Resumo: O objetivo desse estudo é conhecer a repercussão do câncer no relacionamento conjugal e na vida sexual do casal em pacientes sob cuidados paliativos. Apresentamos um estudo de caso cuja amostra foi formada por um casal residente no Distrito Federal, dos quais um dos cônjuges esteve internado no Hospital de Apoio de Brasília (HAB). O estudo privilegiou a análise qualitativa, foi utilizado o método clínico e os dados foram interpretados de acordo com a abordagem sistêmica da família e teóricos da sexualidade humana. Os instrumentos utilizados foram: roteiro de entrevista semi-estruturada, genograma familiar e técnica de colagem. Os dados apontam para a reestruturação familiar e conjugal e para os aspectos sócio-culturais que permeiam a atitude e comportamento sexual dos participantes. O método utilizado mostrou-se adequado para se atingir os objetivos e para melhor compreensão do fenômeno estudado. Os dados foram discutidos e relacionados aos trabalhos constantes no levantamento bibliográfico.

Palavras-chave: Sexualidade; câncer; cuidados paliativos; casal; família.

Abstract: The aim of this research is to study the repercussion of cancer on marriage relationship and in the couple's sexual life in patients under palliative care. We present a study of case whose sample was formed by a resident couple in the Distrito Federal", of which one of the spouses was interned in the "Hospital de Apoio de Brasília (HAB)". The research privileged the qualitative analysis, the clinical method was used and the data had been interpreted according the family systemic approach as well as theoretical

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília. e-mail: rosems@linkexpress.com.br

² Professora Doutora da Universidade Católica de Brasília. e-mail: alexina@solar.com.br

studies of human sexuality. The methods used were: semi structured guided interview, family genogram and a collage technique. The data pointed to a family and conjugal restructuration and social-cultural aspects reflected through the attitude and sexual behavior of the parts. The method was appropriate to accomplish the previously outlined objectives and for better better comprehension of the phenomenon under study. The data were discussed and related to works inserted at the bibliographic review

Keywords: Sexuality; cancer; palliative care; couple; family.

Introdução

Os pesquisadores da sexualidade humana têm se preocupado em estudar a resposta sexual de indivíduos que apresentam certo nível de saúde geral (KAPLAN, 1974, 1978, 1983; MASTERS; JOHNSON, 1976; HITE, 1982, 1991; KINSEY, POMEROY, MARTIN, 1948, 1953). Quando se relaciona doença e sexualidade, geralmente são enfocadas as doenças sexualmente transmissíveis – DST e as disfunções sexuais (MASTERS, JOHNSON, 1979, 1988; CAVALCANTI, CAVALCANTI, 1992) como conseqüência do impacto de algumas doenças crônicas (KAPLAN, 1974; KOLODNY, MASTERS, JOHNSON, 1982; KUSNETZOFF, 1987, 1988).

Encontramos pesquisas que relacionam câncer e sexualidade: Tang, Siu, Lai, e Chung (1996) abordam o ajustamento sexual de mulheres chinesas depois do câncer ginecológico segundo as crenças culturais na sociedade chinesa contemporânea; Swift (1998) e Mulley (1998) afirmam que as sobreviventes de câncer de mama querem discutir seus problemas de sexo com especialista de sexualidade; Bourgeois-Law e Lotocki (1999) chamam a atenção para os efeitos do tratamento do câncer ginecológico na sexualidade; Lee, Zelefsky, Mckee e Leibel (1999) estudam a eficácia do sildenafil oral nos pacientes com disfunção erétil após a radioterapia para o carcinoma da próstata; Clarke (2002) apresenta a sexualidade sob o enfoque do envelhecimento, relacionando câncer de próstata com níveis de ereção peniana; Duarte e Andrade (2003) investigam a percepção de mulheres mastectomizadas quanto à sua sexualidade, mostrando que apesar dos temores, algumas mulheres produziram diversos modos de (re)significarem e expressarem sua sexualidade. Esses estudos relacionam sexualidade e câncer sem, contudo, fazer alusão aos cuidados paliativos, além de enfocarem apenas aspectos individuais.

Os cuidados paliativos (PESSINI, 2004) só foram reconhecidos pela comunidade médica e de saúde a partir de 1990, ano em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu esses cuidados como “o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos” (MCCOUGHLAN, 2004, p. 169). Os estudos sobre os cuidados paliativos parecem estar mais voltados ao contexto hospitalar: Payne, Large, Jarrett e Turner, (2000) analisam a legibilidade, a qualidade e o tipo das informações contidas em folhetos dados aos pacientes e famílias em unidades de cuidados paliativos; Simoni e Santos (2003) apresentam uma abordagem plural sobre o processo do trabalho de enfermagem; Pantilat (2004) aponta para a importância dos cuidados paliativos para os pacientes de parada cardíaca e seus familiares; Casarett (2005) trata do improvável impacto acerca de questões familiares sobre cuidados paliativos como causadoras de angústia em pacientes quando o assunto é a morte.

Contextualizamos nosso estudo no modelo neoparadigmático da abordagem sistêmica do casal e da família (VASCONCELLOS, 1995), que leva em consideração a complexidade (MORIN, 1990) e a intersubjetividade do fenômeno observado. Entendemos que essa abordagem é apropriada para uma melhor compreensão da repercussão de uma doença debilitante nas relações conjugais e familiares (BROWN, 2001; ROLLAND, 2001). Enfocamos o ciclo de vida familiar (CARTER, MCGOLDRICK, 2001; CERVENY, 2002), o sistema emocional da família nuclear (FÉRES-CARNEIRO, 1992), a dinâmica do casal (ANDOLFI, ÂNGELO, SACCU, 1995; BUCHER, 1999; OSORIO, VALLE, 2002; SATIR, 1995; PAPP, 1995; MINUCHIN, FISHMAN, 1990) e a comunicação conjugal e familiar (WATZLAWICK, 2000).

A partir do levantamento bibliográfico, identificamos a necessidade de aprofundamento de pesquisas em Psicologia com interesse na conjugalidade e sexualidade do casal que está vivenciando uma doença debilitante (SILVA, 2007). Nesse sentido, o nosso objetivo é conhecer a repercussão que o câncer tem sobre o relacionamento conjugal e a vida sexual do casal em que um dos cônjuges esteja sob condições dos cuidados paliativos, identificando: a fase do ciclo de vida que o casal está vivenciando; algumas dimensões do relacionamento conjugal que facilitam e as que dificultam a adaptação do casal frente às novas condições de vida e conhecer a avaliação que os cônjuges fazem do relacionamento conjugal atual e, especificamente a dimensão da sexualidade. Acreditamos que os dados aqui apresentados representam uma contribuição importante para as equipes de saúde, pacientes, familiares e sociedade quanto às doenças debilitantes e a sexualidade. Esclarecemos que todos os nomes dos membros da família deste estudo são fictícios.

Método

No presente estudo, privilegamos a metodologia qualitativa (GONZALES REY, 2005; TURATO, 2003), considerando que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e o objeto do conhecimento, havendo um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e intersubjetivo dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Realizamos estudo de caso (YIN, 2001) com um casal heterossexual cuja esposa encontrava-se sob cuidados paliativos oncológicos no Hospital de Apoio de Brasília – HAB. O Hospital pertence à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que possui especialidade em Onco-Hematologia Pediátrica, Fisioterapia e Cuidados Paliativos, estando ligado à Rede de Combate ao Câncer do Distrito Federal, que foi criada para atender às necessidades de melhoramento de ações de assistência em radioterapia, cuidados paliativos e tratamento de dor oncológica, prevenção e diagnóstico precoce, sistema de registro e cirurgias oncológicas.

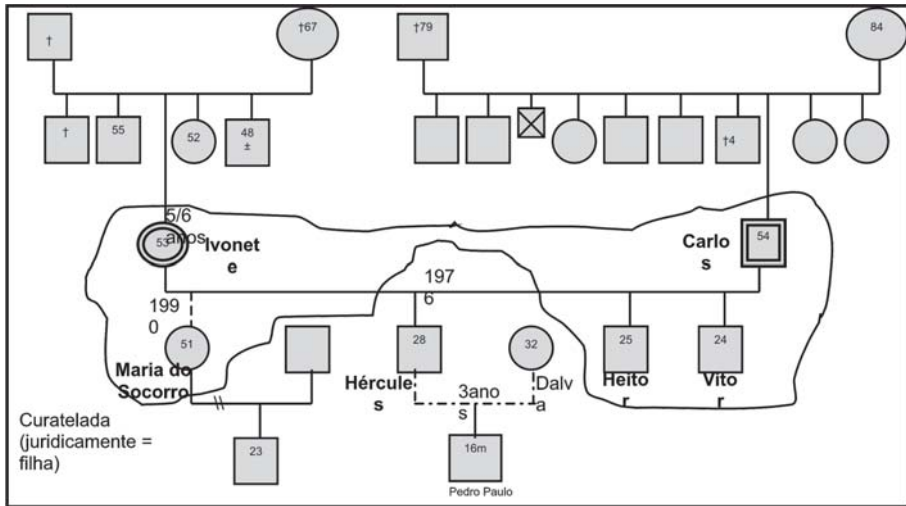
O casal estudado é formado por Ivonete, 53 anos, servidora pública aposentada, formada em direito e Carlos, 54 anos, comerciante, possui o segundo grau completo. A renda familiar é de catorze salários mínimos. Ivonete e Carlos são casados há 30 anos, são católicos, naturais do estado do Piauí e residem em uma cidade satélite do Distrito Federal. O casal tem três filhos, como mostra o genograma familiar (Figura 1). O diagnóstico de Ivonete é câncer de mama com metástases pulmonares. Seu recebimento ocorrera há três anos, quando realizou mastectomia em uma das mamas. Ela foi internada no HAB em 15 de maio de 2006, apresentava estado neurológico consciente e um “performance status” igual a PS 3. Atualmente, faz uso de morfina, insulina e Lasix, é diabética e tem hipertensão arterial. Já realizou sessões de quimioterapia e radioterapia, antes de ser internada no HAB.

Como instrumentos para levantamento dos dados, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada para esse fim (GONZALES REY, 2005), o genograma familiar (MCGOLDRICK, GERSON, 2001) e a técnica de colagem (CERQUEIRA, 2004; LIMA, 2005).

Os procedimentos para a realização do estudo foram: pedido de aprovação da realização da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF; identificação dos participantes através dos prontuários; convite do casal para participação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; realização de três encontros com duração média de noventa minutos cada, na residência do casal (a esposa havia recebido alta temporária). Os dados

foram levantados através do método clínico e interpretados de acordo com o referencial teórico da abordagem sistêmica da família e da terapia sexual, conforme o levantamento bibliográfico realizado nesse estudo.

Figura 1: SILVA, R. M. Genograma familiar do casal. 2007.



Legenda:

Participantes da pesquisa	●	■	Casamento	—
Homem	■	■	Filho biológico	
Mulher	●	●	Filho adotivo	
Falecimento	†		União estável	—
Idade aproximada	48 ±		Separação	//
Natimorto	X		Pessoas que convivem juntas	⌋

Estudo de Caso

Ivonete e Carlos estão casados há trinta anos e afirmam que sempre tiveram “um relacionamento muito sincero”, onde ele se diz “muito fiel” à esposa e avalia a vida conjugal como sendo “bem aberta”. No entanto, Carlos não foi sempre fiel à Ivonete. Hoje, ele afirma que não tem “coragem de traír” por causa das dificuldades enfrentadas pela esposa. Ivonete relacionou o comportamento do marido com o comportamento do seu pai biológico e contou-nos que o pai de Carlos também não era “tão fiel”.

O casal tem três filhos que moram com a família, dois solteiros e uma filha “de criação” (curatelada), que tem “problema de esquizofrenia”. Carlos afirma que “jamais” falou com eles sobre sexo, mas foram orientados a serem íntegros, honestos e tementes a Deus e ao pai. Hoje Carlos diz não bater mais nos filhos e atribuiu sua atitude ao ensinamento recebido de seus ascendentes. Ivonete acredita que sua “preocupação” com a educação dos filhos pode ter “desencadeado” a doença, uma vez que o marido sempre esteve “muito ocupado” com o seu trabalho e estudo. Ela cuidou dos filhos praticamente sozinha, da infância à adolescência. Segundo ela, outros estressores foram a perda dos pais de criação e a ida da “irmã-filha” para a família.

Ivonete recebeu o diagnóstico da doença há três anos, ocasião em que trocou de médico e foi encaminhada a um mastologista. Com a doença, Carlos assumiu o papel de “cuidador” da esposa e da família e deixou de trabalhar “para ficar à disposição dela”. Apesar da preocupação com a vida conjugal e sexual, o amor do casal fez com que Ivonete não “fraquejasse”, embora tenha pensado que o esposo não mais a “olharia como mulher”. Sente-se “paparicada”, principalmente por ele, embora não queira deixar de fazer as compras de supermercado, porque acredita que “é seu papel”. Para ela, os cuidados do marido dificultaram a vida do casal, pois sua autonomia é muito importante porque não quer “ficar totalmente dependente”. Carlos acredita que com a doença sua tensão tenha se agravado, principalmente pelo fato de esperar a esposa por um longo período de tempo. Ivonete tem percebido que o marido está preocupado com ela. Carlos não considera que a doença seja “um impedimento” para o “relacionamento normal” do casal. A participação da família nos cuidados com Ivonete é “muito boa”, segundo ela, pois todos são muito unidos.

Antes do recebimento do diagnóstico o casal considerava seu relacionamento sexual “calmo”. Ivonete “ficava preocupada” com a “presença de outras pessoas” da família, como os filhos e a filha adotiva. No princípio, eles mantinham relações sexuais “quase diárias” e consideravam o sexo “muito bom”. Contudo, havia uma reserva ao revelar o seu corpo para o esposo. Todas as fases da resposta sexual estiveram presentes em Carlos e ainda hoje é assim. Ivonete tinha desejo sexual e continua tendo, apesar do comportamento sexual ser pautado na educação rigorosa que recebeu dos pais. O casal afirma nunca ter dormido em camas separadas.

Com a doença, as relações sexuais passaram a ser realizadas com “delicadeza” e “cuidados”, havendo alteração quanto à posição utilizada. Carlos passou a ter uma resposta rápida, para “não incomodar”, pois considera que o ato sexual seja “cansativo” para a esposa. Hoje, ele não espera que Ivonete atinja

o orgasmo e pensa que a esposa só mantém relações com ele “pelo fato de cumprir a obrigação” ou “agradá-lo”.

A diminuição do desejo sexual de Ivonete durou um ano, tempo que levou para se adaptar e voltar a olhar para o próprio corpo após a mastectomia. Hoje, sente-se “bem à vontade” com o desejo e excitação sexual. Às vezes, “fingia” que tinha desejo para sentir-se mais à vontade, apesar de acreditar que tenha aumentado com a chegada da doença. A menopausa e o diagnóstico interferiram na excitação sexual, sendo que a primeira causou mais impacto do que o segundo. A existência do desejo ocorre “em função da confiança” e por isso “aceita” a relação sexual. Às vezes, Ivonete mantém relações sexuais mesmo que no início não esteja “com vontade”. Houve uma diminuição na intensidade e ocorrência da excitação e do orgasmo em Ivonete e o relaxamento após o orgasmo não sofreu alteração. Ela avalia a relação sexual como sendo boa, mesmo depois de terem passado “por muitas barreiras”.

Figura 2: SILVA, R. M. Colagem feita pelo casal. 2007. 1 fotografia.



Com relação à colagem (Figura 2), a primeira gravura lembra o início do casamento; os noivos representam a época que se casaram; a mulher que alimenta o homem, o “início da nossa vida conjugal”; a mulher empurrando o carrinho, o nascimento do primeiro filho; a gravura ao lado, um período

em que o casal se divertia; a imagem do casal se olhando, bons momentos; o homem pensativo representa o recebimento do diagnóstico; a mulher que aparece com roupas íntimas, a liberdade e vaidade do corpo; a mulher sentada no sofá assistindo TV, era o “descanso” de Ivonte quando chegava do trabalho, época em que não tinha filhos; o casal com a criança, o “desejo de envelhecer com saúde, com felicidade” e “o desejo de ter uma neta e cuidar dela”; as duas pessoas nadando, o “prazer do casal em se divertir”; as pessoas de branco, “superando desafios”; a cadeira de rodas lembra a “esperança de estar vivo”; o casal que se olha representa “a ajuda do esposo”; a mulher em tratamento sobre a bola, são os “amigos ajudando em momentos de descontração” e “recuperação plena”; a pessoa nadando sozinha “sou eu, vencendo desafios, lutando por uma vida mais saudável”.

Discussão

A família de Ivonete e Carlos está vivendo a fase do ciclo de vida que Carter e McGoldrick (2001, p. 17) denominam “lançando os filhos e seguindo em frente”, cujas principais tarefas de desenvolvimento são: renegociar o sistema conjugal como díade; desenvolvimento de relacionamentos de adulto-para-adulto entre pais e filhos; realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos; lidar com incapacidades e morte dos pais (avós). Oliveira e Cervený (2002) referem-se a essa fase como “família na fase madura”, quando acontece uma resignificação da relação conjugal e o casal volta o olhar para o casamento.

Quanto às condições do relacionamento conjugal que facilitam a adaptação a essas novas condições de vida, a família de Ivonete parece possuir papéis e fronteiras flexíveis (MINUCHIN, 1982), mutáveis, quando necessário. O casal conta com forte aliança, uma vez que seus membros lidam com a doença debilitante, com colaboração e satisfação mútua das necessidades, como o fato de Carlos ter deixado o trabalho para ficar à disposição de Ivonete. Assim, Brown (2001) destaca que no caso de doença prolongada a família sofre um estresse permanente em função da incerteza do curso da doença e do medo do momento da morte, podendo ser mais intensificado pelas alterações provocadas pela doença debilitante no sistema familiar.

A elaboração do genograma familiar (Figura 1) é interessante, pois, segundo Carter e McGoldrick (2001) fornece dados sobre a repetição de papéis relacionados à família de origem que, no caso de Ivonete e Carlos, mostra que a história de morte por doenças debilitantes é recorrente, bem como os

cuidados recebidos pelo doente. A infidelidade dos pais de ambos os cônjuges fora do casamento é outra repetição em ambas as famílias de origem, padrão que se repete na vida do casal. Contudo, o câncer de Ivonete traz a perspectiva da fidelidade do esposo, que diz sentir-se feliz com o novo comportamento. A repetição de padrões de educação dos filhos também constitui outro exemplo.

Uma das mudanças ocorridas no padrão sexual após o recebimento do diagnóstico, é que Ivonete diz estar mais “aberta” às questões de sua sexualidade, mostrando-se mais receptiva aos contatos sexuais do esposo. Assim, a doença parece ter proporcionado uma aproximação, ainda maior, entre eles. Masters e Johnson (1988) afirmam que uma mulher, ao sofrer mastectomia sente-se, provavelmente, pouco feminina e incompleta, o que reflete a importância que a sociedade ocidental dá ao seio como símbolo de sexualidade e feminilidade. Apesar disso, algumas mulheres mastectomizadas podem apresentar condutas ativas de sedução e de relacionamento sexual para que possam convencer a si mesmas, bem como a sua parceria sexual, de que continuam sexualmente capazes. Kusnetzoff (1988) afirma que a grande maioria das mulheres enfrenta melhor o problema físico-estético do que o problema emocional e é exatamente este problema que se reflete na área do desempenho sexual, bem como na evolução da doença.

Ivonete considera-se sexualmente tímida por causa da criação recebida. Com a doença, deseja “recuperar o tempo perdido, sem ter que se esconder”. Simonton (1990) fala sobre a necessidade da pessoa que está doente de ser acariciada e amada e ressalta a importância da continuidade do contato físico do casal, mesmo sabendo de suas limitações sexuais, sejam elas físicas ou emocionais. Masters e Johnson (1988) acreditam que os quatro tipos de problemas sexuais com os quais as pessoas mais frequentemente se deparam são: a) inibições e remorsos; b) ansiedade pelo desempenho; c) rotina sexual e d) aceitação irracional dos mitos e das informações falsas sobre sexo. Assim, os dados do nosso estudo revelam que a educação sexual recebida pelos participantes, sobretudo pela família de criação de Ivonete, foi muito rigorosa, causando impacto no relacionamento sexual do casal.

A religião tem um lugar especial na vida da família de Ivonete e Carlos. Para Pinto (2004, p. 154), “uma das funções da religião é proporcionar às pessoas o sentimento de pertença, um sentimento fundamental na identidade de cada pessoa”. Com relação à vida sexual, Ivonete diz sentir-se como se “estivesse pecando”, receia estar “agradando” a si mesma e “não a Deus” e pergunta a Ele se é normal que fique com desejo sexual nesse momento da vida. Apesar de mostrar-se resiliente (VASCONCELLOS, 2006) sente-se pecadora pela manifestação de sua sexualidade.

Com relação à questão da excitação sexual, após o recebimento do diagnóstico, Ivonete acredita que a menopausa causou mais impacto do que o câncer. Isso nos remete a Masters e Johnson (1988), quando afirmam que os níveis de estrogênio, em circulação, sofrem diminuição no período em torno da menopausa, promovendo uma menor lubrificação vaginal durante a fase de excitação sexual. Contudo, no caso de Ivonete, houve a continuidade da excitação sexual, apesar de diminuição de sua intensidade, oriunda de fatores próprios da menopausa e da doença debilitante. O mesmo ocorreu com o orgasmo.

As relações sexuais de Ivonete e Carlos são realizadas com “delicadeza e cuidados”, em função das adaptações nas posições sexuais atuais. Segundo Kusnetzoff (1988), muitas vezes, a parceria teme compartilhar o relacionamento sexual com medo de machucar a pessoa que está com câncer. Isso pode refletir-se, até mesmo, no hábito dos casais que dormem juntos, pois, é possível ocorrer algum dano, quando o cônjuge se mexe ou se vira dormindo, podendo levar a entender que a parceria sexual não quer mais se relacionar com a pessoa que está doente. Com isso, Carlos passou a ter uma resposta sexual mais rápida, o que pode levar à instalação de uma ejaculação precoce pelo condicionamento da ejaculação à resposta sexual rápida. Quando Carlos questiona se Ivonete está realmente interessada ou apenas deseja “cumprir uma obrigação” ou “agradá-lo”, pensamos na possibilidade de Ivonete ter desenvolvido anorgasmia. Masters e Johnson (1988, p. 468) afirmam que “algumas mulheres anorgásmicas sentem pouco prazer no sexo e o vêem como uma obrigação do casamento ou meio de manter um relacionamento”. Mas, mesmo diante de todas essas dificuldades citadas pelo casal, ambos consideram ter uma boa “relação” sexual, em função de se conhecerem bem e da afetividade recíproca.

Considerações Finais

Este estudo buscou investigar a repercussão que o câncer de pacientes sob cuidados paliativos tem sobre o relacionamento conjugal e a vida sexual do casal. Enfocamos algumas dimensões do relacionamento familiar e conjugal, como a fase do ciclo de vida e a forma como sistema está se adaptando e se reestruturando para lidar com as novas demandas; o relacionamento do casal com os filhos e outros membros da família; a vida sexual do casal, no período anterior ao recebimento do diagnóstico da doença e atualmente.

Observamos a necessidade de ajustes do sistema familiar, flexibilização de papéis e fronteiras e divisão de responsabilidades, a partir do momento em

que foi diagnosticada a doença e novas demandas se apresentaram aos membros da família, que se mostraram competentes nessas tarefas.

O casal participante está vivendo um momento de revisão e avaliação do relacionamento conjugal em que a história de vida é repassada em seus detalhes, dando lugar tanto aos momentos de satisfação quanto às mágoas e lembranças de infidelidades. Ivonete mostra-se compreensiva, talvez preocupada em “poupar” o marido, que já sofreu e está sofrendo com a doença da esposa e é tão solícito e dedicado a ela, assumindo seus cuidados com zelo, carinho, atenção e comprometimento. Assim, entendemos por cuidado uma atitude na qual a pessoa sai de si e centra-se no outro, podendo apresentar-se como um dos fatores que leva o esposo, no momento atual, a ser fiel.

O câncer, ainda hoje, com todos os avanços da ciência, continua sendo uma doença com a marca da desesperança, por ainda ser, em muitos casos, debilitante e fatal. Nesse contexto, a religião tem um papel importante no resgate da homeostase do sistema, ao possibilitar o entendimento do que está acontecendo em um nível que transcende a lógica linear e promover esperança de um futuro em condições diferentes.

A doença traz sofrimento e, ao mesmo tempo, “aproximação”. Ivonete se diz “mais solta” e à vontade com sua sexualidade e fala em “aproveitar o tempo”. Carlos questiona se a esposa “está apenas tentando agradá-lo” quando aceita ter relação sexual, refletindo a instabilidade psicossocial do homem frente às mudanças atuais do comportamento da mulher, em que o domínio e o poder pela sexualidade feminina sofrem alterações mediante uma maior expansão emocional, intelectual, laboral e sexual. Contudo, falar sobre sexualidade parece ter transportado o casal a um momento em que tudo era diferente, cheio de vida, do qual sentem saudade. Ao falar da situação atual, apesar de não desvinculá-la das circunstâncias, também expressam vitalidade. O desejo de Ivonete em curtir esse tempo de maior abertura, mostra que a doença e seus comprometimentos podem tirar o vigor físico, mas não apagam a chama vital, o desejo de viver e, conseqüentemente, a sexualidade.

Enfocar duas questões aparentemente antagônicas, cuidados paliativos e sexualidade, foi uma experiência importante e acredito que, como pesquisadora, estou mais atenta às questões da complexidade do ser humano. Minha relação com os participantes despertou uma admiração imensa pela força que demonstraram na luta contra a doença debilitante. Assim, fazer este estudo humanizou minha essência pessoal e profissional – como psicóloga e sexóloga. Ao mesmo tempo, ensinou-me que o ser humano possui uma condição que ultrapassa as barreiras de suas limitações diante das adversidades da vida.

Referências bibliográficas

- ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (Orgs.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995.
- BOURGEOIS-LAW, G.; LOTOCKI, R. Sexuality and gynecological cancer: A needs assessment. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 8, n. 4, p. 231-241, 1999.
- BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICH, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, p. 393-414.
- BUCHER, J. S. N. F. O casal e a família sob novas formas de interação. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e família: Entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: NAU, 1999, p. 82-95.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As Mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 7-29.
- CASARETT, D. Palliative Care; Palliative care questions unlikely to cause distress for family members. **Health & Medicine Week**, p. 1244, 2005. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqweb?index=3&sid=1&srchmode=1&visnt=PROD&fmt=3&clientid=48429&vname=PQD&RQT=309&did=8>>. Acesso em: 23 jun. 2005.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1992.
- CERQUEIRA, A. **A dinâmica conjugal em situação de câncer de mama**. Brasília: UCB, 2004.
- CERVENY, C. M. O. Pensando a família sistemicamente. In: CEVERNY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 15-27.
- CLARKE, P. Men living longer, healthier: Still one thing on their minds. **Medical Post**, v. 38, n. 46, p. 27, 2002.
- DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.
- FÉRES-CARNEIRO, T. Família e saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 8, p. 485-493, 1992.
- GONZALEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

- HITE, S. **O relatório Hite**: Um profundo estudo sobre a sexualidade feminina. 14 ed., São Paulo: Difel, 1982.
- HITE, S. **O relatório Hite sobre sexualidade masculina**. 4 ed., Rio de Janeiro: Bertrand, 1991.
- KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo**. 6 ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.
- _____. **Manual ilustrado de terapia sexual**. São Paulo: Manole, 1978.
- _____. **Enciclopédia básica de educação sexual**. Rio de Janeiro: Record, 1983.
- KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E. **Sexual behavior in the human male**. Philadelphia: Saunders, 1948.
- KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E. **Sexual behavior in the human female**. Philadelphia: Saunders, 1953.
- KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Manual de medicina sexual**. São Paulo: Manole, 1982.
- KUSNETZOFF, J.C. **O homem sexualmente feliz**: Do mito à verdade científica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- _____. **A mulher sexualmente feliz**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- LEE, H.; ZELEFSKY, M.; MCKEE, A.; LEIBEL, S. Efficacy of oral sildenafil in patients with erectile dysfunction after radiotherapy for carcinoma of the prostate. *Urology*, n. 53, p. 775-778, 1999.
- LIMA, L. M. **O traumatismo raquimedular e sua repercussão no relacionamento conjugal**. Brasília: UCB, 2005.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. **A conduta sexual humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- _____. **A incompetência sexual humana**. 3 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- _____. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed., São Paulo: Loyola, 2004, p. 167-180).
- MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**: Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 144-166.
- MINUCHIN, S. **Famílias**: Funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 2 ed., Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, 1990.
- MULLEY, S. Cancer patients want to discuss their sex problems. **Medical Post**, v. 34, n. 3, p. 21, 1998.
- OLIVEIRA, A.L.; CERVENY, C.M.O. Visitando a fase madura. In: CEVERNY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 85-126.
- OSORIO, L.C. & VALLE, M.E. Dinâmica das relações conjugais: Uma visão contemporânea. In: OSORIO, L.C.; VALLE, M.E. (Orgs.). **Terapia de famílias: Novas tendências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, pp. 9-16.
- PANTILAT, S.Z. Heart failure: Palliative care is important for heart failure patients and their families. **Heart Disease Weekly**, p. 57, 2004.
- PAPP, P. Prisioneiros do papel sexual. In: ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (Orgs.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995, p. 147-154.
- PAYNE, S.; LARGE, S.; JARRETT, N.; TURNER, P. Written information given to patients and families by palliative care units: A national survey. **The Lancet**, v. 355, n. 9217, p. 1792, 2000.
- PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: Uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed., São Paulo: Loyola, 2004, p. 181-208.
- PINTO, E.B. Reflexões sobre solidariedade, educação e postura de vida. In: HOLANDA, A. (Org.). **Psicologia, religiosidade e fenomenologia**. Campinas: Alínea, 2004, p. 147-162.
- ROLLAND, J. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICH, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 373-392.
- SATIR, V. A mudança no casal. In: ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (Orgs.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995, p. 29-37.
- SIMONI, M.; SANTOS, M.L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: Uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**. v. 14, n. 2, p. 169-194, 2003.

- SILVA, R.M. **A sexualidade do casal em situação de cuidados paliativos oncológicos**. Brasília: UCB, 2007.
- SIMONTON, S.M. **A família e a cura: O método Simonton para famílias que enfrentam uma doença**. 2 ed., São Paulo: Summus, 1990.
- SWIFT, D. Breast cancer survivors want sexuality advice. **Medical Post**, v. 34, n. 3, p. 35, 1998.
- TANG, C.S.; SIU, B.; LAI, F.D.; CHUNG, T.K.H. Heterosexual chinese women's sexual adjustment after gynecologic câncer. **The Journal of Sex Research**, v. 33, n. 3, p. 189-207, 1996.
- TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico – qualitativa: Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- VASCONCELLOS, A.C.G.D. **O ciclo de vida em famílias com um membro portador de paraplegia: Um estudo sobre resiliência familiar**. Brasília: UCB, 2006.
- VASCONCELLOS, M.J.E. **Terapia familiar sistêmica: Bases cibernéticas**. São Paulo: Psy, 1995.
- WATZLAWICK, P. Pensamento sistêmico e abordagem dos sistemas humanos. In: ELKAÏM, M. (Org.). **Terapia familiar em transformação**. São Paulo: Summus, 2000, p. 155-157.
- YIN, R. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 2 ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.

TEMA:
A AUTO-IMAGEM E A SEXUALIDADE

O RESGATE DA AUTO-ESTIMA: O DESAFIO DE SUPERAR AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA

*Iracema Teixeira*¹

RECOVERING SELF-ESTEEM: THE CHALLENGE
OF OVERCOMING THE EFFECTS
OF BREAST CANCER SURGICAL TREATMENT.

Resumo: Este artigo aborda as implicações psicosssexuais do tratamento cirúrgico da neoplasia mamária feminina, mais especificamente da mastectomia e da reconstrução da mama. O foco deste trabalho concentra-se nas conseqüências de tais procedimentos na auto-estima e no exercício da sexualidade da mulher acometida pelo câncer de mama. Iniciamos por um breve percurso histórico, para em seguida salientar o papel dos seios na construção do feminino e finalmente, apresentamos algumas pesquisas sobre o grande desafio enfrentado pelas mulheres.

Palavras-chave: Auto-estima; sexualidade; mastectomia; reconstrução de mama.

Abstract: This article addresses the psychosexual implications of the surgical treatment of female breast neoplasia, more specifically of mastectomy and breast reconstruction. This work focuses on how such procedures may affect the self-esteem and the sexuality of women who are victims of breast cancer. We shall start with a brief historical background, and then we will discuss the role of breasts in the construction of femininity and finally, we show some surveys conducted on this great challenge faced by women.

Keywords: Self-esteem; sexuality; mastectomy; breast reconstruction.

¹ Docente do Curso de Pós-graduação em Sexualidade Humana do UnilBMR – Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação / RJ. e-mail: iracema@iracemateixeira.com.br

Ao longo da história da humanidade as mamas femininas estão associadas a vários significados e simbolismos. À medida que os séculos foram transcorrendo os seios femininos sempre se destacaram no imaginário coletivo, apresentando alterações no que diz respeito ao volume, formato ou sua função ideal. Entretanto, seu componente erótico e sua função nutricional estiveram, marcadamente, presentes.

Durante a Antigüidade, os seios possuíam o aspecto sagrado de fonte de vida universal. Na Idade Média, o culto aos seios pequeninos, empinados; no Renascimento, aos seios fartos, tanto no sentido erótico, quanto no aspecto nutridor. Durante os séculos XVIII e XIX, foram utilizados como símbolos da ascensão da burguesia – fartos e férteis. Chegando ao século XX, tornou-se, no ocidente, o ideal erótico para os homens; emergindo a “cultura do silicone”.

Das deusas míticas do Paleolítico e Neolítico, passando pelas musas hollywoodianas até as “siliconadas” do século XXI, os seios sempre assumiram destaque especial.

Cabe ressaltar que as mamas constituem-se na principal característica sexual secundária feminina. Estão diretamente ligadas ao conceito de maternidade, tendo em vista sua função biológica – o aleitamento. Representam, também, em especial na puberdade-adolescência, um dos fatores basilares para a solidificação da identidade feminina. Além disso, podem ser consideradas componentes importantes nas experiências erótica e sexual do relacionamento diádico.

É lícito afirmar, portanto, que a grande valência atribuída aos seios ao longo dos tempos sempre norteou a mítica feminina, tornando-os elementos extremamente significativos, em relação à estrutura da identidade psico-sexual da mulher, mas também como um forte atrativo e estímulo sexual, em várias sociedades.

Independente do sentido manifesto: mítico/sagrado, santo/pecaminoso, maternal/fonte de nutrição ou erótico/sedutor, a relevância está no profundo sentimento de admiração causado pelos seios.

Considerando-se todo esse papel relevante atribuído aos seios, espera-se que situações, que coloquem em risco sua funcionalidade e seu valor estético, sejam geradoras de profundas repercussões negativas na auto-estima feminina. Portanto, retirar parte ou todo o seio, estar-se-ia mutilando a própria identidade feminina, mesmo que tal procedimento seja primordial à preservação da vida.

O papel dos seios na construção do feminino

A mama feminina é a principal característica sexual secundária da mulher, e constitui-se elemento crucial na sua identidade sócio-sexual.

As fêmeas da espécie humana são as únicas que possuem as mamas salientes, já que em outras espécies, o aumento de tamanho e volume ocorre somente na época da amamentação. Essa característica aponta para outras funções além do aleitamento: erótica, psíquica e cultural.

Ao longo das fases da vida de uma mulher – período fetal, infância, puberdade, fase reprodutiva, menopausa e velhice – as mamas sofrem várias mudanças. O período de maior relevância é a puberdade por ser o momento de ápice do crescimento – telarca, e por consequência da anunciação pública da “mulheridade”.

Do ponto de vista funcional, as mamas podem ser consideradas como acessórios dos principais órgãos reprodutores, pois sua função básica é o aleitamento. Durante o período gestacional uma intensa atividade hormonal acontece gerando profundas alterações anatomo-fisiológicas, com o objetivo de preparar as mamas para a lactação. Após o período de aleitamento, as mamas retornam ao seu estado anterior de valor eminentemente estético.

Ao alcançar a menopausa, devido à ausência da estimulação do estrogênio, as mamas tendem a gradualmente perder a elasticidade e o volume, em virtude da redução do tecido glandular, permanecendo uma porção de gordura. À medida que a mulher envelhece suas mamas não passam por nenhuma outra alteração física significativa.

O aleitamento pode ser visto como um epifenômeno, na medida em que comporta um amplo espectro de significados. De um ato oblato à determinação biológica; lactar está diretamente atrelado ao conceito de amor materno pois, é a forma como a mamada ocorre que configura todo o significado afetivo-emocional do aleitamento.

A mama feminina possui um componente erótico fortemente marcado em nossa cultura.

Em termos anátomo-fisiológico, Stoppard (1998) esclarece que as mamas femininas possuem uma enorme quantidade de terminais nervosos, responsáveis pela sensibilidade ao toque, à temperatura e à dor. Os nervos sensoriais convergem para o mamilo e para a aréola, tornando-os sensíveis. Tais terminais estão conectados ao sistema nervoso autônomo, responsável pelas reações

involuntárias do organismo. É provável, portanto, que esta seja a conexão entre a estimulação dos mamilos e a excitação sexual na área genital.

Em relação à sensibilidade, os seios são considerados zona erógena primária. Respondem à estimulação direta, praticamente na mesma proporção em que os órgãos sexuais externos, os lábios e as nádegas (STOPPARD, 1998; COSTA, 1999).

Algumas mulheres podem alcançar o orgasmo ao serem intensamente acariciadas nessa região, conforme nos situa Comfort (1984) que afirma também: “[...] a mulher tem uma ligação direta entre o mamilo e o clitóris.” (op.cit, p.38).

Cabe esclarecer que o tamanho e a forma do seio não estão relacionados ao interesse sexual da mulher e nem à sua capacidade orgásmica.

Na pesquisa realizada por Kinsey (1954), verificou-se que as mamas, em especial os mamilos, são eroticamente sensíveis para a maioria das mulheres. Afirma que 11% das mulheres pesquisadas, ao se masturbarem, tocam suas mamas, e que a estimulação nessa região é mais freqüente em “[...] grupos mais instruídos, onde quase todos os homens (99%) manipulam a mama feminina e, cerca de 90% estimulam oralmente durante as carícias ou nas atividades preliminares do coito...” (op. cit., p.551). Ele também esclarece que “[...] o contato buco-mamária constitui a técnica de carícias mais caracteristicamente humana.” (op. cit., p. 261).

Segundo Masters, Johnson e Kolodny (1988), a região mamária, tanto quanto os genitais, são áreas de extrema sensibilidade erótica. Por conseguinte, os referidos autores sugerem sua estimulação, objetivando intensificar a experiência da sensualidade, como incremento do encontro sexual.

A valorização dos seios como objeto erótico transcende o âmbito científico-acadêmico e hoje se encontra difundida em diversos livros de auto-ajuda e/ou em revistas de grande circulação. Visto que seu simbolismo, fundamentado na estética, na sensualidade, no erotismo, na excitação e no prazer, é componente humano tão fundamental às mamas, como a sua funcionalidade biológica básica de nutrição.

A toda construção antecede um percurso. Do caminhar histórico à relevância das funções essenciais, confluindo na construção conceptual do feminino e, nesta, os seios constituem elementos fundamentais.

A visão psicológica das mamas femininas já ganha destaque desde a abordagem psicanalítica; quando concedeu aos seios uma conotação especial, enquanto base para o desenvolvimento do psiquismo humano.

Para Freud (vol. XV), o seio é o primeiro objeto da pulsão sexual. Pois, seria a principal fonte da experiência primitiva de satisfação, visto ser a via que alimenta e sacia a fome do bebê.

Nesse contexto, o seio é protagonista do primeiro estágio do desenvolvimento sexual. Conforme se observa nas concepções desenvolvidas por Freud em “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, pode-se dizer que “a satisfação obtida no seio materno é a referência originária para todos os prazeres dos sujeitos.” (VOLICH, 1995).

Freud afirma que ao longo do processo de desenvolvimento do psiquismo a descoberta, pela menina, de que não possui um pênis provoca um sentimento de castração que se transforma em inveja, como desdobramento de sua decepção em não possuí-lo. Diz ele:

[...] Se penetrarmos profundamente na neurose de uma mulher, não poucas vezes deparamos com o desejo reprimido de possuir um pênis. (op.cit., vol. XXVII, p.151)

Estrutura-se, assim, um dos pilares da teoria psicanalítica no que se refere ao feminino – o sentimento de castração pela inveja do pênis.

Porém, Volich (1995), levanta questões de caráter essenciais em relação à construção do feminino pela psicanálise e argumenta que “A Psicanálise vê na relação com o seio a fonte das experiências relacionais do sujeito, mas omite quanto à importância dele para a organização da identidade feminina.” (op. cit., p.55)

Afirma, ainda, o referido autor que Freud negligenciou os seios na estruturação da identidade da mulher, pois concebe tal processo a partir, exclusivamente, da importância do pênis e da conseqüente castração feminina: “[...] ele (Freud) nunca chegou a considerar o seio como um órgão que pudesse representar a potência materna ou mesmo feminina.” (op. cit., p.60, 1995)

Os textos psicanalíticos concedem aos seios uma condição de objeto de satisfação e gratificação da criança, privilegiando a função alimentar e desconsiderando-os como objeto carregado de significação para o sentimento de ser mulher. Pode-se supor que, para Freud, os seios foram atributos exclusivos da maternidade, e não de feminilidade.

O surgimento dos seios, enquanto representação da maturidade feminina, significando o aparecimento do corpo adulto “mulherizado”, dá oportunidade à menina de dizer que possui algo que os rapazes nunca terão.

Ao imbricar os pressupostos teóricos psicanalíticos, é notável a relevância atribuída ao pênis. A figura dos seios fica obscurecida pela glória fálica. Entretanto, são as únicas estruturas corporais que são fonte de prazer para os amantes, os filhos e também para as próprias mulheres.

Seguindo este viés crítico, Yalow (1998) referiu-se às conjecturas freudianas da seguinte forma:

Por estar enclausurado numa estrutura de pensamento centrada no homem, Freud apenas concebia o seio do ponto de vista externo [...] Se Freud fosse mulher, talvez tivesse desenvolvido uma teoria sobre a inveja do seio em vez da teoria da inveja do pênis.” (op. cit. p.185)

À semelhança da teoria freudiana, Melanie Klein concebe os seios enquanto órgãos de ressonância na experiência relacional, posto ser o ponto de partida – a relação boca/seio – do desenvolvimento do psiquismo. No entanto, tenta reordenar a hierarquia freudiana, em que o pênis assume ponto central, para conceder proeminência ao seio.

Em se tratando do corpo feminino, o surgimento dos seios, acompanhado de outras modificações corporais, possui um correlato profundo com a experiência subjetiva de ser mulher. Por se tratar de uma parte facilmente perceptível para si e para os outros, traz importantes implicações, uma vez que anuncia publicamente a condição de ser mulher. Deste modo sendo, sendo as mamas um órgão externo, explicita a condição de fêmea/mulher, tanto para si quanto para o mundo; até porque útero, ovários e vagina são partes escondidas. Podemos então afirmar que a identidade feminina encontra suporte na imagem corporal.

Conforme elucida Cavalcanti (1992), reconhecer-se enquanto pessoa começa pelo reconhecimento do próprio corpo. Portanto, a identidade e a condição corpórea não são entidades separadas.

A transição de menina à mulher é marcada pela menarca, mas também pelo despontar das mamas. Este evento configura-se como um ritual de anúncio, caracterizado pelo advento do primeiro *soutien* – marca da edificação da mulheridade. É acertado, pois, dizer que o crescimento das mamas femininas constitui um evento biológico que sinaliza uma mudança na concepção de si mesmo; ou seja, na sua imagem corporal.

A imagem corporal inclui a aparência que nossos corpos têm e como eles funcionam, afirmam Bogle e Shaul (1981). Lindensmith (1977, apud. MORETTI, ROVANI, 1996) a define como sendo um retrato mental que as pessoas

têm de seu corpo. Tal representação de si afetará a maneira pela qual esta pessoa pensa sobre si mesmo e interage com os outros.

Corroborando, Schilder (1980) afirma que a imagem corporal é a configuração do corpo formada na mente, isto é, “[...] o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.” (op.cit., p.11).

Tais afirmativas confluem para a visão de que tanto a percepção quanto os sentimentos que se têm em relação ao próprio corpo configuram uma idéia de si própria. Nesse sentido, vale reiterar que, na adolescência, palco de intensas e numerosas transformações, a imagem corporal sofre uma mudança profunda. O corpo, até então caracterizado como imaturo, eclode em uma explosão erótico-sexual.

Uma vez que as mamas são a principal característica sexual secundária, o aumento, a redução ou a correção delas parece realizar um desejo direto de elevar o poder de atração sexual, refletindo um interesse literal, mais do que simbólico, com a identidade feminina, ressalta Gifford (1976).

Nesse sentido, o conceito de imagem corporal interliga-se ao de autoconceito, uma vez que, de acordo com Combs e Snygg (1959), Rogers (1956), Purkey (1973) e Maslow (1970), autoconceito é uma complexa organização das percepções que a pessoa tem acerca de si mesma.

Guenther e Combs (1980) aprofundam essa definição, quando afirmam que a percepção de si mesmo é o centro do universo pessoal; o quadro referencial a partir do qual o indivíduo se coloca no mundo. Dizem, ainda, que existem “[...]indicações suficientemente claras na direção de apontar o auto-conceito como um dos elementos mais importantes na constituição psicológica das pessoas e que influencia toda a sua vida e todo o seu comportamento.” (op. cit., p109)

O olhar do outro se constitui num aspecto relevante já que seria um elemento fundamental na estruturação da imagem corporal, segundo Schilder (1980).

Da temática do olhar, segue-se em direção à noção de atratividade. O sentimento de atratividade engloba as complexas conexões entre auto-estima, imagem corporal e o olhar do outro.

Cabe, pois, elucidar essa trama, ou porque não dizer drama.

Por atração entende-se *“do latim attrahere; trazer para si, puxar ou solicitar para si.”* (FERREIRA, 1996). Mais detalhadamente, Goldenson e Kenneth (1989) definem atração como sendo a “[...]capacidade de despertar interesse

sexual através de maneiras provocantes ou formas físicas excitantes, como os seios...” (op.cit., p.30) É possível perceber uma relação com o significado de sedução: “*do latim seductione; atração, fascínio.*” (FERREIRA, 1996); ou seduzir: “*do latim seducere; atrair, encantar, fascinar, deslumbrar.*” (op.cit.). Portanto, atrair e seduzir seriam estratégias de ação, cuja finalidade é trazer para perto alguém que se enquadra nos ideais valorativos da pessoa que se sente atraída.

Podemos afirmar que a cultura possui um discurso de valorização estética, em que sentencia a mulher a um julgamento do que é ou não é belo. Esse caráter valorativo estruturado fundamentalmente pelo masculino, seleciona, qualifica e hierarquiza; e, o que estiver fora do esperado é percebido como anormal e indesejado. Os seios são louvados, criticados ou cobiçados. São os ícones culturais da feminilidade e atratividade sexual, segundo afirmam Saba (1982), Masters, Johnson e Kolodny (1997) e Costa (1999). Portanto, é de grande importância para a mulher possuir seios em tamanhos e formatos socialmente aceitáveis.

Por conseguinte, a mulher, segundo Fisher (1978), tende a direcionar sua energia para sua aparência, possuindo como referencial o padrão vigente. Estaria, assim, buscando tornar-se centro de atenção e admiração, conferindo-lhe um sentimento de ser atraente e cobiçada.

Todo esse empenho das mulheres estaria relacionado à garantia de uma aceitação social, dentro de uma perspectiva sociocultural, onde o belo é consagrado; como também, conforme uma visão da biologia evolutiva, a beleza das fêmeas asseguraria o poder de escolher o macho mais adequado para a reprodução. (JURBERG, JURBERG, 1999)

O outro fio que conduz à trama da atratividade no ser mulher é a auto-estima.

Moysés (1982) define auto-estima como sendo o julgamento que um sujeito faz acerca de seu próprio valor. Refere-se, pois, a uma auto-avaliação, que, por sua vez, decorre da capacidade exclusivamente humana de consciência de si mesmo, segundo aponta Machado (1998).

A capacidade que o ser humano possui de pensar é a condição básica do existir, fala Brander (1995a). Nesse sentido, pode-se entender auto-estima como o conceito que a pessoa atribui a si mesma, a partir da percepção dos vários aspectos que envolvem seu universo pessoal.

Costa (1978) estabelece alguns fatores básicos na estruturação da auto-estima:
a) percepção corporal – como o sujeito se percebe fisicamente e se qualifica.

Existe uma correlação entre auto-estima e como o indivíduo percebe a aparência de seu corpo, de acordo com Weinberg (1960) e Kurtz (1968) (apud. COSTA, 1978); b) capacidade de iniciativa para solução de problemas – ser capaz de superar obstáculos e encontrar “saída” para um problema, seria a capacidade de evitar a frustração. Esse aspecto associa-se à noção de autovalorização. Uma pessoa que não consegue reagir, quando inserida em uma situação problema, tende, automaticamente, a se desvalorizar, o que vai contribuir para diminuição de sua auto-estima. Na condição inversa, a pessoa estaria buscando seu crescimento e validando seu potencial; c) desempenho profissional – relaciona-se também aos sentimentos de segurança e realização; encontram-se associados à experiência de auto-valorização e capacidade; d) aceitação do “eu” – aceitar-se como é; compõem sentimentos de satisfação ou insatisfação com sua forma de pensar e agir; e) percepção social do “eu” – refere-se aos sentimentos de segurança consigo e auto-confiança, no que diz respeito à opinião pública.

Ao exame de tais aspectos, observa-se um grau valorativo associado a cada um. Tal graduação envolve um *continuum* entre a elevada e baixa auto-estima.

Entretanto, ao compreender auto-estima em termos meramente valorativos, corre-se o risco de reduzir o seu real sentido. De forma mais ampla, Brander (1995a) a define como “[...]a soma de autoconfiança com o auto-respeito.” (op.cit, p.9) O mesmo autor vai mais além, ao afirmar que a auto-estima engloba o sentimento de competência e de valor pessoais.

O conceito de auto-estima está diretamente interligado à estruturação interna, ou da personalidade e sobre tal aspecto Fanning (1991) afirma que uma das funções básicas que permite a sobrevivência psicológica nos momentos de crise é a auto-estima.

Para Brander (1995a), é o elemento chave da motivação humana e tem valor de sobrevivência em relação à integridade pessoal. Posteriormente Brander (1995b) aprofunda a definição ao afirmar que a auto-estima é a disposição que cada pessoa tem para se perceber como alguém competente no enfrentamento dos desafios da vida e se sentir merecedora de felicidade.

A auto-estima envolve, portanto, o sentimento de sentir-se digna, alguém de valor, além de um gostar de si mesmo e querer o melhor para si mesmo. Essa autovalorização relaciona-se a acreditar em suas potencialidades e isso repercute nas estratégias de enfrentamento adotadas em situações de crise, como o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Alguns autores afirmam, inclusive, que uma elevada auto-estima favorece a que o indivíduo seja criativo e agente ativo na busca de soluções frente aos desafios (CLARK, CLEMES, BEAN, 1995). Para Vasconcelos-Raposo (2004) aqueles que apresentam auto-estima elevada tendem a desenvolver habilidades produtivas e atitudes responsáveis na busca do bem-estar próprio e coletivo

A auto-estima pode ser considerada como um dos pilares da personalidade por estar presente em vários aspectos da vida pessoal. Tal constructo não se resume à avaliação de capacidade e habilidades como foi apresentado, mas implica, também, na idéia formulada sobre quem se é o que considera ser. A isso Brander (1995a) denomina de autoconceito. Portanto, auto-estima e autoconceito são elementos interconectados.

No que se refere a essa proposição, Machado (1995) ressalta que a auto-estima expressa uma conjunção de elementos cognitivos e afetivos a respeito de si mesmo, pois subentende a idéia de que a pessoa tem sobre si e seus sentimentos para consigo própria.

Cash (1997) diz que uma mulher que possui uma imagem corporal comprometida poderá ter sua auto-estima abalada e, conseqüentemente, suas funções vitais estarão afetadas.

Vê-se, pois, a ascensão da cirurgia plástica estética; anteriormente para diminuir os seios, porém, agora a moda é a imagem farta. Acompanhando o ditame em voga, as cirurgias são para aumentá-los, na maioria das vezes. Segundo dados divulgados na mídia, as cirurgias dos seios representam 40% do total das plásticas. Em 1993, 5.000 mulheres optaram pelo aumento das mamas no Brasil; no ano de 1998, dobrou o número. Atualmente, a mamoplastia reina absoluta entre as modalidades de cirurgia plástica estética no Brasil, que é o segundo país no ranking desse tipo de cirurgia. Cerca de 100 mil mulheres realizaram este procedimento, no ano passado, seja para reduzir ou aumentar as mamas. A previsão para 2007 é de 80 mil, sugerindo a grande importância que os seios ainda possuem no ideário estético.

Zani (1998) chama a atenção para o grande crescimento da indústria da beleza em todo o mundo: “Nunca a busca da beleza foi tão prestigiada como agora.” (op. cit, p.4). Todavia, ressalta ainda que “ter uma imagem positiva do próprio corpo é mais uma questão de auto-estima do que de beleza física.” (op.cit., p.7)

Nesse caminho, vários desafios estão presentes e não há uma única direção, ou a mais correta. Cabe, pois, percorrê-lo, objetivando o equilíbrio entre o viver honrando a si mesmo e viver em função das demandas externas.

Repercussões afetivo-sexuais da mastectomia e da reconstrução mamária

O tratamento cirúrgico do câncer de mama pode produzir uma mutilação com grandes seqüelas na auto-estima e, conseqüentemente, na dimensão afetivo-sexual, dependendo do procedimento adotado.

A experiência mutiladora, como conseqüência da ablação mamária, pode apresentar duas conotações. A primeira diz respeito à sensação de perda da capacidade de dar afeto, considerando o seio como sendo a representação simbólica dessa capacidade e a segunda, a perda do senso de atratividade e conseqüente diminuição da auto-estima, como especula Cherman (1993).

O Conselho de Medicina do Rio de Janeiro (1995), em parecer oficial, chama a atenção das seqüelas indesejáveis, oriundas do tratamento da neoplasia mamária. Além das implicações físicas, como o linfedema e o desbalanceamento do equilíbrio, com sobrecarga vertebral, não se pode olvidar o terrível abalo na imagem corporal, e, em conseqüência, a diminuição na auto-estima da mulher.

Em um estudo (FISHER, 1978) observou-se que na medida em que a mulher se sintia mais atraente e cobiçada, tenderia a buscar, com mais freqüência, o contato sexual. Em contrapartida, a ansiedade de perder o objeto amado, poderia interferir em sua resposta sexual. As mulheres que apresentam medo de perder o parceiro podem se tornar suscetíveis à realização sexual, seja no que diz respeito à freqüência das relações, como também na experiência orgástica. Todas estas ponderações estão vinculadas à premissa de que a admiração do parceiro pode ser considerada como fator relevante no alicerce de uma boa auto-estima, na maioria das mulheres garantindo um bom funcionamento sexual.

Kitzinger (1985) declarou que a perda de qualquer parte do corpo em uma operação mutilante, por mais necessária que seja para assegurar a vida, acarreta inúmeras aflições. A mastectomia constitui-se em um recurso mutilante da própria feminilidade, como também, da sexualidade feminina, por causa da óbvia evidência externa da amputação. Encontramos em Wellisch et al. (1985) um complemento a esta declaração. Eles afirmaram que a mastectomia é, claramente, associada à disfunção sexual. Declaram ainda que a não integridade corporal, devido à ausência de simetria, pode suscitar sentimentos de perda de feminilidade e poder de atração, gerando conseqüências negativas em sua auto-estima e na resposta sexual.

A mastectomia envolve, fundamentalmente, dois tipos de perda. A experiência física e objetiva da perda da mama e a experiência, não menos real, da perda da feminilidade, do comprometimento da auto-estima e dos sentimentos eróticos. Tais vivências podem acarretar alterações na resposta sexual feminina.

Ghizzani et al. (1995) avaliaram alguns fatores que influenciariam a vida sexual das mulheres mastectomizadas. O design metodológico envolveu uma amostra de cinquenta pacientes – vinte e oito com menstruação regular e vinte e duas menopausadas; com idade entre quarenta e três e cinquenta e nove anos; sendo todas casadas ou com parceiro fixo. As conclusões deste estudo foram de que a atenção amorosa do parceiro constituiu-se um elemento fundamental de superação dos sentimentos de inadequação e resistência a mostrar a cicatriz. As pacientes mais novas mantiveram um estado prolongado de *distress* emocional; além disso, a aceitação da cicatriz foi extremamente difícil nessas pacientes, interferindo no desejo e na espontaneidade sexual. Concluíram que a retomada de uma sexualidade mais gratificante, durante a convalescença, foi favorecida, tanto nas mulheres jovens como nas mais velhas, pela capacidade do casal em compartilhar intimamente todas as experiências, e, também, pelo sentimento de segurança afetiva vivida pelas pacientes, em relação aos seus parceiros.

Conforme situam Masters, Johnson e Kolodny (1997), a mastectomia não afeta diretamente a sexualidade feminina, do ponto de vista fisiológico. Os desdobramentos incidem, predominantemente, no senso de atratividade. As diversas reações apresentadas pelas pacientes envolvem vários aspectos: a) a sensação de perda do poder de atração, que se traduz, geralmente, por uma diminuição da auto-estima e pela sensação de impotência; com riscos de depressão; b) a preocupação com a reação do parceiro ou de futuros parceiros; c) grande medo de ser rejeitada; d) medo de se tornar menos sensual, devido à doença; e) independente do grau de intimidade vivido pelo casal, a mulher poderá sentir-se insegura a respeito dos sentimentos do parceiro por ela; não é raro, apresentar um padrão de comportamento ansiogênico, visando a uma confirmação quanto à autenticidade do interesse e da satisfação sexual por parte do parceiro. A partir de suas observações clínicas, estes autores afirmaram que, na maioria dos casos, a frequência da estimulação do seio durante o intercurso sexual tende a diminuir. Tal fato se daria por dois motivos: tendência do parceiro em evitar tocar em toda a região peitoral (seja no seio bom e/ou na cicatriz) e a própria mulher sentir-se constrangida com a nudez total durante o ato sexual. Essas situações podem acarretar mudanças na atividade sexual, como resultado da perda da espontaneidade. Declaram ainda que o número de mulheres que evitam a posição por cima no homem

triplica após a mastectomia, pois, esta implica na visualização direta da região peitoral.

Kaplan (1992) elucida que a fonte mais comum de stress relacionada à mastectomia é o medo que a paciente apresenta de ser rejeitada pelo parceiro. Essa experiência emocional pode eliciar algumas disfunções sexuais, chegando à evitação do contato, e isso pode vir a tornar-se destrutivo para ela e seus relacionamentos.

O binômio sexualidade/câncer de mama ainda é muito pouco explorado pela comunidade científica. Parece que os problemas sexuais tomam uma dimensão menor quando comparados aos riscos de uma morte prematura. Assim, algumas mulheres podem se sentir constrangidas e, até mesmo, culpadas por estarem pensando em sexo, quando deveriam “estar agradecidas” por estarem vivas. Portanto, cabe aos profissionais de saúde facilitar a expressão desses questionamentos e adotarem uma postura mais sensível para o impacto devastador dos tratamentos do câncer de mama na sexualidade.

A cirurgia de reconstrução mamária (RM) é um procedimento relativamente recente. Na década de 70 deu-se início ao desenvolvimento de técnicas reconstrutivas mais apuradas, tanto no design, quanto no procedimento cirúrgico propriamente dito (NOONE et al., 1982; HANG-FU, 1991). Apesar de que, na história da cirurgia plástica encontram-se relatos de tentativas de reconstrução, desde o final do século XIX, conforme nos ilustra Marques *et al* (1995) ao citarem os estudos de Tanzini, datados de 1886. Entretanto, em 1906 é publicado, pela primeira vez, um trabalho científico a respeito do implante mamário (MAXWELL, 1979, apud HANG-FU, 1991).

Vários autores afirmam, mediante a prática clínica que a RM oferece às mulheres inúmeras vantagens positivas, no que diz respeito à auto-estima, à auto-imagem, à vida pessoal e sexual, resgatando o senso de feminilidade e atratividade. (CAPURRO et al., 1981; CHEFFE et al., 1985; POMPEI, BIOTTI & ANZÁ, 1990; PITANGUY et al., 1991; SALEM et al., 1996)

Algumas razões para se considerar a RM são apresentadas por McCraw, Cramer e Horton (apud BLAND, COPELAND, 1993). São elas: 1) a incapacidade de usar roupas normais: o eufemismo normal refere-se aos trajes de verão, como vestidos, maiôs e biquínis; 2) desconforto com a prótese externa: seu uso dissimula a deformidade em algumas situações, porém são consideradas pesadas e quentes, além da possibilidade de ocorrerem incidentes com a prótese quando sai do lugar, causando grande embaraço para algumas mulheres; 3) a experiência da desfiguração associada à mastectomia: é comum o relato

de profunda insatisfação cada vez que a mulher se olha no espelho, como também a frequente evitação em se despir na presença de qualquer pessoa; 4) estigma pós mastectomia: as mulheres mastectomizadas alegam que são socialmente consideradas “anormais”; diferentes das outras mulheres.

Uma discussão dos aspectos éticos, psicológicos e técnicos das cirurgias oncológicas e reconstrutoras da mama são apresentadas por Cheffe et al. (1985). Em suas apreciações, afirmam serem as mamas femininas a parte mais apreciável e destacada da característica de diferenciação sexual e a sua mutilação pode gerar severos distúrbios psíquicos em grande parte das mulheres, sendo, então, a reconstrução a possibilidade de “[...] restaurar na paciente o equilíbrio físico e emocional” (op.cit, p.530).

Vale a ressalva de que muitas das considerações não estão calcadas em investigações controladas estatisticamente; são, na verdade, conclusões empíricas procedentes da práxis, mas que, de qualquer forma, expressam questões relevantes dentro de uma perspectiva de saúde integral.

Fallowfield e Baum (1993) afirmam que todos os estudos por eles cotejados demonstram que a RM minimiza o trauma proveniente da mastectomia. Declaram também que a referida técnica tende a preservar a auto-estima e a sexualidade, além de reduzir o sentimento de vergonha, em geral vivido por estas mulheres.

Um trabalho visando analisar as variáveis social, cultural e psicológica, que influenciam as mulheres na escolha por uma cirurgia reconstrutora, foi desenvolvido por Charavel, Brémond e Courtial (1997). Em uma amostra de 96 pacientes, dividida em 45 com reconstrução e 51 sem reconstrução, foi utilizado um questionário auto-aplicativo, elaborado a partir de um pré-teste com vinte pacientes acompanhadas clinicamente. Foi observado que pacientes com reconstrução demonstraram maior satisfação, avaliando suas vidas sexuais sem alterações ou tendo melhorado com a cirurgia, em oposição às mulheres sem reconstrução.

Em pesquisa desenvolvida por um grupo italiano (Caruso et al., 1998), com duzentas e oitenta e uma pacientes, das quais 45,2% se submeteram ao tratamento conservador da mama e 38,8% à mastectomia; em 16% das pacientes mastectomizadas foi realizada a reconstrução imediata; os autores concluíram que a RM reduziu, sensivelmente, o trauma psicológico da mastectomia.

Com o objetivo de averiguar as implicações afetivo-sexuais e conjugais da mastectomia e da RM, Teixeira (1999) observou que a ablação mamária

possui um efeito desagregador na dinâmica psicológica da mulher; suscita sentimentos de perda da atratividade e feminilidade e abala profundamente a auto-estima feminina. Os achados desta pesquisa sugerem que após a mastectomia, as pacientes com ou sem RM, vivenciaram um abalo profundo em sua auto-estima e na auto-imagem. Fortes sentimentos de desqualificação e de incompetência feminina; vergonha em serem olhadas por qualquer pessoa, inclusive pelo próprio parceiro; medo de serem rejeitadas, devido à insegurança em relação aos sentimentos de seus pares; medo de iniciarem um novo relacionamento e serem rejeitadas ao mostrarem seus corpos nus, constituiu-se uma dinâmica predominante.

É indiscutível que, quando uma parte visível do corpo é mutilada – mesmo que tal procedimento venha a garantir a vida – a imagem corporal estará sendo afetada, exigindo, por conseguinte, uma reorganização somático-emocional dessa pessoa. Todavia, o efeito desta situação deverá ser analisado em conjunção com outros aspectos de sua dinâmica existencial. Ao se considerar a análise dos dados oriundos desta amostra, observou-se alterações negativas na relação afetivo-conjugal das pacientes sem reconstrução, comparadas ao grupo com reconstrução. Afirmar que a desestruturação ocorrida deu-se, exclusivamente, em função da mastectomia, seria uma atitude prematura e simplista, pois a dinâmica conjugal envolve inúmeros fatores, tanto da dinâmica pessoal de cada membro do casal, como também, do contexto geral da relação.

Finalmente, vale destacar duas considerações acerca da cirurgia de RM obtidas no referido estudo: 1) o procedimento cirúrgico foi considerado como um sonho a ser realizado pela maioria das pacientes mastectomizadas sem reconstrução. Não se trata de um mero desejo, segundo elas, mas de um projeto de vida prioritário, essencial para abraçar outros sonhos; 2) a RM reduziu o trauma da mutilação, possibilitou o resgate de sentimentos valorativos associados à auto-estima e à auto-imagem; restaurou sentimentos de atratividade e de feminilidade; aumentou a motivação em adotar comportamentos de cuidados estéticos; possibilitou a experiência de satisfação pela liberdade em usar qualquer tipo de roupa, gerando maior segurança e bem-estar e, finalmente, favoreceu a vivência de satisfação existencial. As pacientes expressaram grande satisfação em terem de volta sua forma feminina.

O INCA (2003) apresentou recentemente um relatório sobre a utilização da RM e esclarece que tal procedimento é oncológicamente seguro e vem sendo cada vez mais empregado, tendo em vista as repercussões positivas nas pacientes já que diminui sensivelmente o sentimento de deformidade.

Além disso, afirmam que anseiam por aumentar a utilização da reconstrução imediata pelos mesmos motivos.

Algumas das conclusões que Vianna (2004) obteve em um estudo piloto sobre avaliação psicológica da RM, três são relevantes: 1) as pacientes estudadas apresentaram o desejo de melhorar a auto-estima e retomar o convívio social a partir da RM; 2) a RM foi considerada um dos fatores que contribui para o resgate positivo da auto-imagem das pacientes; 3) foi observado que RM favoreceu positivamente os relacionamentos afetivo-sexuais. Tais conclusões corroboram com os dados apresentados pela literatura sobre o assunto.

Ao cotejar as pesquisas desenvolvidas, ao longo dessas décadas, é lícito afirmar que os estudos que avaliaram as implicações afetivas, sexuais, conjugais das cirurgias das RM demonstraram equivalência no que se refere à melhora na qualidade de vida das pacientes. Além disso, percebeu-se que o drama da mutilação apresenta-se mais configurado na mastectomia, mesmo considerando que uma paciente venha a se submeter à reconstrução mamária.

Considerações finais

A cada novo ano a comunidade científica dá maior atenção ao desenvolvimento de novas técnicas e expedientes clínicos, colocando à disposição recursos capazes de criar uma mama semelhante, em forma e aparência à natural. Todo esse esforço emerge de uma conscientização de que as mamas femininas, principal característica sexual secundária, constituem-se ícones de feminilidade e erotização; além do reconhecimento de que tais procedimentos não colocam em risco o perfil clínico da mulher.

Torna-se admissível dizer que a prioridade parece ainda estar centrada na remissão do quadro oncológico. Portanto, é provável que a não relevância das questões afetivas, sexuais e conjugais das pacientes com câncer de mama, deve-se à primazia da preservação da vida. Porém, que tipo de vida há de se preservar?!

Não se pode esquecer da visão proposta pela OMS, em que saúde não se traduz pela ausência de doença, mas sim pelo equilíbrio bio-psico-sócio-cultural da pessoa.

Cabe ratificar que a auto-imagem, a auto-estima, o sentimento de ser fonte de atração sexual, além do senso de feminilidade constituem-se elementos

relacionados diretamente ao equilíbrio psicológico e, por conseguinte, à vivência da sexualidade. A retomada da vida sexual não se constitui tarefa fácil. As conseqüências da ablação mamária e dos tratamentos coadjuvantes são drásticas, no que tange à auto-imagem e a auto-estima, além dos efeitos somáticos, como também os medos da recidiva e de machucarem o local.

Uma conjunção de fatores converge para os aspectos já ressaltados, na medida em que as mamas constituem-se um dos pontos basilares da dinâmica psicológica feminina.

As pesquisas na área da sexualidade só tiveram grande impulso na década de 60. O cruzamento desses dois campos ainda se demonstra tímido, pois lidar com questões que permeiam a sexualidade humana suscita reações coerentes com a estrutura social vigente.

Referências bibliográficas

- BRANDER, N. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si. São Paulo: Saraiva, 1995a.
- _____. **O poder da auto-estima**. São Paulo: Saraiva, 1995b.
- CAPURRO, R.G. et al. Reconstrucción mamaria *post* mastectomia por cáncer. Nuestro enfoque personal. **Cuadernos del Cirurgia del Uruguay** v.51(3): 228-229, 1981.
- CARUSO, F. et al. Ricostruzione immediata della mamella dopo mastectomia per carcinoma. Nostra esperienza. **Gynecogy chirurgia** v(10): 411-416, 1998.
- CASH, T.F. **The body image workbook**: na 8-step program of learning to like your look. Oakland/California: New Harbinger, 1997.
- CAVALCANTI, M. **O corpo essencial**: trabalho corporal integrado para o desenvolvimento de uma nova consciência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- CHARAVEL, M.; BRÉMOND, A.; COURTIAL, I. Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. **European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology**. nº 74: 31-35, 1997.
- CHEFFE, L.O. *et al.* Reconstruções mamárias – estágio atual, indicações, técnicas e resultados. **Acta médica**. 529-552, 1985.
- CHERMAN, S. **Sexo X Afeto**: o grande desafio. Rio de Janeiro: Sothya, 1993.
- CLARK, A., CLEMES, E., BEAN, R. **Adolescentes seguros**: como aumentar a auto-estima dos jovens. São Paulo: Gente, 1995.

- COMBS, A.; SNYGG, D. **Individual behavior**. New York: Harper and Row Publisher, 1959.
- COMFORT, A. **Os Prazeres do Sexo**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica**. nº. 27/95, referências: Processo 5139 e processo 5613, 1995
- COSTA, M.M. **A saúde dos seios**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 1999.
- COSTA, M. do C.V.V. da. **Auto-estima: construção de um instrumento de medida e sua utilização numa pesquisa com servidores públicos federais**. Rio de Janeiro: PUC, Dissertação de Mestrado, 1978.
- FALLOWFIELD, L. J. y BAUM, M. Problemas psicossociales asociados com el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mama. In Bland, K. I. y Coperland III, E. M. (org.) In: **La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas**. Bueno Aires: Panamericana, 1993.
- FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.
- FISHER, S. **O orgasmo da mulher**. São Paulo: Manole, 1978.
- FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977.
- GHIZZANI, A. et al. The evaluation of some influencing the sexual life of women affected by breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**. vol.21(1): 57-63, 1995.
- _____ A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**. vol.18(1): 3-19, 1992.
- GIFFORD, S. Emotional attitudes toward cosmetic breast surgery: loss and restitution of the "Ideal Self". IN: GOLDWYN, R. M.(ed.) **Plastic and reconstructive surgery of the breast**. Boston: Little, Brown, p.103-121, 1976.
- GOLDENSON, R. & KENNETH, N.A. **Dicionário de sexo**. São Paulo: Ática, 1989.
- GUENTHER, Z.C. e COMBS, A.W. **Educação de pessoas**. Belo Horizonte: UCMG/FUMARC, 1980.
- HANG-FU, L.; SNYDERMAN, R.K. State-of-the-art breast reconstruction, **Cancer**. vol.68(5): 1148-1156, 1991
- JURBERG, M.B.; JURBERG, P. Atração sexual – principais estímulos, segundo a Biologia e a Psico-sociologia. **Scientia Sexualis**, vol.4, nº3: 45-73, 1998.
- KINSEY, A. C. *et al.* **Conduta sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1955.
- KITZINGER, S. **A mulher e o sexo**. Rio de Janeiro: Interamericana, vol. 3, 1985.

- LEAL, P. R. *et al.* Reconstrução imediata de mamas: avaliação das pacientes operadas no Instituto Nacional do Câncer no período de junho de 2001 a junho de 2002. **Revista Brasileira de Mastologia**. vol. 13, nº 14: 149-158, 2003.
- MACHADO, M. Autoestima. **Sexología y Sociedad**. Centro Nacional de Educacion de Cuba. vol.1(1):8-11, 1995.
- MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper and Row Publisher, 1970.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R.C. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- McCRAW, J.B.; CRAMER, A.R.; HORTON, C.E. Reconstrucción mamaria después de la mastectomia. In: BLAND, K.I.; COPELAND III, E.M. (org.) **La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas**. Buenos Aires: Panamericana, 1993.
- MORETTI, E.; ROVANI, I.M. Os sentimentos das adolescentes em relação à imagem corporal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. vol.7(2): 202-225, 1996.
- MOYSÉS, L.M.M. **Efeitos dos tratamentos de valorização pessoal e clarificação de valores sobre a auto-estima de menores institucionalizados**. Rio de Janeiro: PUC, Tese de Doutorado, 1982.
- NOONE, R.B. *et al.* Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. **Plastic and Reconstructive Surgery**. vol.69(4): 632-640, 1982.
- PITANGUY, I. *et al.* Abordagem cirúrgica da mama contralateral. **Revista Brasileira de Cirurgia**. vol. 81 (3): 147-160, 1991.
- POMPEI, S.; BOTTI, C. & ANZA, M. Reconstrução mamária imediata e critérios oncológicos: nossas atuais orientações. **Revista Paulista Médica**, 108: 21-24, 1990.
- PURKEY, W. **Self concept and school achievement**. New Jersey: Englewood Cliffs, 1970.
- ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1973.
- SABA, A.M.F. **Reações de ansiedade em mulheres perante situações de mastectomia e histerectomia**. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, Dissertação de Mestrado, 1982.
- SALEM, Z.C. *et al.* Reconstrucción mamaria. Artículo de Actualizacion. **Cuadernos de Cirurgia de lo Instituto de Cirurgia, Facultad de Medicina, de la Universidad Austral de Chile**. vol.10 (1): 75-82, 1996.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- STOPPARD, M. **Mamas: saúde e cuidados**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

- TEIXEIRA, I. **Reconstruindo o prazer de viver: as implicações afetivo-sexuais da cirurgia de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas.** Rio de Janeiro: UGF, Dissertação de Mestrado, 1999.
- VASCONCELOS-RAPOSO, J. Bem-estar psicológico, prática de exercício físico, auto-estima e satisfação pessoal. In: **Anais. Congresso Gallego-Português de Psicologia de la actividad física del Deporte**, Pontevedra, Espana. 2004.
- VIANNA, A.M.S.A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. **Estudos de Psicologia**. vol. 13, nº 3: 203-210, 2004.
- VOLICH, R. M. O eclipse do seio na teoria freudiana: a recusa do feminino. **Percurso**, Nº 14(1): 55-64, 1995.
- _____. Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fanta(má)tica da hereditariedade. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**. vol.1(2):137-152, 1998
- _____. Câncer de mama, entre linhas, entranhas...: perspectivas psicanalíticas. **Boletim de Novidades Punsional**, nº 107: 17-24, 1998.
- WELLISCH, D.K. *et al.* Psychosocial correlats of immediate versus delayed reconstruction of the breast. **Plastic and reconstructive surgery**. vol.76(5): 713-718, 1985.
- YALOM, M. **História do seio.** Portugal: Teorema, 1998.
- ZANI, R. **Beleza & auto-estima.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

TAMANHO DE PÊNIS. INQUIETAÇÕES MASCULINAS E SOLUÇÕES

*Alfredo Romero¹; José Roberto Stipp²; Inês Cavaliéri³;
Murilo Caldeira Ribeiro⁴; Sara Modenez⁵*

SIZE OF PENIS. MALE ANXIETIES AND SOLUTIONS

Resumo: Na história da humanidade o tamanho do pênis foi considerado pelas diferentes culturas como símbolo de poder e virilidade. Nos anos 60, quando os cirurgiões pediátricos operaram crianças com micropênis ou malformações congênitas, lançaram-se as bases do que seria nas décadas seguintes a divulgação de tratamentos para patologias, traumatismos que encurtavam ou afinavam o pênis, ou indivíduos normais que desejavam o aumento em comprimento ou grossura. Este enfoque provocou controvérsia acirrada por posicionamentos contrários ou favoráveis a estes. Neste trabalho, expomos as inquietações e possíveis soluções para os portadores desta entidade. Realizamos uma revisão das opiniões de renomados especialistas que opinaram contrária ou favoravelmente a estes procedimentos. Sabemos que não é um capítulo fechado da medicina, mas apenas o início de uma discussão mais abrangente para que os profissionais da área da sexualidade humana possam ao menos, orientar aqueles que têm este sofrimento como fator limitante das suas vidas.

Palavras-chave: Tamanho de pênis; cirurgia; alongamento; ligamento suspensório; engrossamento.

Abstract: In the history of human kind the size of penis has been considered as a symbol of power and of manhood. In the sixties pediatric surgeons when operating children having micropenes or having congenital malformations,

¹ Biomédico, médico, cirurgião vascular, mestre em sexologia. Diretor do Instituto Brasileiro para Saúde Sexual (IBRASEXO). e-mail: alfredoromero@terra.com.br

² Médico, Cirurgião Vascular. IBRASEXO. e-mail: drstipp@ig.com.br

³ Psicóloga e Mestre em Sexologia, IBRASEXO. e-mail: ines.cavaliéri@terra.com.br

⁴ Médico, Cirurgião Plástico, IBRASEXO. e-mail: info@murilocaldeira.med.br

⁵ Médica. IBRASEXO. e-mail: sarasolm@gmail.com

they gave basis to the spread of treatments for pathologies or traumatismos shortening or reducing penis, or treatments for normal individuals who wanted lengthening or enlargement of their penes. The latter provoked controversy exasperated by contrary or favorable opinions. In this work we exposed the anxieties of those who wanted such treatments and possible solutions for them. We reviewed the opinion of renowned specialists who were against or in favor of these procedures. We know this is not a final chapter in medicine but the beginning of a more including discussion instead so that the professionals in the area of human sexuality at least can guide those patients who feel their lives are limited because of their anxieties.

Keywords: Penis size; surgery; lengthening; suspensory ligament; enlargement.

Poucas vezes ao longo dos últimos anos, observamos um título de conferência que denotasse com maior exatidão, a realidade do assunto a ser abordado. Segundo HOLANDA, (1988): “[...] inquietação define-se como falta de quietação; falta de sossego; excitação; agitação”. Esta definição provavelmente é a que melhor caracteriza o homem que sofre, ou pensa sofrer, de algum problema sexual relacionado ao tamanho do pênis em comprimento e grossura em ereção ou flacidez.

Não temos dúvida que discorrer sobre as inquietações do homem com essa queixa, é tarefa muito mais amena, do que propor soluções para este tipo de problema. Não porque as soluções não existam, mas pela terrível controvérsia que tais procedimentos provocam entre as mais diferentes especialidades, que se dedicam ao tratamento do homem insatisfeito com o tamanho do seu pênis. Diga-se de passagem, nem sempre os profissionais que opinam a respeito do assunto, possuem experiência no uso dos diferentes métodos utilizados para este tratamento, no entanto, permitem-se opinar sobre uma área que engloba aspectos psicosssexuais tão profundos, por que inclusive afetam profissionais da área da saúde, entre eles, também os terapeutas sexuais, lembrando-nos de que somos humanos.

Masters & Johnson, entre as falácias fálicas mencionam que:

[...] é largamente aceito o conceito de que quanto maior é o pênis mais eficiente é o macho numa conexão coital. O tamanho do órgão sexual masculino, tanto no estado flácido quanto no erecto tem sido considerado por muitas culturas, como capaz de refletir a bravura sexual do indivíduo masculino (MASTER & JOHNSON, 1984, p. 158)

Na mesma obra, os autores mencionam que:

[...] a vagina é infinitamente distensível do ponto de vista clínico e que a mulher pode apresentar dificuldade na acomodação de um pênis particularmente grande, quando a introdução ocorre nos primórdios da fase da excitação. Porém, tanto um pênis grande quanto o pênis pequeno terão uma acomodação vaginal total. É muito interessante quando percebemos que as mulheres apreciam relativamente o tamanho do pênis, e não é esta a parte da anatomia masculina que elas mais valorizam. (ibid., p. 160)

Em uma pesquisa realizada no *Jornal Village Voice* de Nova York, foi solicitado a 100 homens que indicassem as partes do corpo que, em sua opinião, atraíam mais as mulheres. Ao mesmo tempo solicitou-se a 100 mulheres que expressassem as suas preferências quanto às características físicas masculinas que considerassem mais atrativas. Os homens opinaram que as mulheres admiravam sobre maneira, braços musculosos e um pênis grande no tamanho. No entanto, as mulheres declararam que estas características as repeliam e citaram outras partes do corpo como atributos mais admirados nos homens. Citaram nádegas pequenas e sensuais (39%); um corpo esbelto (15%); os olhos (11%), e apenas (2%) das mulheres expressaram que o pênis é a parte mais atrativa no homem (ENCICLOPÉDIA DE LA SEXUALIDAD, 2002, p. 115).

Estes mesmos autores mencionam que os critérios estéticos para a genitália masculina, encontram-se vinculado ao tamanho do pênis, em numerosas sociedades, e que um pênis de grande tamanho é geralmente objeto de admiração. Nossa sociedade não foge a esta tradição, crença que converteu-se para muitos homens em motivo de angústia como refletem as inúmeras consultas sexológicas geradas por este tema, independente dos estudos que demonstrem que para as mulheres, o tamanho do pênis não é demasiadamente importante.

Pensam os autores Masters & Johnson (op. cit., 1984) que a vagina se adapta a qualquer pênis por pequeno que seja. O fato de a vagina ser mais sensível na entrada do que na profundidade, faz desnecessária uma excessiva longitude, já que os pênis pequenos aumentam mais o seu tamanho durante a ereção que os pênis maiores. Assim sendo, as comparações do pênis em estado flácido não indicam o tamanho que alcançará em ereção, e por fim que uma maioria de mulheres aprecia mais a qualidade do que a quantidade, e mais ainda, quem está por traz do pênis, do que o seu tamanho em si. Mas, como pensa o homem que imagina ter um pênis pequeno, independente do tamanho real? O que leva um indivíduo a se comparar com os outros em um chuveiro coletivo, vestiário, ou numa praia, ou piscina? O que provoca na mente dessas

pessoas a incapacidade ao longo da vida para uma relação a dois? Qual a motivação que leva um homem a tentar o suicídio, quando considera que seu pênis não tem as dimensões adequadas?

E o caso de um colega cardiologista, preocupado com o dia em que morrer, quando alguém irá trocar suas vestes e verá que seu pênis em flacidez não tem a metade do tamanho que tem em ereção, e por isso deseja aumentar o comprimento do seu pênis? O que leva um homem a se manter casto até os 46 anos de idade por considerar seu pênis ridiculamente pequeno? Ou a um jovem de 18 anos a ser usuário de drogas lícitas e ilícitas, largar a escola, brigar diuturnamente com pai e mãe porque são loucos de não entender o seu caso, tanto quanto os profissionais que consultou e não deram a solução para seu problema?

O que pensa um médico que aos 70 anos de idade e por toda sua vida sexual praticou o coito de cueca e apenas colocando o pênis pela abertura da mesma, com a luz apagada, tendo pensado inúmeras vezes em suicídio devido ao tamanho reduzido do seu pênis? E que dizer daquele psicólogo, experiente que ao tomar banho com a filhinha de 6 anos de idade, a mesma diz: “olha o pintinho do papai”, dirigindo-se a mãe, e a partir desse momento o pai passou a procurar desesperadamente por uma solução para o tamanho do pênis pequeno? E que pensará aquele jovem que chegando o momento do exame médico no serviço militar, corta a sola do pé, para não ter que submeter-se ao exame e se expor na frente dos colegas da mesma idade, por achar o seu pênis pequeno?

Há alguns anos tentamos responder a essas perguntas: o que leva um homem a pensar que seu pênis tem dimensões reduzidas. Apesar da literatura médica ser extensa na classificação dos distúrbios psiquiátricos, psicológicos e etc, dificilmente assinalam posicionamentos específicos em relação a este problema, fazendo com que muitos desses homens, que fizeram tratamentos sérios, em instituições sérias continuem vivendo tais inquietações.

A experiência nos faz perceber a angústia que tais situações provocam na vida de relação destes homens, que se acreditam tão pouco dotados pela natureza do ponto de vista psico-sexológico, principalmente, ao perceber-se que a grande maioria são homens perfeitamente normais, e que tem o seu pênis com dimensões médias ou até com grandes. Porém, os conflitos intra e interpessoais são muito maiores que a dimensão dos seus falos.

Poucos homens possuem realmente um micropênis. No Instituto Brasileiro para Saúde Sexual, em São Paulo e no Ambulatório de Sexologia do Instituto

de Ginecologia da UFRJ, durante a realização de exames para diagnóstico de disfunção erétil (ROMERO & CANELLA, 2003), ejaculação precoce (ROMERO, 2003), alguns pacientes apresentavam também como queixa o tamanho de pênis. Realizamos a medição do pênis em todos os pacientes que tiveram ereção plena durante o teste fármaco induzido com uso de droga vasoativa. A medição foi feita com fita métrica do ângulo peno pubiano ao meato uretral, e a circunferência na base do pênis ao nível do ângulo peno pubiano e na região distal no sulco bálano-prepucial, em flacidez e ereção, em comprimento e grossura em 879 pacientes com idade média de 42,74 anos, idade mínima de 18 anos e idade máxima de 83 anos. A média do pênis em comprimento flácido foi de 9,45 cm; o comprimento máximo flácido 16 cm e o comprimento mínimo flácido 2,0 cm. A média da circunferência foi de 9,34 cm, sendo a circunferência flácida mínima 5,0 cm e a circunferência máxima flácida 13,5 cm.

A média do comprimento ereto foi de 13,97 cm, sendo o comprimento ereto mínimo 5,0 cm e o comprimento ereto máximo 21,0 cm. A média da circunferência em ereção proximal foi de 12,12 cm, sendo a circunferência em ereção proximal mínima 8,0 cm e a circunferência em ereção proximal máxima 17,5 cm. A média da circunferência em ereção distal foi de 11,94 cm, sendo a circunferência em ereção distal mínima 8,0 cm, e a circunferência em ereção distal máxima 17,5 cm.

É interessante observarmos nestes dados, que as dimensões penianas encontram-se de acordo com inúmeros trabalhos publicados por diversos autores (GARAT Y RUIZ DE TEMIÑO apud MONSENY y ARRONDO, 1994, p. 775; SANTOS, 1996; SCHONFELD & BEEBE, 1942; WESSELLS, LUE & MCANINCH 1996; MAIZELS, ZAONTZ, DONOVAN, BUSHNICK & FIRLIT, 1986; HINDERER Y ESPINOSA, 1997; STUBBS, 1997; FELDMAN & SMITH 1975; MARZANO, 2002; BURMAN & KELLY, 1996; ALTER, 1995; ROOS & LISSOOS, 1994). Podemos afirmar por estas medidas que a média de comprimento do pênis flácido é de 9,45 cm, a circunferência média 9,34, a média do comprimento ereto 13,97 cm, a média da circunferência proximal em ereção 12,12 cm e a média da circunferência distal 11,94 cm. Penso que seja de suma importância guardar esses números médios, para que ao consultarmos um paciente, possamos dispor de dados reais de pesquisa para efetivar um comparativo com o pênis do paciente.

Em nossa experiência clínica, percebemos que a maioria dos homens que procuram atendimento profissional, com queixas de tamanho de pênis, o faz preocupada com o comprimento do pênis em flacidez e, os que mostram

preocupação com a grossura do pênis, esta encontra-se relacionada ao estado de ereção para a atividade sexual, pensando que ao possuir um pênis maior na sua circunferência, isto dará maior prazer a sua companheira.

A esmagadora maioria dos homens que se preocupam com o tamanho do pênis flácido, sofre a chamada Síndrome do Vestiário (CARLSON, ARRONDO, KIRBY & GOLDESTEIN, 1999; ROMERO, 2002). Estes homens não se expõem a outros homens, ou, se quer, às suas parceiras durante a atividade sexual, não usam sungas na praia ou na piscina e raramente usam vestes que possam marcar sua área genital. São homens que frequentemente consultaram vários médicos com esta queixa e relatam insatisfação nas consultas realizadas, por considerarem que o profissional não valorizou sua queixa, ou levou a mesma, para o lado jocoso, inclusive com comentários pejorativos sobre a não necessidade de tratamento, já que consideravam-no um homem normal. Outros foram encaminhados a um psicólogo e após algumas sessões de terapia abandonaram o tratamento proposto, já que não percebiam melhora no tamanho dos seus falos.

Soluções para os homens que se preocupam com o tamanho do seu pênis

Como tratar um homem cujo pênis: micro, pequeno, médio, grande ou macro pênis, tem o perfil relatado anteriormente? É uma resposta extremamente difícil do ponto de vista médico-psiquiátrico ou psicológico, qualquer que seja a abordagem, provavelmente, falharemos.

[...] Infelizmente, nem sempre quando uma pessoa procura um profissional de saúde, este tem a solução do problema, tendo em vista que esta é uma área nova de especialização e muitos ainda não se encontram preparados e atualizados na clínica de disfunção sexual. A premissa, no caso de homens, é que o urologista seja o médico em condições de tratar disfunção sexual (erétil, ejaculatória ou estética), porém, estudos mostram que 30% destes profissionais – máximo – têm algum tipo de conhecimento para orientar esta população. Como o princípio básico da sexologia é multidisciplinar, o trabalho em equipe é básico e necessário, pois só assim estaremos realmente capacitados a atender aos pacientes disfuncionais, pois em nosso conceito um médico sozinho dificilmente terá a capacidade e conhecimento técnico suficiente para diagnosticar e tratar um paciente em áreas tão diferentes como a psicologia, neurologia, cirurgia vascular, endocrinologia, cardiologia e urologia, especialidades que fazem interface direta com os sistemas que compõem o mecanismo sexual. No caso de mulheres, quando consultam, uma ou duas vezes por ano seu ginecologista, e mencionam que convivem com algum tipo de disfunção sexual,

delas mesmas ou dos maridos, normalmente são encaminhadas a um psicólogo. No entanto, a maioria destes profissionais não teve sequer nos currículos escolares, ao menos uma disciplina que enfocasse as disfunções sexuais masculinas ou femininas. Portanto, podemos afirmar que a grande maioria dos profissionais, médicos e psicólogos em seus cursos de graduação, em geral não tem formação específica para a clínica de problemas sexuais. Assim, a obtenção de conhecimentos específicos na área, irá requerer para a grande maioria, uma especialização após os cursos de graduação. Aliás, como ocorre em todas as outras especialidades. (ROMERO 2002, p.22-23).

Segundo Andrade-Silva:

[...] mesmo na época atual, em que se acredita estar vivendo uma maior liberdade sexual, a adequação e o desempenho a uma performance ajustada às exigências de padrões determinados como normais persistem, propiciando fortes sentimentos de inferioridade especialmente naqueles, que não conseguem se considerar como fazendo parte do “mundo dos normais”.

O domínio fálico do pênis foi e ainda é motor de poder, força, virilidade e competência e todo homem, recebeu mensagens claras ou sutis, de que é um privilégio ser portador de um. No entanto tal distinção acarreta a pesada responsabilidade **de ter que ser** um digno representante do mundo dos homens – onde todas as qualidades atribuídas ao pênis, serão diretamente vinculadas e cobradas ao dono dele. Assim quando um homem tem ou acredita ter, um pênis pequeno, ou fracassa em ter ou manter uma ereção, seu auto-conceito de ser, facilmente pode encontrar-se inferiorizado, fragilizado e repleto de sentimentos de menos valia. Percepções que não ficam restritas ao órgão em si, mas interferem na estrutura deste ser como um todo, desenvolvendo a constituição de percepção negativa de si mesmo e comprometendo as relações interpessoais. É preciso que se entenda que os problemas sexuais, podem advir de comprometimentos orgânico funcionais, psicológicos e socioculturais e que em vários casos, apresentam-se também como causas mistas – quando, por exemplo, um pequeno comprometimento orgânico, poderá se tornar intenso, em função de constituições psicológicas comprometedoras ou pressões sociais constantes. Um diagnóstico diferencial aprofundado e adequado será a porta para o sucesso de qualquer procedimento clínico a ser efetivado (ANDRADE-SILVA, 2002, apud ROMERO, 2002, p. 15).

Temos a convicção de que se dermos a estes homens o mínimo de atenção e seriedade, ao ouvirmos o relato das suas queixas, estaremos contribuindo para que eles se sintam respeitados e percebam no profissional que os escuta, seriedade no atendimento do seu problema. Torna-se indispensável, um exame físico para avaliar os mais diferentes parâmetros que podem estar contribuindo para sua queixa. É necessário que cada um desses homens, seja submetido a um teste de ereção fármaco-induzido, com estímulo visual erótico, e com o uso de drogas pró-eréteis orais ou com drogas vasoativas intracavernosas

(ROMERO & CANELLA, 2003), a fim de mensurarmos o pênis em comprimento e grossura em estado de flacidez e ereção. Há que verificar a presença ou não de fimose ou de cirurgias prévias que por ventura tenham afetado a exposição do pênis, como no caso da postectomia, em que alguns cirurgiões, acabam retirando pele em excesso, fazendo com que os ângulos peno pubiano ou peno escrotal avancem sobre a haste peniana, escondendo uma porção considerável do pênis em estado de ereção, e retraindo-o excessivamente em estado de flacidez.

Deve ser verificada a presença de gordura supra-púbica, em indivíduos obesos e quando este quadro está presente, orientar o paciente sobre a perda de peso, exercício físico e alimentação adequada – orientação higienodietética, para poder ter uma exposição melhor do pênis.

É importante a verificação de patologias como: curvaturas congênicas ou adquiridas, como a doença de Peyronie, o que provoca uma curvatura acentuada com diminuição no comprimento e na grossura do pênis; a presença de hipospádia ou epispádia, também contribui para possíveis curvaturas e encurtamento do pênis. Uma vez feito isto, sem dúvida alguma, o paciente estará percebendo, que o profissional que o atende, está no mínimo, empenhado em diagnosticar e ajudar a resolver o problema que o aflige. Por outro lado, este profissional deve mostrar segurança nas suas colocações, explicar a fisiologia da resposta sexual humana, masculina e feminina, para que o paciente perceba que, mesmo se ele tiver um pênis pequeno ou micro pênis, poderá satisfazer sua parceira. Explicar sobre a variedade de motivações que interferem na atração sexual entre homem-mulher. E que para muitos, sexo é parte de uma relação mais ampla, onde antes que se concretize a atividade sexual propriamente dita, forma-se na maioria dos casais vínculos afetivos, que também contribuirão para a percepção da qualidade da relação sexual que venham a ter.

Recomenda-se ao profissional, que pretende orientar um paciente destes, disponibilização de recurso áudio-visual, para melhor ilustrar as suas explicações, e dizer ao paciente, que seu pênis é normal, que poderá satisfazer a maioria das parceiras. Aliás, é importante salientar que raramente uma parceira reclama do tamanho do pênis do parceiro.

Em nossa experiência clínica, mesmo depois de transcorridas todas essas etapas da consulta, o que demora de 2 a 3 horas, (haja vista a necessidade de se utilizar drogas vasoativas intracavernosas), fazendo-se necessária, às vezes, à deflação induzida; alguns pacientes continuam desejando ter o pênis aumentado de tamanho.

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina, normatizou através da Resolução 1478/97 como experimental o procedimento cirúrgico para o aumento peniano e o tratamento cirúrgico da Ejaculação Precoce. Normatização esta que foi considerada inconstitucional em primeira instância pela Justiça Federal em ação interposta pela Sociedade Gaúcha de Andrologia, solicitando a suspensão ou anulação de tal Resolução em 21/02/2002. O mérito do pedido foi julgado procedente em primeira Instância encontrando-se atualmente em segunda Instância.

Em setembro de 2000, a ISIR (INTERNATIONAL SOCIETY FOR IMPOTENCE RESEARCH) fez um levantamento através do corpo editorial do ISIR – News Bulletin, entre as diferentes categorias de profissionais no campo da sexualidade. Opiniões estas que parecem importantes devido à representatividade dos profissionais que dela participaram, e pela abrangência de representações distribuídas nos 5 continentes. Vários profissionais expressaram suas opiniões, favoráveis ou não, quanto aos procedimentos para o tratamento de pacientes com queixa de tamanho de pênis. Para Buvat e Lemaire (apud ISIR, 2000, p. 13), o alongamento peniano e a cirurgia de aumento de circunferência estão atraindo mais e mais homens. Contudo, tanto seus resultados objetivos quanto as implicações éticas ainda são debatidas. Burman (apud ISIR, 2000, p. 14) tem uma larga experiência nessas cirurgias e, relata que os cirurgiões pediátricos descreveram há mais de duas décadas, a secção dos ligamentos fundiformes e suspensório do pênis para correção de micro-pênis congênito, assim como os cirurgiões plásticos utilizam os enxertos autólogos lipoaspirados e de gordura dérmica para mudança de contorno. Menciona que os cirurgiões plásticos têm melhor domínio do que os urologistas para a realização da cirurgia de aumento peniano, porém, se eles o desejarem, podem dominar as técnicas de faloplastia. Relata, ainda, que a maioria dos pacientes de faloplastia são heterossexuais, e que tem um pênis dentro da média de comprimento, portanto, seriam homens normais, e que mesmo assim, isso não muda sua forma de pensar e querem fazer a operação. Propõe como método alternativo para aumento da circunferência, derivado alodérmico de cadáver, o que produziria resultados altamente satisfatórios em mãos experientes. Afirma que não há interferência das técnicas na micção, fertilidade, ereção ou ejaculação, perda de sensibilidade, instabilidade, ou inchaço na base do pênis, mudança no ângulo erétil, na consistência ou no sentir do pênis.

Schouman (apud ISIR, 2000, p. 14), com experiência de 15 anos em cirurgia de alongamento em micro-pênis real, afirma que a maioria dos pacientes tem pênis de tamanho normal e solicitam uma faloplastia estética para um pênis

grosso e longo no estado flácido, e até 25% dos candidatos são homo ou bissexuais. Utiliza a secção do ligamento suspensório e a técnica VY para alongamento e aumento de circunferência por lipoenxerto, quando necessário realiza a lipoaspiração pubiana. Consegue aumento de 2 a 3 cm de diâmetro no estado flácido. Assim como BURMAN (op.cit), afirma não haver modificação do ângulo penopúbico nem da ereção ou da fertilidade. Diz que o aumento de comprimento no estado ereto é pobre, mas notável para a largura. Como complicação relata necrose do retalho púbico bem como reabsorção da gordura. Não recomenda tais cirurgias para pacientes dismórficos corporais, para o que recomenda aconselhamento psicológico prévio. Pensa que pode ser um procedimento realizado tanto por cirurgiões plásticos quanto por urologistas, desde que estes aceitem executar a cirurgia com finalidade não patológica. Belgrano (apud ISIR, 2000, p. 15) relata a existência de muitos estudos sobre o problema e os diferentes tipos de correções cirúrgicas e tenta tipificar a linguagem para uso universal nos quatro tópicos seguintes: 1. O “verdadeiro micro-pênis” é uma condição que deve ser diagnosticada logo após o nascimento. O pênis esticado é mais do que 2 desvios do padrão abaixo do comprimento médio. O comprimento crítico abaixo do qual se pode definir micro-pênis é de 2,5 cm; 2. Pênis enterrado ou escondido: condição mais freqüente em crianças, mas não infreqüente em adultos obesos. O comprimento peniano e a circunferência são normais ou ligeiramente curtos, mas o pênis é coberto por um enchimento de gordura anormal. Os outros dois tipos devem ser incluídos na dismorfofobia por razões estéticas ou funcionais; 3. No “tipo estético” o paciente não aceita o tamanho de seu pênis, que é normal, particularmente no estado flácido; compara seu pênis com o de outras pessoas, da mesma idade, e acredita que o seu é menor. 4. No “tipo funcional” acredita que o comprimento é normal, mas a circunferência não o gratifica durante a ereção. Orienta para que no verdadeiro micro-pênis a terapia seja obrigatória, assim como o pênis enterrado também deve ser tratado cirurgicamente; na dismorfofobia, a cirurgia seja considerada como plástica estética com as mesmas implicações éticas da cirurgia plástica. Relata que complicações como necrose de gordura e formações de cicatrizes ou retração do pênis podem ocorrer. Acredita que a técnica de colocação de enxertos de safenas bilaterais como descrito por Austoni (apud ISIR, 2000, p. 16) pode ser utilizada para aumento da circunferência peniana. Recomenda, ainda, avaliar com precisão os aspectos médico-legais.

Tan (apud ISIR, 2000, p. 15) menciona aumento peniano em 1335 pacientes em que o aumento de comprimento médio foi de 2,93 cm, a circunferência 4,5 cm e a taxa de satisfação dos pacientes de 95%. Menciona que as compli-

cações variaram de 1 a 2,6% e poderiam ser devastadoras incluindo dor persistente, pênis pendente baixo, disfunção erétil e trauma emocional grave quando as expectativas não são cumpridas. Como indicações absolutas para o aumento peniano, o autor menciona micro-pênis, pênis oculto ou enterrado, doença de Peyronie, pacientes com pênis curto e pênis amputado traumático. Deve o paciente receber aconselhamento pré-operatório detalhado, avaliação psicológica e avaliação da motivação e das expectativas do mesmo, pois, se realista, evitará insatisfações subseqüentes.

Austoni, em 1999, propõe técnica própria com o uso de enxertos de veia safena bilateral para aumento da circunferência, esta técnica é similar à idealizada por Romero (1992 e 2000) com o uso de enxertos vasculares bilaterais em pacientes portadores de próteses penianas. Finaliza Austoni (op. cit) recomendando que as técnicas devam ser praticadas por cirurgiões altamente experientes com habilidade comprovada em procedimentos plásticos de reconstrução.

Para Dabees (apud ISIR, 2000, p. 19) é justa uma avaliação quanto a aceitação da idéia de que alguns homens podem precisar de cirurgia estética. Menciona que até mesmo em urologia a cirurgia de hipospádia da metade distal da uretra é estética ao invés de funcional e não vê porque é errado tratar esteticamente o homem. Afirma que a sociedade moderna revela mais o corpo a cada ano. Por que deixar alguns homens esconder-se e envergonhar-se por seus pênis? Indica a cirurgia para pacientes com micro-pênis, pois se aumentar 2 ou 3 cm a um pênis de 5 a 8 cm, isto constituirá aumento de 30 a 50%, mas se fizer isso por um pênis de 10 ou 12 cm terá menos que 20% de aumento e não será apreciado pelo paciente. O aumento peniano ainda está em sua infância, como no recém nascido, que faz muito barulho e não tem uma forma final. Relata que não se deve condená-lo por causa dos seus curtos resultados e sim pesquisar a melhor forma de fazê-lo no paciente indicado.

Christiansen (2000) propõe que um adulto com informação qualificada durante a adolescência, poderia poupar muitas tragédias de jovens mais tarde. Relata que a maioria dos homens quer se submeter ao alongamento peniano para aumentar sua auto-imagem (79%), enquanto que 14% precisam da cirurgia a partir de desajustamento funcional e apenas 6% sofrem de um defeito congênito. 59,3% dos clientes estão dentro do grupo de 35 a 50 anos. Segundo a sua experiência, os problemas físicos se iniciam na escola onde as diferenças de tamanho peniano são focalizadas de maneira exacerbada no chuveiro comum o que poderia induzir a perdedores e vencedores. É ali que alguma informação qualificada de um adulto informado nesse estágio

da vida poderia poupar muitos jovens de futuras tragédias. Menciona que a maioria dos homens não consulta suas parceiras sobre sua opinião a respeito do tamanho de seu pênis. Em sua prática, tenta desencorajar seus pacientes a fazer alongamento peniano. Porém, algumas vezes, a saúde mental do paciente pode estar tão fortemente ligada à sua auto-estima que a cirurgia peniana pode ser executada para se evitar uma catástrofe pessoal.

Para Krishnamurti (apud ISIR, 2000, p. 20) a confusão desnecessária levantada por esta questão deve-se principalmente as desventuras de alguns cirurgiões super entusiasmados e ao furor levantado por seus pacientes litigantes. Isso não significa que todo o capítulo deva ser fechado. Se isto nasce na mente, a necessidade de se aumentar o pênis pode ser compreendida com mais empatia e deve ser oferecido tratamento tanto para homens necessitados quanto para os gananciosos. O autor questiona: “devemos lembrar que existem homens que optam por operações plásticas em muitas outras partes do corpo, porque o pênis teria que ser uma exceção?”. Kim (apud ISIR, 2000, p. 20) relata que o homem percebe facilmente que o tamanho peniano importa e insiste que um aumento sob o símbolo da masculinidade eleva também seu ego. As técnicas podem gerar complicações potenciais demandando custos e tempo dos pacientes, por isto aconselha o acompanhamento psicológico antes da cirurgia, avaliação da motivação e das expectativas dos pacientes. Indica a cirurgia quando o pênis ereto cai abaixo de dois desvios padrão da norma. Gingell (apud ISIR, 2000, p. 20) menciona a necessidade da avaliação psiquiátrica e psicológica dos homens que desejam tais tratamentos e relata: o único ganho certo obtido pela operação mais comumente empregada de VY é o financeiro pelo cirurgião.

Amar (apud ISIR, 2000, p. 21) indica a cirurgia, nunca negando o desejo dos pacientes, tendo uma longa conversa com os mesmos, explicando-lhes os riscos e benefícios. Pensa que 10% deles são operados. Nunca vê os pacientes novamente e diz sempre: “melhor ter um curto ocupado trabalhando do que um longo ocioso”. Para Sharlip (apud ISIR, 2000, p. 21) estas técnicas cirúrgicas não são confiáveis. As cirurgias de aumento de circunferência podem ser conseguidas com algum sucesso, mas o verdadeiro alongamento do pênis é impossível. Quase todos os pacientes não são realistas em suas expectativas e nos resultados dessas cirurgias. Quando a auto-estima de um homem é determinada pelo comprimento de seu pênis, o problema certamente não está em sua genitália.

Meuleman (apud ISIR, 2000, p. 21), que não está mais fazendo a operação de alongamento peniano, apesar de ter feito muitas, ficou bastante desapen-

tado com os resultados, e o mesmo sentiram seus pacientes, pois o efeito das técnicas é no estado flácido. Frequentemente a origem do problema é uma má adaptação psicossocial que necessita de uma profunda abordagem psicosssexual. Recomenda o alongamento para homens que realmente tem um pênis muito curto e que esta cirurgia deve ser realizada por um cirurgião familiarizado com transposições femininas para masculinas.

Junemann (apud ISIR, 2000, p. 22) refere-se a Wessells, Lue & Mcaninch (1996) os quais estimam que 10.000 homens submeteram-se a alongamento e aumento de circunferência desde a introdução do procedimento cirúrgico. Pensa que a cirurgia estética da genitália masculina é lógica e aconselhável e que a indicação correta para esse tipo de tratamento cirúrgico é mais importante do que o aspecto ético. Questiona se é aconselhável administrar-se um problema psicológico com intervenção cirúrgica. Opina que a técnica operatória só pode ser realizada com indicação clara, se não, não deve ser realizada em um órgão saudável com alto risco de prejuízo funcional. Pondera que o alongamento cirúrgico do pênis pode exercer um efeito positivo sobre o bem estar psicológico de determinados pacientes e desaconselha à execução de tais cirurgias até que existam estatísticas objetivas, adequadas e uma indicação padronizada.

Krane (apud ISIR, 2000, p. 22) pensa que os tratamentos devem ser realizados em pacientes com pênis patologicamente pequenos. Glina (apud ISIR, 2000, p. 22) relata resultados modestos e muitas complicações dentre as quais o encurtamento peniano, cicatrizes terríveis e infecção peniana. Relata um paciente que o consultou solicitando uma segunda opinião, o qual cometeu suicídio após a cirurgia de alongamento peniano devido às complicações. O mesmo tinha anteriormente uma vida sexual normal e um tamanho de pênis normal. Conclui que a maioria daqueles homens tem problemas psicológicos que as cirurgias não resolvem. Moreira (apud ISIR, 2000, p. 23) afirma que os pacientes apresentam uma dismorfofobia peniana e que não há indicação para cirurgia, a solução seria uma terapia psicosssexual. Menciona também resultados estéticos catastróficos da cirurgia e desaconselha os tratamentos por serem atos dúbios para o paciente e eticamente reprovados do ponto de vista médico.

Pryor (apud ISIR, 2000, p. 23) realiza as operações em homens com micro-pênis, menos de 8 cm de comprimento e os resultados podem ser espetaculares, porém, atualmente os homens que têm uma genitália normal, raramente são operados. Indica “[...] consentimento informado para eles, porém, percebe que esses homens tem convicções muito firmes em relação a necessidade

cirúrgica e nada consegue pará-los. O conselho psiquiátrico é igualmente inútil e a operação raramente preenche suas expectativas”.

Vanderschueren (apud ISIR, 2000, p. 23) pensa que o primeiro passo na comunidade científica é reconhecer o homem com síndrome de pênis curto como uma entidade, o que seria o início para a construção de uma base científica e pensa que devem ser estabelecidas as diretrizes para reconhecer tal síndrome. Levar esses homens a sério é a primeira etapa. E talvez a “comunicação” possa ser nossa ferramenta primária de pesquisa para melhor compreender esses homens.

Slob (apud ISIR, 2000, p. 24) menciona que a cirurgia de alongamento não é executada normalmente por urologistas comuns e que os mesmo só contemplam a possibilidade cirúrgica quando atestado por um psicólogo clínico um sofrimento psicosssexual grave. Menciona que Kropman (ibid, 2000, p.22) executaram a cirurgia em 16 pacientes e após um seguimento de 13 a 50 meses, média 36 meses, obtiveram em 15 pacientes os seguintes resultados: 5 satisfeitos, 3 um pouco satisfeitos e 7 insatisfeitos. Os autores concluíram que a cirurgia pode ser benéfica em alguns pacientes, porém sugerem que o aconselhamento para melhorar a imagem corporal negativa e baixa auto-estima seria preferível na maioria dos pacientes. Concluem que são necessárias mais pesquisas para lançar luz sobre esse assunto e que as clínicas particulares não devem só fazer a cirurgia, mas também cooperar com os pesquisadores e sexólogos para que se obtenha maior número de informação sobre a satisfação a longo prazo de seus pacientes, assim como seus perfis psicológicos.

Podemos observar nestes diferentes posicionamentos de cirurgiões com larga experiência nas técnicas propostas para aumento de pênis resultados promissores, assim como profissionais que deixaram de fazer os procedimentos por terem obtido maus resultados. Opinam ainda, clínicos e terapeutas a respeito do assunto tratado pareceres ambíguos, em algumas situações de forma favorável e em outras negativamente. Penso que para tratar estes pacientes devemos ter em mente o seguinte:

1. os procedimentos cirúrgicos de aumento de pênis devem ser praticados por profissionais experientes;
2. há uma população que independentemente dos maus resultados inerentes a qualquer procedimento cirúrgico vai procurar ajuda para realização do seu “sonho”;
3. o profissional que se propõe aconselhar um paciente com estas queixas, deve ter uma vivência abrangente na clínica sexológica, nas técnicas

- cirúrgicas, nas suas complicações e na sua capacidade para resolvê-las, de preferência acompanhado sempre por uma equipe multidisciplinar;
4. além de que um diagnóstico diferencial será fundamental para o sucesso de qualquer tratamento proposto para estes pacientes.

Referências bibliográficas

- ALTER, G.J. Augmentation Phalloplasty. *The Urologic Clinics of North America*. 22, 4, p. 887-902, 1995.
- ANDRADE-SILVA, M.A. In: ROMERO, A. *Da Tragédia ao Prazer Sexual*, São Paulo:Scortecci, p.15-17, 2002.
- BURMAN, S.O.; KELLY, T.P. Enhancement Phalloplasty with Girth Augmentation by Autologous Fat Transfer: A Further Report of 700 Cases. *Proceedings of the International Symposium on Penile Disorders*, Germany, p. 252-275, 1996.
- CARSON, C.; KIRBY, R.; GOLDESTEIN, I. *Textbook of Erectile Dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media, 1999.
- CONSULTA PROCESSUAL: <www.trf1.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2007.
- ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD. Barcelona: Oceano Grupo Editorial, 1, p.115, 2002.
- FELDMAN, K.W.; SMITH, D.W. Fetal Phallic Growth and Penile Standards for Newborn Male Infants. *Journal of Pediatrics*. 86, 3, p. 395-398, 1975.
- GARAT, J. M. y RUIZ DE TEMIÑO, M. In: MONSENY, J.I.P.; ARRONDO, J.L.A. *Práctica Andrológica*. Barcelona: Masson-Salvart, 1994.
- HINDERER, U. T.; ESPINOSA, J.F. Nueva Técnica de Alargamiento com Aumento del Volumen en la Hipoplasia del Pene, Constitucional o em el Hipospadias. *Cirurgia Plástica Ibero-Latinoamericana*, XXIII, 2, abril-junio, p.151-160, 1997.
- HOLANDA, A.B. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.
- ISIR – INTERNATIONAL SOCIETY FOR IMPOTENCE RESEARCH. *News Bulletin*, Issue 4, September, 2000.
- MAIZELS, M.; ZAONTZ, M.; DONOVAN, J.; BUSHNICK, P.N.; FIRLIT, C.F. Surgical Correction of the Buried Penis: Description of a Classification System and a Technique to Correct the Disorder. *Journal Urology*. 136, p.268-272, 1986.
- MARZANO, C. Tamanho do Pênis. *Merc News*. 8, 81, p. 44, 2002.

- MASTERS, W.H & JOHNSON, V.E. **A Resposta Sexual Humana**. São Paulo: Livraria Roca, p 158-160. 1984
- MONSENEY, J.I.P.; ARRONDO, J. L.A. **Práctica Andrológica**. Barcelona: Masson-Salvart, p.775, 1994.
- ROMERO, A. A Plástica do Sexo. Como Alongar e Aumentar o Calibre do Pênis. **Revista Manchete**, n. 2109, p. 82-86, Rio de Janeiro, 05 de setembro 1992.
- _____. **Da tragédia ao Prazer Sexual**. São Paulo: Scortecci, p. 22-23, 2002.
- _____. **Ejaculação Precoce Primária**. Neurotomia e Neurotmesa Seletiva dos Nervos do Pênis em Pacientes não Responsivos a Procedimentos Focais Cognitivo Comportamentais para o Desenvolvimento de Biofeedback Sensorial. Rio de Janeiro: UGF. p. 137, 2003.
- ROMERO, A.; CANELLA, P.R.B. Testes Especiais no Diagnóstico da Disfunção Erétil. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. 14, 2, p. 95-114. 2003.
- ROMERO, A.; STIPP, J.R.; GARIBA, M.C.A. Aumento de Grossura Peniana Através de Enxerto Sintético (PTFE). In: VII CONGRESSO NACIONAL DE ANDROLOGIA 2000 UMA ANDROLOGIA PARA O SÉCULO XXI!, Espinho. **Anais**. Espinho: Sociedade Portuguesa de Andrologia, p. 85-86, 2000.
- ROOS, H.; LISSOOS, I. Penis Lengthening. **International Journal of Aesthetic and Restorative Surgery**. 2, 2, p. 89-96, 1994.
- SANTOS, B.O.F. Evaluation of 136 Surgeries to Enlarge the Pênis. **Int. Journal Impotence Reserch**. 8. 3. p.36, 1996.
- SCHONFELD, W.A; BEEBE, G. W. Normal Growth and Variation in the male genitalia from birth to maturity. **Journal Urology**, 48, p.759-777, 1942.
- STUBBS, R.H. Penis Lengthening – A Restrospective Review of 300 Consecutive Cases. **Canadian Journal of Plastic Surgery**. 5, 2, p. 93-100, 1997.
- WESSELLS, H.; LUE, T. F.; MCANINCH, J. W. Penile Length in the Flaccid and Erect States: Guidelines for Penile Augmentation. **Journal Urology**, 156, p. 995-997, 1996.

TEMA:
REPRODUÇÃO ASSISTIDA

O CASAL INFÉRTIL, SENTIMENTOS E SEXUALIDADE

Vitória Menezes¹

THE INFERTILE COUPLE – FEELING AND SEXUALITY

Resumo: Este texto convida à reflexão sobre a infertilidade conjugal. Contextualiza a dificuldade no momento atual, ressaltando a dor psicológica e o desamparo que o casal infértil carrega frequentemente, não apenas pela simples ausência do filho, mas também pelas repercussões que o fato ocasiona na família de origem e na rede social. Sem direito a revelar tal dor, o casal é estimulado a dissimulá-la. Assim, com a vida estagnada, sem direito a outros planos, diante de tantos compromissos financeiros, adiam-se outras metas, o que traz mudanças e frustrações evidentes, inclusive na vivência da sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; infertilidade; relações familiares.

Abstract: This text invites to a reflection on the conjugal infertility. It contextures the actual difficulty, standing out psychological pain and abandonment that the infertile couple loads frequently, not only for the simple absence of the son, but also for the repercussions that the fact causes in the origin family and on social net. With no right to disclose such pain, the couple is stimulated to dissimulate it. Thus, with the stop of life flow, without right to other plans, ahead of many financial commitments, other goals are procrastinated, what brings evident changes and frustrations, which compromise even the experiences of sexuality.

Keywords: Sexuality; infertility; family relations.

¹ Psicóloga. Pós-graduada em educação sexual pelo CEUB/CESEX. Pós-graduada em psicologia familiar e realidade social pela FAFIRE. Especialista em sexologia clínica pela FLASSES. e-mail: vitmenezes@terra.com.br

A sexualidade humana pode ser exercida de várias formas, mas, a rigor, existem três funções básicas: reprodução, prazer e comunicação interpessoal. Dentro dessas funções, as pessoas encontram formas individuais para exercê-la, nem sempre bem aceitas pelo grupo ao qual pertencem.

É a reprodução sua função mais elementar, a mais conhecida e aceita socialmente, talvez por depender dela a própria perpetuação da espécie. Embora exercendo o sexo uma função biológica, é a adaptação sócio-cultural, juntamente com a percepção que o indivíduo abstrai dela, que determinará o modo como sua sexualidade será vivenciada.

A busca pela melhoria no desempenho sexual é historicamente masculina, possivelmente impulsionada pela concepção imperativa do “sexo-reprodução”, uma vez que a resposta sexual masculina é fundamental para a procriação. No entanto observa-se um crescente número de mulheres buscando auxílio para melhorar a vivência de sua sexualidade. Tal fato muito provavelmente só veio à tona quando a mulher conseguiu sua liberdade sexual com o advento da pílula anticonceptiva, deflagrando a “Revolução Sexual”, que, em verdade, foi um movimento indefinido de contestação da moral tradicionalista e o grande marco da idéia de que a mulher agora, poderia exercer o controle sobre sua fertilidade, dissociando o sexo-reprodução do sexo-prazer (CAVALCANTI, CAVALCANTI, 1992).

Na prática, a realidade pode não ser esta. Atordoados, alguns casais frustram-se ao constatar que sexo sem qualquer medida anticonceptiva pode não ser sinônimo necessariamente de “gravidez”, ao contrário de outros tantos que se tornam pais sem desejar, planejar ou estarem preparados. Para estes casais, “planejar uma gravidez” não é o suficiente para gestar.

Uma falha “humana” ou até “mecânica” é, em nossa sociedade, muito mais aceita do que uma incapacidade física que impeça um casal de gerar e ver nascer seus próprios filhos.

Embora se acredite ser a fecundidade uma bênção divina, os jovens estão protelando o casamento, assim como a chegada dos filhos, por motivos os mais diversos (MALDONADO, 1985), dentre os quais o novo papel da mulher na sociedade, sua preocupação em conquistar o espaço profissional, visando, inclusive, desfrutar de mais estabilidade financeira para si e também para os futuros filhos. Pode-se atribuir, aliás, justamente à mudança do papel feminino, a maior dificuldade em se obterem “babás de confiança”, tias e vovós “ávidas” para auxiliar as mães a exercerem a maternagem.

A família de “dois salários” sugere que marido e mulher dividam as tarefas, deixando para bem longe a figura da mulher que podia “pedir demissão para cuidar da prole”. O re-casamento une pessoas até então “convictas” de que estavam satisfeitas com o número de filhos que tinham. Utilizaram-se por isso de métodos contraceptivos “irreversíveis” e agora, diante de uma nova relação, a “convicção” anterior cede lugar ao desejo de engravidar e conviver com um novo filho.

Outro fator importante é que uma mulher “balsaquiana” esqueceu o limite da idade. Não é raro atletas, atrizes e mulheres de uma forma geral chegarem perto dos 40 anos esbanjando juventude e entusiasmo, em belas formas físicas. Provavelmente a aparência externa conduz ao esquecimento de que, ao contrário do corpo e da mente, os seus ovários dependem do relógio biológico.

Motivos à parte, a constatação é que sem esquecer o desejo de ter um filho, adia-se o projeto.

Mesmo com a taxa de fecundidade em baixa, o exemplo das avós e mães que tiveram o número de filhos que pretendiam ou ultrapassaram suas próprias expectativas está presente, fortalecendo-se a idéia de que a qualquer tempo não se terá dificuldade em engravidar. No entanto, na reprodução, nem sempre é a idade o fator limitante.

Muitas vezes a constatação de uma dificuldade orgânica, anteriormente não percebida e tratada, leva à frustração por impossibilitar a realização do sonho de ter seus próprios filhos. Antes impensável, a reprodução assistida (RA) é hoje uma alternativa segura, embora onerosa, que oferece, dependendo do caso, um índice de sucesso em torno dos 30%. Embora sendo consenso que o casal necessita de apoio psicológico, não é exigida a presença do psicólogo nas clínicas de reprodução assistida no Brasil para lhes dar assistência à probabilidade de 70% de insucesso.

Desde o nascimento do primeiro bebê de proveta, na Inglaterra, em 1978, a sociedade tenta adaptar-se à realidade de as crianças serem geradas, agora, em laboratório, longe das relações sexuais, com todas as implicações éticas e morais que envolvem o tema (TESTART, 1998). Aprimoram-se espantosamente o conhecimento técnico possibilitando vencer desafios impensáveis, enquanto o estudo do comportamento psicológico do casal assistido em RA ainda “engatinha”.

Neste sentido, são raras as publicações científicas sobre a psicologia de casais inférteis, estando a socialização desse conhecimento restrita a modestos

encontros científicos, embora o meio médico atribua sempre ao estado psicológico do casal, fator relevante, principalmente em se tratando da necessidade de, diante de um fracasso, reagir positivamente.

Reproduzir é copiar, proliferar. Procriar é dar origem, nascimento. Reprodução diz respeito à fecundação, à união bem sucedida do espermatozóide com o óvulo, que dará origem ao embrião. Por outro lado, procriar é dar origem ao conceito. Assim, nem toda reprodução chegará à procriação, pois pode haver uma interrupção. Reprodução tem relação com gestação, enquanto que “procriação” pressupõe paridade.

1. Infertilidade

A ausência de procriação define infertilidade. O casal infértil é aquele que não teve filhos, seja qual tenha sido a causa (voluntária, fisiológica, etc.). Na atualidade, é pertinente considerar que a esterilidade é um caso particular de infertilidade que pode ser definida como a “incapacidade de procriar”. Salvo em casos bem definidos, por ausência de ovários, trompas, espermatozoides, etc., “[...] a esterilidade só é certa, no final da vida reprodutiva” (TESTART, 1998, p.105).

Talvez tenha sido a falta de conhecimento sobre o esperma, associada ao mito de que potência sexual estava relacionada à fertilidade, além da “conveniência masculina”, que durante muitos anos os homens estiveram distantes do tratamento de infertilidade. Sem sombra de dúvida, a própria medicina exerceu um papel marcante para a manutenção de tal equívoco. Os pesquisadores, quando muito, analisavam o conteúdo ejaculado apenas pelo prisma da quantidade, ignorando o potencial de fertilização e a qualidade. Mesmo isolando-se o preconceito, é verdadeiro e inquestionável o fato de o aparelho reprodutor feminino ser muito mais complexo que o masculino no que diz respeito à procriação. A mulher além de “ceder” sua célula germinativa irá promover condições ideais para o encontro do óvulo com o espermatozóide, abrigar e desenvolver o ovo até sua completa maturação, quando então ocorrerá o parto.

2. O desejo de ter um filho

Maldonado (1985) cita a maternidade e a paternidade como fases do desenvolvimento psicológico. Lembra ainda um aspecto histórico relevante: “[...] Desde muitos séculos, a fecundidade é tida como benção divina, ao passo que a infertilidade é tida como castigo” (p. 14).

Tal preocupação encontra-se descrita nos livros sagrados. Observa-se em Gênesis 9. 1: “Deus os abençoou Noé e seus filhos e disse: Sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra”. Ainda no Gênesis, 17. 6 “E Abraão caiu com a face por terra. Deus lhe falou assim: [...] Eu te tornarei extremamente fecundo, de ti farei nações e reis sairão de ti” (BÍBLIA, 1973).

O desejo de formar uma prole é expresso em cerimônias de casamentos nas igrejas cristãs. É comum, por exemplo, o celebrante fazer menção aos futuros filhos do casal como “benção do céu”.

Com o surgimento da pílula anticoncepcional, as mulheres passaram a contar com um grande aliado para a vivência sexual, desvinculando-se sexualidade da paridade: o planejamento familiar. Por outro lado, a RA trouxe para muitos a viabilização técnica que possibilita livrar-se da fatalidade bíblica, o castigo da infertilidade.

Não apenas a utilização de métodos anticoncepcionais confiáveis, mas a própria história econômica, social fez aparecer em vários lugares do mundo um fenômeno característico dos nossos dias: A paridade diminuiu (TESTART, 1965; BRASIL, 2002). A família “encolheu”. Do modelo colonial, extensa, transformou-se e reduziu-se a duas gerações nucleares: pais e filhos. Esta diminuiu para monoparental (constituída por um dos pais e os filhos), reduzida a unipessoal (pessoas que moram sozinhas) (SOUZA, 1997).

O Brasil é um país de contrastes. A má distribuição de renda constrói uma desigualdade social assustadora. Fenômenos meteorológicos como seca e enchente estão com frequência nas mesmas páginas dos jornais, assim como desperdício e fome. A fertilidade da mulher brasileira parece também acompanhar tais contrastes. Se por um lado 20% das mulheres brasileiras em idade fértil encontrarão dificuldade em engravidar, há também no país, 20% de adolescentes com idade entre 13 e 19 anos que já enfrentaram uma gravidez, muitas vezes desejada por elas, mas “indesejável socialmente” (OLIVEIRA, 2001).

2.1. Crenças sobre a fertilidade

A manifestação do desejo de “ser fértil” mostra-se presente também nas manifestações populares que estão impregnadas na cultura, como a origem da árvore de Natal, mais antiga que o próprio nascimento de Jesus Cristo, surgida entre o segundo e o terceiro milênio a.C., entre povos indo-europeus que a consideravam uma expressão da energia de fertilidade da Mãe Natureza, por isso lhe rendiam culto. Muito embora a páscoa represente o desejo da

Igreja em produzir novos discípulos, um dos símbolos é o coelho, animal com capacidade de cobrir muitas fêmeas, ejaculando ligeiro assim tendo maior possibilidade de gerar mais filhotes. O ovo da páscoa lembra o nascimento, a fecundação, a vida. Ovos geram vida! E o chocolate, além de ser afrodisíaco, é excelente reparador de energias, afirmam seus fabricantes.

Também a fogueira nas festas juninas lembra fertilidade. Diz a lenda que Santa Isabel, já bastante idosa, engravidou por Obra e Graça do Espírito Santo. Necessitando de ajuda durante o parto e depois deste, combinou com sua prima Maria, que tão logo chegassem os primeiros sinais de proximidade do parto, acenderia a fogueira, para que a prima, avistando a fumaça entendesse que chegara a hora de socorrer Isabel (BÍBLIA, 1973). Dizem ainda que, a mulher que já madura prometer à Santa Isabel colocar em seu filho o nome de João, em breve receberá seu filho varão!

As noivas também têm suas crenças. A longa calda de seus vestidos representa a prole que por certo virá.

O Hinduísmo valorizava a castidade masculina, por duas razões: o receio de contaminação sexual e a certeza de que o sêmen é a base da força e da longevidade. "É largamente difundida a idéia de que o sêmen é armazenado num órgão especial, o cérebro. A pessoa que não elimina o sêmen torna-se um super-homem" (GREGERSEN, 1983, p. 214).

É interessante observar-se que as credices estão a serviço da necessidade de um povo, associada ao desejo de melhor compreender a realidade. Na ocasião, deveria ser útil imaginar-se a mulher passiva, com pequeno ou nenhum papel na fecundação, ao contrário do homem que, ativo, receberia o reconhecimento social pela capacidade de gerar filhos.

2.2. Exclusão

A lei romana punia o celibato e a ausência de filhos. Ofereciam-se privilégios às pessoas com prole grande enquanto que os solteiros e aqueles que não tinham filhos sofriam desvantagens econômicas e também sociais (GREGERSEN, 1983). Talvez sejam justamente, as punições sociais as mais perversas com os casais sem filhos. As crianças contam hoje com a tolerância do adulto e também com a visão do empresário, para terem livre acesso a qualquer canto, independente do local estar pronto para recebê-las ou do evento ser do seu interesse.

Como a presença dos pais junto aos filhos é cada vez mais rara, em virtude da necessidade de se estender a jornada de trabalho, entre outros motivos, restaurantes e bares investem em atrativos principalmente no lazer para os

menores, como forma de atrair o dinheiro dos pais. Hotéis de luxo fazem promoções facilitando a presença do hospede mirim, o que é muito bem visto pelos pais. Além de serem recebidos como cortesia, ainda contam com espaços como, por exemplo, o “da papinha” onde liquidificadores barulhentos às primeiras horas da manhã passam a incomodar hóspedes cujo interesse é bem outro. Espaços até então impensáveis para a criança como concertos, o trabalho do papai ou da mamãe, estabelecimentos bancários, cerimônias religiosas, entre outros, têm como certa a presença da criança, onde seus pais desejam que ela esteja. Muito embora já surjam locais, que não recebem crianças, estes são minoria, e muitas vezes a atitude é recriminada pela sociedade.

Por outro lado, muitos casais sem filhos queixam-se de serem excluídos pelos amigos de determinadas comemorações, sob a alegação de que se “tratava de uma festinha exclusiva para crianças”, assim são “barrados”. Faltam-lhes filhos, “o passaporte”.

A contradição fica clara: embora o casal sem filhos tenha dificuldade em ser aceito nos eventos infantis, precisa necessariamente conviver com crianças. Elas estão em suas festas, invadem suas férias, muitas vezes sem limites, em ambientes impróprios, possivelmente, gerando incômodos aos demais frequentadores.

Estas podem ser consideradas formas de punição pela infertilidade de um casal, que, além da dor pessoal, precisa lidar com a intromissão das crianças e com a exclusão dos eventos sociais voltados para elas. A estes fatos ainda se associam os segredos de família, uma dor ocultada, que forçosamente é publicamente evidenciada.

3. Segredos de família

3.1. A dor ocultada

Um casal que vive a ausência involuntária de filhos, muito provavelmente sofre. O sofrimento pode não ser apenas do par, mas também da família e dos amigos:

[...] Como os casais sentem-se frustrados em seus esforços para se tornarem pais, seus próprios pais podem sentir-se frustrados em seus esforços para se tornarem avós e mentores, e seus irmãos por sentirem-se frustrados em seus desejos de se tornarem tios. Frequentemente, as emoções e pensamentos relativos à dor intergeracional, da infertilidade de um casal, permanecem secretos, e não declarados. (SCHAFFER, DIAMOND, 2002, p. 122).

A sociedade interfere ao observar que os filhos de um casal ainda “não foram encomendados” e sem saber do real motivo procura convencê-lo de que a hora é esta. Por um lado, freqüentemente, a família e os amigos, bem-intencionados, são muitas vezes insensíveis e magoam com comentários e questionamentos. Uma infertilidade não se esconde por muito tempo (SCHAFFER, DIAMOND, 2002). Por outro lado, a mídia busca associar a imagem de uma pessoa feliz, junto a uma criança, bem vestida e alimentada, ainda usando fraldas descartáveis, mesmo que com dois ou três anos de idade. Um casal sem filhos é freqüentemente visto como “deficitário” e ameaçador para a sociedade. Falta-lhe um “presente de Deus”, uma forma de consolidar a família, perpetuar-se, dar continuidade à linha da vida, imortalizar-se.

Geralmente as pessoas que passam por um tratamento prolongado para a infertilidade sentem-se isoladas de outras e, mesmo desejosas de partilhar a questão, tornam-se mais reclusas quando tratamentos controvertidos estão sendo realizados. Eles próprios tendem a não refletir sobre algum assunto mais polêmico que envolva o procedimento (SCHAFFER, DIAMOND, 2002). Em contrapartida, durante a anamnese para o tratamento da fertilidade podem vir à tona fatos do passado, desconhecidos do cônjuge, e que preferencialmente assim deveriam permanecer. Abortos, doenças sexualmente transmissíveis e outros fatos da vida sexual anteriormente vivida precisam ser expostos agora, trazendo lembranças pesarasas e difíceis para o casal, podendo muitas vezes ampliar sua dor.

Há casais que se isolam:

[...] da maior rede de apoio, bem como um do outro. Uma vez que não há novidades, começam a evitar eventos familiares, especialmente quando parentes grávidas ou bebês estão presentes. Deixam de contar até mesmo às pessoas quando surge uma gravidez, e depois, quando aborta (SCHAFFER, DIAMOND, 2002, p. 123).

3.2. A Relação do Par

Embora seja consenso que o bem estar psicológico do casal e a harmonia do par seja relevante para a superação da dificuldade em procriar, há poucos registros na literatura relativos à dor de não poder procriar:

[...] Após algum tempo, quando a infertilidade começa a parecer permanente, ela rouba do casal um senso de que são participantes da vida. A coerência de nascer, crescer, casar-se, ter filhos, depois netos, parece distorcer-se. O indivíduo sente-se frustrado, incapacitado e, às vezes, punido” (op. cit., 2002, p. 117).

É comum mulheres relatarem que se sentem culpadas ou responsáveis pela infertilidade do par mesmo quando o marido é o parceiro que apresenta a dificuldade física. Não é raro o divórcio ser lembrado como alternativa freqüente.

Quanto à frustração diante do insucesso num procedimento, um outro aspecto também é relevante. Nem sempre é possível definir-se com certeza a causa de um insucesso na implantação de um embrião e, neste momento, pensa-se que, mesmo controladas as causas orgânicas, existem as emocionais e sua imponderável influência. Parece ser este o momento em que o estresse do casal chega ao nível máximo recorrendo-se inclusive à irracionalidade através das superstições. Em contrapartida, casais, mesmo frustrados pela infertilidade, conseguem manter relacionamentos conjugais nos quais há afeto e apoio, o que não resolve a frustração, mas auxilia sua superação.

[...] A infertilidade, como uma crise de vida, às vezes pode prosseguir por anos, deixando os casais em um estado de animação suspensa. De acordo com Burns (1987), para certos casais, esta espécie de ambigüidade, quanto aos limites, pode complicar as transições normais do ciclo de vida pelas quais a família deve passar. Por causa da criança fantasiada que está psicologicamente presente, mas fisicamente ausente, tais casais podem adiar decisões importantes, como mudanças de carreira profissional, compra de residência e viagens. As mulheres, que se submetem ao tratamento demorado para a infertilidade, freqüentemente relatam frustração por não serem capazes de experienciar a maternidade, nem buscar ativamente fontes alternativas de satisfação (op. cit., 2002, p. 121).

Este “estado de animação suspensa” muito provavelmente interfere no prosseguimento da vida natural do par, quando se adia a execução de outros planos, restringindo-os à chegada do bebê. Por outro lado, diante de uma tentativa frustrada, se ampliam também as perdas e a sensação de fracasso se sobressai. Confunde-se fertilidade e impotência.

3.3. Fertilidade versus Impotência

Sem sombra de dúvida, este equívoco é um peso maior para os homens, já que a mulher não necessita necessariamente de qualquer das fases da resposta sexual humana para engravidar, ao contrário do homem. No entanto, a mulher muitas vezes assume a dificuldade de ereção do parceiro como sendo uma questão pessoal. Passa a acreditar que ela não é capaz de despertar seu interesse, de provocar uma ereção.

Ao se conscientizar da infertilidade, o casal tende a vivenciar a experiência de forma diferente. Enquanto as mulheres se mostram angustiadas por não

engravidarem, tornando-se ansiosas para solucionar a dificuldade, absorvendo a questão com humildade, os homens, por outro lado, parecem lidar com mais dificuldade com tais mecanismos emocionais e a maioria confunde infertilidade com impotência.

A cultura popular consagra essa tendência, como se constata nos versos do cearense Valdeto Bandívia, que Menezes (1990, p.42), ao traduzir a “vingança” de um plantador de milho, diante da “autoridade” do juiz de direito, fazendo uma apologia à família numerosa e a sua própria potência sexual.

“Sou um caboclo da roça.
Nascido dentro da mata
nunca calcei um sapato
nem botei uma gravata...
No dia que eu registrei
o meu menino mais novo,
o juiz estava nervoso
brigando no meio do povo.
Me chamou de maltrapilho
sujo, plantador de milho,
disse mais uma piada
dessas que a boca não cabe:
“Matuto pobre só sabe
fazer menino e mais nada”.
O juiz não tinha filho
que enfeitasse a sua vida.
Eu conheci a história,
fui direto na ferida:

“O senhor está zangado,
tem dez anos de casado,
A mulher não tem filho..
Minha família é grande
dez filhos e a mulher.
A sua é muito pequena,
mas é porque você quer!
A sua mulher lhe embroma!
Quase todo dia toma anticoncepcional,
lhe vicia na novela,
dorme tarde, faz tabela
e lhe tira o principal! (...)

Escute aqui bacharel,
conversa longa me atrasa!
Quer ver a mulher ter filho?
bote um plantador de milho
para dormir na sua casa!”

Ressalte-se que o poema se refere ao que ainda hoje se observa: há mulheres com dificuldade em envolver o parceiro no processo, atribuindo este fato ao reflexo de outros tempos, em que vigor físico e potência sexual eram confundidos com capacidade reprodutiva, o que parece explicar porque os homens fogem do diagnóstico ameaçador reagindo com revolta diante da situação, que consideram inaceitável. Não é difícil que, na intimidade, alguns se tornem calados, nervosos e até agressivos.

Talvez seja por isto que, durante muito tempo, as clínicas de tratamento da infertilidade tenham sido vistas como um “clubes do bolinha” às avessas sem a presença do homem, por ser mais conveniente centrar na mulher sempre a suspeita principal da infertilidade, pois, acima de tudo, pela própria resignação, estaria mais disposta a validar o tratamento.

Outras pré-concepções povoam a cultura, quando o assunto é infertilidade, principalmente de um casal jovem. Raramente se pensa em ausência de coitos, porque parece pouco provável terem dificuldade em manter o ato sexual. No entanto, “[...] deixando de lado a dificuldade dos parceiros em consumir as relações sexuais, caso excepcional, existem raras indicações femininas e freqüentes indicações masculinas para se recorrer a inseminação artificial” (TESTART, 1998, p. 36).

Independente do cônjuge envolvido e das circunstâncias, a forma como o casal vai enfrentar a infertilidade é diversa. A tradição tem um peso determinante neste sentido, colocando a presença dos filhos quase como uma condição para a consolidação da família, o que os leva a uma montanha russa de sentimentos, comportamentos e sofrimentos.

3.4. Montanha Russa

Um número pequeno de casais enfrenta com naturalidade a infertilidade e a falta de filhos e constrói uma vida a dois de forma centrada e feliz. Uns encontram na adoção possibilidade eficiente de dar prosseguimento à vida. Outros se submetem à dificuldade de forma obsessiva, muitas vezes desgovernam suas vidas pessoais e a relação a dois. Colocam no projeto do “filho idealizado” todo sentido de suas vidas, frustrando-se mês a mês numa tentativa em vão de finalmente ter um filho em seus braços. O temor da possível infidelidade oriunda da incapacidade de gerar um filho surge.

A infertilidade não diferencia as classes sociais, mas assim o faz a solução desse problema. A classe economicamente mais favorecida tem maiores chances de adotar uma opção mais onerosa e mais eficiente, diferente de outros casais que precisam da ajuda financeira de amigos e família, ampliando, por isso, as expectativas, opiniões e cobranças. Observar “seus caracteres em outra pessoa”, é o motivo mais freqüente para que não apenas o casal, mais a “família” opte pela RA.

A RA não afeta apenas o financeiro. Há um desgaste orgânico, por conta de incontáveis injeções hormonais e seus inconvenientes “efeitos colaterais”. Para alguns casais interfere na redistribuição de prioridades, de adiar a compra de um bem, ou as tão desejadas férias. Queixam-se de estarem com a vida “empacada” na medida em que outros projetos pessoais são adiados como o investimento num novo emprego, o simples ingresso numa academia de ginástica. Passam a apostar todas as fichas no processo. Há em seus lares um “quarto vazio”.

Em poucos dias, o resultado do exame irá modificar a vida do casal e algumas vezes de quem o rodeia. Um fracasso pode desfazer sonhos, abalar a estabilidade do par ou amadurecê-lo. Um resultado positivo pode devolver o sentido da vida e também a família extensa. Há ainda a possibilidade de se ter “emoção” redobrada diante da gravidez múltipla, o que nem sempre é visto com tranqüilidade, diante das implicações financeiras e estruturais, além de significar risco para a gestante e os bebês.

Uma coisa é consenso: ninguém consegue entrar e sair de uma experiência em RA da mesma forma. Alegres ou frustrados, mais próximos ou mais distantes, confiantes ou desesperançados, normalmente o processo induz ao estresse do casal. Muitos inconvenientes podem ser superados posteriormente, mas o desgaste psicológico do par e ainda de cada um dos parceiros, que freqüentemente saem frustrados da experiência ao se defrontarem com seus ideais de perfeição humana atingidos, nem sempre serão vencidos.

A verdade é que, mesmo sendo um processo oneroso e incômodo, desgastante físico e psicologicamente, é crescente o número de casais que buscam a RA como forma de conseguir uma gravidez. Discussões à parte, a polêmica reflete a angústia do casal para não ser, “*num país onde se plantando tudo dá*”, infértil. “*Uma árvore sem frutos*”, vivendo mês a mês as delícias diante da possibilidade de, quem sabe, engravidar e as dores na constatação do fracasso, uma animação suspensa (SCHAFFER, DIAMOND, 2002).

Considerações finais

Talvez a preocupação da equipe seja posicionar o casal de forma realista para lidar com as chances de fracasso, sabidamente maiores que as do sucesso. É preciso ter em mente que já tão “avaliado” e frustrado, o casal neste momento necessita de reforços positivos para se manter no “estado de animação suspensa”. A fórmula de como manter um casal “motivado” para participar do processo e, ao mesmo tempo, preparado para lidar com um (muito) provável resultado negativo, parece ser o grande desafio para os técnicos que trabalham hoje com RA.

É importante ressaltar que, em toda a bibliografia consultada, nenhum autor dedica mais que algumas frases ao estado psicológico do casal, embora seja ponto comum considerar-se que o estado emocional do casal tem papel fundamental no processo e que o tratamento sobrecarrega o par. A necessidade sentida pelo casal em ser ouvido quanto aos seus receios, emoções e inseguranças, dificilmente cabem dentro da consulta médica.

Empolgado com o amadurecimento do óvulo, muitas vezes o profissional sente dificuldade em entender que o “candidato a papai” teve dificuldades em cumprir o roteiro dos “coitos programados”.

O sexo é uma expressão da vida. Tenso e ansioso, o casal, evidentemente modifica o jogo erótico-sexual. Privar o par da espontaneidade, talvez seja sua maior penalidade. Manter um coito preocupado com o dia do ciclo, esconder a mágoa de ontem e buscar um contato físico porque “hoje é o dia fértil”, a obrigação não apenas com a ereção, mas também em ejacular, são alguns dos fatores que precisam ser lembrados.

Enquanto os profissionais discutem, de um lado, como ampliar as chances de sucesso de um casal, melhorando técnicas e taxas, um segmento da sociedade mostra-se preocupado de forma cabível com a bioética que regulamenta também o trabalho em RA. Embora a ética e a bioética não tenham sido alvo de estudo do presente trabalho, seu trato é de suma importância. Infelizmente, em meio a tantos índices, exames, cifras, técnicas e opiniões diversas, encontra-se acuado o casal, necessitando urgente de um olhar sensível, mais humano e acolhedor.

Referências bibliográficas

- BÍBLIA. Português. **A Bíblia de Jerusalém**. La Sainte Bible. São Paulo: Edições Paulinas, 1973.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados populacionais. Disponível em: < [www. ibge. gov. br](http://www.ibge.gov.br) >. Acesso em: 02/maio/2002.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1992.
- GREGERSEN, E. **Práticas sexuais: a História sexualidade humana**. São Paulo: Rocca, 1983.
- MALDONADO, M.T. P. **Psicologia da gravidez**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- MENEZES, R. O Planejamento familiar e a cultura popular. In MEDEIROS, A. **O planejamento familiar e o Nordeste**. Rio de Janeiro: Medsi, 1990, p 41-52.
- OLIVEIRA, A. Eles sabem tudo. Será? **Revista Veja**. São Paulo, v. 38, p. 24-25, 2001.
- RODRIGUES, O. Jr (org). **Aprimorando a saúde sexual: Manual de Técnicas de Terapia Sexual**. São Paulo: Summus, 2001.

- SCHAFFER, J. A.; DIAMOND, R. Infertilidade: dor pessoal e estigma secreto. In: IMBER-BLACK, E. (org.). **Os segredos na família e na terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p. 113-127.
- SOUZA, A.M.N. **A família e seu espaço**: uma proposta de terapia familiar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1997.
- TESTART, J. **A fertilização artificial**. São Paulo: Ática, 1998.

Bibliografia Recomendada

- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FERNÁNDEZ, D.; URDAPILLETA, L. Aspectos psiconeuroendócrinos de la anovulación y de algunas alteraciones de la reproducción asociadas a condiciones psicológicas. **Reproducción Humana**, (Buenos Aires), v. 2, n. 2, p. 12-20, 2002.
- FRIEDMAN, D. **Uma mente própria**: a história cultural do pênis. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- GRAD, M. A. **A princesa que acreditava em contos de fadas**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2001.
- GRATCH, A. **Se os homens falassem ...** como compreender as atitudes masculinas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- IMBER-BLACK, E. (Org). **Os segredos na família e na terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p. 113-127.
- KAPLAN, H. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. (Org). **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.
- MASTER, W.; JOHNSON, V. **A incompetência sexual**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
- MEDEIROS, A.S. **O Planejamento familiar e o Nordeste**. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.
- MENEZES, V.; CARRION, C. **Male sexual performance as seen by women**. XIII World Congress of Sexology, Valencia: WAS, 1997 (*no prelo*).
- MORRIS, D. **O macaco nu**. 12 ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- SBRA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA). Disponível em: <www.sbra.com.br> Acesso em 24. 01. 04.
- SERRANO, R.H. Terapia Sexual: Velhos e novos rumos. In: RODRIGUES JR., O. **Aprimorando a saúde sexual**: Manual de Técnicas de Terapia Sexual. São Paulo: Summus, 2001. p 9-11.

SOCIODRAMA
TERAPIA SEXUAL CONJUGAL:
ESTUPRO E DISFUNÇÕES SEXUAIS

TERAPIA SEXUAL CONJUGAL: ESTUPRO E DISFUNÇÕES SEXUAIS

UMA ARTICULAÇÃO METODOLÓGICA
ENTRE PSICODRAMA, SOCIODRAMA
CONSTRUTIVISTA E EMDR

Ana Maria Fonseca Zampieri¹

SEXUAL COUPLE THERAPY WITH SEXUAL
DISFUNCTIONS AFTER RAPE. METHODOLOGIC
ARTICULATION: PSYCHODRAMA, CONSTRUCTIVISM
SOCIODRAMA AND EMDR

105

Resumo: A autora apresenta um caso clínico de sua pesquisa de terapia sexual com casais, onde disfunções sexuais estão relacionadas a estresses pós-traumáticos do casal e disfunções sexuais de: anorgasmia e disfunção erétil secundária, após um estupro sofrido pela esposa há cerca de três anos e assistido pelo marido. A partir de compreensões embasadas na terapia sexual clássica de Kaplan (1999), do Sociodrama Construtivista da autora (Zampieri, 1996), do Psicodrama de Moreno (1974) e do EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprossation) de Shapiro (2001), articula estes métodos para uma terapia sexual que intervém nos aspectos intra e interpessoais do casal, buscando tratar os estresses pós-traumáticos, e as disfunções sexuais supra citadas após uma violência por estupro. Apresenta protocolos descritivos das sessões terapêuticas do casal com nomes fictícios de Maria e João, com trabalhos de Psicodrama Interno e EMDR para intervenções intrapsíquicas e o Onirodrama e Sociodrama Construtivista para as interpessoais, durante o processo da terapia sexual.

Palavras-chave: Terapia sexual conjugal; trauma; estupro; sociodrama construtivista; EMDR.

¹ Terapeuta Sexual. Terapeuta de Casais e Famílias. Psicodramatista. Terapeuta em EMDR.
e-mail: amamfzampieri@uol.com.br

Abstract: The autoress presents one clinical case of her's research of sexual therapy in married couples, with anorgasmic and secondary erectile dysfunction, related to disorder of stress post traumatic, after being the wife raped and the husband forced to see the violence, about three years ago. Throughout basic concepts of sexual therapy by Kaplan (1999), and concepts of Constructivist Sociodrama of the authoress herself, Zampieri (1996), and concepts of Psychodrama by Moreno (1974) and finally concepts of EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing, by Shapiro (2001), the autoress articulate one form of sexual therapy, that goes through aspects of intra and interpsychic life of the married couple, toward the healing the describing each technique applied to each issue, inter or intrapsychic aspects, of the healing process of the couple.

Keywords: Sexual therapy in married couples; trauma; rape; constructivism Sociodrama; EMDR.

Introdução

“[...] Cada um de nós é quem é, porque tem suas próprias memórias”.
(IZQUIERDO, 2004, p. 9)

Tenho pesquisado formas de tratar disfunções sexuais, na terapia sexual com casais, onde articulo os referenciais teóricos, filosóficos e técnicos das abordagens da terapia sexual clássica de Helen Kaplan (1999); Sociodrama Construtivista de minha autoria (1996) do Psicodrama e Moreno (1974), especialmente do Psicodrama Interno, e do Onirodrama ao EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) de Francine Shapiro (2001).

Nesse artigo especificamente apresento protocolos de uma terapia sexual conjugal, com queixas de anorgasmia e disfunção erétil secundárias, após uma violência por estupro sofrida pela mulher e assistida pelo marido, há três anos, data do início da terapia sexual.

Os traumas adultos são, em sua maioria, fatos inesperados que podem durar segundos ou horas. A severidade deles é particular e depende da estrutura genética e psicológica do ambiente da pessoa traumatizada. Neurologistas têm mostrado por exames cerebrais que em pessoas expostas a traumas prolongados o hipocampo se reduz e impede alguns níveis de funcionamento cerebral. Lembramos que o hipocampo “[...] é a região do cérebro que recebe os fatos objetivos e o retransmite à amígdala para a resposta emocional e ao neocórtex para uma análise”. (GRAND, 2006, p. 110).

Os traumas infantis trabalhados nos adultos podem ser expressos por sintomas. Em minha prática clínica percebo e confirmo estudos que falam da severidade de violências verbais, humilhações, violências físicas, sociais, sexuais e abandonos emocionais sofridos na infância, especialmente.

A terapia familiar sociodramática construtivista revela as feridas da alma e os danos existenciais que essas violências produzem nas pessoas, ao longo de suas vidas. É uma terapia que propõe a co-construção de novas e mais adequadas soluções para os conflitos intra e interpéssicos, legitimando-se a capacidade de cada um e dos veículos para tal.

Sabemos que em muitas sociedades há tendências à negação do abuso infantil. A dra. Judith Livis Human (1992) fala-nos que estudar traumas infantis é prestar depoimentos sobre a capacidade do ser humano de viver tragédias, onde silêncio e o segredo são os alimentos dos abusos infantis e a negação e a cegueira social frente a uma criança abusada, e costuma constituir uma nova forma de abuso e trauma. Quanto mais jovem for esta criança, menos terá seu cérebro formado para compreender o que se passa, e tanto mais poderá “esquecer” as cenas perturbadoras, para melhor sobreviver. É comum observarmos que crianças “saem de seu corpo” enquanto são abusadas, por exemplo. É uma forma de “não sentir” a dor provocada em sua essência humana. No trabalho com EMDR observamos, com frequência, essas dissociações defensivas.

Outra observação freqüente é o aspecto olfativo dos traumas de abuso sexual além, de outras queixas como *flashbacks*, hipervigilância, pesadelos noturnos e amnésias dissociativas entre outros.

Na abordagem psicoterápica do EMDR consideramos como inseparáveis: pensamentos, memória sensorial, emoção e experiência corporal, como componentes da vida psicológica. Grand (2006) diz que as sensações corporais são uma forma de comunicação visceral que pode trazer importantes informações ao processo psicoterapêutico, quando processadas com estímulos bilaterais. As recordações decorridas durante o processamento de EMDR, mostram como o corpo fala por metáforas sensoriais, como o processamento ajuda a mente a interpretá-las e como há integração das recordações e emoção no processamento.

EMDR possibilita conexões neurofisiológicas entre as várias partes do cérebro e do corpo dentro de um sistema. Pessoas com problemas pós traumáticos, poderão ter dificuldades para realizar essas conexões. Habitualmente, crenças negativas aqui se sustentam sistematicamente nos traumas. Pelo processamento

do EMDR podemos trazer crenças e sensações positivas, que podem estimular vários recursos neurofisiológicos, e psicológicos do paciente, numa aplicação para auto-conhecimento de como possuem, ainda, recursos para lidarem com situações de vulnerabilidade emocional e corporal.

Pessoas mais deprimidas vivem no passado e as mais ansiosas, no futuro. O EMDR traz a pessoa para o presente, na chamada atenção dual, onde presente e passado estão diferenciados e estimulados. EMDR, assim favorece, a remissão e/ou minimização dos traumas das pessoas.

Izquierdo (2002) fala-nos que da maioria das memórias sobram fragmentos duvidosos e modificados pela passagem do tempo e que podemos, desta forma, confundir os vários acontecimentos de nossa vida, as pessoas envolvidas neles e as circunstâncias exatas dos mesmos. Isto é atribuído a perdas de muitas sinapses e neurônios onde dividem algumas memórias, que ocorrem ao longo de nossas vidas. Esquecemos porque os mecanismos que formam e evocam memórias são saturáveis. Temos no cérebro humano muitos bilhões de neurônios. Os do córtex cerebral recebem entre 1000 e 10000 conexões ou sinapses procedentes de outras células nervosas e emitem prolongamentos que fazem conexões com tantos outros neurônios. De cada uma dessas sinapses podem surgir memórias. Assim, de acordo com Izquierdo (2002) esquecemos em boa parte, para poder pensar, não ficarmos loucos, podermos conviver e, enfim, para sobreviver.

Além disso, podemos ter memórias falsas, a partir da mistura de memórias verdadeiras. O neuropsicólogo dos Estados Unidos, Daniel Lchacter (2003, p. 75) descreve estas misturas de memórias. Gabriel Garcia Márquez (2004, p. 41) já disse que a vida não é exatamente o que se viveu, mas o que a gente lembra que viveu e o que podemos contar do que lembramos. Muitas vezes involuntariamente, outras propositalmente, criamos memórias falsas a partir de dados reais.

Há em nossas vidas, um processo de relatividade de memórias, que as mantém em estado latente. Izquierdo (2002) diz que isto pode ser um mecanismo de defesa; especialmente de episódios dolorosos, humilhantes ou aterrorizantes e que podem provocar estresses importantes. Isto é uma forma de reagir ao medo só na presença de situações que o exigem, não a qualquer hora. Diz ainda, o autor, que “há coisas que nosso cérebro recorda, mas nós não” (IZQUIERDO, 2002, p. 110).

Pessoas que agem de maneira defendida podem estar sendo impedidas, por aspectos do seu contexto, de se comportar ou pensar de maneiras válidas e

saudáveis. Normalmente esses problemas estão ligados à cultura de gênero, que impede a discussão de alguns valores, mitos e tabus, especialmente no que se refere à sexualidade. Quando no Sociodrama Construtivista discutimos os temas impedidos, nos vários níveis do sistema familiar e/ou conjugal, pode-se decidir a melhor maneira de mudar um relacionamento, usando para tal inclusive, as mudanças internas que podem constituir barreiras artificiais nos níveis intrapsíquicos.

Von Glaserfeld (2000, p. 39) chamava de perspectivismo o conjunto de pressupostos de uma pessoa que determina como ela vê os fatos de sua vida. Por isto, o terapeuta sociodramatista construtivista vê a mente como o nível mais básico de qualquer sistema humano, que tem níveis múltiplos que interação acrescentamos a isto, o conceito de recursividade, que se refere às interações entre os vários sistemas inter e intrapsíquicos que, com o tempo faz com que comportamentos e crenças sobre a natureza da condição humana influenciem-se consistente e reciprocamente. Assim, não conhecemos a realidade objetivamente porque a realidade é uma construção interna associada às realidades externas.

Interpsíquicamente falando, a mente têm diálogos internos que pode capacitá-la resolver problemas, controlar e liderar as vidas das pessoas com novas perspectivas, aplicadas, criativas e saudáveis.

Na terapia de João e Maria, nomes fictícios dados a eles, que apresentaremos a seguir, houve sessões de Sociodrama Construtivista para discutir como o conjunto de valores, crenças de gênero e mitos de cada um, afetam e influenciam suas vidas sexuais, afetivas e amorosas. Essa discussão acontece em três níveis: na relação eu-eu de cada um, na relação eu-tu: a relação conjugal e na relação eu-nós: cada um com suas famílias de origem, amigos e outros, portanto, discussões de níveis intra e interpsíquicos. Desta forma, vemos os sintomas na complexidade bio-sócio psico-espiritual dos contextos interpessoais, na terapia sexual.

Metodologia

Casal: Maria: 31 anos, educadora. Nível sócio econômico médio alto.

João: 32 anos, executivo. Nível sócio econômico médio alto.

O caso apresentado, de terapia sexual conjugal, teve articulações metodológicas da seguinte forma:

1. História clínica do casal. Sessões individual e conjugal.
2. Genograma das duas famílias de origem e com pesquisa das vidas e padrões intergeracionais de sexualidade, casamentos e violências sofridas. Sessões individual e conjugal.
3. Utilização da abordagem psicoterápica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para tratar os traumas individuais de João e de Maria, incluindo as cenas do estupro e assaltos sofridos por eles. Em sessões individuais.
4. Aplicação de Onirodrama com o casal junto na sessão.
5. Sessões de Sociodrama Construtivista. Em sessões conjugais.
6. Exercícios e técnicas sexuais para disfunção erétil secundária e anorgasmia secundária de Lopicollo (1987), Kaplan (1999) e Cavalcanti & Cavalcanti (1997). Sessões: individuais e conjugais.

Resultados

O casal é jovem, ele com 32 anos trabalha na área de computação e ela com 31 anos, na área de educação. Casados há três anos e meio, quando, num estacionamento, após saírem de um cinema da cidade de São Paulo, foram abordados por três homens armados que os assaltaram e violentaram a esposa. Relataram não ter procurado a polícia por medo de revanche dos bandidos, que levaram o carro e os documentos deles onde constavam endereços da residência do casal, entre outros.

Na ocasião da violência eram casados há seis meses e passaram a ter dificuldades no relacionamento sexual apresentando as disfunções sexuais de anorgasmia e disfunção erétil secundárias, nos dois anos e três meses que se sucederam até a data da consulta.

Nas primeiras entrevistas, durante as sessões individuais e conjugais, afirmaram não ter procurado ajuda antes, porque imaginavam que, com o tempo, os sintomas desapareceriam espontaneamente.

Nas entrevistas individuais a esposa relatou estresses pós-traumáticos após o estupro como: hipervigilância; pânico; pesadelos noturnos e insônia. Apresentava-se com dificuldades de dirigir o carro em ambientes menos iluminados, taquicardia e medo de ser perseguida pelos bandidos. Referiu dificuldades em conciliar o sono e distrações no trabalho.

Na pesquisa sobre outras sintomologias e educação sexual do casal, surgiram: padrões rígidos religiosos, especialmente em relação à vida sexual do marido; padrões repetitivos de infertilidade na família de origem da esposa; e uma queixa de inibição sexual durante o namoro e nos primeiros meses de casamento, por parte da mulher, dizendo que seu marido sempre foi mais tímido para tomar iniciativas sexuais e proibia tentativas sexuais fora dos “padrões clássicos” (sic da paciente). Aprofundando, ela relatou que havia tentado sugerir sexo oral para ambos, mas que ele ficara chocado com essa possibilidade, um pouco depois do casamento, pois isso lembraria atitudes de mulher vulgar.

Além disto, não havia outras queixas e o casal, em plena fase de adaptação ao casamento, após quase dois anos de namoro, dizia-se feliz até a violência do estupro.

Nas sessões conjugais ele relatou que ficou traumatizado porque eles o obrigaram a assistir ao estupro, com um revólver apontado para sua cabeça e, a ela, obrigaram-na a gemer como se estivesse gostando da relação sexual. O marido afirmou que não a reconheceu nesse momento, pois ela parecia “uma prostituta no cio” (sic do paciente) gemendo e rebolando muito. A esposa chorava enquanto ele relatava isto, dizia que pensara na sobrevivência dos dois e, por esse motivo, encenou a cena erótica que os assaltantes pediram.

Pesquisando a história pessoal dele, lembrou-se de uma humilhação importante sofrida quando jovem, aos 17 anos. Estava com uns primos de férias, numa cidade do interior, quando obrigaram-no a ficar a sós com uma prostituta, num bordel. O paciente relatou que os primos em questão estavam preocupados com a virgindade dele e, por isso então, levaram-no a essa experiência.

A esposa relatou experiências infantis de ver seu pai alcoólatra batendo em sua mãe e, depois, forçando-a a “ir para o quarto com ele” (sic da paciente).

No meu entendimento diagnóstico haveria neste casal possíveis traumas não reprocessados em suas biografias. Por esse motivo, adotei a articulação metodológica do Psicodrama, do Sociodrama Construtivista, da terapia sexual clássica e do EMDR para buscar ajudá-los na solução das disfunções sexuais.

Aqui relato Protocolos com recortes selecionados de sessões, onde utilizei esta metodologia articulada, que tem sido meu objeto de pesquisa clínica diária, nestes últimos anos.

Os nomes são fictícios: João e Maria.

PROTOCOLO: EMDR de João.

Sessão Individual.

Queixa: Humilhação sofrida aos 17 anos.

1. CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR SEGURO: para os momentos de alta ansiedade na sessão psicoterápica ou em sua vida em qualquer momento que o necessitasse.

JOÃO: “Estou embaixo de uma árvore do sítio de minha avó paterna onde eu passava férias com primos e irmãos. É um pé de mangas, cheio de frutas. É um lugar quente, mas com brisa embaixo das árvores na sombra delas. É de manhã e as cores predominantes são: verde, vermelho e areia. O perfume é do cheiro das mangas”.

Palavra-chave: Segurança.

A IMAGEM selecionada por João, para ser desensibilizada e reprocessada é:

JOÃO: Estou no quarto sujo da prostituta. Eu me vejo deitado sobre ela sem saber o que fazer. Ela diz pra mim: “Como é? Não tenho o dia todo para você. Anda! Acaba logo com isso!” Eu começo a chorar e saio da cama humilhado. Ela grita e ri de mim. Pediu para eu pagar assim mesmo.

Pedi que ele encontrasse a CRENÇA NEGATIVA associada a essa imagem.

JOÃO: “Eu não consigo enfrentar desafios.”

Busquei, com ele, a CRENÇA POSITIVA, alguma crença de característica positiva que ele possui, na idade atual (32 anos).

JOÃO: “Eu posso aprender”

Uma vez identificadas as crenças negativa e positiva, procurei avaliar com ele a profundidade e o poder das mesmas. Seguindo as escalas de medição propostas por Shapiro (2001) pedi o grau de perturbação de IMAGEM selecionada pela Escala de Validades Subjetivas de Perturbação: SUDS (Subjective Unit of Disturbance Scale) de Joseph Wolpe. Numa escala de 0 a 10 ele avaliou em 10. SUDS = 10.

Solicitei que retornasse à IMAGEM selecionada com a crença negativa: “Eu não consigo enfrentar desafios”

EMOÇÃO: Medo e vergonha.

SENSAÇÃO: No peito e na cabeça.

Depois perguntei quanto verdadeira ele sentia a crença positiva, de 1 a 7 a de: “eu posso aprender” à IMAGEM selecionada. Essa escala que chamaremos de VOC (Validação de CONOTAÇÃO, de Francine Shapiro, 2001) obteve o valor igual a 1. VOC=1.

A estimulação bilateral escolhida por João foi a auditiva.

Apresentarei alguns momentos da DESENSIBILIZAÇÃO.

Quando aparecer a seta ↓ significa que os estímulos auditivos estão ocorrendo.



JOÃO: “Estou naquele quarto nojento, com uma mulher muito fria, gorda e com umas cicatrizes na barriga. Estou em cima dela e paralisado”.



“Vejo que ela me olha com uma cara de desprezo. Devia me achar um babaca. Eu estou apavorado, com a boca seca e sem me mexer”.



“A mulher tem um cheiro de perfume muito forte. Eu fico nauseado. Fecho os olhos para não ver o que vai acontecer. Tento prender a respiração para não sentir o cheiro e melhorar as náuseas”.



“Estou sentindo o cheiro muito forte. Sinto que vou vomitar na cama. Estou apavorado”.



“Não consigo prender a respiração. O cheiro está cada vez pior. Abro os olhos e olho para ela que parece uma bruxa. Começo a ficar tonto”.

João chora nesse momento da sessão.



“Eu estou chorando e vou ter que sair daqui. Estou passando muito mal. Ela me olha com uma cara muito estranha. Parece que nunca viu isso acontecer”.



“O cheiro é mais forte que nunca. Acho que ela passou perfume no corpo inteiro. Está insuportável. Vou vomitar”.



“Parece que os meus braços não podem se movimentar. A mulher está me olhando e eu estou chorando. Tento me levantar mas estou sem forças nos braços.”



“A mulher agora olha com uma cara melhor. Acho que ela está com pena de mim. Eu choro muito. Parece que minhas pernas estão reagindo”.



“A mulher me diz para eu me acalmar, que isso é normal para um rapaz inexperiente, não conseguir ter ereção”.



“Só agora percebo que não estou com ereção. Mas isso não me incomoda mais. Estou aliviado e respirando melhor”.



“O cheiro está mais fraco. Não estou mais com náuseas. Só sinto vergonha. Não por não ter ereção, mas por não ter enfrentado os meus primos e estar ali, sem querer estar ali. Eu não quero ter relação com uma prostituta”.



“A mulher abre a janela do quarto. Entra um cheiro bom de mato verde. Estou melhor”.

O paciente estava calmo. Parecia que o estresse havia desvanecido. Então, propus a INSTALAÇÃO da crença positiva. Pedi a ele que unisse a IMAGEM inicial, à crença: “EU POSSO APRENDER” e iniciei outra vez os estímulos auditivos bilaterais.

Obtivemos um SUDS: 1 (perturbação mínima) em VOC: 7 (crenças máximas). Na cabeça e no peito, ele relatou não mais sentir medo e vergonha.

Sessão Individual

PROTOCOLO DE EMDR DE MARIA

Queixa: Violência sexual do pai contra a mãe.

Maria com 7 anos de idade.

1. CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR SEGURO:

Maria: “No banheiro da sua casa atual. No chuveiro, com água morna caindo sobre sua cabeça. Sente o cheiro de limpeza e perfume do sabonete. De olhos fechados, sente-se em paz. As cores predominantes são o branco e o transparente da água. A temperatura é agradável e amena”.

Palavra chave: PAZ.

IMAGEM: “Meu pai leva a minha mãe arrastada para dentro do quarto do casal. Ele está bêbado e ela grita muito. Eu vejo a cena da sala”.

Crença Negativa: “Sou impotente. Não protejo ninguém”.

Crença Positiva: “Eu sou capaz de ajudar”

SUDS: 10 (perturbação máxima)

VOC: 2 (crença baixa)

EMOÇÃO: Medo

SENSAÇÃO: Nas pernas.

Maria: recebeu estimulação bilateral visual horizontal.

DESENSIBILIZAÇÃO.



“Ele a puxa pelo braço e empurra para que ela entre no quarto com ele”.



Maria tem uma crise de choro.



“Eu não consigo fazer nada por ela. Coitadinha da minha mãe! Ela grita por socorro, mas ninguém atende, Nem eu. Estou ali só olhando aquilo tudo”.

Maria tem nova crise de choro.



“Por que ela não dá um chute nele? Ele está bêbado! Se ela tentar... Eu grito para ela: “Bate nele, mãe; não deixa ele te forçar a nada. Bate nele mãe. Ele está bêbado!”



“Ele a levou para dentro do quarto. Está batendo nela, coitada! Ela só grita: Não, por favor! Não, por favor!”.



Maria tem outra crise de choro.



“Eu tampo os ouvidos para não escutar os gritos dela. Coitadinha dela! Mas eu não consigo parar de ouvir! Os dois gritam lá dentro do quarto”.



“Eu vejo uma janela aberta na sala. Puxo uma cadeira. Estou em cima da cadeira e olho para a rua. Estou vendo se passa alguém. Fico espiando pela janela. Pode passar alguém!”.



“Eu grito para a minha mãe que vou chamar alguém pela janela, alguém vai socorrer!”



“O meu pai abre a porta todo assustado, com aquela cara de monstro, com os olhos esbugalhados e, os cabelos em pé. Ele parece um demônio. Sinto o cheiro de álcool nele! Ele está lá, me olhando!”



“Eu falo que chamei uma pessoa e ele me olha assustado! Parado! Fica ali, me encarando.”



Maria tem nova crise de choro.



“Ele me olha parado. Gozado, eu não tenho medo agora dele. Ele é que está com medo de mim. Ele está me encarando e eu também o encaro. Não estou com medo”.



“Eu me vejo olhando bem firme pra ele. Eu digo que uma pessoa está subindo para salvar a minha mãe. Ele me olha assustado”.



“Ele começa a chorar com medo. E sai cambaleando pela porta da sala. Eu estou sem medo agora. Ele saiu correndo da casa.”



“Eu tranco a porta da sala. A minha mãe parou de chorar”.



“Agora eu me vejo deitada com a minha mãe na cama dela. Ela está dormindo e eu estou segurando a mão dela, parece que ela está em paz agora”.



“Eu vejo nós duas no quarto. Estamos em segurança ali, juntas. A porta da sala está trancada. Estamos descansando em paz, naquela casa”.

Maria apresentava-se tranqüila. Fizemos a instalação da Crença Positiva; unindo, à imagem inicial, a crença: “eu sou capaz de ajudar”.

Medimos o SUDS igual a 1 e o VOC igual a 7.

Na abordagem do estado corporal, Maria relatou estar muito bem, sem medo nas pernas.

A seguir apresentarei outro protocolo de EMDR de João, realizado numa sessão individual. Desta vez, trabalhamos a situação traumática do assalto e estupro de sua esposa.

João manteve o mesmo LUGAR SEGURO do EMDR anterior, embaixo de uma mangueira no sítio de sua avó paterna a com a palavra chave: segurança.

A IMAGEM selecionada por João foi: “Ela, a Maria, está encostada com o cara na parede e o assaltante pede pra ela gemer e se mexer. Ela faz isso e o outro bandido me manda ficar de olhos abertos e olhando pra eles, lá. Tem uma arma apontada para a minha cabeça”.

A CRENÇA NEGATIVA associada a essa IMAGEM é: “sou um fraco”. A POSITIVA é: “luto pra sobreviver”.

Quando João associou a IMAGEM à crença negativa: “sou um fraco”, pesquisei EMOÇÃO: medo e a SENSAÇÃO de sentir isso no peito.

A avaliação da Escala de Validade Subjetiva de Perturbação foi 10 e a da Validade de Cognição: “LUTO PRA SOBREVIVER” foi 2.

Tínhamos, então SUDS=10 E VOC=2 quando iniciamos a DESSENSIBILIZAÇÃO. Desta vez, João escolheu a estimulação bilateral tátil nas mãos.

Aqui apresento alguns momentos desta sessão.

Lembrando que a seta ↓ indica a estimulação tátil sendo feito nas mãos de João, alternadamente.



JOÃO: “Eu estou de pé, encostado no carro com um cara apontando o revólver na cabeça. Bem perto está a Maria. O cara desceu as calças dela. Está bravo porque ela está com uma meia calça de lã. Diz que é ridículo usar aquilo. Ela está muda. Não chora, nem fala, nem grita”.



“O bandido diz que se eu abaixar a cabeça ou fechar os olhos, ele vai atirar na minha cabeça. Ele me chama de chifrudo besta. E me obriga a olhar para Maria e o assaltante violentando ela”.



“Eu só penso que os caras vão matar a gente logo, logo. Eles têm cara de assassinos. Eu não vejo a cara deles direito, mas, pela voz, sei que são perigosos”.



“Eu obedeco e começo a rezar mentalmente. Peço a Deus que nos dê uma chance de ficar vivos”.



João tem uma crise de choro.



“O cara fala para a Maria que ela deve dizer que é virgem. Que ele é o primeiro cara dela. Para ela falar com voz de meiga. Para ela fazer de conta que ela está apaixonada por ele. Para ela o chamar de: ‘meu amor’”.



João chora de novo.



“O cara aperta o revólver na minha cabeça e me chama de frouxo, de idiota. Que eu não sabia nem comer a minha mulher.”



João chora.



“Maria começa a fazer denago para ele e chama o cara de “meu amor”. Ela está com cara normal, não parece assustada.”



“O cara grita com ela e a empurra contra a parede. Pede para ela se abaixar um pouco e por a mão no pênis dele. Ele pede para ela fazer carinho no pênis dele, com as mãos.”



João tem nova crise de choro.



“Maria obedece e faz tudo o que o cara manda. Ela geme e faz como se estivesse gostando daquilo. Estou pasmo. Não parece a mulher que conheço. Ela parece uma mulher vulgar. Ela faz uns movimentos muito vulgares com o corpo, com os quadris, com o rosto, com os olhos e com a voz.”



“Maria faz tudo como o cara pede. Ele olha para ela e não acredito que ela seja capaz de fazer aquilo, daquele jeito vulgar.”



“Ele grita para ela o chamar de “meu amor” o tempo todo com voz bem meiga. Ela faz isso direitinho. Ela parece outra mulher”.



O cara só fica falando no meu ouvido: “é isso aí, seu trouxa”.



João chora de novo.



“O cara acabou o serviço. E deixou ela lá na parede, de costas. Com a cara na parede. Imóvel! Com as calças jeans abaixadas. Ela parece uma estátua, coitada.”



“O cara fala para eu passar a bolsa dela, o relógio, o celular e a minha carteira. E as chaves do carro. Ele me manda abraçar a

Maria e fica lá quieto. Para eu fazer de conta que tô comendo ela. Diz que ainda vão pensar se vão matar nós dois ou não.”



“Eu estou lá abraçado nela. Mas não sinto o corpo dela. Está muito frio e eu só fico rezando e peço a Deus que eles não matem a gente.”



“Escuto um cara falar pra mim: “E aí, trouxe, gostou? Viu como se come uma mulher? Você é um trouxa!”



João chora de novo.



“Eles riem de mim. E procuram coisas no carro e na bolsa. Dizem que vão sair com o carro mas se a gente olhar para trás eles metem bala na gente. Eles falam para a gente ficar bem parados e esperar uma hora antes de sair porque tem outros caras espiando a gente e podem atirar. Pra gente não avisar a polícia porque eles sabem onde a gente mora.”



“Escuto o carro ligado e saindo do estacionamento. Eu me afasto um pouco do corpo da Maria. Tenho nojo de encostar nela.”



“A gente fica ali, parados, um tempão. Não sei dizer quanto tempo. Ficamos ali, os dois mudos, sem falar nada, nem chorar, nem nada.”



“Está ficando frio. A Maria está tremendo de frio, coitada. Eu me vejo vestindo as calças dela. Ela está muda. Só treme muito. Coitada.



“Eu vejo os olhos dela agora. Ela está triste e chocada. Voltou a ser a minha Maria, doce e meiga. Eu a abraço agora de verdade. E nós dois estamos chorando, muito emocionados.”



João tem uma crise de choro.



“Estamos caminhando abraçados para a rua e vemos um táxi. A gente não consegue parar de chorar todo o tempo.”



“Maria me diz para tentar apagar o que aconteceu de minha mente, porque o mais importante é que estamos vivos e salvos”.



“Estou aliviado e abraçado com ela na sala da casa de meus pais. Estou muito aliviado agora. A Maria é uma mulher forte. Depois de tudo que ela passou, ainda fica preocupada comigo.”

Fizemos a **INSTALAÇÃO DA CRENÇA POSITIVA**: “luto para sobreviver” e avaliamos o **SUDS** em 1 e o **VOC** em 7. Na sondagem corporal, João sentia-se calmo, aliviado, cansado e sem medo no peito.

Com Maria, numa sessão individual fizemos isto em 5 sessões. Em cada uma delas aparecia um detalhe lembrado, dessensibilizado e reprocessado. Isto se repete em **EMDR** com situações muito traumáticas: ter-se que trabalhar várias imagens associadas com novas lembranças traumáticas. Aqui apresentamos apenas o primeiro desses cinco **EMDR** sobre o estupro.

- **EMDR DE MARIA**
- **Cena do estupro**

IMAGEM: “Eu estou com a cara numa parede. Ele me aperta muito contra a parede e meu rosto parece que vai esmagar. Tenho nas mãos uns desenhos num papel e os amasso com muita força para agüentar a dor. Ele grita comigo e diz que sou uma horrorosa porque tenho meia calça de lã embaixo da calça jeans. Diz que a minha calcinha é ridícula e que tenho um “bumbum” feio e gordo.

CONOTAÇÃO NEGATIVA: “Eu sou fraca.”

CONOTAÇÃO POSITIVA: “Eu posso me controlar.”

EMOÇÃO: Medo

SENSAÇÃO: Nas pernas e na cabeça.

AVALIAÇÕES: **SUDS**: 10

VOC: 4

Maria escolheu a estimulação bilateral visual horizontal.

Iniciamos a DESSENSIBILIZAÇÃO.

Lembrando que ↓ significa estimulação bilateral visual e horizontal sendo aplicada.

O seu LUGAR SEGURO, que permaneceu o banheiro de sua casa atual, no chuveiro, cheiro de sabonete e sensação de paz e conforto.



“Vejo-me de costas, com as calças abaixadas e um homem mais baixo que eu, tentando me penetrar.”



“Ele grita muito comigo. Está nervoso porque não consegue me penetrar. Ele me xinga de puta, de vagabunda, que não sei abrir as pernas direito. Eu percebo que ele não consegue me penetrar e me machuca a cabeça com uma mão e com a outra tenta abrir minhas pernas.”



“Vejo que ele grita muito. Pergunta se eu já perdi a virgindade. Eu digo que sou casada. Ele fala: “Não é não! Você é virgem, você vai ser minha agora.” Ele tem um hábito quente e me cospe no pescoço enquanto grita no meu ouvido.”



“Eu falo para ele que tudo bem, que ainda sou virgem, mas ele não para de gritar para eu abrir as pernas.”



“Eu me agacho um pouco para facilitar a penetração. Ele arranca os papéis de minha mão. Torce o meu braço para trás e me manda masturbá-lo com as mãos e dizer que eu sou virgem e que ele é o meu amor.”



Maria tem uma crise de choro.



“Eu obedeco tudo. Estou calma agora e penso que vou fazer tudo o que ele quiser para ele se satisfazer logo e ir embora. Mas ele não para de gritar comigo.”



“Tento ajudar e falo: “Eu te amo” do jeito que ele pede. Mas ele não para de gritar.”



Nova crise de choro.



“Ele me vira de novo com a cara contra a parede. Parece que ele está me penetrando mas eu não sinto nada. Só fico rezando para aquilo acabar logo e ele sair dali.”



“Eu me vejo abraçada a um ursinho que era meu quando menina. E ele está respirando de um jeito horrível atrás de mim. Mas eu não sinto nada. E fico abraçando meu ursinho.”



“Ficou tudo claro agora. Engraçado! O lugar é o mesmo, mas ficou tudo claro. O cara está atrás de mim, me empurrando contra a parede mas parou de gritar, ele só está respirando de um jeito forte e esquisito. Mas eu não sinto nada. Estou abraçada ao meu ursinho.”



“Parece que todo mundo que passa ali, vê o que está acontecendo, mas acha normal e continua andando normal. Eu não consigo pedir socorro.”



“Agora vejo o revolver na mão dele que me empurrava a cabeça contra a parede. Ele diz que sou fria e nojenta e que vai me matar porque eu sou feia.”



Maria tem nova crise de choro.



“Eu estou abraçada ao meu ursinho e parece que eu estou menor. Agora eu pareço uma criança e meu pai está me batendo com uma

cinta. Não é meu pai, é o bandido me batendo com uma cinta no meu bumbum. Sinto muita dor.”



Maria chora muito.



“Ele está me machucando muito. Ficou escuro de novo, estou no meu tamanho normal e o ursinho sumiu. Ele pede para eu falar eu te amo e gemer muito. Eu consigo gemer e falar “Eu te amo”. Sinto muita dor no meu bumbum.”



Maria continua chorando.



“Ele termina de fazer sexo comigo e me grita para não olhar para trás e nem vestir as calças. Eu digo que vou obedecer sim.”



Maria chora.



“Eu peço para ele nos deixar em casa com o nosso carro porque é tarde e eu estou com muito medo.”



“Eu estou de costas para ele, chorando e peço. “Por favor, me leve para casa”. Eu estou tremendo toda de medo.”



“Eu imploro para ele não me deixar ali sozinha. Ele diz que é isso que eu mereço porque sou muito feia e nojenta.”



“Ele me joga no chão, com as calças jeans abaixadas, nos pés. Ele me diz para parar de chorar senão ele me atira na cabeça.”



Maria volta a chorar.



“Agora ele está rindo debochado de mim. Diz que sou uma porcaria de mulher e por isso eu ainda era virgem. Diz que vai embora, para eu não olhar para ele e parar de chorar.”



“Eu falo: obrigada moço. E escuto o carro ligar e ele sair dali. Fecho os olhos e penso no meu ursinho de quando eu era criança.”



“Vejo que estou sozinha e visto as minhas calças. Sinto muita dor. Parece que eu apanhei de cinto.”



“Eu me vejo aliviada porque ele foi embora e tudo acabou. Passa uma senhora e eu tento pedir ajuda mas não consigo falar.”



“Estou com muita dor no corpo inteiro. Mas estou aliviada agora. Acabou. Ele foi embora. Eu quero ir para casa e tomar um banho e arrancar aquela coisa do meu corpo.”



“Eu vou indo para casa a pé. Está escuro mas não tenho medo. Penso em chegar em casa, tomar um banho e dormir.”



“Eu estou embaixo do meu chuveiro, e fecho os olhos para sentir a água na minha cabeça. Eu me sinto em paz e com sono e cansada.”



“Fico ali deixando a água escorrer no meu corpo. Isso vai me limpando e me aliviando. Estou bem e cansada. Quero dormir.”

A sessão ficou incompleta. O SUDS abaixou para 5 e o VOC subiu para 4. Combinamos de “guardar” aquela sessão numa caixa do consultório e abrir quando ela retornasse.

Voltamos ao seu LUGAR SEGURO e assim completamos essa sessão, que chamamos de sessão incompleta, por não termos atingido SUDS igual a 1 ou a zero.

Maria fez mais 4 sessões de EMDR dessa situação do estupro. Em cada uma delas lembrava de detalhes específicos. Somente na 3ª sessão colocou o marido na IMAGEM sua, mas relatando que ele tinha ficado com a parte menos pior: a de ver e ela, ficou com a de sentir o estupro. Na última sessão de EMDR, quando o assaltante saiu, ela se viu abraçada ao marido e chorando juntos. Sua última CRENÇA POSITIVA foi: “Sou forte. Sei me defender de violência.”

No último EMDR o SUDS foi zero.

Quando Maria e João tinham já trabalhado seus traumas em sessões individuais de EMDR, propus uma sessão de casal para recordarmos a cena do estupro com outra abordagem: o ONIRODRAMA CONJUGAL.

ONIRODRAMA DE JOÃO E MARIA.

Após relaxamento respiratório e corporal, ambos relaxados em poltronas separadas no consultório, propus um sonho comum e dirigido. O sonho do estupro com as mudanças que desejassem fazer. Combinei que trabalhariam de olhos fechados e ele me relataria o sonho com uma batida de caneta na minha mesa e ela com 2 batidas.

A cena escolhida por ambos, para o início do sonho foi: Maria encostada na parede e o bandido atrás dela. João encostado no carro com o outro bandido com uma arma apontada para sua cabeça e ordenando que ele olhasse a cena da violência. O cenário é um estacionamento de um shopping, num lugar escuro e vazio.

Quando ambos encontram essa CENA em suas mentes, iniciamos o ONIRODRAMA que descrevo, em partes, a seguir:

João: “Eu escuto: “Passe as chaves e cale a boca.” Vejo dois homens perto de nós. Um me pega no braço e o outro rende a Maria encostada na parede.”

Maria: “Eu estou encostada na parede. Um homem me prende e diz para eu ficar quieta e obedecer, senão ele me mata.”

João: “O cara me diz para olhar para ele e eu obedeço. Vejo só os cabelos dela e a voz a dela gemendo e dizendo que “Eu te amo” para aquele sujeito.”

Maria: “Eu penso que vou sair dali viva e salva e que faço qualquer coisa para viver e ir embora para casa com meu marido.”

João: “Ela parece uma mulher diferente. Parece que tem uma voz muito sensual para aquele homem. Eu fico assustado. Parece um filme pornográfico.”

Maria: “Eu percebo que o cara é um doente mental e que não tem ereção. Melhor assim. Vou tentar enganá-lo que está conseguindo ter a relação para ele ir logo embora. Eu quero me salvar e salvar meu marido!”

- João: “Ela se mexe e geme de um jeito muito estranho. Parece que não é ela. Eu nunca a vi desse jeito. Fico perturbado.”
- Maria: “Eu me sinto agora corajosa porque estou enfrentando esse bandido e essa situação. O cara está ficando mais calmo e isso é bom para a sobrevivência de nós dois.”
- João: “Eles parecem isolados de todo o mundo. Parece uma relação sexual normal, que a Maria está gostando disso. Eu me sinto um verdadeiro idiota.”
- Maria: “Não paro de pensar que se o cara se achar o tal, ele vai ficar menos humilhado e vai terminar logo com aquilo e ir embora. Isso me dá forças para fingir que estou tendo um orgasmo. Estou fria para controlar a situação. A gente vai conseguir se salvar, se Deus quiser.”
- João: “Como a Maria tem uma coragem dessas? Eu não conseguiria me entregar assim para um bandido!”
- Maria: “Eu estou me concentrando só nisso. Eu quero fazer este cara acabar logo com este pesadelo. Parece que eu estou conseguindo convencê-lo.”
- João: “Acho que este bandido é um animal doente. Por que ele tem a necessidade de fazer a Maria gemer e dizer que o ama?”
- Maria: “Este é um homem agressivo e que deve ter problemas sexuais. O que está lá com o João também deve ser problemático. Espero que ele não faça nada com o ele.”
- João: “Eu nem tinha pensado nisso! Meu Deus, e se depois for a minha vez? Estou apavorado! Coitada da Maria! Como será que ela suporta essa humilhação?”
- Maria: “Espero que o João olhe para cá, mas tente pensar em outra coisa. Deve ser duro para ele assistir isto. Mas nós vamos sair vivos daqui, se Deus quiser!”
- João: “Nossa! A Maria ainda consegue pensar em mim? Essa é uma mulher de fibra e generosa comigo. Ela não merece passar por isso.”
- Maria: “Eu já superei tantas coisas difíceis na minha vida. Vou superar esta também.”
- João: “Estou envergonhado. Eu sou muito mais egoísta que a Maria. Vou tentar ajudá-la a superar isto. Nós dois somos fortes quando estamos unidos. Vamos superar isto, com certeza.”

Maria: “Ficarmos vivos é o mais importante.”

João: “Ficamos vivos. Aquilo já aconteceu a três anos. Não quero mais perder tempo. Vamos superar nossos problemas, Maria.”

Maria: “Eu e João, de mãos dadas, vamos embora daquele lugar e choramos juntos e unidos as dores da gente. Porque é horrível ser violentada assim, mas é muito bom ter o ombro amigo do nosso amor, para chorar e ter consolo.”

João: “Acabou o pesadelo. Nós estamos vivos. Eu abraço a Maria bem forte e choramos juntos até ficarmos aliviados. Eu digo a ela para não se preocupar pois eu vou cuidar dela até ela superar isso tudo que aconteceu com a gente. Eu digo para Maria, que ela é uma mulher forte, que eu admiro a coragem dela e que eu a amo muito.”

Maria: “Vamos para casa e lá tomaremos um banho longo juntos. O João é muito delicado comigo e me banha como se eu fosse uma criança pequena. Ele cuida de mim e me diz que nós dois somos muito mais fortes do que a violência daqueles bandidos. A violência não vai nos destruir. Nós não vamos deixar isso acontecer.”

O casal está muito emocionado com esse momento. E chorando. Fiz com eles uma despedida daquele sonho. Pedi-lhes que, ainda de olhos fechados fizessem novamente exercícios de respiração e que imaginassem como era o consultório onde estavam e o que veriam quando abrissem os olhos. Falei a data e a hora daquele momento e os trouxe, lentamente, de volta ao presente.

O casal, de olhos abertos, se abraçou. Choravam muito, comovidos.

Solicitei que compartilhassem os sentimentos vividos naquele Onirodrama e suas descobertas. João pediu desculpas a Maria e falou como percebeu tê-la abandonado “à sua própria dor” (sic do João) por uma atitude egoísta e machista, que ele identificara nesse sonho a dois, pois ele deu mais importância a ela ter tido sexo com outro homem, do que à união e o amor deles. Maria disse que isto a aliviava muito, pois sentia-se duplamente traumatizada: pelo estupro e pela atitude de rejeição do marido. Relatou atribuir a disfunção erétil do João a ela não ser mais decente e merecedora do amor dele.

Após este trabalho de dessensibilização e busca de novas narrativas ao estupro sofrido pelo casal, passamos à terapia sexual clássica com exercícios de Kaplan (1999), de Cavalcanti & Cavalcanti (1997) e de Joseph Lopiccolo (1987) para erotização, excitação e aprendizagem orgástica do casal.

Discussão

Este processo de terapia sexual conjugal, demonstra a importância de o terapeuta sexual indicar e/ou realizar intervenção psicoterápica para aspectos intrapsíquicos dos componentes do casal, antes de propor a terapia sexual propriamente dita, com foco na sexualidade. As queixas apresentadas pelo casal, de disfunção sexual e anorgasmia secundários, pós assalto com estupro da mulher, podem ser aqui considerados como características estresses pós-traumáticos iniciando a abordagem específica do EMDR aqui proposta.

Vimos também como o Psicodrama com sua técnica do Onirodrama, possibilitou a compreensão dos significados subjetivos que cada um deu ao mesmo fato vivido, buscando a ampliação para a solução dos problemas decorrentes, e favorecendo uma comunicação intersubjetiva propícia à solidariedade e compreensão recíproca do casal traumatizado.

O Sociodrama Construtivista, ocorrido neste processo terapêutico, favoreceu a desconstrução de mitos, tabus, e crenças ligados à uma cultura machista e sexista, onde a mulher violentada pode ser confundida com a mulher promíscua. Vimos como foi importante para ambos, perceberem-se protagonistas de uma patologia sexofóbica sócio historicamente construída. Sabemos, por literaturas específicas e por nossa prática clínica, como mulheres são duplamente traumatizadas quando estupradas: pelo estuprador e pelos comportamentos sexofóbicos e preconceituosos dos maridos, parentes, policiais e até médicos que as atendem nessas ocasiões. E, ainda, como os casamentos podem sofrer rupturas e/ou afastamentos sexuais e emocionais.

Os resultados mostram como uma terapia sexual que trabalha os traumas associados aos sintomas, tem efeitos positivos ao sintoma sexual do casal e dos sintomas.

Considerações finais

Estamos em uma época privilegiada por novos conhecimentos e tecnologias que favorecem o trabalho do terapeuta sexual, numa rede multiprofissional fundamental.

Estas pesquisas embasadas na visão pós moderna da ciência onde o conhecimento da realidade subjetiva deixa legítima a construção da comunicação intersubjetiva do casal, na compreensão da particularização da vivência dos traumas, na desconstrução de mitos, tabus e valores que patologizam nossas vidas sexuais e reforçam uma sociedade sexista e sexofóbica.

A articulação metodológica da terapia sexual clássica, com o EMDR, o Psicodrama e o Sociodrama Construtivista, antes de ser uma busca de metodologia do trabalho clínico do terapeuta sexual, configura-se numa atitude pós moderna de acreditar que nenhuma área do conhecimento, esgota as possibilidades de tratamento clínico.

Esta articulação aqui proposta, obviamente reflete a formação clínica da autora. Porém, acredito que tantas outras possibilidades, desde que embasadas cientificamente, possam estar a serviço da saúde sexual de nossa gente.

“Não há fórmulas para a felicidade. Talvez haja para o bem estar”.
(Izquierdo, 2002, p.111)

Referências bibliográficas

- CAVALCANTI & CAVALCANTI. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1997.
- GLASERSFELD, V. (2000). In: ZAMPIERI, A.M.F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade**. São Paulo: Ágora, 2004, p. 39.
- GRAND, D. **Curación emocional a máxima velocidad**. Buenos Aires: Sygnus Talleres Gráficos, 2006.
- IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- KAPLAN, H. **Transtornos do desejo sexual – Regulação disfuncional da motivação sexual**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MÁRQUEZ, G.G. **Memorias de mis putas tristes**. Buenos Aires: Sudamericanas, 2004, p. 41.
- LOPICCOLO, J. **Descobrimdo o prazer – Uma proposta de crescimento sexual para a mulher**. São Paulo: Summus, 1987.
- LCHATER, D. (2000). In: ZAMPIERI, A.M.F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade**. São Paulo: Ágora, 2004, p. 75.
- MORENO, J.L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1974.
- SHAPIRO, F. **EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Basic Principles Protocols, and Procedures**. Rio de Janeiro: Nova Temática, 2001.
- ZAMPIERI, A.M.F. **Sociodrama Construtivista da Aids**. São Paulo: Psy, 1996.
- _____(2004). **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: Sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS**. São Paulo: Agora, 2004.

CONFERÊNCIA:
OLHARES SOBRE O DESEJO SEXUAL

OLHARES SOBRE O DESEJO SEXUAL

Maria do Carmo de Andrade-Silva¹

VIEWS ON SEXUAL DESIRE

Resumo: A comunicação e o simbolismo transformaram o significado do impulso sexual nos humanos. A comunicação emocional e a linguagem simbólica, associadas às capacidades intelectuais e sociais, produzem uma alteração qualitativa, transformando o coito em relação. A sexualidade passa a poder ser ensinada, regulamentada, reprimida ou supervalorizada, possuindo fortes condicionantes sociais e encontrando-se inter-relacionada, às diversas experiências emocionais do desenvolvimento de cada um. O desejo sofre interferências múltiplas, advindas desde o período fetal, equilíbrio neuro-endócrino, interações familiares, vínculos afetivo-sexuais, normas morais e religiosas, os interditos sociais, as interações pessoais, a atração, o apaixonamento, o equilíbrio hormonal, o “outro”, enfim, à saúde física, psíquica e social. Fatores que caracterizam e diferenciam o comportamento e o desejo sexual de cada um. Segundo Masters e Johnson (1997), não importa o quanto seja interessante tentar descrever um modelo prático dos vários componentes do desejo sexual, o que falta sempre é a sutileza que distingue a luxúria ou a paixão, das outras variedades de desejo sexual. O erotismo é um processo multifacetado, através do qual, nossa capacidade inata para a “tesão” foi moldada, suprimida ou supervalorizada. A moldagem erótica, ou a forma como se constituirão os conteúdos desejados, se fará através de mensagens claras ou sutis, conscientes ou inconscientes, conectadas às vivências afetivo-sexuais de cada um. O resultado de tudo isso irá esculpir a forma, a intensidade, os objetos e as possibilidades de manifestação do desejo (latente, fantasiado, expresso ou executado).

Palavras-chave: Desejo Sexual; interferências biopsicosociais.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Coordenadora do Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ.
e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

Abstract: The communication and symbolism transformed the sexual impulse meaning in the human being. The emotional communication and symbolic language together with the intellectual skills and social development produced a qualitative change: the transformation of sexual intercourse into sexual relation. Sexuality could then be taught, regulated, repressed or overvalued. It has also strong social conditionings and become interrelated to each individual emotional experience. The sexual desire is exposed to multiple interferences: – starting at the fetal period going to the neuroendocrinal balance – family relation – sexual and affection bonds – moral and religious rules – early personal sex experiences – sexual attraction – passion experiences – hormonal balance – and the partners. In summary the sexual desire is a consequence of the physical, psych, and the health. That is why it individual has its own sexual desire and behavior. According to Masters and Johnson (1997), in spite of the importance of establishing a practical model showing the sexual desire components it will never capture the subtle aspects that distinguish lust or passion from other sexual desire types. Eroticism is a multi faced process thought which our inborn sexual desire is reshaped suppressed or overvalued. The erotic model or the shape of the desire contents will be assembled though conscientious or non conscientious, subtle or explicit messages, connected to each individual affective/ sexual experiences. The end result of the above factors will shape, the form, the intensity, and the desire manifestations possibilities (latent, fantasized, explicit or consummated).

Keywords: Sexual desire; biological interferences; psychological interferences; sociological interferences

Durante muito tempo, a percepção quanto ao desejo sexual, esteve vinculada ao conceito de instinto, entendida como um mecanismo inato, tendo como objeto básico a manutenção da espécie. Um mecanismo evolutivo, adaptativo e vinculado ao ato biológico da reprodução. Na escala evolutiva das espécies animais, o comportamento sexual dos mamíferos, exceto o dos primatas, encontra-se regido pelo ciclo hormonal – e em especial vinculado às fêmeas através do “cio” ou estro. O estro é um fenômeno, que se caracteriza pela intensa presença de estrógeno, que se manifesta de forma cíclica, liberando óvulos – período de período fértil.

A ação desses hormônios também se faz incidir sobre o cérebro das fêmeas, fazendo com que se tornem receptivas, sexualmente aos machos. Pela ação hormonal, seus genitais tornam-se diferenciados e exalam um feromônio, que as tornam atraentes aos machos. Porém, quando se encontram em outro período do ciclo, repudiam a cópula e tornam-se pouco interessantes aos

machos. As fêmeas não humanas escolhem seus machos, escolha que parece associada aos mecanismos de adaptação e seleção natural.

O jogo de conquista existe entre os animais, no “cio” das fêmeas, quando os machos se exibem mostram seu porte, força e competência e as fêmeas escolhem os melhores; em função de organismos mais saudáveis e adaptados. Assim, o jogo de conquista e atração, mesmo que mais vinculado aos mecanismos de preservação da espécie, têm início remoto na escala evolutiva e permanece de certo modo, ainda significativa nos humanos. Só que os atributos, já não são vinculados somente a porte e força física.

Entre os humanos, as fêmeas escolhem como também são escolhidas, não só por atributos significantes à reprodução, mas também, pelas características sociais e psicológicas desejadas. Assim, à medida que se sobe na escala evolutiva, o controle do comportamento sexual, deixa de ter uma dominância essencialmente neuroendócrina, pois aos fatores biológicos se superpõem os psicológicos e os socioculturais.

Enquanto nos subprimatas, antes da puberdade, não se observa um padrão sexual característico do adulto, entre os primatas, alguns jogos de sua futura vida sexual, já são observados na infância. Nestes grupos, o desenvolvimento sócio-sexual infantil, já irá interferir no comportamento sexual adulto como argumentam Ford e Beach (1951) e Harlow (1965). Pode-se concluir, que se nos primatas as interferências do meio, já se manifestaram, muito mais ainda pode-se esperar que aconteça com humanos; produtos de um complexo mundo sociocultural. Além do fato de que, as fêmeas humanas, não apresentam as características típicas do estro e os contatos sexuais podem se dar durante todo o ciclo menstrual

No final do século XIX surge o termo Sexualidade, algo mais amplo e com limites menos definidos. Um sentido que envolve pessoas, onde o sexual, já não é somente o ato que une para reprodução, mas sim, algo vinculado ao desejo e a fantasia das sensações e do ato. Sexualidade nos leva a pensar em pulsões, emoções e, toda uma energia, que pode ser percebida através da interpretação de quem sente (um olhar, um sorriso, um toque, um cheiro, um tom de voz), algo vinculado aos sentidos e à representação simbólica.

Nos humanos, o desejo sexual foi associado a Eros (divindade grega representante da busca da expansão, da ânsia de amar, da união e de prazer), à libido, onde instinto sexual confunde-se com o impulso de vida e o desejo sexual é visto como a manifestação desse impulso. Em uma visão psicanalítica, as pulsões de vida e de morte (Eros e Thanatos), são a ambivalência maior do ser humano – pulsões em lutas constantes no sentido de prevalência. A

pulsão de vida tem como representante o impulso sexual. Porém, o que se chama aqui de impulso sexual é uma força mais ampla, do que se convencionou chamar de desejo sexual. A preocupação está nos significados dos símbolos, na interpretação dos conteúdos por traz do impulso.

A comunicação e o simbolismo transformaram o significado do impulso sexual nos humanos. A comunicação emocional e a linguagem simbólica, associadas às capacidades intelectuais e sociais, produzem uma alteração qualitativa, transformando o coito em relação. A sexualidade passa a poder ser ensinada, regulamentada, reprimida ou supervalorizada, possuindo fortes condicionantes sociais e encontrando-se inter-relacionada, às diversas experiências emocionais do desenvolvimento de cada um.

Na espécie humana, o desejo sofre interferências múltiplas, advindas desde o período fetal, passando pelas interações familiares, os vínculos afetivo-sexuais, as normas morais e religiosas, os interditos sociais, as interações pessoais, a atração, o apaixonamento, o equilíbrio hormonal, o “outro”, enfim, à saúde física, psíquica e social. Fatores que caracterizam e diferenciam o comportamento e o desejo sexual de cada um.

Em função destas múltiplas interferências, os impulsos que levam uma pessoa a uma atividade sexual, são muito variáveis. Envolvem-se com sexo, porém estão associados também, à busca de satisfação de alguma outra necessidade como: afeto, prazer, orgasmo, carinho, descarga de tensão, relaxamento, exercício de poder, etc. Até mesmo em outros momentos, a atividade sexual pode ser associada às obrigações e rotinas, levando ao desprazer. Assim, dos encontros sexuais que se tem, serão poucos os que têm meta reprodutiva. Na maioria das vezes busca-se prazer e este, se traduz por uma percepção ampla e sem delineações claras.

Interferências Familiares

A maioria dos autores acredita que as primeiras experiências sensuais modelam o desejo sexual e são iniciadas na infância. Pode-se especular segundo Kaplan (1999), que o desejo de contato emocional e físico, de prazer mútuo, que a criança desfruta com seus pais, são estimulantes “eróticos leves”² e, por serem experiências de prazer, serão assimiladas nos códigos de memória sensual do indivíduo.

² A continuidade detalhada das interferências familiares na estruturação dos elos eróticos leves poderá ser consultada em artigo, assim denominado, neste mesmo periódico, em seu número 2 (RBSH, vol. 18, n. 2, 2007).

Relativismo das normatizações sexuais

É quase impossível falar de sexualidade e desejo sexual, sem refletir sobre os conteúdos morais, que permeiam a vida sexual dos seres humanos. Tais critérios levam sempre em consideração os discursos e práticas de cada época, variando da obediência a Deus, ao Rei e/ou às imposições sociais, chegando-se ao individualismo, marca do mundo moderno. Onde os dilemas entre os desejos e necessidades individuais têm como contraponto, os deveres morais, introduzindo-se, assim, o construto do homem psicológico.

Assim, entre a percepção do desejo sexual e o comportamento que se segue, existe um “tempo de reflexão”, que aponta para as diversas formas de ações possíveis. Como se tomando distância do que ocorre, para decidir a forma mais conveniente de expressão. Neste ponto, o ser humano não é prisioneiro do fato presente ou real, respondendo, sempre um pouco à frente e um tanto atrás de si mesmo, num processo de constante reflexão, onde se observa que a real avaliação do desejo, sempre estará comprometida.

Durante todo o tempo, em que sexo só podia existir, tendo como principal motivo a reprodução, a frequência do ato deveria ser restrita e mecânica. O que acontecia com o corpo não deveria ter relação com o espírito. O prazer e/ou o erotismo “sujavam” o ato reprodutivo, contaminando o aspecto divino do surgimento de uma nova vida. Assim, quanto menor a frequência de expressão de desejo, menos vínculos afetivos e de prazer eram desenvolvidos. Portanto, menos pecaminoso o ato e menor desrespeito a Deus.

No que se refere à expressão de desejo e/ou orgasmo, até o início do século XX, as mulheres que os sentissem ou expressassem, eram consideradas portadoras de alguma psicopatologia, necessitando acompanhamento psiquiátrico. Com o passar dos anos, o desejo e o orgasmo feminino passaram a ser uma possibilidade e a partir dos anos de 1960, a atividade sexual voltou-se para as realizações de prazeres pessoais. A reprodução não mais possuía valor incondicionalmente positivo e, em função da nova ideologia vigente, o sexo devia ser prazeroso em si e não mais meta reprodutiva.

Nesta época, autores como Masters e Jonhson (1966-1970), descrevem um aprimorado ciclo da resposta sexual humana e, baseados nas fases deste ciclo tentam sistematizar e classificar a atividade sexual humana. Só que agora não se fala em patologias, desvios e perversões, mas sim em funcionalidade e disfuncionalidade. Todos devem ser funcionais sexualmente, exigências, opostas às do início do século XX. Kaplan (1977-1983) introduz

mais um componente ao estudo do ciclo da resposta sexual, a percepção do desejo sexual. E nesta época o mundo já esperava das mulheres, expressão de desejo. Hoje, chegou-se à obrigação de tê-los. Não tê-los caracteriza uma disfunção – Transtorno do Desejo Sexual Hipotativo.

Com as novas exigências de expressões de erotismo feminino, surge a preocupação exacerbada, caso o desejo por sexo esteja diminuído, levando a conflitos, por não se estar adequado ao novo paradigma de época. O desejo contido, ainda característico do início do século XX, passou a ser exigido do casal contemporâneo. Se o desejo diminui, a preocupação torna-se evidente. “Será que o casamento acabou? Será que existe alguém interferindo na relação? Será que não sou mais erótica (o) para ele (a)? Será que víamos irmãos? Será que somos só pai e mãe? Nada de acomodação, se não tiver mais “tesão” tem que separar.”

A masturbação, forma de auto-satisfação do desejo sexual, classificada anteriormente como pecado e/ou perversão, como vício, que poderia acarretar doenças, portanto prática punida e medicalizada (TANNAHILL, 1983); nos tempos atuais, passou a ser recomendada para a descoberta do corpo e do prazer, além de constituir-se em um dos itens de “sexo seguro,” como forma de expressão do desejo sexual sem risco.

Com as mudanças pelas quais se está passando, racionalmente tem-se conseguido bons êxitos, porém emocionalmente, parece que não se consegue o mesmo feito. Encontram-se, na maioria das pessoas e dos casais, fortes conflitos entre o que “devem ser” e o que conseguem “sentir e fazer”. Prensados entre valores tradicionais, com os quais foram criados e uma série de novas exigências, de como deveriam “ser” e comportar-se no mundo atual. Processo conflitivo que aponta para o fato, de que a pessoa encontra-se em luta com o seu próprio código de valores. Onde sentimentos de culpa, por não cumprir “seu dever”, conduzem-nas a uma série de ambivalências – base de todo processo neurótico (ANDRADE-SILVA, 1999).

As influências de uma história dicotômica em relação ao desejo

Em nossa cultura a sexualidade de homens e mulheres possui padrões de comportamentos nitidamente diferenciados. A maioria destas diferenças encontra-se vinculada aos conceitos de masculinidade e feminilidade. Processos que ultrapassam os limites das diferenças biológicas e associam-se aos aspectos psicossociais, que lhes darão um colorido sexual especial e próprio de cada um.

Desde o início das interações afetivas e sociais, a criança receberá influências de uma série de normas, e preferências, diferenciando-se claramente, o que se espera de um menino ou de uma menina em termos de papel sócio-sexual ou papel de gênero. As regras de papéis de gênero fundamentam-se em um processo educacional que valoriza afeto, carinho, sensualidade e sedução, como expressão sexual feminina; enquanto que para o masculino espera-se força, objetividade, virilidade e expressão do desejo sexual definida.

Esse processo educacional dicotômico, que tem início na família, continua por uma série de diferentes expressões do “ser homem” e/ou “ser mulher”, desenvolvidas através das interações com grupos de iguais, através da mídia, nas relações escolares e por posturas religiosas; objetivando a internalização de um código típico para expressão de seus desejos sexuais masculinos ou femininos (ANDRADE-SILVA, 1999).

Essa dicotomia, é mais uma variável decisiva no que se refere à inibição ou expressão de impulsos sexuais, como constata Kaplan (1977), ao mencionar que em geral, o desejo sexual é mais variável na mulher do que no homem, sendo a expressão sexual feminina, também mais facilmente reprimida. Para os homens, o impulso é geralmente mais urgente e vinculado a conquistas e novidades. Kaplan (1999), ao se referir à inibição situacional do desejo, relata que a mulher pode experimentá-lo ao ser acariciada, mas pode perder o interesse quando: tais interações encontram-se vinculadas a coito, ou à relações em que não estejam fazendo uso de contraceptivos, ou quando não estão “seguras” quanto ao significado da relação, ou após um parto, etc. Situações, em que em nível simbólico e/ou inconsciente, sinalizam risco, ansiedade ou perigo.

Logo após o nascimento, em função da própria anatomia e funcionamento do aparelho genital, onde nos bebês meninos a ereção se faz presente, é quase impossível que o pênis não seja notado e associado à virilidade, a algo dinâmico e com vida. Com isso, a relação do menino com seu pênis torna-se quase obrigatória, sendo mais aceita e até estimulada socialmente. Já a relação da menina com sua vulva é praticamente anulada, pois esta, além de escondida, não é sede de modificações visíveis ou relevância social.

Outro fator de diferenciação do desejo sexual masculino e feminino são as convicções, de que o desejo sexual do homem é algo instintivo e visível, necessitando ser descarregado, enquanto nas mulheres, não se observa tal premência. Esse tipo de crença, de que têm sempre que estar sexualmente interessados gera nos homens uma absurda cobrança, pois têm que “estar a

fim” quando alguma situação sexual apresenta-se. Se não está interessado, algo vai mal, algo está errado. Deve estar doente.

O culto ao genital do homem se fez presente em várias culturas desde tempos remotos. Sua valorização encontra-se principalmente relacionada às divindades, fertilidade, magias, força, poder e virilidade. Por ser o pênis, seu representante dileto, todas as exigências feitas a ele, são repassadas ao pênis. Assim a perseguição de “competência”, associada à manifestação do desejo sexual, é transferida ao pênis e sua funcionalidade.

Ainda hoje, alguns estereótipos compõem o imaginário masculino no que se refere à atividade sexual. Segundo Bernie Zilbergeld (1978), alguns destes ainda apresentam-se constantes e freqüentes, interferindo em suas vidas sexuais. Dados compatíveis com trabalhos de pesquisa de Andrade-Silva, Bueno e Paiva (1999) e Souto Maior e Andrade-Silva (2001), em amostragem com homens brasileiros, que apontam que principalmente as crenças de que: – A sexualidade masculina não precisa ser aprendida – Em sexo, como em tudo mais, a performance é o que vale e que – O homem sempre deseja e deve estar disposto ao sexo, se impõem na estruturação da personalidade masculina, obrigando-os à expressão de desejo constante.

Esta mesma função sexual, que é dever para o homem, foi durante muitos anos inexistente para a mulher. Tradicionalmente a elas, não coube ter desejos, mas apenas desejar, o que interessasse ao marido e submeter-se às expressões dos desejos dele. Crença típica do final do século XIX, mas que ainda invadiu os primeiros 50 anos do século XX, acreditando-se, que as mulheres aceitavam o sexo por dever de casamento e por fazer parte de seu principal papel na natureza – ser esposa e mãe – seu objetivo de vida.

Em torno dos anos de 1950, encontra-se um novo conceito ideológico social, que de certo modo introduz uma “desculpa”, para a expressão sexual feminina, quando esta é fruto das “loucuras do apaixonamento”. A sexualidade feminina pode então aparecer, antecedida pelo amor, que transformava a entrega física em doação ao amado – quando o desejo era pelo amor dele e não pelo sexo. Segundo Giese e Schmith (apud USSEL, 1980): o amor passou a ser o novo meio de repressão de seus impulsos sexuais.

Outro ponto significativo, quanto à diferenciação do desejo sexual de rapazes e moças, desenvolve-se pela ação controladora da sociedade, durante a puberdade/adolescência. Quando do rapaz se exigirá, que ponha em prática a realização de seus desejos (heterossexuais, é claro), pois só assim será aceito no mundo dos “homens de verdade”. Enquanto isso não acontece, vive a

exigência, agora internalizada, de que “tem que ter vontade”, “tem que ser capaz. Quanto às moças, ainda hoje, espera-se que aprendam a controlar seus desejos. A ele cabe insistir, quanto a ela cabe disfarçar, pelo menos no início, mas com cuidado para que não pareça uma negativa real. Só não pode parecer que está “dando mole demais”. Assim, esse jogo de códigos e máscaras, exige controle consciente no lugar do simples “deixar fluir,” exigindo equilíbrio fino e difícil.

Mais um ponto importante de diferenciação teve por base o sistema de crenças, baseado na concepção do “sexo frágil,” o que reforça a dependência, gera temor de rejeição e impede o desenvolvimento da liberdade e atitudes mais sexuadas (FISHER, 1978).

No entanto, muita coisa tem se modificado e as novas exigências no comportamento sexual feminino, têm se tornado cada vez mais próximas, do padrão masculino. Após a liberdade advinda com a segurança dos contraceptivos orais, uma parte dos receios femininos dissipou-se, mas somente em parte, pois não se muda uma tradição em algumas poucas décadas. Exige-se hoje uma mulher sexuada, que tenha e expresse seus desejos sexuais, seduza e encante seu parceiro. Exige-se uma mulher experiente, que conheça seu corpo e saiba como alcançar e dar prazer através dele. Porém, as modificações racionais, quanto ao comportamento feminino, têm sido assimiladas a uma velocidade, que a estrutura afetivo-emocional, por vezes, não consegue acompanhar, pois estas têm raízes profundas.

Como ser experiente, em algo ainda pouco praticado e que, muitas vezes, ao ser vivido foi acompanhado de fantasmas, culpas, obrigações ou receios? Como ter desejos estáveis se durante tantos anos, não se pode desejar claramente? Foi preciso engolir e recalcar. Como ter vontade, de alguma coisa, que para várias, não foi agradável ou ao contrário, existia ou não; em função do atendimento aos desejos do “outro”.

Porém, assim como no mundo das mulheres, podemos refletir sobre todas estas questões controladoras da expressão de desejos, no mundo dos homens. Lá a situação não é menos complicada. É simplesmente o reverso da moeda, caracterizada pela obrigação de ter que ter desejo. Atualmente, em um mundo de mulheres mais “liberadas”, tais exigências têm sido mais pesadas, gerando conflitos. Pois homens, não aprenderam a dizer não a sexo quando este não é o seu desejo. E hoje, quando as mulheres podem fazer convites sexuais, por obrigação viril, se impõem aceitar, ainda que angustiados e sem real interesse sexual.

As orientações e o direcionamento do desejo sexual

Apesar de na maioria das sociedades, o comportamento heterossexual ter sido a orientação sexual mais freqüente, atividades homossexuais ou bissexuais, foram constantes em alguns momentos da vida de alguns e/ou são, as mais freqüentes atitudes, em uma parcela de indivíduos em várias épocas e culturas.

As posições negativas da Igreja em relação à sexualidade não reprodutiva e em especial a homossexualidade, dominaram a ideologia ocidental, até que a medicina passou a regulamentar sobre essa temática no final do século XVIII e início do XIX. Então os comportamentos sexuais não reprodutivos, de pecados graves, passaram à posição de doenças, chegando ao início do século XX, diagnosticados como psicopatologias sexuais. Époça em que a homossexualidade foi considerada uma doença congênita, advinda de falhas genéticas e predisposições constitucionais do sistema nervoso (TANNAHILL, 1983).

Em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria decidiu retirar o homossexualismo do rol das doenças psiquiátricas, pois estudos nesta época, concluíram que não existiam diferenças de instabilidade emocional ou doença psiquiátrica, que distinguissem homossexuais de heterossexuais (ANDRADE-SILVA, 2003).

No que se refere à estruturação das orientações sexuais, até o momento, uma série de estudos no campo da genética, das interferências hormonais, de estruturações cerebrais no período fetal, dos aspectos psicológicos e sociais, não chegaram a conclusões consideradas conclusivas. Aponta-se constantemente para o fato de que a estruturação da orientação sexual nos seres humanos é um intrincado emaranhado de influências interativas entre o biológico, psicológico e a sócio cultura, que dificultam os estudos na área.

Até o momento o que se conhece através de relatos de estudos em relação às orientações sexuais, é que existem indivíduos que apresentam uma direção de desejo sexual fortemente definida e fixada, enquanto em outros essa definição não se apresenta tão prevalente, podendo variar de forma constante ou esporádica. Portanto, pode-se observar muito mais do que uma simples dicotomia entre seres homossexuais e heterossexuais, apresentam-se amplas variações entre as orientações sexuais (homo-hetero e bi), as manifestações de seus desejos, fantasias e freqüência das atividades. Assim como suas características pessoais ou de personalidade, que se impõe em diferentes momentos e relacionamentos (KLEIN, 1990).

Como na relação homossexual, encontram-se pessoas com os mesmos papéis de gênero, observa-se neste mundo, que os padrões de papéis apresentam-se

mais exacerbados, que quando diluídas em um par heterossexual. Observa-se que nos casais homossexuais masculinos, os desejos, a frequência das relações, a valorização do pênis e uma rápida genitalização, são processos que ocorrerem frequentemente, enquanto que nas interações homossexuais femininas, a relação sexual mais imediata, com poucos vínculos e diretamente genitalizada, apresenta-se pouco frequente.

A intensidade das manifestações do desejo sexual

Para Maslov (apud MORIN, 1996), temos constituído em nosso arsenal de memórias, momentos que de tão profundos e raros, podemos chamar de mágicos. Instantes inesquecíveis, onde estamos inteiramente vivos, expressando nossos “eus” mais verdadeiros e autênticos. Segundo o autor, tais processos podem acontecer por diversas formas (arrebato pela música, momento de comunhão com a natureza, processos místicos, etc.) Partindo dessa premissa, Morin (1996), associou que determinadas experiências afetivo-sexuais, também se constituem em momentos mágicos, produzindo sentimentos profundos de encontro consigo mesmo. Definiu este tipo de sensação, como experiência de pico erótico, inesquecíveis, de êxtase; onde os “eus” encontram-se vinculados a real essência dos desejos sexuais.

143

Morin (ibid., 1996), afirma que tais lembranças, podem ser consideradas janelas para o entendimento da mente erótica de cada um. Janelas, que sinalizam para momentos especiais, onde realmente nos sentimos plenos. Segundo pesquisas do autor, tais experiências não são frequentes, sendo para alguns até inexistentes.

Não necessariamente, o momento mágico erótico, encontra-se diretamente relacionado a uma experiência de “coito”, fala-se de vivências de prazer erótico, e este pode ocorrer, em qualquer situação assim percebida como: beijos, intensa percepção de encontro com outro, acariciamentos; fatos que em determinado contexto e momento específico, foram apreendidos como mágicos para aquela pessoa.

Dados de pesquisa de Morin (ibid., 1996) apontam que parecem existir diferenças típicas entre o que é percebido como mágico no mundo das mulheres e no mundo dos homens. A maioria das mulheres, descreveu que em seus momentos mágicos: grandes romances, “climas”, contexto e apaixonamento. Enquanto os homens associam-nos: à perfeição do corpo da parceira (o), sensualidade ou o que praticavam sexualmente.

A relação interpessoal será básica, como ativadora ou inibidora, da percepção e da expressão do desejo sexual. É preciso que se tenha em mente, que existe um mobilizador, importante do desejo de cada um, que é o “outro”. Pois a forma de ser e de se expressar, interfere na maneira de sentir e de se mostrar do “outro”. Algumas pessoas funcionam como facilitadores da expressão do desejo do “outro”, enquanto outros trabalham de forma consciente ou inconscientemente, a inibir o desejo do “um”.

A comunicação não verbal intensifica e auxilia as interações humanas. Os sinais não verbais de expressão foram a base de processo interativo (mãe x bebê). Momentos onde a necessidade de entender o “outro”, tornava-se o objeto primordial da relação. Uma interação de real identificação com os estados desejantes do “outro”. Acredita-se, que esses momentos não verbais, deixem marcas no processo interativo, especialmente no que se refere às necessidades essenciais. Pois, são expressões fortes e que de forma inequívoca, manifestam-se através das comunicações não verbais do adulto. Expressões que complementam as verbalizações, ou ao contrário, denunciam contradições, entre o que está sendo dito e o que é percebido.

Muitas vezes os desejos sexuais são denunciados pela direção ou a qualidade do olhar, pelas expressões faciais, os tons de voz, ou as posturas físicas; apontando para o fato de que o arsenal de munições da comunicação não verbal, apesar das interferências intelectivas, não é de tão fácil submissão e controle. Tenta sobrepujá-los e escapar, lançando mão de nuances de detalhes primitivos iniciais, dando-se a perceber ao “outro”, quando não pode ser completamente manifesto. Da mesma forma que se fazia entender, nas interações não verbais iniciais do processo do bebê com sua mãe.

O erotismo é um processo multifacetado, através do qual, nossa capacidade inata para a “tesão” foi moldada, suprimida ou supervalorizada. A moldagem erótica, ou a forma como se constituirão os conteúdos desejados, se fará através de mensagens claras ou sutis, conscientes ou inconscientes, conectadas às vivências afetivo-sexuais de cada um. O resultado de tudo isso irá esculpir a forma, a intensidade, os objetos e as possibilidades de manifestação do desejo (latente, fantasiado, expresso ou executado). Sabe-se que algumas qualidades como: beleza, inteligência, poder e saúde física, são características consideradas potenciais fatores de atração e desejo em diversas culturas. Porém, são conceitos relativos, pois parece que a questão, centra-se na forma como a realidade é percebida.

Alferes (1993), estudando a atração sexual refere que, às vezes a atração é produto de semelhanças, isto é as pessoas se atraem e desejam pessoas, que

acreditam semelhantes a si próprias (em valores, classe social, capacidade intelectual, beleza, etc.). Em outros momentos, a atração e o desejo, manifestam-se por complementaridade (deseja-se no “outro”, aquilo que não se tem). Deseja-se a ele, por possui tal ou qual qualidade, que se admira e se fantasia que através da união com ele possa-se usufruí-la. Às vezes, a atração surge através de relações de trocas (um deseja no “outro” alguma qualidade que o “outro” possui). Um deseja o poder que o outro demonstra, enquanto o outro deseja a beleza que o “outro” tem. Nestes casos, estrutura-se uma relação de atrações e desejos mútuos, por potenciais trocas e complementaridades.

Em algumas estruturações de personalidade, o desejo encontra-se voltado para a proteção. Assim, uma figura parental compensatória das lacunas infantis, será o objeto desejado. Onde as figuras de atração, por simbolismos associados, precisarão ser fortes em termos de doação e proteção. Em outras constituições psicológicas, pessoas dominadoras precisam exercer seu poder, e este se encontra associado, às relações afetivo-sexuais frágeis e dependentes. Organizando-se uma atração por trocas e complementaridades. Alguns desejam o que não conseguem ter, o não atingível permanecendo em constante busca. Ainda outros vinculam o erotismo ao marginalizado, ao sujo, ao pecaminoso.

Assim, o processo de atração e de desejo sexual mistura-se, ora a conteúdos mais afetivos, ora a claros impulsos sexuais explícitos. Constituindo-se em uma teia complexa para o entendimento deste impulso. Onde, a estrutura de personalidade, desenvolve-se em um determinado ser, que trouxe predisposições genéticas e constitucionais. Que vive em um meio ambiente afetivo específico e, que se encontra rodeado de crenças e valores, provenientes dos diversos meios socioculturais. Além de vivenciar em sua adolescência e idade adulta, relacionamentos sexuais com significados diferentes, complementando e complexificando, mais ainda, o emaranhado, que constitui os objetos sexuais desejados.

O desejo sexual parece ser produto de um estado de ativação cerebral, propiciado por fatores neuroendócrinos, onde estímulos sexuais advindos do meio-ambiente interno e externo são percebidos como despertadores sexuais. Neste sentido Levine (1988), acredita necessário diferenciar alguns aspectos: – Uma base neurofisiológica, onde o nível de ativação irá possibilitar a aparição da excitação sexual, processo que pode favorecer que os estímulos sexuais sejam percebidos de forma mais clara e relevante – Uma disposição emocional e cognitiva básica, que permitam ou não, que a pessoa possa sentir-se aberta às sensações sexuais (estruturação da personalidade). – E estados

transitórios como: stress, doenças, drogas, cansaço, depressão, apaixonamento, fantasias e estímulos sensoriais, que interferem no interesse por sexo.

Porém, algumas pessoas acabam vivenciando uma vida sexual descolorida, rotineira e sem qualquer vínculo, com o que para elas, seria a expressão de seus reais desejos sexuais. Nestes casos, relatam que já não têm tanta vontade têm até preguiça. Deixam para depois e, progressivamente, sentem-se desmotivadas – tudo tanto faz – ou pior, acabam por desenvolver algum tipo de disfunção sexual, justamente em função de viverem uma relação mecânica e sem “ouvidos,” às necessidades dos reais impulsos de gratificação e prazer.

Outros permitem que a rotina das lutas do dia-a-dia, os engula e/ou sufoca como um polvo cheio de tentáculos, que progressivamente estreita mais as possibilidades de lazer e prazer, obrigando a que sexo, seja a última coisa a ser feita no dia. Momento em que as energias, praticamente já foram sugadas e o que restou, “só dá pro gasto”. Para algo rápido, antes que o sono domine. Mas, que permita a louca sensação de dever cumprido, o engano de acreditar-se, que apesar de tudo, ainda continua-se vivo, sexuado e “normal”.

Cuidar da vida sexual, assim como se cuida e investe, em tantas outras coisas; pode parecer estranho para uma grande parcela de pessoas, especialmente para aquelas, que acreditam a vida sexual como simples instinto biológico. Porém, há muito isso não é tão simples. A sexualidade é vivenciada em um meio social, portanto preparar-se, poderia acontecer tão naturalmente, como para as tantas outras ocasiões do cotidiano.

O interesse em sexo, na maioria das vezes é lazer, prazer, afeto, “brinquedo de gente grande”. Portanto, só se precisa querer e, para isso, não se tem regra fixa, ou frequência preestabelecida. Faz-se porque é bom, brinca-se quando se quer, daquilo que é bom e com quem se deseja, sem “ter que”, sem “deve ser”.

A rotina, também pode tornar-se monótona por melhor que seja. Quebrar a rotina é necessário. Por que não fazer do encontro sexual um programa? Não é incomum, que casais em férias, ou em um fim de semana em local aprazível, percebam um renascer de seus impulsos sexuais. O que mudou? Mudou a rotina.

Não ter vontade de fazer sexo às vezes, é semelhante a não ter vontade de ir à praia, por mais que se goste muito e se tenha o hábito de fazê-lo. Porém em alguns momentos, se está cansado, estressado, preocupado, ou simplesmente desinteressado, e isto é perfeitamente “normal” ou aceito. Porém para sexo,

não pode acontecer, pois a percepção é de que algo deve estar errado, não se pode não ter desejo.

Para Master, Jonhson, e Kolodny (1997), o desejo sexual sofre interferências físicas, psicológicas e sociais. Componentes que interatuam de forma dinâmica, aumentando ou diminuindo suas manifestações. Tal processo poderia ser associado a um modelo vetor matemático, ao se imaginar os vários fatores, (+) positivos e (-) negativos como tridimensionais, onde o tempo comporia a terceira dimensão. Pode-se perceber que embora o desejo sexual, seja a soma de todos esses elementos, várias combinações e alterações de intensidade de algum vetor, altera significativamente o desejo. Acrescenta-se ainda, que tanto os indivíduos como os momentos, são mecanismos dinâmicos, o que propicia variações ainda maiores. Segundo os autores, não importa o quanto seja interessante tentar descrever um modelo prático dos vários componentes do desejo sexual, o que falta é a sutileza que distingue a luxúria ou a paixão, das outras variedades de desejo sexual.

Iversen, Kupfermann e Kandel (2003) afirmam que, como todos os controles fisiológicos da motivação, também o desejo sexual encontra-se vinculado a um processo dual (excitatório e inibitório). Quando não se tem sexo há algum tempo e uma possibilidade interessante apresenta-se, é provável que se perceba um forte impulso para tal. No entanto se alguma situação de risco, símbolo de perigo surgir, na maioria das vezes, esta se sobre põe ao desejo bloqueando-o. Tal ordenamento hierárquico é exercido, em função do antigo mecanismo de adaptação e sobrevivência das espécies. E mesmo hoje, quando os riscos não estão vinculados às lutas por sobrevivência, as emoções de “tensão”, encontram prioridade de reação. Damásio (apud IVERSEN, KUPFERMANN e KENDAL, 2003), menciona que quando pensamos sobre as possíveis consequências de um comportamento, a memória dos estados emocionais (experiências viscerais), de situações semelhantes, propiciam informações para a avaliação atual (intuição). A memória pode ativar projeções ascendentes noradrenérgicas ou colinérgicas do tronco encefálico e do prosencéfalo basal, que ativam o córtex e replicam a sensação consciente do estado emocional lembrado.

Não existe até o momento, uma fórmula específica para avaliação da “normalidade” com que as percepções do desejo devam manifestar-se, e muitas vezes, essas aferições têm sido efetivadas através da frequência das relações. No entanto, frequência não é sinônimo de desejo. O problema é tentar quantificar algo tão subjetivo como é o desejo. Às vezes as pessoas dizem que têm vontade de ter vontade ou que estão com vontade, mas não têm vontade. Confundindo-se a vontade racional com a percepção do impulso.

Kaplan (1999) propõe que para o entendimento das manifestações do desejo sexual, é preciso que se leve em consideração, uma série de variantes etiológicas (físicas, psíquicas e sócio culturais), que podem interferir na intensidade com que o desejo manifesta-se. Segundo a autora, pode-se dividir as manifestações do impulso sexual, em seis categorias de um contínuo: desejo sexual hiperativo, normal elevado, normal baixo, hipoativo, hipoativo grave, aversão ou evitação fóbica.

Para ela os problemas de desejo, são resultantes de múltiplos determinantes, que podem operar em níveis mais superficiais (imediatos) ou em níveis profundos da estrutura de personalidade (intrapsíquicos). Inclusive, em alguns casos interagindo uns sobre os outros, bloqueando as percepções de desejo. As causas imediatas são caracterizadas, por ansiedade, sensações desagradáveis e pensamentos negativos, quanto ao que está ocorrendo ou ao que representam. Enquanto as causas intrapsíquicas, caracterizam-se por interações neuróticas com raízes na infância e, na maioria das vezes, inacessíveis à consciência imediata.

No entanto, mesmo nas etiologias imediatas, que em termos estruturais relacionam-se a focalização negativa à percepção sexual, na maioria das vezes, tais crenças, não se encontram suscetíveis à percepção consciente, ou simplesmente, a pessoa não acredita e não relaciona que tal fator, possa interferir em seus impulsos sexuais. Mencionam que não sabem por que não têm desejo. Para a maioria destas pessoas, só através de alguma forma terapêutica, consegue-se perceber que: o parceiro não é semelhante à fantasia sexual que tem, a relação é hostil em outras áreas e esta é transportada para a área sexual, os jogos sexuais não são adequados, a pessoa está vivendo momentos depressivos, estressantes etc. Porém, não existe percepção, de que tais fatos tenham conexão com a sua falta de desejo sexual, por mais incrível que pareça.

Em pesquisa realizada por Abdo (2004) com 2835 indivíduos de nosso país, a disfunção sexual mais referida pela população feminina foi a falta de desejo sexual (34%), seguida pela disfunção orgásmica (29%). Padrão de referência bastante similar ao encontrado por estudo de Andrade-Silva (2003) em queixas de população clínica, que frequenta o Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Onde inclusive, a associação das duas disfunções (anorgasmia e transtorno de desejo), apresentou-se simultânea e interligada frequentemente.

Várias são as causas psicológicas e sociais, que podem levar um indivíduo a inibir completamente, ou sentir seus impulsos eróticos fortemente diminuídos,

exigindo do terapeuta, formação ampla na área para que possa efetivar um diagnóstico diferencial adequado ao problema apresentado. Como sugere Kaplan (1983) é importante se afastar um problema psiquiátrico e posteriormente verificar, se o problema sexual tem base primordialmente orgânica ou psicológica, se é intrapessoal ou interpessoal diádico.

Referências bibliográficas

- ABDO, C. H. N. (2004). **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004
- ALFERES, V. R. Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas em psicologia social. In: VALA, J. E MONTEIRO, M. B. (Org.). **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gultbenkian, 1993.
- ANDRADE-SILVA, M. C.(1999). Formação e desenvolvimento da identidade sexual ou identidade de gênero. In: RIBEIRO, M. (org.). **O Prazer e o Pensar**. São Paulo: Gente, 1999.
- ANDRADE-SILVA, M.C.; BUENO, A.P.; PAIVA, J.S. A. B. U. O. Crenças e Estereótipos sobre a Sexualidade Humana Masculina. In: **Scientia Sexualis**, Revista do Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho, Vol.5, nº. 1, (69-104)., 1999.
- ANDRADE-SILVA, M.C. Terapia Sexual e Inclusão Social. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana da SBRASH**. Vol.14, nº. 2 (27-38), 2003.
- ANDRADE-SILVA, M.C. Moral e Ética da Sexualidade. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana da SBRASH**. (161-164). Rio de Janeiro, 2001.
- FISHER, S. **O orgasmo da mulher**. São Paulo: Monde, 1978.
- FORD e BEACH, F.A. **Patterns of sexual behavior**. USA: Harper e Broth Publishers, 1951.
- HARLOW, H. F. Sexual behavior in rhesus monkey. In: BEACH, F. A. Ed. **Sex and Behavior**. New York: John Willey e Sons, 1965.
- IVERSEN.S.; KUPFERMANN, I.; KANDEL, E. R.(2003). Sentimentos e Emoções. In: KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. (Eds.). **Princípios da Neurociência**. São Paulo: Manole, 2003.
- KAPLAN, H. S. **The evaluation of sexual disorders: Psychological and Medical Aspects**. New York: Brunner Mazel Publishers, 1983.
- _____. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, vol. 2, 1977.
- _____. **A Nova Terapia do Sexo: O Desejo Sexual – vol. 2**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

- _____. **Transtornos do desejo sexual**. Porto Alegre: Artimed, 1999.
- KLEIN, F. The need to view sexual orientation as a multivariable dynamic process: A theoretical perspective. In: WHIRTER, D.P.M.C.; SANDERS, S.A; REINISCH, J.M. (eds.), **Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of Sexual Orientation**. New York: Oxford University Press, 1990.
- LEVINE, S.B. Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. In: LEIBLUN, S.R.; ROSEN, R.C..(eds.). **Sexual Desire Disorders**. New York: Guilford Press, 1988.
- MASTERS, H. W. & JOHNSON, V. E. **Conduta sexual humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.
- MASTERS, H. W. & JOHNSON, V. E. **Incompetência sexual** – suas causas e tratamentos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
- MASTERS, H. W.; JOHNSON, V. & KOLODNY, R. **Heterossexualidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- MORIN, J. **A Mente Erótica**. Descobrimo as fontes internas da paixão e satisfação sexuais. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.
- SOUTTO-MAYOR, A. & ANDRADE-SILVA, M.C. Principais Estereótipos sobre a Sexualidade Masculina. In: **Scientia Sexualis**, Rev. do Mestrado em Sexologia da U.G.F. Vol.7 nº.3, (95-108), 2001.
- TANNAHILL, R. **O sexo na história**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- USSEL, J. V. **Repressão sexual**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- ZILBERGELD, B. **Male sexuality**. New York: Bantam Books, 1978.

TEMA:
QUESTÕES SOBRE O DESEJO

REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA MULHER EM RELAÇÃO AO DESEJO SEXUAL

Jaqueline Brendler¹

REFLECTIONS ON WOMEN'S ROLE REGARDING SEXUAL DESIRE

Resumo: O desejo sexual é dissecado, nos seus conceitos atuais, nas suas variáveis, nos seus estimulantes e nos seus supressores. Os comportamentos clássicos e os contemporâneos usados na aproximação afetivo-sexual que demonstram e/ou provocam desejo sexual são relatados, da linguagem corporal às táticas usadas nos sites de namoro na internet. O texto ainda inclui o papel da mulher, num contexto de sexualidade satisfatória e disfuncional, em: 1 – permitir-se ter desejo sexual; 2 – desencadear/ provocar o seu próprio desejo sexual, com a ajuda ou não do(a) parceiro(a) sexual; 3 – despertar o apetite sexual do parceiro.

Palavras-chave: Papel da mulher; sedução; desejo sexual.

Abstract: Sexual desire is dissected, in its current concepts, its variables, its stimulants, and its suppressants. Classic behaviors as well as contemporary behaviors used for affective-sexual approach showing and/or provoking sexual desire are reported, from body language to the tactics used in dating websites. The text also includes women's role – within a context of a fulfilling and dysfunctional sexuality – for: 1 – allowing herself to feel sexual desire; 2 – triggering/provoking her own sexual desire, with or without her sexual partner's help; 3 – awakening her partner's sexual appetite.

Keywords: Woman's role; seduction; sexual desire.

¹ Ginecologista. Título de Especialista em Sexualidade Humana / SBRASH e Certificação em Sexologia / AMB e FEBRASGO. Conselho Deliberativo SBRASH 2005-07. Comitê de Ética da FLASSES 2004-08. Comitê Científico da Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS) 2007-09. e-mail: jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

O conceito sobre desejo sexual

Em relação ao conceito sobre desejo sexual são poucos os da literatura, pois a maioria das publicações científicas estuda mais a disfunção do desejo do que o desejo sexual.

Para Kaplan,

[..] é uma força que impele homens e mulheres a procurar, iniciar e/ou responder à sexual estimulação; que não é meramente uma subjetiva sensação, nem é meramente um estado mental. Desejo sexual é um motivacional e/ou um estado impulsivo/instintivo que é gerado por um específico processo neurofisiológico no cérebro (KAPLAN, 1995, p.15)

Segundo outros pesquisadores (ROSEN, RILEY, WAGNER, OSTERLOH, KIRKPATRICK & MISHRA, 1997), “É um sentimento que pode incluir vontade de ter uma experiência sexual, for meio de intercurso ou masturbação, pensar sobre ter sexo ou o sentimento de frustração pela falta de sexo”. Para Levine (2003), é “uma soma de forças que nos inclina e nos impele para o comportamento sexual”, contudo ele cita que muitos colegas acadêmicos pensam que o desejo sexual pode ser uma “excitação inicial” e sugere o termo “desejo excitatório” .

O desejo sexual

Segundo Kaplan (1995), há seis pontos na escala do desejo sexual humano, com o desejo sexual hiperativo ocupando o topo e a aversão sexual, o ponto mais baixo, sendo eles: 1 – Desejo sexual hiperativo; 2 – Desejo sexual normal alto; 3 – Desejo sexual normal baixo; 4 – Desejo sexual hipoativo leve; 5 – Desejo sexual hipoativo grave; 6-Desordem da aversão sexual. No que ela considera desejo sexual normal alto há espontâneo desejo sexual e fantasias, comportamento sexual pró-ativo, normal funcionamento sexual, alta frequência sexual, sendo mais comuns em homens. No desejo sexual normal baixo não há espontâneo desejo sexual e fantasias, há um comportamento sexual receptivo, normal funcionamento sexual, e média ou baixa frequência sexual.

Kaplan (1995) pensa que há excitantes e supressores psicológicos para o desejo sexual que atuam nos centros sexuais cerebrais, principalmente no hipotálamo e no sistema límbico. Entre os excitantes emocionais estão: 1 – Parceiro(a) atraente; 2 – Parceiro(a) congruente com a fantasia sexual; 3 – Parceiro(a) sedutor(a); 4 – Parceiro(a) responsivo(a); 5 – Ambiente favorável; 6 – Fantasias sexuais; 7 – Amor; 8 – Novidade; 9 – Adequada estimu-

lação física; 10 – Ausência de emoções e pensamentos negativos; 11 – Situação favorável. Entre os supressores psicológicos do desejo sexual, além das situações opostas, as citadas como excitantes, ela relata a existência de anti-fantasias sexuais (imagens mentais negativas, aversivas, repulsivas, de medo, simulando desvantagens ou perigo que evocam uma situação de emergência emocional que diminui o apetite sexual), amor por outra pessoa, a depressão, a raiva, a ansiedade e a excessiva familiaridade. No caso da Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD), essa autora reforça que é essencial, além de resolver o conflito, restabelecer os excitantes sexuais e remover os supressores para que o desejo seja restabelecido. Ela ainda destaca que algumas características femininas, como a juventude, o potencial procriativo, cabelos com brilho, andar cambaleante, voz doce e sedutora, roupas sensuais que revelam a forma dos seios e das pernas, tanto quanto um comportamento acariciante, submisso, bem educado e a expectativa de completude sexual atraem os homens e diz que esse ainda é um comportamento de corte.

Ela menciona que os humanos evoluíram além do “estrus” e ressalta que os hormônios sexuais são importantes somente na sua ausência, pois haverá interferência na diferenciação dos genitais, na masculinização ou na feminização do cérebro fetal, no desenvolvimento das características sexuais secundárias e na forma final corporal. Em relação aos hormônios ela reconhece também que existe a deficiência androgênica em mulheres e a no homem idoso.

Levine (2003) diz que o ordinário espectro da intensidade do desejo sexual segue a seguinte dinâmica, sendo os dois extremos, as situações de maior intensidade negativa e positiva respectivamente: aversão – desinclinação – indiferença – interesse – necessidade – paixão/desejo carnal. Fischer (1995) e Brendler (2002) confirmam que a paixão eleva o apetite sexual. Brendler (2002) ressalta que manter o desejo sexual além do período da paixão será mais fácil, se existir internalizado na mulher a identificação primária com mulher sexuada. Cita que a paixão pode mascarar a inexistência da falta dessa identificação, o que vai tornar-se perceptível num relacionamento de longo prazo, quando irá surgir o HSDD.

O desejo sexual, para Levine (2003), é sempre composto de três componentes: 1 – Impulso, instinto sexual (componente biológico); 2 – Motivação (componente psicológico individual e / ou do relacionamento); 3 – Querer / requisitar (componente cultural). Esse autor relata que quatro são as variáveis que mais influenciam o impulso / instinto e a motivação sexual, modelando a tendência do ser humano comportar-se ou não de modo sexual: a situação social, a idade, o gênero e a saúde.

Em relação às diferenças do gênero, em relação ao desejo sexual, Levine (2003) menciona que são um interessante desafio. Diz que a mulher aspira ter intimidade emocional como um portão para o sexo, ao passo que o homem é mais facilmente inclinado a aspirar o comportamento sexual como uma via para a proximidade; desse modo, o impulso /instinto sexual e a necessidade de intimidade serão com freqüência negociados no contexto do casal e na clínica sexológica. Ele menciona que as negociações em casais heterossexuais devem lidar com o modelo linear, aplicado aos homens (desejo-excitação-orgasmo-resolução) e o modelo circular, aplicado ‘as mulheres que interliga impulso/instinto, motivação, intimidade, excitação e orgasmo’. Já nos casais homossexuais, as necessidades de intimidade emocionais e sexuais são diferenças individuais e não de gênero.

Onze são os estimulantes do desejo sexual para esse estudioso, entre os quais há estímulos ilusórios e outros reais: 1 – Intimidade psicológica; 2 – Apaixonamento; 3 – Ver, ler sobre, ou escutar pessoas tendo explicitamente sexo prazeroso; 4 – Ver, ler sobre, ou escutar uma romântica seqüência, entre duas atraentes pessoas; 5 – Invocar uma fantasia que tenha sido confiavelmente erótica no passado; 6 – Esperar engravidar; 7 – Usar uma variedade pequena de drogas em baixas doses e ocasionalmente medicação; 8 – Instrução; 8a – Aprender e transcender culturais proibições internalizadas contra a expressão sexual e 8b – Aprender novas maneiras de olhar a vida, como na ioga, no budismo e na ciência; 9 – Reparar um recente problema de relacionamento; 10 – Conquistar um amor errante; 11 – Ter uma disfunção sexual sem esperança de solução, tratada com sucesso.

Na tradução de Brendler (2005c), do Modelo Circular de Rosemary Basson, é descrito que um responsivo tipo de desejo sexual e a excitação sexual ocorrem simultaneamente, depois que a mulher deliberadamente escolhe experienciar estimulação sexual. Esta escolha é baseada em necessidades, do tipo ganhos e recompensas (intimidade emocional, compromisso, tolerância às imperfeições do relacionamento, bem-estar do parceiro, dividir prazer físico com o parceiro) mais do que desejo para experienciar excitação física e liberação orgásmica. Qualquer um desses futuros ganhos podem ser uma força motivacional isolada, como também pode ser acompanhada de física necessidade ou apetite sexual espontâneo, integrando, assim, desejo sexual responsivo e “espontâneo” (desencadeado por pensamentos, fantasias, apetite sexual consciente), embora esse último, isoladamente, é típico de homens e mais raro em relacionamentos de longo prazo, em mulheres. Menciona que prazerosa experiência física é necessária para que esta sugerida motivação não sexual continue em longo prazo. Então, a mulher, numa situação de

neutralidade sexual, visando obter um conjunto de recompensas que aumentam a intimidade emocional com o parceiro, procura estímulos/sinais sexuais, entra numa experiência erótica/sexual, sente excitação psicológica e desejo sexual o que provoca excitação física sexual. O desejo sexual, assim desencadeado, coincide ou é posterior à excitação sexual, e juntos levam à emocional e física satisfação.

Saliento que há diferenças entre a excessiva familiaridade e a intimidade, pois a primeira é um supressor sexual e a segunda é um estimulante, principalmente para as mulheres. A intimidade que atende na sua definição legítima à um conceito dinâmico que nunca é completado o que inclui afeição mútua, suporte para com o outro, crescimento pessoal, revelação de si mesmo e do outro, além do compartilhar nas áreas emocional, sexual, social, intelectual e recreacional. O modelo de intimidade sexual que mais permite novas pontes para o desejo sexual segundo Lobitz & Lobitz (1986) é aquele no qual há uma integração da diferenciação (de cada um) com compaixão, com empatia e com honra para com as diferenças do outro. Há aprovação e conexão com a identidade, com comportamento e com as diferenças do outro. Há confiança em si mesmo, no outro e no relacionamento. Assim, há permissão para explorar comportamentos e fantasias sexuais em novos, excitantes, misteriosos e poderosos caminhos.

O que desperta o desejo sexual é igual para os dois sexos? A publicação de Pease e Pease (2000) menciona que os homens são estimulados pela pornografia, pela nudez feminina, pela variedade sexual, pelas roupas íntimas e pela disponibilidade da mulher. Elas têm seu apetite sexual acionado pelo romance, pelo compromisso, pela comunicação, pela intimidade, pelo toque não-sexual.

O ritual de aproximação afetiva e/ou sexual

Para descrever o processo de aproximação afetivo e/ ou sexual prefiro iniciar mencionando o zoólogo inglês (MORRIS, 2005, p. 12-13) que diz que tanto homens quanto mulheres são cem vezes mais neotônicos (processo evolucionário que permite aos humanos manter caracteres juvenis na vida adulta) que machos e fêmeas de outras espécies. As diferenças entre homens e mulheres são verdadeiras e muito interessantes, mas muito leves. À medida que o homem e a mulher percorriam seu trajeto evolutivo em direção a uma neotonia cada vez maior, o homem se comportava de maneira cada vez mais infantil e mostrava menos mudanças físicas, enquanto que a mulher desenvolvia mais atributos físicos e menos qualidades mentais infantis.

Em relação ao homem ser mais ligeiramente infantil em seu comportamento do que a mulher, esse autor diz que esse comportamento se deve a uma diferença entre o cérebro da mulher e o do homem; assim, os homens tornaram-se mais imaginativos e, às vezes, perversos; as mulheres tornaram-se mais sensíveis e carinhosas. Essas diferenças se adaptam ao seu papel na sociedade. Eles se complementam, e a combinação resultou em sucesso.

Ele fala que em relação à evolução física, historicamente, por causa da divisão de trabalho, os homens precisavam ser mais fortes e mais atléticos para a caça. O corpo do homem é 30% mais forte, 10 % mais pesado e 7% mais alto do que o corpo da mulher. Devido à sua importância para a reprodução, o corpo feminino tinha que ser protegido da fome. Por isso, o corpo arredondado da mulher contém em média 25% de gordura, enquanto o masculino tem apenas 12,5%. Essa grande retenção de gordura na fêmea era uma característica fortemente infantil, e com ela vieram muitos outros atributos juvenis. O homem adulto foi programado pela evolução para proteger seus filhos. A reação paterna ao corpo gordinho de seus bebês era tão forte que podia ser explorada pela fêmea adulta. Quanto mais características de bebê apresentasse, mais proteção ela conseguiria de seu macho. A exemplo disso, a voz da mulher permaneceu num tom mais agudo do que a do homem, ou seja, a mulher manteve uma voz semelhante à das crianças.

Ele se pergunta: Qual é a atração dos cabelos loiros, um apelo tão forte a ponto de criar a bizarra situação de termos no mundo mais loiras artificiais do que verdadeiras? A resposta encontrada nos seus estudos é que a mulher loira passa uma imagem mais juvenil do que a morena. Essa imagem, projetada numa mulher adulta, aumenta o seu poder de sedução, transmitindo fortes sinais de que ela deseja ser cuidada. Ele cita que as loiras passam uma idéia de juventude porque, em grande parte da humanidade, os bebês são mais louros que seus pais (MORRIS, 2005, p.27).

Outro exemplo da preservação de uma característica infantil são os lábios. Como a fêmea humana é um pouco mais evoluída anatomicamente, ou seja, mais juvenil que o homem nesse aspecto, seus lábios são, em média, mais protuberantes. O que torna os lábios tão sensuais visualmente? Em sua forma, em sua textura e em sua coloração, eles imitam os outros lábios femininos, os lábios vaginais. Enquanto a mulher for jovem e o sexo lhe ocupar a mente, ela tratará de cuidar dos lábios como um símbolo sexual. Ela os umedece, os cobre de batom, faz biquinho, sopra beijos (MORRIS, 2005, p.83-84).

Sobre as nádegas, esse estudioso esclarece que os músculos glúteos se destinam a manter a postura ereta e nas mulheres, em relação ao tamanho corporal,

são maiores do que as dos homens, porque têm maior quantidade de tecido adiposo. Outro atributo feminino é que a mulher tem as costas mais arqueadas do que a do homem. Em posição normal de repouso, o traseiro se projeta mais para fora que o do homem, não importa o seu tamanho. Quando ela caminha, a estrutura óssea das pernas e dos quadris provoca uma ondulação maior da região glútea. Quando esses três atributos – mais gordura, maior protusão e mais ondulação – se combinam, o resultado é um forte apelo erótico (MORRIS, 2005, p.210).

Por que o par de seios atrai os homens? As fêmeas das outras espécies emitem sinais sexuais com o traseiro, enquanto caminham sobre as quatro patas. O traseiro da fêmea humana também é capaz de enviar fortes sinais eróticos, quando a mulher é vista de costas, mas ela não anda de quatro. Ela caminha ereta e é vista de frente, na maioria das situações sociais. Quando ela se coloca em frente a um homem, o par de falsas nádegas que ela traz no peito lhe permite continuar transmitindo o primitivo sinal, sem dar as costas ao interlocutor (MORRIS, 2005, p. 141).

Eibl-Eibesfeldt (1989), após estudar filmagens realizadas em diferentes continentes, estabeleceu o padrão feminino para o flerte. Ele cita que a mulher primeiro sorri para o seu admirador e ergue as sobrancelhas num movimento rápido, enquanto abre bem os olhos para olhar para ele; a seguir, baixa as pálpebras, inclina levemente a cabeça para o lado e desvia os olhos. Após isso, é comum cobrir o rosto com as mãos, de modo a escondê-lo enquanto dá umas risadas nervosas. Ele diz que essa atitude seqüencial da paquera é um traço que se vem desenvolvendo por milhões de anos e demonstra o interesse sexual. Outra atitude antiga para iniciar namoro é o olhar recatado, no qual a mulher abaixa a cabeça e olha timidamente para cima, na direção do homem a ser conquistado. Outras atitudes das mulheres para solicitar atenção são erguer os ombros, arquear as costas e jogar o cabelo para trás, tudo num só movimento coordenado.

No ocidente esse autor menciona que é muito freqüente homens e mulheres olharem intencionalmente para um pretendente, por dois a três segundos e, nesse tempo, se suas pupilas se dilatarem é um sinal de interesse intenso. Ele e outros colegas etólogos denominaram esse olhar de “olhar de desejo”. Fischer (1995) diz que ninguém fica indiferente a um olhar fixo, pois ele exige uma reação, mas primeiro é realizado um movimento para disfarçar, para aliviar a ansiedade, enquanto se pensa na resposta em aceitar ou não o jogo da sedução. Essa autora fala do “sorriso superior” que demonstra um interesse maior da pessoa, e nele se mostra os dentes superiores a fim de

deixar claro as intenções de aproximação, e ele vem quase sempre acompanhado de um rápido erguer de sobrancelhas. Eibl-Eibesfeldt (1989) os observou em vários continentes, e diz que é utilizado para todos os tipos de amizade, incluindo o flerte. Fischer (1995) diz que já “o sorriso aberto” com os lábios totalmente abertos e mostrando os dentes superiores e inferiores é o que é utilizado no namoro.

Segundo o entendimento de Givens (1983) e de Perper (1985) essas atitudes de namoro acima citadas fazem parte de um conjunto maior “a dança do acasalamento humano”. Esses estudiosos, observando pessoas em bares de solteiros nos EUA e no Canadá, verificaram o namoro, o processo de escolha em cinco estágios. O primeiro deles é “chamar a atenção” após a escolha do território em que vão ficar, e para isso usam táticas diversas, as mulheres jovens para chamar atenção sorriem, olham, mudam de posição, rebolam, ajeitam-se. Além disso, usam movimentos femininos como: enrolar o cabelo com os dedos e o jogar para trás, olham com olhar tímido, estalam a língua, umedecem o lábio superior, coram e escondem o rosto, além dos comportamentos citados por Eibl-Eibesfeldt (1989), enviando a mensagem “estou aqui”. No flerte Fischer (1995) diz que as mulheres podem usar um andar exibicionista que, além do descrito por Eibl-Eibesfeldt (1989) (estufar o peito e arquear as costas), inclui o andar cambaleante, já mencionado por Morris (2005). Ela ainda cita que esse andar é facilitado com o uso do salto alto que por si só levanta as nádegas, pois causa um retraimento artificial das costas na altura da cintura e estufa o peito, além disso, menciona que o barulho dos saltos também ajuda a chamar a atenção. Essa antropóloga relata que as mulheres mostram a sua disponibilidade aos homens pelo conjunto de uma ou mais dessas atitudes como: usar o salto alto, ao fazer “biquinho” com os lábios, virar a ponta dos pés para dentro e rebolar, entre outros já anteriormente mencionados.

A segunda fase do processo de escolha é a do “reconhecimento” e começa quando os olhares se encontram.

A terceira fase é a “conversa” que ocorre após o cruzamento de olhares seguido do aceite, que pode ser através de um sorriso ou de mudança corporal. Essa é considerada por muitos estudiosos a etapa mais difícil e Morris (1983) a denominou “conversa da sedução”. Na conversa que pode iniciar com frases nada importantes, para quebrar o gelo, sendo que os especialistas aconselham perguntas ou elogios, pois ambos exigem uma resposta. Na conversa da sedução, o conteúdo é menos importante do que a forma como é dito. Usar um tom mais alto de voz e falar de maneira amável ou carinhosa é muitas vezes um

sinal de interesse sexual. Se durante a conversa o parceiro rir mais do que o convencional, para a situação, ele também provavelmente estará flertando, diz Fischer (1995). A conversa também vai relevar um pouco sobre a educação, a graduação e a vida dos parceiros, por isso também é considerada um ponto crítico, para que se passe para o quarto estágio, o contato físico.

O contato físico começa com “atitudes de intenção”: inclinação do corpo, colocar um braço próximo ao outro, aproximação dos pés (se estão de pé), ou um deles acaricia o próprio braço, como se estivesse acariciando o outro. Depois vem o toque no corpo do outro, em regiões, como o ombro, o punho, o antebraço, lugares socialmente permitidos, o que geralmente é feito, inicialmente pela mulher, de forma casual, mas calculada. Se o toque for ignorado, nova tentativa de toque sutil poderá ser feita, mas se o receptor sorrir, inclinar o seu corpo em direção à pessoa ou retribuir o toque, é sinal de que o flerte está progredindo. Se esse processo de aceitação e retribuição do toque continuar em meio a sorrisos e à conversa, inclinando em direção ao outro, em geral, o casal vai para o quinto e último estágio do processo de escolha: a total sincronia corporal.

Os movimentos podem no início ficarem sincronizados, ou seja, ela eleva a taça de vinho e ele também e depois podem perder a sintonia, mas à medida que os dois vão sentindo-se à vontade, os movimentos vão tornando-se similares. A exemplo disso é que quando ele cruza as pernas, ela cruza as dela, quando ele se inclina para a direita, ela também o faz, enquanto olham-se nos olhos. Fischer (1995) diz que, quando nos sentimos atraídos por um parceiro, começamos a nos movimentar no mesmo ritmo.

É importante citar que Morris (1983) descreve doze etapas no galanteio humano que são nessa ordem: 1 – Olhar o corpo; 2 – Olhar nos olhos; 3 – Intercâmbio vocal; 4 – Mão na mão; 5 – Braço no ombro; 6 – Braço na cintura; 7 – Boca na boca; 8 – Mão na cabeça; 9 – Mão no corpo; 10 – Mão no sexo; 11 – Boca no peito; 12 – Sexo no sexo.

A internet, a “era fast” e o processo de sedução

Segundo Brendler (2007), o século XX se caracterizou pela “Era do tudo é eterno”, pela “Era do divórcio” e pela “Era Fast” que continua nos dias atuais. No final dos anos 90, com popularização da internet e do telefone celular, somado às descobertas farmacológicas para melhorar a sexualidade disfuncional masculina, o mundo entrou na “Era Fast”, era da aceleração e de

grande transitoriedade em todos os tipos de vínculos, sejam os sociais, os profissionais, os afetivo-sexuais ou unicamente sexuais.

A Era Fast, segundo a autora, é fruto das fantásticas tecnologias (*online*, digitais, farmacológicas) criadas inclusive com o objetivo de facilitar e dar mais qualidade à vida das pessoas e conseqüentemente lhes permitir mais tempo livre para usufruir mais alegrias e prazeres.

Das tecnologias da Era Fast, a mais importante no jogo da sedução é a internet, pois desde a sua criação a aproximação afetiva-sexual tem apresentado algumas mudanças, uma vez que a rede apresenta cada vez mais produtos.

No Brasil a exploração comercial da internet iniciou, em 1995, e a pesquisa Ibope/NetRatings publicada, na Zero Hora, informa que o Brasil é líder em tempo de navegação na internet, no mês de maio de 2007, uma vez que 17,9 milhões de internautas residências acessaram a rede pelo menos uma vez ao mês, e o tempo médio de navegação por usuário residencial foi 23 horas e 43 minutos, sendo que pessoas que a acessam em qualquer ambiente foi de 33,1 milhões no país.

Hoje, para ser visto, o que facilita a atração sexual, nas vitrines virtuais da rede pode-se usar *sites* de relacionamento como Orkut.com, MySpace.com, o YouTube.com, o Facebook.com ou os fotoblogs. O fotolog.com, em 26/08/07, tinha mais de 10 milhões e 668 mil usuários no mundo, já no Brasil, o estado de São Paulo estava em primeiro lugar e em 7º o Rio Grande do Sul. Em todos os países há eleição dos fotologs mais populares. Os fotologs são mais freqüentados por adolescentes que nasceram mergulhados no ciberespaço, no qual há o império da imagem sobre a palavra.

O portal Orkut.com, no qual as pessoas participam de comunidades e grupos de amigos, dia 26/8/2007 continha 69.378.730 membros, os brasileiros são a segunda maior comunidade, com 1.165.108 membros, só perdendo para os americanos, sendo os paulistas os líderes brasileiros no Orkut.

No Brasil, o setor de *sites* específicos de namoro é liderado pelo Parperfeito.com.br, que exhibe perfis com foto e sem fotos, de milhares de brasileiros que buscam de sexo a casamento; esse *site* acessado dia 26/8/2007, no horário das 22 horas, tinha mais de 4.480 internautas brasileiros *online*. Pinheiro (2002) cita na sua matéria os números desse *site*, em ordem decrescente. Quanto ao perfil profissional dos homens, 50,5% deles eram da internet, do comércio, da administração de empresas e da saúde. Em relação às mulheres, 49,5% delas atuavam profissionalmente nas áreas da educação, do comércio,

da administração de empresas e da saúde. Eles procuram uma mulher bonita, independente, segura, companheira, inteligente, bem-humorada, honesta. Elas procuram um homem que seja companheiro, bem-humorado, sincero, honesto, carinhoso, disposto a um relacionamento sólido. Em relação à faixa etária dos usuários, 30% tinha entre 19 a 24 anos, 29% entre 25 a 34 anos, 21% até 18 anos, e 20% acima dos 35 anos.

A maioria dos *sites* de namoro diz que perfis com fotos são dez vezes mais acessados, tem maior aceitação e recebem mais chamados para “papo direto” para o *chat* do próprio *site*, do que aqueles que não têm foto. Muitas pessoas não desejam a exposição visual, e terão como única arma de sedução inicial um perfil bem elaborado, contudo todos podem “buscar perfis” de parceiro(a)s o que fica registrado “em quem viu meu perfil” nas últimas 24 horas, nos últimos 7 dias, etc. Essa é uma segunda maneira de ser “notado” na rede, e que é mais importante para pessoas sem identidade visual. Esse tipo de *site* não aconselha o uso de fotos antigas nos perfis de seus membros.

Sites como o flogão, põem em destaque o flog “mais visitado”, elegem o “flog mais interessante”, o “gato da semana” e “gata da semana” o que ajuda algumas pessoas a se tornarem cibercelebridades e serem vistas por um número maior de possíveis pretendentes.

O corpo humano e especialmente o feminino é exposto na rede em todos os formatos e é envolvido em todos os tipos de vestuário, do clássico “terno e gravata” cuja versão feminina é o “terninho profissional”, aos trajes de banho, uma vez que muitos *sites* de relacionamento não permitem o nu total, de nenhum sexo. Há internautas que desejam ser seduzidos apenas para o sexo, virtual ou não, desejo este que pode ser facilmente satisfeito.

Quais os caminhos do processo de escolha de parceiros que inicia na internet?

Para o grupo de pessoas que escolheu exibir fotos e vídeos, embora ela não permita, no primeiro contato com desconhecidos, o uso de toda a imensa linguagem corporal, ela é usada numa escala menor, pois a postura visual das pessoas seduz os(as) internautas, num grau maior ou menor, além do próprio corpo poder ser afrodisíaco. Ver e ser visto, nesse grupo, é muito similar à estratégia ancestral inicialmente descrita por etólogos, zoólogos e antropólogos. No segundo passo do flerte é necessário, na maioria dos casos, a conversa via e-mail ou on-line, em *chats* como o MSN ou *sites* de namoro.

Para um outro grupo de pessoas, mais discreto, que prefere um perfil sem imagem visual, esta é a primeira etapa e tem um grau de importância maior,

uma vez que a linguagem verbal é 100% do que se tem para conquistar o outro, e esta pode ser transferida, numa segunda etapa, para um *chat* tipo MSN no qual é possível, então, para os escolhidos pretendentes, se deixar ver através de fotos.

Para os dois diferentes grupos acima citados, se a intenção é continuar usando o recurso apenas virtual, o casal pode passar para o contato quase “olho-no-olho” com o auxílio de webcam que além disso permite ouvir a voz, ou ainda somente o contato viva-voz, disponíveis no MSN, no Skype, ect. Nessa situação a “idéia” que se tem da pessoa é mais próxima do que possa existir fora do mundo virtual, contudo muitos não possuem esses equipamentos e continuam o processo de conhecer o outro, pelo conteúdo do que é dito nos *chats* e e-mails.

O último passo é o encontro com o parceiro a ser conquistado fora da rede e isso pode acontecer de modo mais lento ou mais rápido, dependendo do momento individual dos dois. Se a flecha do desejo que foi lançada encontrou receptividade forte, pelo contato visual através das fotos de vídeos da rede e uma vez feita a confirmação através de conversas on-line interessantes, na maioria das vezes, o homem ainda é quem fará um convite para primeiro encontro não virtual, o que não raramente será rápido. Isso é a exceção à regra, uma vez que no mundo virtual paciência e tempo disponível para “garimpar” e conquistar um(a) provável pretendente compatível são essenciais.

A paquera na internet é um recurso interessante nas situações de: 1 – Ser uma pessoa tímida ou com pouca desenvoltura em ambientes públicos; 2 – Ser um(a) recém separado(a) de um relacionamento de longa duração que ainda não possui um novo grupo de amigos para sair, situação comum, na idade acima dos 40 anos; 3 – Mães com a guarda de filho(s) pequeno podem paquerar sem ter que pedir para alguém cuidá-lo(s) ou pagar uma babá; 4 – Ser mulher e tomar a iniciativa de aproximação, sem assustar os homens, que consideram isso provável, no ciberespaço; 5 – Poder ser visto(a), quando há fotos ou vídeos na rede, e despertar a atração sexual de pretendentes enquanto está realizando outras atividades da vida; 6 – Poder iniciar uma conversa com um(a) pretendente, sem precisar sair de casa para isso, o que significa economia de tempo e de dinheiro; 7 – Ter certeza, para você que pretende namorar, que ele/ela terão que conversar o mínimo com você, diferente do que acontece no clima da noite em bares e boates, no qual o barulho e o som alto são impeditivos para uma boa conversa; 8 – Usuários de computador durante muitas horas por dia, com freqüência, por motivos profissionais ou de estudo; 9 – Estar vivendo em uma nova cidade, longe

do seu círculo de amigos; 10 – Poder selecionar perfis mais compatíveis com você e descartar os mais incompatíveis. Muitas dessas situações podem ser aplicadas às pessoas que são socialmente mais desejáveis como as bonitas, as instruídas, as confiáveis, e as em boa situação profissional, oposto do que se pensava inicialmente sobre as pessoas que usavam o recurso da paquera via internet.

No *Second Life*, criado em 2003, que projeta o mundo em 3D, é possível criar uma vida paralela, na qual se pode fazer de tudo, passear, namorar, ter uma família. Dia 26/8/2007 havia 9.110.340 residentes nesse mundo virtual. Sabemos que um dos aspectos que tornou o *Second Life* popular entre os adeptos é o sexo entre os avatares (personagens criadas), contudo ele pode ser utilizado para o treino da sedução, da aproximação afetiva e/ou sexual num primeiro momento, se a pessoa é tímida, insegura, ou tem uma sociabilidade menos desenvolvida, para num segundo momento usar o que aprendeu na sua vida principal. Saliento que pessoas com as características acima mencionadas poderiam ser beneficiadas por psicoterapia.

Rocha (2006) relata o resultado da pesquisa respondida por 2.723 pessoas, realizada no *site* do clicrbs.com.br, “Como você conheceu o seu par, o seu namorado(a)?” 12,12% havia começado a paquera na internet, o que demonstra uma tendência atual de um país no qual o uso da internet avança a passos galopantes.

O IBGE, em dados divulgados em dezembro de 2006, estima que em 2020 será 11,4% a proporção de pessoas com 65 anos ou mais, em relação ao total da população no Brasil. Podemos nos perguntar como será o processo de sedução na terceira-idade, com o auxílio *online*. Em 2020 a internet terá 25 anos no Brasil e essa será o primeiro grupo de pessoas da terceira-idade mais acostumada ao seu uso, uma vez que hoje elas têm no mínimo 42 anos, ou seja, desde os 30 anos é possível que convivam com ciberespaço por incentivo de irmãos, filhos e amigos.

O uso moderado da internet pode abrir um leque de possibilidades no universo da aproximação afetivo-sexual, contudo Brendler (2007) ressalta que temos que nos questionar se: 1 – estar ligado na internet pode nos desligar do casal, da família, dos amigos? 2 – Estar sempre conectado ao mundo através de e-mails, (e do celular, outra tecnologia da Era Fast) pode nos afastar de nós mesmos? Qual o tempo livre para cuidarmos de nós mesmos? 3 – A inexistência de empecilhos geográficos, através da internet, pode nos iludir sobre um possível aumento do número de parceiros afetivos e sexuais? 4 – Na

internet a visão de ser “fácil e rápido” entrar num relacionamento pode nos fazer pensar que também é “fácil e rápido” sair?

O uso excessivo das tecnologias da Era Fast, como a internet, se a conexão com os outros for permanente, provoca efeito contrário a uma das suas intenções iniciais pessoais que era facilitar e melhorar a vida dos seus usuários, encurtando caminhos, para as pessoas usufruírem mais tempo livre para o lazer e o prazer. Nessa situação, de conexão constante, ela nos afasta de nós mesmos, dos vínculos afetivos e/ ou sexuais anteriormente estabelecidos.

Homem ou mulher? quem é o sedutor – quem é o seduzido?

A história nos dá vários indícios do poder da mulher em relação ao desejo sexual, um deles são as Estátuas de Vênus, que são representações da mulher como fêmea e parceira sexual, feitas há mais de 20 mil anos. Um relato da mulher como desencadeadora de paixão sexual é o “Cântico dos Cânticos”, escrito pelo Rei Salomão, que reinou de 955 a 935 antes cristo e que teve 700 esposas e 300 concubinas, publicado no antigo testamento e que é uma poesia sobre a iniciação sexual de uma de suas esposas.

São Paulo diz que foi Eva que induziu Adão à transgressão. Para Santo Agostinho, o pecado cometido por Adão e Eva foi a descoberta de prazer no sexo, pois antes disso, o sexo era frio e para a procriação, e isso os levou à perda do paraíso, à perda da imortalidade. Somente no Século XII, a imagem da mulher muda no ocidente, quando surge o “amor cortês ou palaciano”, a mulher é transformada na “dama pura” exaltada em poemas, canções e na literatura. Movimento que iniciou entre os poetas do sul da França sob influência do “Amor Puro” dos árabes (que cantavam e escreviam sobre mulheres que usavam véus e apenas através dos irmãos sabiam das qualidades da admirada, pois elas eram inatingíveis) e da importação de Bizâncio do culto à Virgem Maria. O amor puro era incompatível com as tentações da carne e a imagem de mulher, no ocidente, deixou de ser Eva para ser a Virgem Maria.

No Século XV surgem os cintos de Castidade, na Itália, criados com a intenção de impedir o estupro, comum nos tempos medievais, não deixavam de reforçar a crença de que as mulheres eram libertinas por natureza.

Segundo a antropóloga Fischer (1995), o forte impulso sexual da mulher encontra contrapartida no comportamento do mundo animal. Todas as fêmeas dos mamíferos ficam “excitadas” e conforme vão entrando no cio

solicitam ativamente os machos. Esta persistência sexual feminina tem um motivo biológico. Como observou Darwin, só sobrevivem as espécies que procriam. Por isso, procurar o sexo é uma característica genética das fêmeas.

Peper (1985) diz que nos EUA as mulheres iniciam dois terços de todos os namoros que testemunhou e as entrevistadas por ele estavam bastante conscientes de haver estimulado o potencial pretendente. Já o estudo de Whyte (1978), realizado com homens e mulheres de 93 sociedades, em 72 delas os pesquisados declaravam que ambos os sexos tinham o mesmo nível de iniciativa em relação aos avanços sexuais. Peper (1985) que estudou pessoas em bar de solteiros americanos, diz que, em geral, depois da saída do bar, é que há a “transferência da iniciativa” na qual os homens começam os seus movimentos como colocar o braço em volta da mulher, beijá-la e tentar seduzi-la a aceitar a transa.

Fischer (1995) ainda cita duas características não menos sutis da sedução: 1 – a música, que é convidada a ser ouvida, que é tocada ou cantada por um do par; 2 – o convite para jantar e diz que esse é o ritual isolado mais comum entre os homens ocidentais que estão fazendo a corte.

Ao falar de atração sexual é necessário lembrar os Mapas de Amor, de Money (1986), que são um “repertório mental de cada fantasia sexoerótica individual e prática erótica”, ou seja, são os mecanismos pelos quais uma pessoa se atrai por alguém em particular. Ele afirma que esses mapas são desenvolvidos nas crianças, entre 5 e 8 anos ou até mais cedo, e são determinados pelos relacionamentos com a família, amigos como também pelas próprias experiências, que ficam registradas num padrão mental do que agrada e do que não agrada. Então, pensando nesses mapas de amor, mesmo que a mulher capriche no ritual da paquera, talvez ela não seja bem sucedida com o homem desejado, pois como Fischer (1995) também coloca, é um estimulante do desejo sexual o parceiro ser congruente com as fantasias sexuais do outro, o que vale para os dois sexos. Em exceção, opondo-se a essas regras, a pessoa paquerada pode aceitar o processo de aproximação não desejado, por motivos não saudáveis como, nas situações em que ela está: 1 – com baixa autoestima; 2 – querendo sair da casa dos pais, a qualquer preço; 3 – vivendo uma sexualidade disfuncional e aceita o que eu chamo de “parceiro(a) secundário(a)” ou “escolha secundária”, pois esse, que não é o(a) “parceiro(a) pretendido(a)”, talvez tenha mais paciência com a sua sexualidade insatisfatória; 4 – querendo usar o(a) pretendente como uma bengala, como um apoio, para uma fase difícil da vida. O ideal é que, nas quatro situações acima apontadas, a pessoa primeiro procurasse ajuda psicoterápica, para depois, num segundo momento, realizar uma escolha mais adequada de parceiro(a).

Fischer (1995) ainda diz ser curioso que os ocidentais insistam no conceito de que os homens são os sedutores e as mulheres são tímidas e submissas receptoras do assédio masculino. Esta noção falsa é sem dúvida um resquício de nosso longo passado agrícola, em que as mulheres eram titeres em complicados contratos matrimoniais, envolvendo propriedades, e seu valor dependia de sua “pureza”. Por isso, as moças eram devidamente vigiadas e seus impulsos sexuais desconsiderados. Mas, hoje, as mulheres ocidentais conquistaram sua liberdade sexual. Liberadas do mundo dos casamentos arranjados e da subserviência sexual, elas com frequência tomam a iniciativa por mais sutil que seja.

O corpo feminino progrediu mais anatomicamente que o masculino, segundo os estudos de Morris (2005), visando ser mais atraente ao sexo oposto. Ele ainda ressalta que, além do poder de sedução, as características sexuais e reprodutivas do corpo da mulher o tornaram altamente evoluído e refinado (MORRIS, 2005, p. 14).

Colombino (2005) diz que sedução implica em conquista com arte e manha, o sedutor finge qualidades e exagera capacidades, persuadindo com elogios e prováveis enganos para obter favores sexuais da mulher. Classicamente todo sedutor é um “amoral”, contudo há mudanças e hoje ser uma pessoa de caráter sedutor é uma lisonja. Atualmente, a sedução é mais aplicada à mulher, como sinônimo feminino do galanteio masculino.

Os homens em muitos países ocidentais são impulsionados a demonstrar mais explicitamente o seu interesse sexual, o que os faz terem um papel mais ativo, mais visível nas conquistas. Já as mulheres são educadas para disfarçar a sua atração sexual, mas ao mesmo tempo são estimuladas a valorizar a beleza física, a usar gloss, batom, salto alto, a ter um andar cambaleante, a vestir roupa justa que salienta suas curvas, ou seja, a se comportar de um jeito feminino, o que é atraente aos homens, que são mais visuais em relação ao corpo que elas, e ao mesmo tempo lhes dar a ilusão de que são eles que desencadearam o processo da aproximação afetiva e/ou sexual.

Independe se o primeiro contato foi pessoalmente ou via internet e de qual sexo lançou inicialmente a flecha mais explícita de interesse, uma vez que são inúmeras as mensagens enviadas e diferentes são as leituras que podem ser feitas pelo receptor. Em relação a manutenção do desejo sexual é importante salientar que os dois sexos têm papéis fundamentais e interligados que se retroalimentam.

A mulher e o desejo sexual

Em um contexto de sexualidade saudável

[...] Pois quando eu te vejo
eu desejo o teu desejo[...]

(Caetano Veloso. **Menino do Rio**. Polygram, 1979)

O ser humano deseja sentir desejo e ser desejado, como diz o Caetano Veloso. Assim, mulheres saudáveis se permitem ter desejo sexual, uma vez que a visão do mesmo é maravilhosa. Na resposta sexual, se o desejo sexual está presente há facilitação da fase da excitação e do orgasmo.

Essas mulheres são mais livres para usar o padrão feminino do flerte de Eibl-Eibesfeldt, (1989), ou iniciar o processo de escolha e prosseguir com sucesso nos seus cinco estágios como relatado por Givens (1983) e Perper (1985): 1 – Chamar a atenção; 2 – Reconhecimento (olhares se cruzam); 3 – A conversa; 4 – O contato físico; 5 – A sincronia corporal.

Quando expostas a um ou mais dos estimulantes sexuais descritos acima por Kaplan (1995) e/ou Levine (2003) anteriormente citados, elas têm o seu apetite sexual desencadeado, uma vez que percebem o (s) estímulo(s) como afrodisíaco.

Não podemos deixar de lembrar que a mulher conta com o processo evolucionário anatômico do seu corpo a seu favor, no processo da atração sexual (MORRIS, 2005). Sabedora disso, a mulher que tem boa auto-estima vai cuidar do seu primeiro patrimônio, o seu corpo, seja investindo na sua saúde, seja valorizando os seus mais belos atributos, através das roupas, dos acessórios e dos cosméticos. A mulher ainda pode mudar o seu corpo com o objetivo de elevar a sua auto-estima e/ou torná-lo mais atraente. O Brasil foi, no ano 2000, o campeão mundial de cirurgia plástica por razões estéticas. O estímulo cultural que há em nosso país ao culto da beleza, da juventude e da sensualidade deve estar contribuindo para esse fenômeno. Sabemos que em todas as pessoas saudáveis é possível acionar o desejo sexual, independente do seu tipo físico.

A mulher ainda pode permitir-se experimentar o desejo sexual responsivo que acontece simultaneamente ou é posterior à excitação sexual, segundo o resumo da tradução do Modelo Circular publicada por Brendler (2005). Então, a mulher saudável pode aceitar o jogo erótico iniciado pelo parceiro, se envolver e ter o seu desejo sexual despertado.

Pessoas maduras e diferenciadas questionam os valores antigos passados pelo pais sobre familiaridade ser sinônimo de intimidade, pois a primeira não requer investimento no relacionamento e no outro. Para que exista desejo sexual num relacionamento, deve existir no mínimo três entidades distintas, dois indivíduos diferenciados e o casal. A dinâmica do casal é outro ponto que pode fortalecer o apetite sexual, se houver uma conexão mais profunda com o todo do outro e do seu mundo, o que se retroalimenta.

Em um relacionamento, a quarta entidade é a família que de imaginária se tornará mais real, após a maternidade. Para manter ativo o desejo sexual, os indivíduos e o casal devem continuar existindo, com seu planos e sonhos, além dos existentes para a família. Mulher saudável e com boa auto-estima consegue estimular o homem a assumir a divisão das tarefas familiares e o cuidado com o (s) filho(s). O que lhe permitirá mais tempo e energia para cuidar de si, para investir na sua profissão e para pensar em novos encontros eróticos.

Como hoje a mulher exerce múltiplos papéis, como o de filha, de mãe, de profissional, de dona-de-casa e o papel de mulher sexuada, este último precisa ser equilibrado com os demais papéis, para que haja desejo sexual em relações duradouras. Brendler (2007) cita que o ócio é mais amigo da sexualidade do que a aceleração. Pessoas saudáveis sexualmente, quando há tempo disponível, se permitem pensar em coisas e/ou atividades positivas e prazerosas, entre as quais estão o romance e a sexualidade, o que pode engatilhar o desejo sexual. Sugere ainda a criação de várias pequenas “ilhas de ócio” semanais dentro da agenda do casal, distante de tudo e de todos, para manter o namoro vivo na relação.

Em um contexto de sexualidade disfuncional

A definição da Desordem do Desejo Sexual Hipotativo (HSDD) feminino atualmente aceito é “[...] a persistente ou recorrente deficiência (ou ausência) de fantasias sexuais, pensamentos, desejo para atividade sexual (sozinho ou com o parceiro) e incapacidade para responder aos sinais sexuais que poderiam ser esperados desencadear o responsivo desejo sexual. Esses sintomas necessitam ser causa de angústia pessoal” (BASSON, 2000, p.55). Esse seria o HSDD generalizado, tipo I, mas há três subtipos de HSDD. No tipo II: há pensamentos e fantasias sexuais, há responsivo desejo sexual (aos sinais sexuais verbais, aos visuais ou aos escritos), mas a motivação para ser sexualmente ativa está ausente (exemplo: há insuficiente intimidade emocional, histórico de experiência sexual negativa, insuficiente situação de segurança,

associação com disfunção da excitação sexual, parceiro com disfunção sexual). No tipo III, há um mínimo de pensamentos e de fantasias sexuais, há responsivo desejo sexual aos sinais sexuais visuais, aos verbais ou aos escritos, mas a motivação para ser sexualmente ativa está ausente. No tipo IV, há pensamentos e fantasias sexuais, mas há inabilidade para responder a qualquer sinal sexual (do parceiro ou de qualquer lugar) e não há motivação para ser sexualmente ativa (BASSON, 2001).

Na minha clínica sexológica o HSDD é o mais freqüente motivo de tratamento, em mulheres. No Brasil, numa pesquisa com 1.219 mulheres, a falta de desejo sexual foi relatada por 26.7% delas (ABDO, 2004).

A mulher que sofre de Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) pode desenvolvê-lo por inúmeros motivos que excluem o seu par e o seu relacionamento conjugal, podendo ser secundária a outra disfunção sexual primária ou, segundo Brendler (2002), pela ausência da identificação primária dela com o papel da mulher sexuada. Nessas situações é possível trabalhar somente com a mulher em terapia sexual da linha Cognitiva Comportamental. O terapeuta sexual, se perceber que o parceiro está com a sua auto-estima abalada, pelos inúmeros “não” que obteve nas suas iniciativas sexuais, pode recomendar o tratamento do casal.

Se o HSDD da mulher for secundário a uma disfunção sexual do parceiro, a conflitos conjugais ou à existência de supressores sexuais, citados por Kaplan (1995), existentes no relacionamento, é necessário que a terapia sexual seja feita pelo casal. Os supressores agem nos dois sexos, contudo pensando que, longe da paixão, alguns supressores são mais sensíveis em provocar HSDD nas mulheres, temos que citar, entre eles, a perda da atratividade pelo corpo do outro que mudou além do esperado para a idade, a ausência do namoro dentro da relação, a falta de criatividade, a excessiva familiaridade, a inexistência do ritual da sedução. A exemplo disso, podemos mencionar que talvez os dois tenham sido educados de modo tradicional, que valoriza muito o papel do homem ser um bom provedor. Este motivo associado a outras qualidades fez que ela o escolhesse, o que os levou a formar um par. Assim, se os dois estão interessados que ela reative o seu apetite sexual, além do entendimento da história de cada um e dos motivos que os levaram a se escolher, lidar com cada um dos supressores sexuais será importante.

Se após a vinda do(s) filho(s), a mulher não refletir e assumir a mulher-mãe e todos os seus encargos na família e na comunidade e ele se identificar com o filho da mãe, teremos um casamento monogâmico no qual o apetite sexual

dele e/ou a sua sexualidade poderá ser exercida fora de casa. Para essa mulher, a exaustão física e emocional, resultante do cuidar sozinha da casa e dos filhos aliado ao exercício profissional remunerado, pode ser incompatível com a presença do desejo sexual.

Se houver anulação de um dos indivíduos ou do casal em função do investimento se concentrar unicamente na família, o que é comum após a maternidade, o desejo sexual poderá diminuir (BRENDLER, 2003), para a maioria das mulheres.

Brendler (2005) salienta que na fase da integração da intimidade sexual descrita por Lobitz & Lobitz (1986) também pode haver dificuldades sexuais, contudo elas serão mais fáceis de serem elaboradas em terapia sexual, uma vez que a intimidade está mais bem resolvida.

Brendler (2003) em uma pesquisa entre 316 pessoas consecutivas que procuraram terapia sexual, relatou que em 75 casos os dois do casal tinham disfunções sexuais, o que representou 23,73% da amostra. Noutro estudo com 32 casais disfuncionais nos quais a mulher tinha HSDD, essa autora diagnosticou em 46,87% dos parceiros ejaculação prematura, em 40,62% disfunção da ereção, em 9,37% tinham HSDD e 3,12% ejaculação retardada. A faixa etária média desses homens foi de 40 anos e 1 mês (variando de 25 a 61 anos) e dessas mulheres 38 anos e 7 meses (variando de 22 a 65anos), enquanto a média de duração do relacionamento foi 13 anos e 6 meses, variando de 7 meses a 40 anos. 51% das mulheres e 55% dos homens tinham completado o 3º grau, contudo isso não os ajudou a procurar ajuda rapidamente, pois quando a terapia sexual iniciou as disfunções já existiam, em média, há 7 anos e 5 meses. Em 11 casais a disfunção sexual dos dois tinha como base causas prévias ao relacionamento, sendo que em 6 desses o problema surgiu desde o início da atividade sexual. Em 12 casais a disfunção sexual apareceu durante o relacionamento, sendo que em 8 desses, a disfunção surgiu, para os dois, após a metade do tempo em que conviviam. Em 4 casais a disfunção tornou-se evidente em épocas diferentes para o homem e a mulher e em 5 prontuários o tempo de início das disfunções não estava anotado.

Para a HSDD feminino é possível usar várias técnicas, no entanto, no tratamento inicial, de uma mulher com HSDD, não podemos principalmente usar o tato, o jogo sexual e o coito, pois ela poderia sentir-se pressionada a responder sexualmente ou até violentada, por isso menciono a técnica de Brendler (2005), chamada *Cardápio Sexual*. Essa técnica pode ser usada para qualquer tipo de HSDD, com parceiro saudável ou disfuncional e até para o tratamento da Aversão sexual, num segundo momento.

O *Cardápio Sexual* é baseado no “pensar em sexualidade e sexo” através da criação de um “Repertório de cenas eróticas” que é confeccionado principalmente a partir de filmes e de livros com algum conteúdo sensual, erótico ou de romance que serão parte integrante dos “temas-de-casa” da psicoterapia da linha Cognitiva Comportamental. Filmes com duas a três cenas de sexo são o material inicial preferido pelas mulheres que utilizam o *Cardápio Sexual*. Ao pensar nas cenas do *Cardápio Sexual*, várias vezes ao dia, durante o tratamento, será criado o hábito de pensar positivamente em sexualidade, o que facilitará a receptividade ao parceiro e o retorno do desejo sexual.

Se os dois são disfuncionais e o parceiro não pode ser o desencadeador do desejo sexual, quando ele está com a sua auto-estima abalada e nas situações em que ele está com alguma disfunção sexual, mas o seu tratamento já avançou e ele já tem um resgate parcial dos problemas citados acima, podemos usar o *Cardápio Sexual* para acionar o desejo sexual dela e, posteriormente, através dessa “nova” mulher, despertar o apetite sexual dele. Se a técnica do “coito proibido” ainda for recomendado, o *Cardápio Sexual* pode ser usado também antes do encontro a dois, a fim de passar a mente dela da neutralidade sexual para um “estado erótico”, o que tem respaldo na literatura, pois Kaplan (1995) já sugeria o uso da fantasia sexual para levar os pacientes a um “humor erótico” anterior à abordagem do(a) parceiro(a). Assim, o clima sensual e erótico criado pela mulher, em situação que não incluiu o coito, irá adicionar memória positiva sexual, a esse casal, o que ajudará num resgate maior da sexualidade funcional. À medida que for reativado o desejo sexual dela, com o objetivo de desencadear o apetite sexual dele, ela conseguirá ser mais sensual no seu jeito de ser, de andar, de falar e de se vestir, pelo menos na intimidade. Será mais natural para ela sugerir “novidades” dentro do jogo erótico, além de jantares românticos e pequenas viagens, dando vida ao relacionamento anteriormente desgastado pela disfunção sexual dos dois.

Na psicoterapia da linha Cognitiva Comportamental para tratar o desejo sexual hipotativo, além do *Cardápio Sexual* Brendler (2003) ressalta ser importante o terapeuta sexual trabalhar com o casal ou a pessoa os itens: 1 – O investimento em si mesmo: 1A – estar em constante estado de crescimento, ser admirável; 1B – Não descuidar da aparência física. 2 – Investir no relacionamento: 2A – Tentar ouvir o outro como também iniciar e manter o diálogo; 2B – Criar tempo disponível para o relacionamento; 2C – Mudar o lugar do encontro erótico; 2D – Delimitar a privacidade do casal; 3. Investir no outro: 3A – Estar atento para as necessidades, os desejos e os interesses do outro; 3B – Estimular e validar o comportamento do outro. Aponto ainda um outro item, o 4º – Investir na negociação da divisão do trabalho em casa: estimular o homem a dividir as tarefas domésticas e o cuidado com o(s) filho(s).

Referências bibliográficas

- ABDO, C.H.N; OLIVEIRA, WM; MOREIRA, ED; FITTITPALDI, JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v.16 (2) p. 160-166, 2004. USA: Nature Publishing Group, 2004.
- BASSON, R. Are the complexities of Women’s sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27 (2) : 105-112, 2001. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 2001.
- _____. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 26: p.51-65, 2000. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 2000.
- BRENDLER, J. A ausência de identificação feminina com a ‘mulher sexuada’ aparece em relacionamentos de longa duração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.13, n.1 p.15 – 19, 2002. SBRASH. São Paulo: Iglu, 2002.
- _____. Incidence and profile of couples in which both partners have a sexual dysfunction. In: World Congress of Sexology, 16th. Havana, 2003. **Abstract Book**. Havana, World Association for Sexology, 2003 p. 81.
- _____. Women with hypoactive sexual desire (HSDD) and their male dysfunctional partners. In: World Congress of Sexology, 16th. Havana, 2003. **Abstract Book**. Havana, World Association for Sexology, 2003 p. 81.
- _____. A maternidade, o significado de ser mulher e o desejo sexual Hipoativo. In: 6^a Jornada Gaúcha de sexualidade Humana – “Os Sentimentos”. Porto Alegre: 2003. **Anais**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2003, p.11.
- _____. A nova resposta sexual feminina baseada no “modelo circular” e a clínica sexológica”. In: Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, 10. Porto Alegre, 2005. **Anais**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005 p. 55 –56.
- _____. O atendimento psicoterápico: o casal e a queixa sexual. In: X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana. Porto Alegre, 2005. **Anais**. Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005 p. 46.
- _____. Cardápio Sexual: um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD). **Revista**

- Brasileira de Sexualidade Humana** v. 16 n. 1 p. 89-104, 2005. SBRASH. São Paulo: Iglu, 2005.
- _____. The Fast Era, love relationships, and sexuality. In: 1ST World Congress for Sexual Health and 18th Congress of World Association for Sexual Health. Sydney, 2007. **Abstract Book**. Sydney: World Association for Sexual Health, 2007, p.181.
- COLOMBINO, A.F. La Danza del cortejo e sus multiples variables. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 16, n.2, p.183-93, 2005. SBRASH. São Paulo: Iglu, 2005.
- EIBL-EIBESFELDT, I. **Human Ethology**. New York: Aldine Gruyter, 1989.
- FISHER, H. **Anatomia do Amor**. A história natural da monogamia, do adultério e do divórcio. São Paulo: Editora Eureka, 1995.
- GIVENS, D. B. **Love signals: How to attract a mate**. New York: crown, 1983.
- KAPLAN, H.S. **The Sexual Desire Disorders**. Disfunctional Regulation of Sexual Motivation. New York: Brunner/Mazel, Publishers, 1995.
- LEVINE, S.B. The Nature of sexual desire: A clinician's perspective. **Archives of Sexual Behavior**, v. 32, n .3, p.279-285, 2003. Kluwer Academic/ Plenum Publishers, Dordrecht, The Netherlands, 2003.
- LOBITZ, C.W, LOBITZ, K.G. Resolving the sexual intimacy paradox: a developmental model for the treatment of sexual desire disorders. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.22 n.2, p.71-84. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1996.
- MONEY, J. **Lovemaps: Clinical concepts of sexual / erotic health and pathology**. Paraphilia and gender transposition in childhood, adolescence and maturity. New York: Irvington Publishers, 1986.
- MORRIS, D. **Comportamento íntimo**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1983.
- _____. **A mulher nua**. Estudo do Corpo feminino. São Paulo: Editora Globo, 2005.
- PEASE, A.; PEASE, B. **Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor?** Uma visão científica (e bem-humorada) de nossas diferenças. Rio de Janeiro: sextante, 2000.
- PERPER, T. **Sex signals: the biology of love**. Philadelphia: ISI Press, 1985.
- PINHEIRO, D. Tecla comigo, vai... **Revista Veja**. São Paulo, 20 de nov. 2002. p. 83.
- ROCHA, P. As promessas da noite. **Zero Hora**. Porto Alegre, dia 5 nov. 2006. Caderno Donna, p.6.
- ROSEN, R.C.; RILEY, A.; WAGNER, G.; OSTERLOH, I.H.; KIRKPATRICK, J.; MISHRA, A. The International Index of Erectile

Dysfunction (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, 49, p.822-830, 1997. Société Internationale d'Urologie. USA: Elsevier, 1997.

WHYTE, M.K. **The Status of Women in Preindustrial Societies**. USA: Princeton Univ. Press, 1978.

ZERO HORA. Brasil é líder em navegação. O País tem 17,9 milhões de internautas residências ativos”. **Zero Hora**. Porto Alegre, 7 julho de 2007, p.17.

TEMA:
ORGASMO. PRAZER E NECESSIDADES
FEMININAS

A ARTE ERÓTICA, A FANTASIA E O DESEJO SEXUAL

*Amparo Caridade*¹

THE EROTIC ART, FANTASY AND SEXUAL DESIRE

Resumo: O sujeito amoroso vive a sexualidade no real de seu corpo e para além dele. Na busca amorosa sexual que faz, ele depara-se com dimensões outras que integram sua experiência humana e sexual: as normas da cultura, o simbólico da linguagem, a sedução, a fantasia, o olhar do outro. Na vivência do prazer, a arte erótica, a fantasia, a sedução o desejo têm lugar central. Nesse movimento de encontrar e partilhar a sexualidade com alguém reafirma-se o quanto se necessita das referências simbólicas que possibilitam transportar nossa experiência para além do real do corpo que somos. A cultura normatiza as vivências sexuais mas também cria condições mais encantadas e fantasiosas aos apelos do desejo humano.

Palavras-chave: Sexualidade; arte erótica; fantasia; sedução; desejo.

Abstract: The lover person lives the sexuality within the reality of his/her own body and also beyond this boundary. Seeking the sexual love, he/she faces other dimensions that are added to his/her sexual and human experience: the cultural rules, the symbolism of the language, the seduction, the fantasy, the other's look. In living the pleasure, the erotic art, the fantasy, the seduction, the desire, play the central role. In the movement of finding and sharing the sexuality with someone, the necessity for symbolic references that expand our experience to outside the boundaries of our limited body is enhanced. The culture establishes norms to the sexual experiences, but also creates more fantasy and fairy conditions to the human desire appeal.

Keywords: Sexuality; erotic art; fantasy; seduction; desire.

¹ Psicóloga. Mestre em Antropologia. Professora Adjunta Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Vice-presidente da SBRASH Biênio 2005-2007. e-mail: amparo_caridade@uol.com.br

Da arte erótica

A vida em nós procede da suposta amorosidade entre dois seres humanos, o que é um belo começo. Somos síntese, fruto da partilha amorosa de seres que se atraem, se juntam e se desdobram noutro ser. Mitologicamente falando, seríamos filhos de Eros, o deus grego do amor, da afrodisia, que, nos tempos primitivos, era considerada um dos grandes princípios do universo. Eros representava a força poderosa que faria todos os seres se atraírem uns pelos outros e por ele nasceriam e se perpetuariam as raças.

Segundo a Mitologia, Vênus, mãe de Eros, preocupava-se, porque ele não crescia. Como permanecia menino, ela perguntou a Têmis a razão disso. O menino – respondeu Têmis – só cresceria quando tivesse uma companhia que o amasse. Vênus, então, deu ao filho por amigo Anteros e observou que, quando eles ficavam juntos, Eros crescia, mas voltava a ser menino depois que Anteros o deixava. O mito faz essa narrativa e conclui: “É uma alegoria cujo sentido é que o afeto necessita de ser correspondido para desenvolver-se” (MÉNARD, 1991, p. 10).

Um dos sentidos do termo erótico provém de Eros, esse deus grego do amor, que só cresce quando o afeto é correspondido. O erótico não se confunde com o amoroso, embora ambos tenham por tema comum o amor. Mas, qual o sentido da erótica? O que ela acresce ao sexual? Possibilita, de certo, deter a velocidade do tempo para que não se apaguem os laços, os traços do já vivido, pois o instante de prazer é muito fugaz.

Visto nessa ótica de deter a velocidade do prazer final, a fim de não consumi-lo rapidamente – pelo contrário, degustá-lo – o termo erótico nos remete a uma nova forma de compreensão. O termo aloja-se na cultura, como algo da ordem do revelado, do mostrado, do exposto, do realizável imediatamente. Mas o mito de Eros destaca a idéia de que o amor cresce em companhia, em troca, ou cumplicidade. Razão por que, o erótico é algo que acontece entre duas pessoas, quer em breve passagem, em relação demorada, mas em troca cúmplice e velada. No “entre” duas pessoas é que o erótico se manifesta – vertente, de certo modo, silenciosa, discreta, inquieta e atuante. Por que falamos de arte e erótica? Porque o sexo simplesmente não nos basta, e não nos basta porque somos o real do corpo mas também o mais além dele, ou seja, linguagem e cultura. A sexualidade está nesse entrelace: do real do corpo, do simbólico da linguagem e do imaginário da cultura.

A erótica é uma dimensão da experiência sexual que supõe estética e ela se manifesta pela palavra, olhar, arte, mistério, gesto, risco, beleza, esperteza.

Estudando a imaginação erótica, Stoller (1998, p. 60) se diz esteta e descreve assim a construção da excitação erótica: “[...] é toda ela tão sutil, complexa, inspirada, profunda, fluida, fascinante, aterradora, problemática, imersa no inconsciente e assombrada pelo gênio quanto a criação de sonhos ou arte”. A excitação daí procedente é vista como uma tensão dinâmica, que ainda não é prazer, satisfação, um final, uma resolução, “mas sim antecipação, uma provocação, uma miríade de possibilidades” (idem, p. 66).

Estética e erotismo constituem criações “cujo propósito é embaçar ou evitar a realidade simulando algum aspecto da realidade, inclusive a realidade psíquica, tal como as emoções” (STOLLER 1998, p. 67) A excitação é um tatear, é incerteza, é percurso. Por isso, simulação torna-se aqui palavra crucial, porque “Realidade demais é exatamente demais” (idem, p. 67). Quando podemos controlar essa dosagem, fazer o roteiro, dirigir a representação, o campo da excitação fica preparado. Para a maioria de nós, a realidade sem adornos seria muito agressiva. “Somente uma aproximação com rodeios é possível [...] os devaneios funcionam no sentido de alterar a realidade” (idem, p. 73). Tais rodeios podem ser fonte de arte, porque a estética aí funciona também como um jogo. Existem poucas verdades eternas na arte ou no erotismo, pois tudo depende da interpretação – de certo modo, é uma questão de opinião. Mas, tal qual um enredo de peça teatral, cada detalhe conta.

Georges Bataille (1987) fala do erotismo como atividade diferencialmente humana – um fato de cultura, portanto – que não se preocupa apenas com o prazer em si e também não faz parte da experiência animal. O autor chama a atenção para o fato de que curiosamente se estimula bastante o prazer não na liberdade de persegui-lo, mas no interdito de fazê-lo. Ele lembra que o interdito sempre andou de mãos dadas com a transgressão – é o conhecido gosto do proibido. É esse interdito que cria o desejo e constitui também a essência do erotismo.

Segundo o mesmo autor, o erotismo está presente tanto nos corpos quanto nos corações e até no sagrado.

[...] O erotismo dos corpos tem algo de pesado, de sinistro... O erotismo dos corações é mais livre, Ele se separa na aparência, da materialidade do erotismo dos corpos, mas dele procede, não passando, com frequência, de um seu aspecto estabilizado pela afeição recíproca dos amantes” (BATAILLE, 1987, p.18)

Como se define o erotismo pelo secreto, ele não pode ser público e talvez gere certa solidão. “A experiência erótica se situa fora da vida ordinária” (idem p. 234), e produz em nós emoção muito intensa. “Talvez seja vizinha da santidade” (idem, p. 235), explica ele. Um exemplo por ele citado são os

arroubos místicos descritos por Santa Tereza D'Ávila os quais são de grande riqueza erótica, mas neles predominam as metáforas:

[...] Eu vi então que ele tinha uma longa lança de ouro, cuja ponta parecia de fogo e senti como se ele a enterrasse várias vezes em meu coração, transpassando-a até minhas entranhas. Quando a retirava, parecia também arrancá-las e me deixava esbraseada do grande amor de Deus. A dor era tão grande que me fazia gemer e, no entanto a doçura dessa dor excessiva era tal que eu não podia querer livrar-me dela. (BATAILLE, 1987, p. 210).

Essa descrição exprime uma experiência em tudo semelhante a uma relação sexual muito prazerosa. As imagens da “longa lança de ouro” da “ponta que parecia fogo”, “como se ela entrasse várias vezes em mim” “transpassando até minhas entranhas” são metáforas de todo o gestual de uma intensa relação sexual. Quem pode negar o ardor desse prazer? Contudo há pensadores que concebem esses tipos de experiências místicas como sexualidade transferida, logo, conduta neurótica. De fato, a incapacidade de experienciar isso no real do corpo e no ser que se é, talvez indique uma inadequação que convém levar em conta em termos da busca de ser feliz sexualmente.

O corpo sexual é atravessado pelo simbólico da linguagem, o que nos possibilita subverter a ordem estabelecida pelo biológico, adiar a satisfação, deter o tempo, ruminar, saborear, dar sentido ao vivido. A linguagem entranhada no corpo, instaura um debate silencioso de desejos disfarçadamente encantados. “Nessa intenção sempre adiada, brota o desejo” acredita Chalhub (1993, p. 17). A imaginação produz esse efeito. Uma fluência verbal produz-se no silêncio e nele pode acontecer a fisgada do desejo. Também segundo Octávio Paz (1994, p. 12), a imaginação move o ato erótico e o poético: [...]“a poesia erotiza a linguagem e o mundo porque ela própria, em seu modo de operação, já é erotismo”.

No ser humano, nada determina que a sexualidade seja apenas ação do corpo. No entrelace do corpo, com a linguagem e a cultura, descobre-se a dimensão lúdica, a vontade de prazer; aí já não precisamos transar apenas para procriar, mas também para viver o prazer, encontrar alguém, amar, brincar a vida. O erótico se situa na vertente do incerto, do silencioso, do brincante e até do misterioso. O outro é imprevisível, difícil de apreender, de segurar, de conter, mas atrai exatamente onde nos escapa.

A alma é erótica, no entender de Adélia Prado (1991, p. 201), mas ela queixa-se quando isso lhe escapa: “De vez em quando Deus me tira a poesia. Olho pedra, vejo pedra mesmo...”. Pelo exposto, o corpo do desejo não é tão óbvio assim: é lugar de deciframentos, porque o erótico tem alma, tem mistério.

“O homem é o único ser vivo que não dispõe de uma regulação fisiológica e automática de sua sexualidade”, confirma Octávio Paz (1994, p. 16). Qualquer aderência ao real do corpo como única forma de viver a sexualidade nos faria perdidos de nossas potencialidades eróticas.

Buscamos fora um objeto para o desejo, mas esse objeto nos atrai na medida em que responde à interioridade do desejo. Quando escolhemos o objeto, entra em jogo com frequência, um aspecto indizível, não uma qualidade objetiva daquela pessoa, que talvez não tivesse, se ela não nos tocasse o ser interior, nada que nos forçasse a escolhê-la especialmente. “A escolha humana difere da do animal: ela apela para essa mobilidade interior, infinitamente complexa, que é típica do homem” diz Bataille (1987, p. 27). Nesse contexto, o erotismo nos causa certo transtorno, porque coloca nosso ser em questão. O animal também vive desequilíbrio diante do sexo, mas ele não sabe disso, porque não se põe em questão. Nele nada acontece que se assemelhe a uma interrogação. Bataille estabelece a diferença:

[...] se o erotismo é a atividade sexual dos homens, o é na medida em que ela difere da dos animais. A atividade sexual dos homens não é necessariamente erótica. Ela o é sempre que não for rudimentar, que não for simplesmente animal. (BATAILLE, 1987, P. 28)

Embora o erotismo comece onde termina o animal, não há dúvida de que a animalidade continua sendo seu fundamento. A sexualidade física está, de certo modo, para o erotismo assim como o cérebro está para o pensamento: a fisiologia permanece o fundamento objetivo do pensamento. Nessa metáfora, o erotismo é um desequilíbrio em que o próprio ser se põe, conscientemente, em questão. Ao questionar o sujeito se perde: perda voluntária, flagrante, desconcertante, ninguém pode duvidar do que lhe aconteceu. O erotismo tornou-o perdidamente tocado, escancaradamente atingido, visivelmente fulminado, impactado, fora da normalidade de seu viver.

Só os homens fizeram de sua atividade sexual uma atividade erótica. O erotismo leva o ser humano, ao mesmo tempo, a ser social e humano, humano e animal, além de si mesmo. O erótico reduzido à visão em que prevalece a explicitação constitui a base da liberação. Mas é a liberação quem abre caminho para a percepção do sentido do erotismo. Por vezes, confunde-se o erótico com o pornográfico, porém a diferença está em que, enquanto o erótico se expande na criatividade, o pornográfico se esvazia em si mesmo, na mostra repetitiva. O fato erótico é sutil, complexo, de certo modo misterioso; induz a caminhos desconhecidos, novos, fascinantes e assustadores. Essa dimensão está no homem, na interação de sua humanidade com sua animalidade.

Do erotismo, Bataille avança pela Filosofia e diz:

[...] somos essa abertura a todo possível, essa espera que nenhuma satisfação material acalmará e que o jogo da linguagem não saberia iludir! Estamos à procura de um ponto culminante ... a humanidade toda aspira a esse ponto, que só ela o define, que só ela justifica e lhe dá sentido. (BATAILLE, 1987, p. 253)

Por fim – convém lembrar – não falamos de experiência interior e do erotismo enquanto cientistas. Fazemos isso do lugar de seres pensantes, encantados e desejantes que somos. Portanto esta escrita não é científica, nem pretende sê-lo. Ela requer comunhão do leitor, para a ressonância destas idéias.

A fantasia e a sedução

Fantasia é “Obra da imaginação”, diz o Aurélio. Fantasiar seria criar, imaginar, idealizar. Uma relação já se percebe aqui entre fantasiar e idealizar. Como a fantasia é sempre maior que a realidade, idealizamos, quase sempre, para além de nossas possibilidades. Fantasiamos sobre aquilo que gostamos, que idealizamos e que nos falta. Fantasiamos sobre aquilo que gostaríamos de que o outro adivinhasse para nós. Fantasiamos o que vai mais fundo em nós, talvez o mais guardado, o mais proibido, o mais desejável, o não dito, o inacessível. A fantasia – dizem – quebra a rotina, ou seja, tira-nos do lugar comum, quem sabe? – conduz-nos a outras dimensões da vivência habitual. É como se o princípio do prazer fizesse um pacto com o princípio da realidade e dissesse: “Com licença, eu vou sonhar”. Aí se reconhecem não só os limites da realidade mas também a concessão desta ao universo do desejo. A fantasia vem dizer que desejar não é proibido; pelo contrário, trata-se de lei universal. Contudo, fantasiar pode induzir a vôos para além do concebível à primeira vista. Há fantasias simples, sutis e outras muito profundas. Com relação à da mulher, Juan Nasio (1997, p. 189) comenta: “Na fantasia da mulher, o objeto mais precioso, o falo, é o amor que vem do amado, e não o próprio amado. Assim, a angústia especificamente feminina é o medo de perder o amor e ver-se abandonada”.

Um princípio de incerteza perpassa, assim, a sexualidade, a sedução, a fantasia, o erótico. Fantasia e sedução não são da ordem da natureza, mas do artifício, do signo e do ritual. As ações muito concretas no terreno do sexual se distanciam da fantasia e da sedução, porque certo afastamento se faz necessário nesses jogos. No jogo da sedução, a atração se exerce, curiosamente, por certo afastamento – não se seduz o que já está à mão. A propósito, o termo “sedução” provém de *se-ducere*, que significa “afastar”, “desviar de seu caminho” –

desvio do real do corpo – para dimensão mais próxima da fantasia. Há uma soberania da sedução, que é paixão, jogo, estratégia de deslocamento.

A sedução pertence à ordem do artifício, do signo, do ritual, e os discursos ou mostras excessivas constituem aí um desperdício. Começamos a seduzir quando o outro se põe como nosso objeto de desejo, mas por vias indiretas, que lhe escapam. É nessa escapada que o jogo seduz. “O que é despertado pela sedução, pelo palco onde ela é encenada, é a fantasia”, diz Sibony (1991, p. 30). Segundo ele, a trajetória, toda perpassada pela incerteza, envolve “[...] um jogo entre dois inconscientes, quando dois discursos, enrolados um no outro e presos na espiral que os ultrapassa, encontram-se no lugar comum de sua inconsciência” (idem p. 27).

Na sedução, não há anatomia, e sim ritual; seu papel é encantar a experiência natural vivida no real do corpo. Seduzir chega ao limite do ritual, onde os atores parecem não ter nada a ver com aquilo. Aí, desliza-se naturalmente da sedução para a fantasia.

Baudrillard também fala da sedução como uma espécie de inteligência, como uma fulgurante evidência

[...] não tem de se demonstrar, não tem em que se fundar – está imediatamente ali, no avesso de qualquer pretensa profundidade do real, de qualquer psicologia, de qualquer anatomia, de qualquer verdade, de qualquer poder. Ela sabe – é seu segredo – que não há anatomia, que não há psicologia, que todos os signos são reversíveis. (BAUDRILLARD, 1992, p. 15)

Ela não se prende a nenhum território do saber convencional e difere do sexo, que é uma função: “A sedução é da ordem do ritual, o sexo e o desejo são da ordem do natural” (Baudrillard, 1992, p. 27). Nesse ritual, amar desafia o outro a amar de volta. Tudo funciona secretamente no ato sedutor: “[...] eu sei o segredo do outro, mas não digo, e ele sabe que eu sei, mas não levanta o véu; a intensidade entre os dois nada mais é que o segredo do segredo” (idem 1992, p. 90). A sedução ganha a forma de um enigma a resolver

[...] a moça é um enigma e, para seduzi-la, é preciso tornar-se um outro enigma para ela; é um duelo enigmático, e a sedução é sua resolução sem que o segredo seja revelado. Descoberto o segredo, sua revelação seria a sexualidade.

Contudo, é possível a morte da sedução sob a obrigação de circulação do sexo, do valor mercantil dos corpos. “Em qualquer lugar onde o sexo se erige em função, em instância autônoma, liquida-se a sedução” (BAUDRILLARD, 1992, p. 49). Aí ganha força a economia do sexo – lugar, talvez, de seu desencantamento. Na contraface das intensidades, Baudrillard (1992, p. 47) denuncia:

[...] Somos a cultura da ejaculação precoce. Cada vez mais, qualquer sedução, qualquer forma de sedução, que é um processo altamente ritualizado, apaga-se por trás do imperativo sexual naturalizado, por trás da realização imediata e imperativa de um desejo.

Na nossa cultura, o sexual triunfou sobre a sedução e anexou-a como forma subalterna, mas, na ordem simbólica, a sedução está lá primeiro, o sexo ocorre por acréscimo. A sedução tem a força de um enigma a resolver – um duelo enigmático. Sua revelação seria a sexualidade.

Desejo sexual . “O que será que será?”

[...] pois desde que te vejo por um instante, não me é mais possível articular uma palavra: mas minha língua se quebra e um fogo sutil desliza de repente sob a minha pele: meus olhos não têm olhar, meus ouvidos zumbem, o suor escorre pelo meu corpo, um arrepião toma conta de mim; fico mais verde do que o capim, e por pouco me sinto morrer. (SAFO apud BARTHES, 1989, p. 136)

Da Psicanálise à Literatura ou à Poética, tem-se mostrado o desejo como uma espécie de hemorragia inestancável: “Eis o cansaço amoroso: uma fonte que não é saciada, um amor escancarado” Barthes (1989, p. 137). Essa fome insaciável, esse cansaço que não quer descanso, essa busca infundável é o desejo – algo que não se satisfaz completamente e retorna sempre em sucessivas buscas tal qual canta Chico Buarque:

*“Que é feito uma aguardente que não sacia / Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar / Nem todos os unguentos vão aliviar
[...].”*

Esse desejo insaciável é desejo de quê? Tentando responder à questão, Garcia Roza (1991, p. 190) oferece a seguinte compreensão: “O que o desejo humano deseja é possuir o desejo do outro, é ser desejado ou amado pelo outro, é ser reconhecido em seu valor humano”. Nossa agonia reside no fato de que não temos nenhum poder sobre o desejo do outro: ele nos deseja se o quiser; não lhe podemos impor isso por mais que o desejemos. Pode-se, sim, seduzi-lo, convocá-lo a amar de volta. A ânsia que não sossega, a agonia que nos possui é, no fundo, a ânsia de capturar o desejo do outro, a vontade profunda de que o outro nos deseje. Nada nos acalma tanto quanto a percepção, a certeza de sermos desejados pelo outro. Contudo, embora busquemos objetos capazes de atender provisoriamente ao desejo, não queremos que este silencie; queremos, na verdade, permanecer desejando.

Convivemos hoje com a deslocalização do desejo. A sexualidade liberada vem sendo vivida sob a forma de consumo, como se fosse mercadoria. De um lado, o sexo torna-se mercadoria; do outro, o comércio erotiza a mercadoria. A liberação sexual tem servido, de certo modo, a uma forma de adaptação ao grande mercado. Observemos a crítica de Guillebaud (1999, p. 110) “Ela ganha terreno mais facilmente, à medida em que a própria linguagem erótica vai se vendo contaminada por um léxico de origem econômica: performance, concorrência, consumo, avaliação comparativa, predominância de curto prazo”. Tal deslocalização para o mercado de consumo mina as possibilidades desejantes e amorosas. A perspectiva gradualmente se sedimenta em torno da sexualidade e do prazer funcionais e obrigatórios, como se isso garantisse a felicidade do sujeito sexual. A obrigação do prazer, do desempenho certo passou a integrar os requisitos de boa reputação.

Verdadeira cambalhota simbólica realizou-se em três décadas. Deslizamos “[...] da liberação à imposição, da permissividade conquistada à fruição obrigatória, da proibição à corvéia [...]” diz Guillebaud (1999, p.124). O dever do prazer não se torna aí uma nova forma de coerção? A onipresença do sexo na vida social, no discurso público, na mídia, não está também promovendo sua desvalorização? Um temor legítimo que perpassa a escrita de estudiosos é o de se promover com isso um esvaziamento do próprio desejo. Cresce, em nossos consultórios, a queixa da falta de interesse sexual. Que paradoxo: em tempos de tanta exaltação do sexo, tanta queixa de falta de desejo! “Nossas sociedades tão agressivamente erotizadas, estão, na realidade, assaltadas pela ansiedade do não-desejo”, explica Guillebaud (1999, p. 130). A recomendação contemporânea tem sido um alerta para cuidarmos das fantasias como se cuida de um capital imaginário a ser preservado. Hoje não se luta mais contra a repressão do desejo, e sim contra sua falência.

Reflexos sobre a vida sexual

Destituída da erótica, da fantasia e da sedução, a vida sexual levaria as pessoas a “fazer sexo” mais do que “viver a sexualidade”. Isso parece proceder da idéia de que ter muitas relações sexuais é um paradigma de normalidade, independentemente da qualidade de tais relações. Importa saber e fazer os outros saberem que se mantêm muitas relações sexuais – atitude triunfal ante o sexo, como se este fosse um troféu que deve ser exibido. Bauman (2004, p. 13) critica a má qualidade daí proveniente: “Quando se é traído pela qualidade, tende-se a buscar desforra na quantidade”. Nesses casos, a salvação estaria na velocidade com que se buscam, se usam e se descartam as relações,

característica bem clara nos dias atuais. Com frequência, clientes chegam perturbados por manterem pequeno número de relações sexuais. Poucos questionam, porém, a qualidade delas. Então buscam técnicas e remédios que atuem rápido e lhes garantam excitação, disposição, segurança, prazer e um número desejável de relações. Profunda inquietação os sufoca muitas vezes, nessa ânsia de verem-se “normais sexualmente”, mais do que saberem-se “felizes sexualmente”. O erotismo sucumbe a essa imposição do desempenho. Curiosamente o desempenho pode acontecer naturalmente, se o erótico se fizer presente na relação. O “fazer sexual” de forma empobrecida ofusca o “viver sexual” e faz da relação apenas lugar de comprovação de desempenhos. Vigilante de sua *performance*, o indivíduo pouco se entregará às sensações, ao prazer, ao encontro com o outro.

A ânsia de fazer sexo leva a pessoa a distanciar-se da sedução. Sem fantasia, sem sedução, a relação fica pobre, desprazerosa, talvez insustentável. “O importante não é tanto que uma mão nos acaricie, mas saber a quem pertence essa mão, o que deseja essa pessoa e o que sentimos por ela”, adverte Dorais (1994, p. 31). Há um sentido que permeia o tocar e trocar com o outro as emoções promovidas pelo sexo. A tonalidade encantada torna especial a relação e beneficia o desempenho. O desejo – esse movimento encantado de captação do outro como parceiro de satisfação prazerosa – fica ameaçado quando a preocupação maior se encontra em manter um nível de atuação sexual mais marcado pelo fazer e o quanto fazer.

Um princípio de incerteza perpassa a erótica, a fantasia, a sedução, o desejo. Mas crescemos na rigidez da busca da certeza, do indubitável sobre o sexo. Será o homem contemporâneo capaz de tolerar a incerteza e dela fazer uma arte, um enigma sempre a resolver, um passo de dança, de modo que a sexualidade se torne tarefa excitante, incansável a ser inventada sempre, recomeçada sem perspectiva de silenciar-se ou deter-se? Por aí, não buscaremos a sexualidade arrebatadora, mas abriremos caminhos para sua vivência mais satisfatória, menos disfuncional.

Referências bibliográficas

- BARTHES, R. *Fragments de um Discurso Amoroso*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1998.
- BATAILLE, G. *O Erotismo*. Porto Alegre: LP&M, 1987.
- BAUDRILLARD, J. *Da Sedução*. Campinas: Papyrus, 1992.
- BAUMAN, Z. *Amor Líquido*. Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

- CHALHUB, A. **Poética do Erótico**. São Paulo: Ed. Escuta, 1993.
- DORAIS, M. **O Erotismo Masculino**. São Paulo: Loyola 1994.
- GARCIA ROZA, L. A. **Metapsicologia Freudiana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- GUILLEBAUD, J. C. **A Tirania do Prazer**. Rio Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- MÉNARD, R. **Mitologia Greco-romana**. São Paulo: Opus Editora, 1991.
- NASIO, J. **O livro da Dor e do Amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- PAES, J. P. **Poesia Erótica em tradução**. São Paulo: Cia das Letras, 1990.
- PAZ, O. **A Dupla Chama**. Amor e Erotismo. São Paulo: Ed. Siciliano, 1994.
- PRADO, A. **Poesia Reunida**. São Paulo: Ed. Arx, 1991.
- ROZA, L. A. G. **Introdução à Metapsicologia Freudiana**. 2. R. Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- SIBONY, D. **Sedução**. O Amor Inconsciente. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- STOLLER, R. **Observando a Imaginação Erótica**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

A VIDA SEXUAL APÓS O PARTO*

Sandra Cristina Poerner Scalco¹; Walter Oliveira²

LOVE AND SEX AFTER CHILDBIRTH

Resumo: “A Vida Sexual após o Parto” é uma pesquisa fenomenológica, com substrato filosófico sistêmico, e existencialista, que oferece uma reflexão sobre a sexualidade após o parto. Esclarece que este momento expressa a vivência diária, mitos e valores, de casais que passaram pela experiência de ter um filho e demonstra como o sexo pode sobreviver, principalmente se estiver relacionado a um processo amplo que envolve as relações afetivo-sexuais entre seres humanos, preservando assim a qualidade de vida sexual de ambos.

Palavras-chave: Vida sexual pós-parto; sexualidade; fenomenologia; disfunção sexual.

Abstract: “Postpartum sex life” is a phenomenological research with a systemic philosophical underpinning. There are many doubts permeating the postpartum practice of sex and exertion of sexuality. It would be crucial that professionals who deal with the topic sexuality be prepared to elucidate and provide advise on this issue. The present study provides a consideration on postpartum sexuality, elucidating that this concept reflects daily life, beliefs, myths and values that are related a broad process involving the sexual-affective relations among human beings.

Keywords: Postpartum sex life; sexuality; phenomenological research; sexual dysfunction.

* O artigo enviado foi extraído de dissertação defendida no mestrado de Saúde Coletiva, na ULBRA, na área de Saúde mental; linha de pesquisa: Vivências Humanas, Família e Comunidade. Com orientação do Prof. Dr. Walter Oliveira,

¹ Universidade Luterana – ULBRA. e-mail: sandrascalco@yahoo.com.br

² Doutor em Psiquiatria, Professor na UFSC. e-mail: wjolive@terra.com.br

Introdução

A pesquisa buscou a compreensão da questão: “Que significado passou a ter a vida sexual após o parto?”. Sabe-se que a sexualidade humana além de sua função natural – a reprodução – também traduz uma busca psicológica. É linguagem própria do homem na qual é possível comunicar-se com o outro, expressão de intimidade e de desejo, podendo ir além da genitalidade, como um construto simbólico cultural. As dificuldades sexuais que surgem ou retornam no pós-parto, gerando a inadequação sexual são definidas por Cavalcanti (1997) como insatisfação com a própria sexualidade ou do parceiro, de acordo com o padrão normativo intra e interpessoal. Há que se considerar que no período puerperal, dada a recuperação psico-fisiológica intrínseca, inclusive do ponto de vista do casal as mudanças na rotina de vida, a variação emocional, a lactação, as alterações hormonais e outros fatores são inerentes a esse período de readaptação. Para Vitiello (2000), a fase puerperal é o momento da vida onde podem aflorar sentimentos de repressão e incompreensão exacerbando-se a percepção negativa da sexualidade que a nossa cultura propaga.

Na retomada da intimidade do casal, pós-parto, a identidade de ambos passa por um processo de ressignificação com a aquisição de novos papéis. A maturidade em sexualidade, nesse contexto, se traduz pela capacidade de satisfazer a si e ao outro, gerando qualidade na relação. O melhor *insight* do rearranjo sexual, no contexto familiar, resgata lacunas; entendendo-se o sexo “maduro” como aquele onde o indivíduo é capaz de perder-se no outro e reencontrar-se depois acrescido, somado. (CARIDADE, 1997).

Área temática e objetivos

A área temática é: “Compreensão das implicações no processo de retomada da vida sexual do casal, após o parto”.

O estudo teve como objetivos compreender a relação do casal durante o processo de retomada da vida sexual após o parto quanto: a ressignificação do vínculo, aos sentimentos vivenciados em relação à retomada, às vivências mais significativas, à configuração de novos papéis, à reestruturação na identidade de ambos e implicações na sexualidade e às disfunções e /ou às inadequações sexuais.

Metodologia

Na pesquisa foi eleita a fenomenologia proposta por Martins e Bicudo (1989), que amplia a compreensão do fenômeno indagado, valendo-se das experiências dos próprios indivíduos que o experienciam e dos significados que estes indivíduos lhe atribuem. A intenção é compreender ao invés de explicar. Por esta razão, é de caráter qualitativo com fundamentação teórica em uma perspectiva fenomenológica, com base em autores existencialistas como: Merleau-Ponty (1975) e Heidegger (1988).

A fenomenologia contemporânea é um movimento da filosofia que surgiu com Husserl, no final do século XIX e início do século XX, durante a crise do subjetivismo e do irracionalismo. Seu principal objetivo é a investigação do vivido descrevendo os fenômenos como são experienciados, livres de conceitos e teorizações (HENNEMANN, 1990). A fenomenologia opõe-se ao cientismo, com sua pretensa ênfase na objetividade e na matematização da realidade. “[...] Consiste na atividade científica, no melhor sentido da palavra, sem ser, ao mesmo tempo, esmagada pelas pressuposições da ciência e sofrer suas limitações.” (ZILLES, 1986, p.193).

Campo e ação

O trabalho envolveu 5 casais heterossexuais (5 homens e 5 mulheres), convivendo maritalmente há mais de três anos e tivessem tido seu primeiro filho(a), num período retrospectivo de seis à doze meses, com ou sem queixa na relação sexual. A idade dos casais variou de 21 a 42 anos, o tempo disponível utilizado para entrevista era livre, e teve como variabilidade, 70 a 190 minutos. A distribuição se deu aos pares, exemplo: – casal 1 e 2, 3 e 4 e assim sucessivamente, então de 1 a 9, os números ímpares, correspondem ao sexo feminino, e números pares, ao sexo masculino. Com relação às inadequações: no casal 1 e 2, a entrevistada 1 tinha queixa de anorgasmia primária e diminuição de desejo enquanto o marido, tinha ejaculação precoce. No casal 3-4, havia por parte da entrevistada, anorgasmia situacional, e o parceiro desejo sexual hipoativo. Já os casais 5-6, 7-8 tiveram uma boa readaptação e não tinham queixas sexuais. Enquanto que no casal 9-10, existia uma queixa de dispareunia e diminuição de desejo após o parto, seu parceiro não tinha queixas. O início das relações sexuais: variou de 1 a 5 meses. As categorias encontradas foram: a resignificação do vínculo de casal, a retomada da vida sexual após o parto, as vivências significativas na configuração de novos papéis, a reestruturação da identidade, tipos de disfunções sexuais ou inadequações.

As entrevistas foram analisadas pelos 4 passos do método fenomenológico descritos por Giorgi (1985) enriquecidas pela contribuição de um quinto passo por Comiotto (1992). A seguir, descritos: 1 – O sentido do todo: Equivale à etapa da “descrição do fenômeno” proposto por Merleau-Ponty (1975). 2 – Unidades de significado: a redução fenomenológica é resultado de um conjunto de asserções significativas para o pesquisador. 3 – Transformação das unidades de significados: a identificação das unidades de significados. 4 – Síntese do todo: unidades com mesmo sentido, resumidas em um texto objetivo. 5 – Dimensões fenomenológicas: Comiotto (1992) propõem uma redução da síntese do todo, para apreensão das essências do fenômeno.

Serviram também de base, as idéias de: 1 – Martin Buber (1974) sobre o homem que é um ser relacional capaz de múltiplas relações, expressa basicamente em atitudes definidas com base nas palavras Eu-Tu e Eu-Isso. A atitude Eu-Tu caracteriza-se pela responsabilidade, reciprocidade, totalidade, espontaneidade, constituindo-se num modo de relacionamento que revela o significado de existência, pois define o mundo do relacionamento existencial. A atitude Eu-Isso se caracteriza pela forma superficial e impessoal de relação onde não há envolvimento e compromisso com o outro. 2 – Foucault (1982) que cita a reversibilidade bem como a polivalência que conferem à analogia um campo universal de aplicação – o que sedimenta um estudo fenomenológico de população reduzida; pois as figuras do mundo podem se aproximar.

Apresentação dos resultados e discussões

A “Vida sexual após o parto”, demonstrou duas essências, comuns na fala de todos: “O vínculo de casal na ressignificação do sexo” e “A retomada da vida sexual”, as quais são inclusas na dimensão chamada “Vida Sexual”; surgindo da análise dessas os questionamentos: – “Por que estamos juntos?”, “Que significado tem o sexo agora?” e “Como foi voltar a fazer sexo?”.

A partir deste momento, um segundo plano perpassa as seguintes essências: “Vivências do casal”, “Reestruturação da identidade” e possíveis “Disfunções”, do qual emerge a questão: – “Como é que eu faço?[...]”. A seguir, num momento de identificação, distribuição de papéis e eventuais conflitos: – “Quem sou eu agora?”. Por fim, havendo problemas nas etapas anteriores, a possibilidade de identificação de um desajuste ou queixa sexual: – “O que houve de errado?”.

A partir das essências, chegou-se a um roteiro de perguntas (extrato das essências), a ser utilizado para guiar ao que se propõem às considerações finais, através de questionamentos para elaboração de atendimento preventivo, no entendimento da sexualidade no pós-parto.

A VOZ DOS INFORMANTES

I – A VIDA SEXUAL

Ia – A resignificação do sexo e o vínculo de casal

“[...] Acho que no momento em que tu vais para a cama, faz amor, fica com uma pessoa, tu já és íntimo dela, mas agora eu relaciono isso a um companheirismo maior [...]. Não que nós não fôssemos uma família, mas agora somos uma família completa [...]” (entrevistada 5). “[...] As emoções, o casamento, a vida, todo esse conjunto é bem melhor, e isso cria, laços, só tende a crescer, e na relação também, no sexo, porque é um complemento da vida.” (entrevistado 6).

Buber (1974) e Moreno (1974) comentam que existe uma unicidade dos seres humanos, por meio das essências, quando se está em um relacionamento fluente, não há obstrução da comunicação luminosa, essa luz representa a alma em sua essência, a parte inominada do homem. O entendimento de amor e sexo vinculados ao discurso da troca, da intimidade que se revela acrescentando sentimentos de amadurecimento.

Ib – A retomada sexual

“[...] A primeira vez que a gente tentou depois de mais ou menos 40 dias após o parto, doeu demais, mesmo usando lubrificante, doeu tanto que acho que naquele dia a gente nem conseguiu, como se eu estivesse sendo rasgada, chorei, fiquei com medo, e depois disso a gente demorou para tentar de novo (entrevistada 1)”. “Eu acho que desde que ela (filha) nasceu, levou uns 2 ou 3 meses que eu me lembre, para que eu estivesse mais ou menos com vontade, agora ele, não queria tocar no meu seio, o seio era de “Alice”, então isso fez com que ele demorasse um pouco mais a me procurar [...] “o seio é dela”, “o leite é dela”, até ele conseguir vencer isso daí [...]” (entrevistada 3). “[...] Quando eu comecei, ela não tinha prazer, então com muito carinho a gente conseguiu. É difícil, tem que ter compreensão na relação, se for egoísta se rala, se a gente se gosta, vive junto, se no primeiro problema desiste, não

consegue nada, não é só querer, tem que estimular, vai fazendo o que ela quer da maneira que tu quer também, isso aí tu tens poder de fazer [...]” (entrevistado 8).

No contexto acima, de retomada da vida sexual após o parto, têm-se as vozes de diferentes casais, uns numa relação que Buber (1974) classificaria como EU-ISSO, com maior dificuldade na recíproca do afeto e na sua manutenção, agora com a vivência significativa da existência de um terceiro indivíduo (o filho). Enquanto que outros num resgate, com intensificação da vida sexual conjugal, onde fica explícito o discurso EU-TU, na valorização do outro e no entendimento da totalidade desta nova fase.

II – VIVÊNCIAS DO CASAL E NOVOS PAPÉIS

A disposição de horários

“[...] No início, houve aquela parada, no começo é meio difícil, conversar de novo, ter aquele clima de novo, é bem diferente. É que eu tenho um horário de trabalho muito difícil, e às vezes um tem que puxar o outro para a gente se manter [...]” (entrevistado 2).

As cólicas

“[...] Ela teve cólica uns três meses, aí era aquela coisa de ter que se revezar à noite, às vezes dava um cansaço, mas também não é tão ruim quanto falavam [...]” (entrevistado 10).

O quarto do bebê

“[...] Até o oitavo mês ele (filho) dormia entre nós, sempre, para mim era tão bom dormir abraçadinha nele, mas as pessoas pressionavam: – tá errado! – Aí para acabar com essa polêmica passei a botar o filho no quarto dele, ah! [...] chorei umas duas noites, não sei se de braba ou de saudades.” (1)

Mudanças de hábitos

“[...] Ele não é nem louco de chegar às 3:00 da manhã, e me convidar para ter um relacionamento íntimo [...]” (1). “[...] Na verdade, fica mais para ela, mas eu quando posso, troco fraldas, se eu posso dar uma comidinha, eu dou, passeio, saio com ele, mas no mais é ela!” (2).

A amamentação

“[...] Às vezes ele estava bem, mamando, se eu pegava no telefone, para dizer para alguém: – Eu tô viva!, ele começava a chorar, gritar [...] eu ficava furiosa, porque o único minuto que eu tinha para falar com alguém, ele não deixava [...]” (1).

A família

“[...] A mãe morava muito longe... me deu uma carência tão profunda, meu Deus! Eu necessitava ser amada, eu perguntava todo dia para o meu marido, tu me amas? – Eu me sentia obrigada a cuidar de alguém, enquanto era eu que estava precisando de cuidado” (1) “[...] Quando a gente é mãe, a gente entende o que a mãe da gente passou, passa a dar mais valor...” (5).

O que mudou... em análise

“A gente mudou muito um com o outro, ele era mais carinhoso comigo, – uma coisa que me deixa assim, é eu estar fazendo um serviço, aí ele vem, me abraça, me beija... não quero que fique me agarrando quando eu tenho serviço para fazer!” (3).

Segundo Hudson (1995), para uma família ou um casal, ter um senso de estabilidade, é vital ter horários e atividades rituais de alguma forma, protegidos por essa continuidade. O forte impacto dos rituais de continuidade foi destacado também, pelas pesquisas realizadas por Jacobs e Wolin (1989) ao defenderem que estes proporcionam uma ligação que ajuda os casais e as famílias a sobreviver e a permanecem unidos nas épocas difíceis.

III – REESTRUTURAÇÃO DA IDENTIDADE SEXUAL

Money (1986) estudioso da identidade e dos papéis sexuais, ressalta que sempre haverá diferenças entre os sexos em termos de comportamento. Não é fácil distinguir no psicológico as conseqüências imutáveis dos fatores biológicos, devido às constelações culturais.

“[...] Antes, nós dormíamos juntos sempre. Antes, se um estava fazendo uma coisa, o outro esperava, para a gente ir dormir junto” (entrevistada 3). “Ah! Eu acho que mudou... eu não vejo nada em comum com a pessoa que eu era, acho que amadureci tanto, estou levando a vida mais a sério.” (entrevistada 9).

IV – DISFUNÇÕES E INADEQUAÇÕES SEXUAIS.

Disfunções sexuais são caracterizadas pelo mau funcionamento da vida sexual de uma determinada pessoa ou no ajuste enquanto casal, numa ótica mais voltada para o mecanismo da resposta sexual fisiológica e a inadequação sexual é no sentido psicológico, pelo histórico pessoal de vivências, de se adequar ou não, constituindo um conceito relacional.

“[...] Eu não faço questão de sexo, eu preferia que não existisse, no início até era bom [...] eu gostaria de ter algo na minha mente que definisse o que eu sinto, mas eu realmente não sei definir [...] Acho que ele é impaciente, apressado, aí ele se chateia, mas também não fala, não conversa, e quando a gente tem um relacionamento mais íntimo, eu tenho que dizer, é melhor assim, mas em seguida ele esquece o que agrada e o que não agrada.” (1)

A partir da dificuldade de ter orgasmo e da dispareunia – disfunção – foi gerando uma inadequação; a falta de concepção da sexualidade de uma forma natural por parte da entrevistada é percebida pelo discurso vinculado a crenças errôneas. Desmotivada, a pessoa em questão adapta-se com a ausência de sensação, pois esta não lhe traduz significado ou, se um dia traduziu sentido, provavelmente foi negativo e com tentativas frustradas, bloqueado.

“[...] Não acontece muitas vezes da gente ter uma relação, acho que mais por minha culpa, no início porque ela (filha) era muito pequena, tem que dar atenção, a gente nem tem vontade, e depois porque eu mesma, sempre tive pouca vontade. Ele tem mais, e quer que eu tenha, mas nem ele, às vezes, me procura, aí ele espera que eu queira.” (3). “[...] Depois que veio a nossa filha a relação é cada vez mais rara... O porquê? Não sei, a gente não sente, sexo não é tão necessário, e tem umas barreiras... Às vezes ela acha que eu passo do ponto demais, já chegou a lubrificação e quando vou fazer a penetração, já está seca, ou eu passo do ponto, ou não chego no ponto, eu tenho que ir na sorte [...] E ÀS VEZES EU SINTO FALTA DE UM CARINHO DELA TAMBÉM!” (4).

Segundo Buber (1974), o verdadeiro diálogo consiste em um encontro entre um EU e um TU. Desse modo, o que predomina é a presença do EU-ISSO, que é marcada pela ausência da intimidade e de envolvimento.

“[...] A gente conversa muito, às vezes eu não sei como ajudar, ela sempre foi meio presa na relação, depois que nasceu nossa filha, a coisa esfriou, não sei se é pela mudança, ela está mais envolvida com a nenê, com a casa, e eu,

passo o dia fora, aí chego em casa, não é que eu não queira ajudar, ela acaba fazendo melhor.” (10).

A construção sociocultural no contexto do casal acima, reflete as diferenças de gênero, mediada pela cultura, nesta perspectiva sobressai-se o papel de mãe, inerente à própria condição de mulher. Em contrapartida, os homens, muitas vezes, sentem dificuldades em incorporar a sexualidade como expressão do ser em todos os momentos de sua vida. Ocorre resignação com relação às modificações de sua vida sexual e surgem outros sentimentos e responsabilidades, incompatíveis com a qualidade sexual. O erotismo masculino tem, em geral, uma estrutura temporal descontínua, fragmentada, ao contrário da mulher, cujo erotismo é nutrido por uma continuidade amorosa.

Considerações finais

A busca inicial que motivou a realização deste trabalho foi amplamente superada, porque a metodologia qualitativa fenomenológica e os princípios filosóficos de um pensamento sistêmico readaptou a pesquisa num recuo estratégico, saber da disfunção era pouco, o “saber” em questão agora, era o que se passava na “alma” dos casais quando eles tinham seu primeiro filho, com um olhar voltado para a sexualidade. A vida sexual após o parto não deve ser negada, ela existe, pode ser insólita, escassa ou enriquecedora, antes de saber como ela está, com a pesquisa foi possível compreender o que significa.

A essência do trabalho, através das falas dos entrevistados, está na ressignificação do sexo, do vínculo de casal e retomada após o parto; onde o “sexo” foi um meio de promover a compreensão externa, enquanto casal. E num segundo ponto, revelaram-se vivências e reestruturação da identidade, que tinham a ver com uma reorganização interna do indivíduo. Esses passos puderam mostrar um caminho traçado pelos entrevistados e, diante das dificuldades, sinalizar a morbidade de uma possível disfunção ou inadequação sexual, permitindo a elaboração de um atendimento preventivo.

Horizonte 1. Elaboração de um atendimento preventivo: A elaboração de atendimento preventivo, multidisciplinar, tem como fundamento esta idéia de que há um processo de transformação, o qual envolve a sexualidade no pós-parto, e ser um facilitador deste processo, promovendo o acolhimento

e reestruturação, o que nos diferencia do ponto de vista profissional, de meros técnicos a profissionais abertos e receptivos, simplesmente, mais humanos.

Horizonte 2. O entendimento da vida sexual após o parto: Frankl (1991) refere que os aspectos transitórios na vida são as potencialidades, porém, quando realizadas, transformam-se em realidades; ficam a salvo e resguardadas da transitoriedade. É um recurso inigualável no entendimento do que é “ser sexual”, temos um potencial, se tentarmos abreviar as dificuldades, resta-nos o não vivido, mas temos a responsabilidade de viver o amor em sua plenitude, e se de alguma forma tivermos sofrido, ainda assim teremos uma história de vida real, para sempre. Assumir a responsabilidade sexual é tomar postura frente à vida, concretizando a própria existência. Os casais citados neste trabalho, satisfeitos sexualmente, conseguem transcender-se no outro. Têm um entendimento real da cumplicidade sexual e não buscam o prazer pessoal como prioridade. A pessoa que ama capacita a pessoa amada a realizar estas potencialidades. O amor é um fenômeno tão primário como o sexo, e este é uma modalidade de expressão desta experiência (FRANKL, 1991).

Na busca de um significado de transformação da vida sexual de casais que passam pela experiência de ter um filho, encontrei o sentido de renovação na experimentação de dar sentido à própria vida, à do outro (o parceiro) e à do filho (causa); podendo ser o sexo vivido com esse amor, o instrumento para resgatar essa oportunidade.

Horizonte 3. A coletividade na intrínseca familiar: O substrato filosófico humanístico facilita o entendimento do indivíduo como um todo; é arte antes de técnica, e esta é mero instrumento de adequação. A vivência e a prática de estar com o outro conduzem à transformação, silencioso internamente no outro, podemos resgatar um processo evolutivo de sua capacidade individual. O centrar-se na técnica é um enfoque para o coletivo, que tem um valor genérico; mas é um meio, não uma finalidade. “Cada pessoa é um milagre suficiente para não ter de se comparar, a não ser consigo mesmo” (TORO apud CREMA, 1985); tratar o homem de forma coletiva suprime sua singularidade. A maior arte é entender que a saúde coletiva é um meio de se chegar à essência do indivíduo.

Ao término deste trabalho, ousou chamar de “intrínseca familiar” a força interna gerada a partir da unidade “família”, primitiva e constante forma de agregação; capaz de ressignificar entendimentos e transmitir valores, e dentro destes o sexo vivido de forma saudável e responsável; assim, teremos a projeção disto para o todo (a humanidade); é a coletividade da intrínseca familiar, resgatando o poder de transformar comportamento.

Referências bibliográficas

- BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Oraes, 1974.
- CARIDADE, A. *Sexualidade: corpo e metáfora*. São Paulo: Iglu, 1997.
- CAVALCANTI, R. *A História Natural do Amor*. São Paulo: Gente, 1995.
- CAVALCANTI, R.C. *Sexualidade e Gestação*. In: SALES, J.M.; VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.; CANELLA, P.R.B. *Tratado de Assistência Pré-Natal*. São Paulo: Roca, 1989.
- _____. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. 2.ed. São Paulo: Roca, 1996.
- COMIOTTO, M.S. *Adultos Médios: Sentimentos e Trajetória de Vida*. Um estudo Fenomenológico e Propostas de Auto-Educação. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1992.
- CREMA, R. *Análise Transacional Centrada na Pessoa*. São Paulo: Ágora, 1985.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FRANKL, V.E. *Em Busca de Sentido*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- GIORGI, A. *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Trad. de Márcia de Sá Cavalcanti. Petrópolis: Vozes, 1988.
- HENNEMANN, M. S. Fenomenologia e psicologia em Amadeu Giorgi. Seminário sobre pesquisa Fenomenológica nas Ciências Humanas e Sociais. *Anais*, ANPESS/CBC/SS, 1990.
- HUDSON, O.P. *Reescrevendo histórias de amor*. Terapia breve para casais. Trad. Maria Carbajal e Magda Lopes. Campinas: ed. Pys II, 1995.
- HUSSERL, E. *A Idéia da Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- JACOBS, J.; WOLIN, G. *Ritual strengthening*. *Family Therapy Networker*. 13:3, 41. jul-ago, 1989.
- KAPLAN, H. S. *Transtornos do Desejo Sexual*. Regulação Disfuncional da Motivação Sexual. Trad. Jussara Burnier. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- KARMENN, P. *Psychological Reports*, 76 (3, pt1): 831-834, Jun, 1995.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. *Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação*. São Paulo: Moraes, 1989.
- MASSIL, H. Post partum Sexual Function: What is the norm? *Sexual-and-Marital-Therapy*, 10 (3): 263-276, Nov, 1995.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia de la Percepción*. Barcelona: Península, 1975.
- MONEY, J. *Love Maps*. New York: Irvington, 1986.
- MORENO, J.L. *Psicoterapia de grupo e Psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou, 1974.

VITIELLO, N. **Aspectos sistêmicos da sexualidade**. Bol. Sbrash, 3:26, 1989.
_____. **Vida sexual após o parto**. Comunicação pessoal. 05/2000,
ZILLES, U. Edmund Hüssel e a Fenomenologia. *Veritas*, Porto Alegre,
v.31, n.122, p.173-194, jun, 1986.

Bibliografia consultada

- BARTHES, R. **Fragmentos de um discurso amoroso**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.
- BYRD, J. E.; HYDE, J. S.; DELAMATER, J. D.; PLANT, E. Ashby. Sexuality During Pregnancy and Year Post partum. *The journal of Family Practice*. 47 (4) pp.305-8, oct, 1998.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1991.
- FONSECA, J. **Psicoterapia da Relação**. São Paulo: Ágora, 2000.
- FREITAS, F. e cols. (org.) **Rotinas em Obstetrícia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- HYDE, J.S.; KLEIN, M.H.; ESSEX, M.J.; CLARK, R. Maternity Leave and Women's Mental Health. *Psychol Women A*, 19: 257-85 [Psych. INFO Link], 1995.
- MAIA, A.C.B. Sexualidade na Gravidez e Após o Parto. *Revista Bras. Sexualidade Humana*, 12(1): 15-25, 2001.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Human Sexual Inadequacy**. Little Brown, 1970.
- PEREIRA, V.M.A. Gravidez e Sexualidade: a vivência de mitos e tabus. Relatos de homens e mulheres. *Revista Bras. Sexualidade Humana*, 12(1) p. 83-105, 2001.
- RAPHAEL – LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. Trad. Rui D. Pereira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Trad. Jeka Valle de Carvalho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

TEMA:
A CLÍNICA DAS DISFUNÇÕES
SEXUAIS FEMININAS

ANORGASMIA – O SILÊNCIO DO PRAZER

Ana Regina de Oliveira Moura²

ANORGASMIA. THE SILENCE OF PLEASURE

Resumo: O objetivo deste artigo é chamar atenção para esse tema polêmico e ainda tão presente em nossa sociedade bem como esclarecer suas características, definições, causas e possíveis soluções.

Palavras-chave: Sexualidade; orgasmo; prazer; disfunção sexual

Abstract: The aim in this article is to call the attention to this polemic subject, very present in our society, and also to expose its characteristics, and different causes and its possible solutions.

Keywords: Sexuality; orgasm; pleasure; sexual dysfunction.

Introdução

Em tempos bem remotos a mulher considerada um objeto, não tinha direito a amar, escolher, nem poder de decisão. Não podia exercer sua sexualidade e nem sequer falar em atingir clímax, orgasmo. Esse direito só cabia às mulheres de vida fácil, às prostitutas.

Na década de 60, com o advento da pílula, a história tomou um novo rumo, ocasionando uma transformação radical no que diz respeito à sexualidade feminina. O sexo foi dissociado da procriação e ligado ao prazer. A partir daí houve uma crescente propagação do mesmo, levando as mulheres a reivindicarem e conseqüentemente, conquistarem o direito a esse prazer.

¹ Bióloga, Pós-Graduada em Educação Sexual pela UGF/RJ, Especialista em Sexualidade Humana pela SBRASH, Coordenadora do Programa de Orientação Afetivo-Sexual da Secretaria Municipal de Educação em Maceió/AL. e-mail: anareginaom@hotmail.com

Atualmente, após dois milênios de silêncio, apesar de reivindicações contextualizadas, observa-se a neurose das mulheres de atingirem orgasmos múltiplos ou mesmo simples, uma vez que tornou-se exigência fundamental da sociedade para que as mesmas não fossem rotuladas de frígidas ou anorgásmicas.

Anorgasmia

Durante séculos a posição da mulher na sociedade era de submissão ao homem e de plena e exclusiva dedicação aos seus caprichos. Devido ao avanço da tecnologia, de estudos voltados à área da sexologia e da busca pela sua liberdade, a mulher começou a desfrutar dos prazeres da sexualidade, até então destinada apenas ao universo masculino.

No final do século XIX alguns estudiosos como Freud, Havelock Hellis, M. Hirschfeld e Van de Velde apresentaram uma série de comportamentos e atitudes que interferiram de forma significativa no campo da sexualidade, com registros da época, como se pode observar:

[...] a possibilidade de orgasmos múltiplos nas mulheres quando bem estimuladas, a interferência do tempo da relação sexual nas possibilidades de prazer, o fato de que a repressão sexual nas mulheres era um dos fatores que as levava à 'frigidez' e que um outro fator estava vinculado à falta de conhecimento masculino quanto à importância do clitóris para a excitação da mulher, além de já sistematizarem o ciclo da atividade sexual em fases. (ANDRADE-SILVA, JURBERG, SERAPIÃO, JURBERG, 2002, p. 97-98)

Apesar do despertar dessas revelações não houve uma ampla aceitação e divulgação como no caso dos manuais de patologias e perversões que dominaram o início do século XX, visto que o conhecimento das ciências sexuais estava voltado para questões médico higienistas, ressaltando problemas de doenças, pecados, desvios, onde tinha a reprodução como finalidade básica da sexualidade.

Alfred Kinsey e seus colaboradores, a partir da metade do século XX, contribuíram de forma significativa, quando estudando o comportamento sexual humano descreveram práticas sexuais consideradas como pervertidas em indivíduos não patológicos; assim como Masters e Johnson ao publicarem seu livro "Human Sexual Response" em 1966 quando retrataram a importância do ciclo da resposta sexual humana. Estas publicações serviram como referências mundiais não só na época como nos dias atuais, por responderem de forma objetiva a questionamentos afins.

O comportamento sexual humano é bastante diverso e é determinado por um conjunto de fatores como os relacionamentos dos indivíduos, as circunstâncias da vida e a cultura em que se vive. De um modo geral, esses indivíduos buscam cada vez mais informações, procuram se conhecer melhor para a apreciação de uma vida sexual mais saudável e feliz. Isto dificulta uma definição precisa do que é “normal” em termos de sexualidade, todavia, possibilita afirmar que em relação aos padrões normais sexuais, deverá haver um entendimento mútuo entre os pares no exercício desta e o respeito aos limites um do outro assim como o espaço da sociedade em que se vive.

Segundo Vitiello (1997, 142), “[...] se imaginarmos a resposta sexual humana e seus três grupos de condicionantes importantes (componentes orgânico, social e psicológico), poderemos melhor entender seus pressupostos *normais*”. Do ponto de vista orgânico, quando a resposta sexual restringe-se à função biológica de forma satisfatória pode-se falar em *função sexual*; porém quando ela não desempenha seu papel adequadamente pode-se chamar de *disfunção sexual*. Esta pode ocorrer no mecanismo da ereção peniana sendo denominada de *impotência* ou *disfunção erétil*; ou no mecanismo de desencadeamento do orgasmo feminino no que será chamado *frigidez* – nome criado por Freud no início do século XX para descrever a mulher “fria” ou “frígida”, aquela que não consegue atingir o desejo sexual e que atualmente é conhecida como *anorgásmica*.

Sendo a anorgasmia a inibição do orgasmo feminino que se manifesta após a excitação sexual, ela pode estar relacionada a questões psicológicas e biológicas como a falta de intimidade com o próprio corpo e com o parceiro, fatores religiosos, mitos e tabus, falta de informação, insegurança, medo de engravidar, traumas sexuais e baixa auto-estima.

Entre os fatores orgânicos podemos destacar problemas com a tireóide, circulação sanguínea, cardiopatias, obesidade, diabetes, o uso abusivo de álcool, cigarro e demais drogas. Estas situações podem comprometer a excitação e, em consequência, a chegada ao orgasmo.

Tendo como foco principal à disfunção sexual, o tratamento consiste em pesquisar a causa primária analisando qual o aspecto a este ligado. Se a questão for clínica o melhor caminho é procurar um médico para uma avaliação. Se existir alguma dificuldade emocional ou psicológica, recomenda-se a

psicoterapia podendo estar embasada na terapia individual, na de casal ou nas duas associadas. Contanto que deve ser acompanhado por um profissional que possua conhecimentos dos mecanismos da resposta sexual, assim como os seus estágios.

Apesar das mulheres não mais associarem a sexualidade ou mesmo o sexo a fatores ligados exclusivamente à reprodução, e desejarem sentir prazer em seus relacionamentos sexuais, elas têm dificuldades em atingir o clímax. Segundo pesquisa realizada em 2003 pelo Prosex², cerca de 30% das mulheres brasileiras têm este problema.

Para a psiquiatra e coordenadora do Prosex Carmita Abdo (PEROZIN, L., 2004), os problemas da vida moderna como a depressão, a ansiedade e o estresse são fatores inibidores pela busca do prazer. Além desses fatores, outros, como inabilidade, inexperiência, desinteresse, falta de tempo ou de local adequado e mesmo o desconhecimento do próprio corpo, também são responsáveis pela chamada anorgasmia.

Existem mulheres que apesar de anos de convivência a dois, mantendo relações sexuais ditas “normais” não conhecem o “prazer do orgasmo”, estas sofrem de **anorgasmia primária**; se elas tinham orgasmos e deixaram de tê-los de forma sistemática, têm **anorgasmia secundária**; se mesmo sendo estimuladas nunca o atingiram nem por intermédio do coito nem por intermédio da masturbação, sofrem de **anorgasmia total** e quando elas para atingirem o orgasmo, necessitam de circunstâncias específicas, possuem **anorgasmia situacional**.

Não muito incomum a dificuldade em atingir o orgasmo pode ocorrer mesmo que haja interesse e que as outras respostas sejam satisfatórias para a realização do ato. Assim, a mulher pode experimentar todas as fases que antecedem o orgasmo; passando pela fase do desejo; da excitação – quando aproveita as carícias de seu parceiro, porém algo a bloqueia no momento do clímax fazendo-a silenciar. Um silêncio que pode ser por negação, por medo, por fingimento, por culpa, pois ela ainda está presa a valores morais, religiosos, éticos, estéticos, sem conseguir se libertar de uma educação sexual castradora e dessa sociedade repressora que invade e priva a obtenção de um prazer que pode ser desvendado, revelado e saboreado da melhor forma possível.

² Projeto de Sexualidade do Hospital das Clínicas de São Paulo (In: PEROZIN, L. Frigidez ou anorgasmia. *Vida e Saúde*. Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/inteira/O..011296219-E11517.00.html>>. Acesso em 10.06.07.

Referências bibliográficas

- ANDRADE-SILVA, M.C.; JURBERG, M.B.; SERAPIÃO, J.J.; JURBERG, P. **Sexologia** – Interdisciplinaridade nos modelos clínicos, educacionais e na pesquisa, 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2002. 279 p.
- ANDRADE-SILVA, M.C.; SERAPIÃO, J. J.; JURBERG, P. **Sexologia** – Fundamentos para uma visão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1977. 248 p.
- CARIDADE, A. Psicossomática do prazer feminino. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 10, n. 1. p. 65-69. São Paulo: Iglu. 1999.
- LINS, R. N.; BRAGA, F. **Ausência de orgasmo**. O Livro de Ouro do Sexo, p. 237-245. Rio de Janeiro: Ediouro. 2005.
- PEROZIN, L. Frigidez ou anorgasmia. **Vida e Saúde**. Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/inteira/O..OI1296219-EI1517.00.html>>. Acesso em 10.06.07.
- PEROZIN, L. Anorgasmia: quando elas “falham”. **Netmarkt**. Disponível em: <<http://netmarkt.com.br/noticia2004/1787.html>>. Acesos em 12.06.07.
- VITIELLO, N. Anatomia e fisiologia da sexualidade. A resposta sexual humana. In: VITIELLO, N.; RODRIGUES JR, O. M. **As Bases Anatômicas e Funcionais do exercício da sexualidade**. São Paulo: Iglu. 1997. p. 141-153.

VAGINISMO: QUANDO O MEDO FECHA A PORTA DO PRAZER

Christyne Rose Cavalcante¹

VAGINISM: WHEN FEAR CLOSES THE DOORS TO PLEASURE

Resumo: O presente artigo faz uma referência a uma disfunção sexual que acontece com algumas mulheres, causando a contração dos músculos perivaginais, dificultando ou impedindo a penetração no intercurso sexual. Essa queixa acontece devido ao medo que a mulher tem de ter dor durante a penetração, geralmente associada a inúmeras crenças errôneas e mitos de que a penetração é extremamente dolorosa. A autora fala das possibilidades de criar propostas que aumentem o sucesso da ajuda terapêutica.

Palavras-chave: Contração perineal; medo; penetração; técnicas terapêuticas.

Abstract: The present article makes a reference to a sexual disfunction that happens to some women, causing a contraction of the muscle around the vagina, making it difficult or imposible the penetration during the sexual intercourse that complain happens because of the fear that the woman have about the pain during the penetration, generally associated to endless wrong belives and myths about how extremelly painfull is the penetration. The writer talks about the possibility of the creation of some plans that would increase the success of the therapeutical help.

Keywords: Muscular contraction; fear; penetration; therapeutical help.

Introdução

O vaginismo consiste em uma disfunção sexual que ocasiona a contração involuntária da musculatura perineal e circunvaginal, levando a mulher a

¹ Médica ginecologista e psicóloga. Professora da disciplina de Sexualidade no Curso de Graduação e Pós-Graduação de Psicologia CESMAC/FCH/Alagoas.
e-mail: drachriscavalcante@drachriscavalcante.com.br

impedir parcial ou totalmente a penetração na hora da relação sexual ou a execução de um exame ginecológico.

Nesses casos é possível que a resposta sexual do paciente esteja hígida, ou seja, ela pode manifestar desejo, excitação e orgasmo normalmente diante de um estímulo erótico. É exatamente por essas razões que a mesma se mantém com a queixa sem buscar tratamento imediato.

Tal disfunção pode ser cronologicamente primária ou secundária e de amplitude geral ou situacional. Quando primária, a mulher já inicia sua vida sexual resistente à permissividade para a penetração e é secundária, quando a mesma passa um período, mais ou menos longo de vida sexual com penetração e por algum acontecimento passa a apresentar a dificuldade. Se ela tiver a queixa independentemente da qualidade do estímulo sexual a disfunção será considerada geral e caso ocorra em algumas situações e outras não, será classificada como sendo situacional.

Os fatores etiológicos psicossociológicos são os mais relevantes. Foi Walthard, em 1909, quem pela primeira vez chamou atenção para a causalidade psicogênica desta disfunção. (WALTHARD apud CAVALCANTI, 1996, p.418).

As causas mais freqüentes são as educacionais, com informações distorcidas a respeito do coito, muitas vezes impregnada de valores religiosos que associam o sexo ao pecado ou a uma condição de ser algo perigoso e nojento. Em outras mulheres pode-se encontrar história de violência sexual, gerando traumas e a crença de que sexo é doloroso.

O parceiro da mulher vagínica quase sempre mostra certa insegurança quanto a masculinidade, podendo ter disfunção de ereção, além de sentimentos de rejeição e inadequação. (MANNOCCI, 1995, p.80).

Propostas de Tratamento

Comumente é a própria paciente quem procura o profissional médico ginecologista ou psicólogo, sem ao menos conhecer seu real diagnóstico.

Após ser encaminhada para a terapia sexual e confirmado que se trata de vaginismo, o terapeuta pode começar a trabalhar os seguintes aspectos:

1) O “desenho” como técnica projetiva:

1a) Auto-Desenho: é solicitado que ela crie um desenho simbólico que ilustra como ela se vê frente a sua queixa sexual.

- 1b) Desenho da Mulher Ideal: construção de um desenho que simbolize como ela gostaria de ser sexualmente.
- 1c) Desenho do Parceiro: elaboração de uma ilustração que represente simbolicamente como ela vê seu parceiro diante dessa situação que vivencia junto com ela.

2) “Retrato” do Corpo e da Mente diante da queixa:

- 2a) Como meu corpo fica: ela cria uma lista de características que mostra como fica seu corpo nos momentos antes, durante e depois do contato sexual.
- 2b) O que minha mente pensa: pontua todos os pensamentos que surgem antes, durante e depois do encontro sexual com o parceiro.

3) Como é minha Vagina:

- 3a) Penso que ela é: escreve como ela acredita ser sua vagina.
- 3b) Retrato da minha vagina: desenha como acha que é essa estrutura genital.
- 3c) Retrato da “nova vagina”: desenha algo que represente como deseja perceber sua vagina.
- 3d) Apresentação de modelos pélvicos e pranchas esclarecedoras: o terapeuta mostra esclarecendo através das peças e ilustrações a anatomia e fisiologia da vagina.
- 3e) Paralelo “Vagina Real” e “Minha Vagina”: ela constrói uma correlação entre como pensava a respeito de sua vagina e como começa a vê-la após os esclarecimentos.
- 3f) Frases positivas: listar várias frases positivas sobre sua vagina e seu potencial para ser penetrada.
- 3g) Autoverbalização emotiva: repetir em voz alta e com entusiasmo, olhando-se no espelho, as frases construídas. Solicitar que repita esse exercício diariamente.

4) Trabalho Corporal:

- 4a) Relaxamento de Jacobson: experienciar a técnica na sessão e posteriormente fazer uma correlação entre algumas atitudes corporais com o que ocorre no momento das tentativas de penetração.
- 4b) Técnica do Espelho: olhar detalhadamente sua vulva e vagina no espelho em sua intimidade.
- 4c) Musculação Vaginal: aprender a fazer o exercício de Kegel e exercitá-lo diariamente acompanhando pelo espelho.

5) Dilatação Vaginal:

Caso o terapeuta sexual também seja ginecologista, ele pode acompanhar nas sessões esse processo, caso contrário vai apenas orientá-la para que faça em casa em sua intimidade e/ou com a presença do parceiro.

- 5a) Com cotonete de ponta arredondada: introduzir o cotonete diariamente e permitir que o parceiro participe.
- 5b) Com aplicador para virgens: introduzi-lo com a ajuda de um lubrificante a base de água e quando o fizer sem ansiedade desconectar a parte mais fina e introduzi-lo por completo.
- 5c) Com absorvente interno regular com aplicador.
- 5d) Com bolinhas tailandesas de menor diâmetro inicialmente e evoluir para a maior após dessensibilização com a anterior.
- 5e) Com o vibro (sem pilhas) em formato de bastão, com aproximadamente 12cm de comprimento e 03 cm de diâmetro.

Todas essas etapas geralmente têm um intervalo de 01 (uma) semana, entre uma e outra e a participação do parceiro como agente colaborador é de extrema importância.

Durante esses exercícios a paciente deve aprender a diferenciar sensação tátil de dor além de usar todas as ferramentas já conhecidas para relaxar o corpo e a mente.

6) Movimento de Inclusão do Parceiro:

Nessa etapa do tratamento o terapeuta sugere que o casal se prepare para a penetração com o pênis. Para que esse momento seja tranquilo é interessante que ambos disponibilizem tempo e escolham um ambiente agradável e estimulante para que possam desfrutar de um encontro afetivo-sexual bastante prazeroso.

Inicialmente a posição sexual que pode ser adotada é aquela que a mulher se sinta mais segura e com a sensação de que está controlando a qualidade da penetração. Posteriormente, vai mudando para outras posições, até que não apresente mais nenhuma dificuldade.

7) Trabalho em Grupo:

Como a maioria dos casais silenciam o problema, não compartilhando com outras pessoas, criam a fantasia que são os únicos e que a situação é grave, gerando ainda mais ansiedade e insegurança.

A proposta de um trabalho de grupo, reunindo inicialmente as mulheres vagínicas em tratamento com outras que já foram tratadas, possibilita a quebra do silêncio e troca de confidências, proporcionando um clima de cumplicidade e confiança, diminuindo a ansiedade, aumentando a credibilidade no tratamento, reduzindo os sentimentos de inferioridade e elevando a auto-estima.

Outro aspecto de grande relevância é quando os parceiros destas também aderem ao trabalho de grupo, onde cada um expõe e escuta o outro, podendo desta forma enfrentar seus medos, fantasias e também possíveis dificuldades, sem receio do julgamento e tornando-se mais capacitado para colaborar com o tratamento da parceira.

Considerações Finais

A terapia sexual é sem dúvida alguma o tratamento de eleição para o vaginismo. Ela deve ter uma proposta inovadora e rica em procedimentos terapêuticos, baseada numa fundamentação teórica bem alicerçada. O terapeuta após a identificação dos fatores causais deve deixar claro para a paciente como vai proceder e mostrar a importância da participação do parceiro (se existir), durante o processo da terapia.

Como é considerada a mais benigna das disfunções, quando a paciente está motivada, é assídua e comprometida, o tratamento oferece um alto percentual de sucesso.

Referências bibliográficas

- CAVALCANTI & CAVALCANTI. **Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais**. São Paulo: Editora Roca, 1996.
- MANNOCCI, J.F. **Disfunções Sexuais**. Abordagem Clínica e Terapêutica. São Paulo: Fundação Byk, 1995.

TEMA:
DISFUNÇÃO ERÉTIL

O IMPACTO DO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL SOBRE O CASAL

Zenilce Vieira Bruno¹; Paulo Henrique de Moura Reis²

IMPACT OF ERECTILE DYSFUNCTION TREATMENT IN THE COUPLE

Resumo: A disfunção erétil é quase sempre de ordem psicológica, causas mais profundas e mais remotas, como conflito inconsciente ou desarmonia conjugal, podem ser à base das tensões que causam o problema sexual e continuam a evocar a ansiedade quando se tenta transar. O distúrbio sexual, embora seja de um dos parceiros, compromete a ambos. Um elemento crucial a ser visto nos casos de disfunção sexual é a relação diádica. Há situações conjugais já tão comprometidas que impossibilitam a terapia sexual, devendo o casal ser primeiramente submetido a uma terapia de casal, que é proposta para aqueles com maior comprometimento do relacionamento afetivo. O ato sexual que deveria ser uma atividade descontraída e prazerosa converte-se em um jogo de expectativas. Não são duas pessoas que se encontram no amor e sim duas ansiedades que se reúnem, se observam, se avaliam, gerando um processo inibidor de alta potência destruidora.

Palavras-chave: Disfunção sexual; casal; tratamento.

Abstract: The erectile dysfunction is almost always of psychological order. Deep and remote causes like unconscious conflicts or couple disharmonies can be the base for the tensions that cause the sexual problem and keep evocating anxiety when the couple tries to have sex. The sexual disturb, even tough is inside one of the partners, it stops belonging to just one, but both. The crucial element that should be seen is the everyday relationship. Some conjugal relationships are already so deteriorated that makes the sexual therapy impossible, needing that the couple goes for a marital therapy first;

¹ Psicóloga Clínica, Psicodramatista e Terapeuta Sexual. e-mail: zenilcebruno@uol.com.br

² Urologista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará. e-mail: phmreis@secrel.com.br

that is the proposal for the couples that have an affective relationship more worn down. The sexual act, that should be an informal activity and more pleasurable, turns into a game of expectations, there are not two people that found in love anymore, but two anxious people that get together to watch and evaluate each other, originating a inhibitor process that is of high destructive potency.

Keywords: Dysfunction sexual; couple; treatment

A nossa experiência clínica no processo terapêutico, iniciado pelas dificuldades relativas ao tratamento de problemas sexuais, permite-nos relatar que, dentre as disfunções sexuais, a disfunção erétil é a que provoca maior número de complicações para o homem na sua sexualidade. As limitações conseqüentes acabam causando perturbações em todas as áreas de sua vida. O homem ao se reprimir, limitando sua sexualidade, distorce a realidade, deixando-se levar então por atitudes, fantasias e sentimentos negativos, podendo levá-lo ao desequilíbrio interior, afetando sua saúde mental, física e emocional.

Para o homem, a dificuldade erétil é quase sempre de ordem psicológica, entretanto causas mais profundas e mais remotas, como conflito inconsciente ou desarmonia conjugal, podem freqüentemente ser à base das transações tensas que causaram o problema sexual específico e continuar a evocar a ansiedade quando tentarem fazer amor. O distúrbio sexual embora esteja alojado em um dos membros do casal, no homem, neste caso, não é apenas desse membro. O problema sexual torna-se de ambos.

Muitas vezes, é difícil para o paciente assumir junto a sua parceira sexual sua impotência, o que para este, associa-se à falta de masculinidade e à perda de sua própria identidade, reforçando seus mecanismos inconscientes de defesa de ego, visivelmente neste caso, inadequados e imaturos, impedindo-o de solucionar problemas. Em abordagem multidisciplinar, o paciente tende a aceitar mais facilmente, a necessidade em trazer à terapia a parceira sexual, pois já vem com a informação, quando encaminhado por um médico, de que será necessário que a parceira participe do tratamento.

Freqüentemente, o paciente começa a ver sua parceira conjugal como a maior responsável. Também fica preocupado que ela conheça completamente as dimensões de sua inadequação sexual e, com isso o grau de presumível perda de masculinidade. O fato de mais alguém conhecer sua inadequação sexual é realmente ameaçador para a afirmação sexual de muitos homens. Para

alguns, esse conhecimento da parceira também constitui uma ameaça à confiança social. Os homens ficam preocupados que elas comentem sua inadequação sexual com outras pessoas e, infelizmente algumas fazem exatamente isso.

As mulheres traumatizam o companheiro sexualmente desajustado, da mesma forma que ele menospreza a companheira sexualmente desajustada, por uma variedade de razões que se somam à frustração ou à revanche. É claro que muitas delas não discutem publicamente a disfunção sexual do seu casamento. Podem até pensar que a disfunção dele tem origem, ou pelo menos é aumentada por falta de atrativos delas, ou que forçaram o desajuste pela ausência de competência sexual. Algumas mulheres usam o mecanismo da sublimação para superar esta situação conflituosa; outras se desgastam ainda mais com seus ressentimentos e rancores, o já precário equilíbrio conjugal piora, quando não se agridem. Tudo isso promove o aparecimento de sintomas que vão da insônia a irritabilidade e à amargura, das depressões leves aos quadros graves de enfermidade psicossomáticas de grande poder autodestrutivo.

Alguns pacientes levam anos para buscar ajuda e só o fazem quando temem que sua mulher procure outros homens para se realizar ou quando outra esteja se insinuando e que não querem desapontar. O conceito cultural de que o homem deve aceitar total responsabilidade no estabelecimento da união sexual bem sucedida, colocou sobre eles o peso psicológico do processo de coito e aliviou as mulheres de qualquer sugestão de responsabilidade similar no seu fracasso. As diferenças do sexo na reação psicológica à disfunção sexual são determinadas pela cultura. Espera-se que o homem funcione sexualmente e quando tal não acontece, esta disfunção é encarada como patológica.

Um elemento crucial a ser visto nos casos de disfunção sexual é a relação diádica. Quando o casal traz algum nível de desgaste no relacionamento, o mesmo deve ser trabalhado num primeiro momento, no entanto é importante perceber se este nível de dificuldade conjugal é muito extremo impedindo uma melhoria do relacionamento e do problema sexual. Há situações conjugais já tão comprometidas que impossibilitam a terapia sexual, devendo o casal ser primeiramente submetido a uma terapia de casal.

Às vezes, a origem da disfunção sexual está relacionada à relação dual e não ao conflito intrapsíquico do indivíduo. Cada membro do casal, neste caso, pode contribuir para melhorar ou piorar o desempenho sexual do outro. Auto-estima rebaixada pode induzir a escolhas mútuas, no intuito inconsciente de promover uma união simbiótica, objetivando equilibrar a auto-avaliação

dos componentes do par. Percebendo que a premissa de complementação pelo outro não se dará, cada membro do casal se vê frustrado e competindo com o outro de forma latente ou manifesta, no intuito de apropriar-se imaginariamente das aptidões do parceiro para tornar-se completo. Isso gera um clima em que não há lugar para o sexo, mas para a destrutividade. Por essa perspectiva, a disfunção erétil constitui um instrumento contra a parceira, utilizado inconscientemente quando o “impotente” garante à mulher que ela não lhe dá prazer, taxando-a de incapaz e inferiorizando-a. No caso da disfunção erétil, o casal que se forma une usualmente uma mulher castradora e um homem impotente.

É comum a parceira do paciente com disfunção apresentar dificuldades relacionadas à sua sexualidade. Caso seja uma parceira fixa, que está envolvida com o paciente durante vários anos com a presença da queixa, não é raro ela viver uma frustração e desmotivação para com o relacionamento em consequência de sua insatisfação sexual. Com o passar do tempo, muitas dessas parceiras perdem o total interesse na relação, não se empenhando mais em querer melhorar o relacionamento, o que dificulta a sua participação no tratamento. Por outro lado, a mulher pode apresentar comportamento que visa estimular o homem, mas que em vez de sexualmente excitante se torna inibidor. A não comunicação desse fato pode potencializar as dificuldades. Desse modo, o sexo perde seu caráter de espontaneidade, exatamente o que viabilizaria o prazer.

Alguns pacientes não acham necessária a participação das parceiras, alegando ser a queixa sexual um problema exclusivo deles. Com isto, não passam a elas a convocação feita pelo terapeuta. Em contra partida, algumas parceiras recebem a comunicação verbal, mas se recusam a ir, alegando não ter responsabilidade sobre a queixa do paciente.

A terapia sexual somente será indicada quando houver um clima de espontaneidade de respostas eróticas e de permissividade para toques de carícias que culminem na relação sexual. O processo de terapia sexual pode ser o caminho para o desenvolvimento desta permissividade e clima de espontaneidade, além de facilitar enormemente a comunicação do casal.

Para a psicoterapia individual são indicados os pacientes que apresentam conflitos intrapsíquicos ligados à queixa sexual, ou que não tenham uma parceira fixa, ou ainda para aqueles que a parceira não apresenta disponibilidade para participar de outro tipo de terapia com o paciente. Deve-se levar em conta a aptidão desses pacientes para a introspecção e conhecimento de sua vida emocional.

A terapia sexual é indicada para aqueles pacientes que apresentam uma organização psicológica rigidamente defensiva, com dificuldades, com resistências à psicoterapia, e que podem contar com a participação da parceira. A terapia conjugal é proposta para os casais com maior comprometimento do relacionamento afetivo. O ato sexual que deveria ser uma atividade descontraída e prazerosa converteu-se em um jogo de expectativas. Não são duas pessoas que se encontram no amor e sim, duas ansiedades que se reúnem, se observam, se avaliam, gerando um processo inibidor de alta potência destruidora.

Não são os “sintomas” das perturbações individuais o que tumultua a relação. É preciso cuidado, por isso mesmo, ao lidar com o que se defina individualmente como “sintoma” de cada um, e a ênfase maior deve-se orientar pela lógica de ação e reação do conjunto, ou seja, pelas regras de interação. O casal constitui um sistema dinâmico no qual um reage à ação do outro, interpretando a realidade ao seu próprio modo. Grandes crises podem advir quando o sistema defensivo de um é inadvertidamente acionado pelo outro. Somos movidos a sonhos e interpretações da realidade, não temos acesso às verdades dos outros, mas apenas ao que pensamos que são essas verdades.

É importante lembrar que o aparecimento e a manutenção psicogênica do bloqueio eretivo, depende muito de como o indivíduo vivencia suas experiências, e como estas experiências foram consolidadas por mecanismos reforçadores.

Os objetivos primários no tratamento da disfunção erétil são: remover os medos da performance sexual, reorientar seu padrão comportamental involuntário, para que ele se torne um participante ativo, afastado do papel de espectador habitual e minorar os medos da parceira com relação à performance sexual dele. Empregamos medidas para combater a ansiedade através de técnicas de relaxamento, dessensibilização dos fatores de ansiedade e até mesmo na fase aguda e por pouco tempo, o emprego criterioso de psicofármacos.

Entre os procedimentos mais significativos da terapia sexual está a focagem das sensações. Ele é de grande importância para melhorar o relacionamento diádico desgastado. O fato das pessoas se tocarem, se estimularem, se comunicarem de modo não-verbal, favorece extraordinariamente a comunicação do par, abrindo novos canais de entendimento.

É interessante assinalar as possíveis reações que são observadas no tratamento das disfunções eréteis. À medida que os progressos se evidenciam, geralmente uma sensação de euforia e satisfação envolve os parceiros. Há casos, porém, em que a dificuldade erétil está associada a certos ganhos secundários. Evidentemente, nestes casos, a melhora determina certo grau de ansiedade.

Um fenômeno esperado são os obstáculos, conscientes ou inconscientes, que são postos ao tratamento. Estas “resistências” ou “sabotagens” podem surgir de forma sutil e velada, como a perda de interesse pelo tratamento, crítica ao parceiro, exigência crescente ou se evidenciar de uma forma clara a queixa de que o tratamento é tedioso, mecânico e trabalhoso. Algumas mulheres assumem um relacionamento extraconjugal exatamente quando o marido começa a apresentar boas ereções. É claro que muitas dessas “resistências” estão alimentadas por sentimentos de insegurança, medo de perder o parceiro ou a posição autoritária na direção da família.

O tratamento realizado não pode ser muito lento, pois algumas vezes as inadequações sexuais corroem de tal forma o relacionamento, que muitos desistem da terapia e do casamento. É necessário agilizar o processo, através de uma terapia breve que seja suficientemente eficaz para restaurar os laços entre os pares, antes que eles se desfaçam por completo.

Bibliografia consultada

- 224
- ABDO, C.N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2ª ed.. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- BRAGANTE, L. **Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos**. 2ª ed., São Paulo: Gente, 1994.
- CARIDADE, A. **Sexualidade**. Corpo e metáfora. São Paulo: Iglu, 1997.
- CAVALCANTE, R.C. **Tratamento psicológico da disfunção erétil: manual prático de orientação clínica**. São Paulo: Ponto, 2005.
- COSTA, M. **Amor e sexualidade**. São Paulo: Editora Gente, 1994.
- DIAS, V.R.C.S. **Vínculo conjugal na análise psicodramática: diagnóstico estrutural dos casamentos**. São Paulo, Agora, 2000.
- FOUCALT, M. **Historia da sexualidade**. 3 vols., Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GILLAN, R. **A Terapia Sexual**. 7ª ed. Lisboa, 1988.
- GLINA, S. **(Im) potência sexual**. São Paulo: Contexto, 1997.
- KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- MASTER, W. & JONHSON, V. **A Resposta Sexual Humana**. São Paulo: Roca, 1984.
- MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino**. Uma nova consciência para os encontros das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO ASSOCIADO A ACUPUNTURA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO ERÉTIL

*Deusanete Carneiro Maciel¹; Erika Borges P. Chein²;
Simone Varella Antoniutti Smaniotta³*

THE EFFICIENCY OF THE TREATMENT PSYCHOTHERAPY
ASSOCIATED THE ACUPUNCTURE IN PATIENT
WITH ERECTILE DYSFUNCTION

Resumo: Esse estudo tem por objetivo a abordagem da Disfunção Erétil do paciente submetido à Psicoterapia associada a técnicas de Acupuntura a fim de minimizar os níveis de ansiedade e aderência ao tratamento. Trata-se de um caso de Disfunção Erétil aparentemente Secundária, com sintomas de depressão, baixa auto-estima, medo de perda, gerando um círculo vicioso de ansiedade. O quadro clínico pode ser dificultado ou facilitado pela parceira. A dinâmica conturbada do casal pode não suportar a presença de uma limitação parcial da sexualidade. Desta forma é preciso compreender como agem as emoções no casal, as lutas de poder, padrões de comunicação, relação com as famílias de origem e suas crenças. Constatou-se que uso da acupuntura simultaneamente às sessões de psicoterapia, minimizou os efeitos da ansiedade neste paciente, promoveu o reequilíbrio energético, contribuindo para que ele se permitisse entrar em contato com seus medos e impotência, culminando em um desempenho sexual satisfatório.

Palavras-chave: Disfunção erétil; acupuntura; psicoterapia.

¹ Psicóloga Clínica com Formação em Gestalt-Terapia, Psicodrama e Análise do Comportamento. Sexóloga. Acupunturista. Delegada em Goiânia-Go da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. e-mail: deusacm@terra.com.br

² Cirurgiã-Dentista, Especialista em Periodontia, Acupunturista, Terapeuta Corporal. e-mail: erikachein@hotmail.com

³ Fisioterapeuta, Especialista em Neurofisiologia, Acupunturista, Método KABAT. e-mail: simonevarella@gmail.com

Abstract: The goal of this Study is to approach the Erectile Dysfunction by submitting a patient not only to Psychotherapy, but also to Acupuncture techniques in order to minimize the levels of anxiety and enhance the psychotherapeutic treatment. This case is about an apparently Secondary E.D. with depression symptoms, low self-esteem and fear of loss generating an anxiety vicious circle. The clinical picture may be more or less difficult depending upon the partner. The dynamics of the couple may not support the presence of a partial limitation of the sexuality. In such a way it is necessary to understand how the emotions; the struggles for power; the communication standards; the relationship with each one's relatives and each one's particular beliefs act and interact within the couple. It was evidenced, in this patient, that the use of acupuncture techniques simultaneously to psychotherapy sessions minimized the effect of the anxiety and rebalanced energy, allowing him to better get in touch with his fears, with his impotence and finally culminated in a satisfactory sexual performance.

Keywords: Erectile dysfunction; acupuncture; psychotherapy.

Introdução

Segundo Requena:

“[...] A afinidade entre acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa e a psicologia ocidental moderna poderá parecer, *a priori*, uma incongruência. Mas, quando se estuda as teorias da acupuntura, percebemos que se trata do primeiro modelo e ao mesmo tempo, o mais bem feito da psicossomática. A acupuntura fala das emoções fundamentais e da reatividade, do mesmo modo que as modernas teorias de comportamento. A acupuntura descreve as constituições e temperamentos assim como os modelos psicossomáticos dos primeiros médicos (Hipócrates) que inspiraram os trabalhos mais modernos dos biotipologistas e caracteriologistas.” Ademais, vale ressaltar que, o estado das emoções influencia a funcionalidade dos órgãos e vísceras. O desempenho sexual do indivíduo enquadra-se nesta abordagem. (REQUENA, 1990, p. 13).

A compreensão adequada das fases da resposta sexual é fundamental para o entendimento das disfunções que afetam a sexualidade do ser humano. Diversos fatores podem atuar ou contribuir para disfunção sexual, dentre eles, orgânico-físicos, orgânico-hormonais e psicossociais.

O relato deste caso remete-nos ao estudo da psicologia de personalidade corroborando com as teorias que justificam a complexidade do ser humano. Sabe-se que a sexualidade não está dissociada da personalidade do indivíduo e que é uma construção fundamentada na gênese e valores vivenciados.

Para Medicina Tradicional Chinesa, a complexidade do ser humano é tratada de uma maneira ampla, considerando a interatividade do homem e a natureza.

Segundo Chuncai (1999), a MTC considera os cinco elementos da natureza (fogo, madeira, metal, água, terra) como representativos dos cinco órgãos, cinco vísceras e cinco emoções. O homem através dos cinco Qi de suas vísceras produz as emoções de alegria, tristeza, raiva, medo, e preocupação. O paciente com disfunção erétil em sua maioria apresenta um quadro de ansiedade importante, que muitas vezes ocasiona o abandono do processo psicoterapêutico. Baseado nestas evidências buscou-se a associação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), utilizando-se da técnica de Acupuntura a fim de possibilitar o controle da ansiedade e progressão de tratamento.

Por conseguinte, elegeu-se pontos psíquicos e pontos sintomáticos para D.E. como suporte a psicoterapia visando a redução do tempo de resposta ao tratamento. Assim sendo, partiu-se do pressuposto que a psicoterapia associada à técnica de acupuntura, minimizará o nível de ansiedade, promovendo o reequilíbrio energético, facilitando desta forma, a aderência do paciente ao tratamento.

O estudo aconteceu em duas etapas distintas, porém concomitantes, sendo uma a psicoterapia e a outra, a acupuntura, realizada por diferentes profissionais (autores), porém em atendimentos semanais alternados.

2. Caso Clínico

2.1. Acupuntura – Anamnese

I.M.R, sexo masculino, branco, nascido em 14/08/1956, casado, com três filhos, advogado, buscou o tratamento psicoterápico com queixas de disfunção erétil, ansiedade, apresentando sentimento de baixa auto-estima, relatando mágoas e tabagismo excessivo.

Em seu cotidiano, não pratica exercícios físicos, bebe socialmente, relata dores nos joelhos e tensão muscular na região do trapézio. I.M.R queixou-se de uma visão fraca, e apresenta dores de ouvido frequentes (otites) e déficit auditivo. Dorme muito tarde, em torno de uma hora da manhã e acorda muito cedo, entre cinco e seis horas da manhã, afirmando ter um sono pouco reparador.

O paciente relata sensação de frio na região de órgãos genitais. Quanto a sua respiração, a descreveu como “curta”. Sua preferência alimentar é por alimentos quentes. Bebe pouca água por sentir pouca sede, possui pouca eliminação

urinária; sendo esta de cor amarelo escuro e com odor característico forte. Seus hábitos alimentares caracterizam uma forte preferência a alimentos amargos e uma aversão aos doces. O paciente relata preferência climática pelo calor (verão), não gostando do outono.

Quanto à matriz emocional, seu sentimento mais freqüente é a preocupação que envolve o trabalho e o relacionamento conjugal.

Constitucionalmente, suas características deflagram um misto entre Metal (65%) e Fogo (35%). Sua face possui coloração avermelhada, cabelos oleosos e apresentando queda freqüente, sua voz possui uma sonoridade fraca, com traços de insegurança no modo de falar. Sua postura remete a uma tipologia de uma pessoa Yin.

Ao exame da língua percebeu-se coloração amarelo-esverdeada, em toda a sua extensão ocasionada pela nicotina. Apresenta um aspecto ressecado, afinado, com uma mancha na região do coração, apresentando também uma rachadura central e outras menores nas laterais.

Através da pulsologia, percebeu-se desequilíbrio energético nos meridianos: do pulmão (P) do intestino grosso (IG); baço-pâncreas (BP); circulação-sexualidade (CS); triplo-aquecedor (TR); coração (C); intestino delgado (ID); fígado (F); vesícula biliar (VB); bexiga (B) e rim (R) .

2.2 Avaliação Psicológica

I.M.R, masculino, branco, 38 anos, natural de Goiânia-Go, residente em Rio Verde-Go, advogado, casado, pai de três filhos.

O paciente apresentou-se em consultório particular, já tendo vindo por indicação de um médico urologista onde foram feitas todas as avaliações e exames clínicos necessários, excluindo qualquer causa de desequilíbrio físico/hormonal para sua queixa de D.E.

Relata que é fumante ativo há 20 anos, atualmente consome no mínimo um maço de cigarros/dia, toma bastante café e faz uso de bebida alcoólica socialmente. Informou que nunca foi de ter muito desejo, mas que atualmente a D.E ocorre especialmente quando a esposa o procura para intimidade sexual. Diz que às vezes tem dor de cabeça imediata após o coito. Informa ter obstrução de aorta, mas que segundo seu cardiologista, não tem nenhum prejuízo quanto ao exercício da sexualidade. Segundo estudos de Kaplan (1997), a cefaléia pós-coital não tem origem cientificamente definida. Existem hipóteses de causa vasocongestiva, por tensão, ou psicogênica.

Em ordem de nascimento, dentre quatro irmãos é o filho mais novo. A condição sócio-econômica de sua família é classe média alta. Seu pai era um advogado bem sucedido, mas nunca o incentivou ao trabalho, para que ele pudesse ter mais autonomia (sic)⁴.

Dentre todos os irmãos, era considerado pelos pais o menos assertivo e fracassado. Isso lhe gerou medo e insegurança em relação ao mundo.

Quando o pai faleceu, ele ainda não havia concluído o curso superior, pois abandonava os cursos que iniciava, por falta de motivação.

Durante sua juventude, sentia-se inferiorizado, pois os pais se referiam a ele como um incompetente. Desta forma, nunca se sentiu brilhante em nenhum aspecto da vida.

Já na fase adulta, após o falecimento de seu pai, casou-se com uma mulher de personalidade forte que o motivou e bancou financeiramente sua graduação em Direito. Posteriormente a sua graduação, a convite de um irmão foi trabalhar no interior de Goiás como gerente de uma concessionária, mas nunca se sentiu recompensado.

Começou a exercer a profissão de advogado e apesar de não ganhar muito dinheiro têm conseguido manter a família. Reconhece sua dificuldade de controle financeiro, fato que o levou a perder um apartamento e um carro. Culpa-se por emitir cheques pré-datados e depois não conseguir honrá-los – “gasto o que não recebi”(sic).

O paciente relata que nunca sentiu desejo sexual como os amigos referiam sentir, e que atualmente, sua libido está cada vez menor. Contudo, o que o incomoda, é quando a esposa o procura ou se insinua, ele não tem desejo e nem consegue ter ou manter ereção, o que não ocorre, quando ele a procura. Esta ocorrência vem gerando discórdia no relacionamento do casal, pois a esposa acha que ele não a deseja, ou possui outra.

Ele informa também, sentir muita raiva da família especialmente da mãe, pois esta nunca o valorizou, só o denegriu, taxando-lhe de incapaz.

Relata, com angústia, que a mãe mora em um amplo apartamento, sozinha, e não se dispõe a receber os dois netos que atualmente moram de aluguel em Goiânia para estudarem.

No momento, vive uma crise financeira, o que o faz ficar cada vez mais ansioso e conseqüentemente aumentar o consumo de cigarro e café.

⁴ Sic – Segundo informações colhidas.

Discussão do caso

De acordo com Requena (1990), a Medicina Chinesa classifica as grandes tendências do comportamento, como sendo a tendência à cólera e ao arrebatamento, ao excesso de alegria ou emoções, ao excesso de reflexão ou de preocupação, à tristeza e a mágoa, ao temor, ao medo, e ao seu oposto: o excesso de autoridade.

Essas tendências comportamentais emotivas se harmonizam com classificações recentes que as distinguem em seis emoções gerais, que são, o desejo que leva à busca, a cólera que conduz à agressividade, o temor que resulta na necessidade de se proteger, a mágoa que leva ao abatimento (uma das características tratada neste estudo de caso), e alegria que produz um sentimento de gratidão.

Para os médicos chineses, cada uma dessas tendências pode desorganizar o sistema, mas ela o faz de modo privilegiado sobre um determinado meridiano e órgão. Classifica-se, portanto, cinco tipos constitucionais, a partir de características físicas e emocionais nas pessoas, de forma brevelínea. As características constitucionais são denominadas como Fogo, Terra, Madeira, Água e Metal. O paciente em estudo apresenta características constitucionais do tipo Fogo (65%), e o Metal (35%).

Os cinco elementos têm ainda uma utilidade essencial em acupuntura, pois estes servem para classificar todos os fenômenos, podendo classificar também os seres humanos da mesma forma.

O paciente em estudo demonstrou desequilíbrio de energias nos elementos Fogo (Alegria), Madeira (raiva), Metal (tristeza).

Para Morant (1990), “[...] se há transtornos internos não há ereção. Se há transtornos de frio, há retração dos órgãos genitais. Se há transtornos de calor, há ereções sem controle” (p.825). O rim esquerdo atua sobre a plenitude da energia sexual masculina.

Durante o tratamento da acupuntura, elegeu-se dentre outros, os pontos abaixo relacionados, referindo-se a indicação específica da sintomatologia principal referida pelo paciente. Foram aplicados ainda, pontos referentes ao re-equilíbrio energético deste com a puntura dos pontos abaixo relacionados, de acordo com as regras do pentagrama, de dominância e contradominância. Salienta-se também que a eleição dos pontos tanto para tonificação como para sedação dos meridianos, seguiram a tabela de estações Chinesas, no caso, outono.

Os pontos referidos abaixo serão identificados através do nome do meridiano, seguido do algarismo numérico de identificação do ponto e a tradução para o português deste nome.

Desta forma, para Foks, (2005), o Vaso Governador (VG), VG4, atua como ponto de fortalecimento do Yang do Rim. Indicado para distúrbios das funções sexuais, causados pela carência de Yang do Rim, ou Jing Essencial, como por exemplo, impotência, ejaculação precoce, diminuição da libido ou espermatorréia noturna.

Para Morant (1990), o Vaso Conceção (VC) tem ação sobre a energia das formas sexuais, respiratórias e alimentares. Foks (2005) nos informa que o ponto VC 14, representa o ponto Mo (alarme) do coração⁵. Indicado com ação calmante sobre os distúrbios psíquicos e sobre o coração. Ele é freqüentemente empregado nos casos de calor que afeta o coração, estados de agitação, euforia, inquietação. O ponto VC4, é muito importante nos casos de doenças do aparelho genital. É ponto de tonificação para casos de esgotamento físico e psíquico e também para distúrbios de funções sexuais como impotência, espermatorréia e ejaculação precoce.

Também o ponto VC6, é um importante ponto de tonificação para os casos de esgotamento físico e psíquico. Indicado em casos de disfunções sexuais tais como, impotência, ejaculação precoce, poluição noturna. Segundo Morant (1990, p.824), “[...] indicado para o frio e enfermidades no aparelho genital”.

O Ponto do Baço-Pâncreas, (BP), BP8 é indicado para energia sexual insuficiente. Para Foks (2005), o ponto BP6, representa um importante ponto de tratamento para associação com o Meridiano Principal do Rim e com o Meridiano Principal do Fígado. Segundo Wancura (2004, apud FOCKS, 2005) este é um ponto básico para o tratamento das doenças psicossomáticas (associado ao C7) e afecções genitais (associado ao ponto VC4).

Referendamos também os pontos Bexiga (B) B23, como ponto principal para fortalecimento de toda a energia do rim e toda a energia vital. Associado ao B47, teremos o Mar da Vitalidade, fortalecendo toda a energia ancestral e vital do indivíduo, aumentando a potência sexual e diminuindo a fadiga, Neste caso, associou-se, formando uma tríade linear de pontos, acrescentando o VG4.

⁵ De acordo com Orley (2001) os “Pontos Mo ou alarme: são pontos localizados na região ventral do corpo, constituindo em pontos de condensação energética dos órgãos que com eles apresentam uma correspondência de inervação segmentaria subjacente”.

Escolheu-se a dupla de Vasos Maravilhosos CS6-BP4 na maior parte das sessões, a fim de minimizar a ansiedade, e distúrbios psíquicos presentes no momento da terapia. Utilizou-se, também durante os atendimentos prestados, a dupla de vasos Maravilhosos P7-R6, devido sua indicação em afecções ginecológicas e sexuais.

Para auxiliar no diagnóstico e no plano de tratamento os pulsos do paciente foram avaliados. De acordo com Orley (2001), “[...] o exame dos pulsos é uma prática da medicina tradicional chinesa utilizada desde tempos remotos” (p. 216). Através da avaliação do batimento arterial, tem-se exato registro das condições energéticas das funções e meridianos, como também, do estado orgânico de cada órgão principal e/ou víscera, seguindo uma conceitualização chinesa. Segundo Orley (2001), para a Medicina Tradicional Chinesa, a língua, a face, as mãos e a orelha, dentre outras regiões, têm a conotação de microsistemas, onde qualquer setor do corpo contém o Todo, representando-o de maneira funcional e energética. Sendo assim a avaliação da língua também fez parte do diagnóstico do paciente em questão.

De acordo com a avaliação psicológica seus relatos revelaram sua história e sua construção de personalidade. Sua constituição identitária revelou ter como base uma mãe autoritária porém submissa ao pai, este, descuidado, desregrado e ausente.

Segundo Mahler (1977), se o pai não se presta à idealização e identificação. No caso, a figura ameaçadora e castradora parece ser a mãe, e como não há identificação nem admiração pelo pai ausente, tem dificuldade tomar iniciativas, decidir e ter segurança no que executa e escolhe. Até hoje diz que quando está com a mãe é tomado por um sentimento de menos valia, timidez, como se estivesse sempre fazendo algo errado – “Sua presença me faz sentir inferior” (sic).

O processo psicoterapêutico associado à acupuntura revelou que a disfunção sexual do paciente é situacional, ocorrendo somente quando a parceira o procura ou demonstra interesse. Sua inapetência tem como causa as dificuldades psicológicas estabelecidas por sua história de vida.

A confusão estabelecida na relação com o pai bem sucedido, ideal de Ego, porém distante, desregrado, desinteressado e descompromissado em relação aos filhos, resultou-lhe em uma rendição passiva. A presença de uma mãe forte que exercia um papel de dominação, desqualificando-o e o humilhando-o por parecer com o pai, instituiu-lhe um sentimento de insegurança que o limitava em quase todos os papéis de sua vida.

A dualidade entre ser e não ser adulto, entre ter ou não autonomia o deixa confuso e frágil, por isso precisou de uma companheira forte, autoritária, mas protetora, para ressignificar a parte faltante dos pais. A difícil convivência enquanto marido e mulher resultou em inibição do desejo e disfunção sexual especialmente quando essa “mãe” o procura para um encontro sexual.

Conclusão

Considerando que o paciente é de constituição Fogo e Metal, com estes órgãos-choque em desarmonia, e ainda com os elementos Madeiras, e Água também em desequilíbrio por consequência dos elementos anteriores estarem desarmônicos, elaborou-se um plano de tratamento que culminou em uma redução significativa da ansiedade, minimizando outros sintomas, e propiciando condições emocionais que favoreceram a uma resposta sexual satisfatória para o casal.

A acupuntura se mostrou uma ferramenta importante neste processo, devido sua abordagem holística, verificando não apenas o seu sintoma principal, mas as causas deste sintoma; a origem de todo o desequilíbrio. Essa visão permitiu uma via de acesso rápida às emoções deste paciente, restituindo-lhe o equilíbrio e a harmonia físico-emocional, devolvendo-lhe a calma e a sua capacidade de auto-análise, contribuindo, desta forma, para o tratamento psicoterapêutico que aconteceu concomitantemente, o qual desempenhou um papel inestimável na sua reabilitação.

O diagnóstico preciso está diretamente proporcional à capacidade do terapeuta escutar o cliente viajando através do seu mundo, assim como uma anamnese criteriosa. Isto feito, se o terapeuta conseguir proporcionar ao cliente um *setting* que o encoraje a liberação dos conflitos e angustias mais profundo, é certo que haverá *insights* construtivos.

Vale ressaltar, que as vivências do prazer são inicialmente exercidas na relação a dois. O amor sexual maduro implica num comprometimento na esfera dos sistemas sexual, emocional e de valores. Balindo (apud KERNBERG, 1995, p.36) considera que uma verdadeira relação amorosa inclui satisfação genital, idealização, ternura e uma forma especial de identificação, esta sem perder a própria identidade.

Segundo Hartman (1980), a disfunção sexual masculina pode ser resultado de uma relação onde a parceira é ativa e reivindicadora do prazer sexual. A partir de um fracasso eventual em indivíduos vulneráveis, pode-se instalar uma disfunção, pois o desvio da atenção do prazer erótico pela preocupação

com a performance, gera ansiedade e elimina a espontaneidade lúdica que é um ingrediente fundamental nas relações de amor genital.

De acordo com Wainberg (2005), a disfunção erétil desestabiliza o casal, gera ansiedade circular, fazendo daquilo que era fonte de prazer, um pesadelo de ser constantemente colocado à prova, até porque toda identidade masculina é desenvolvida a partir da presença do pênis.

Para Kaplan (1977), um dos fatores que contribuem para disfunção erétil pode ser a transferência neurótica (dos pais para o parceiro), ou seja, conflitos infantis não resolvidos e projetados que se manifestam por meio de hostilidade e medo de rejeição e abandono.

No caso, o paciente de personalidade insegura, com um histórico de desqualificação e baixa auto-estima, mais uma vez se sente pressionado, desvalorizado e inseguro frente à parceira, mulher sexual versus mãe de seus filhos.

A terapia associada às técnicas de acupuntura minimizou o nível de ansiedade e promoveu o re-equilíbrio energético, gerando assim, a aderência do paciente ao tratamento.

Por fim, conforme relato das sessões de psicoterapia e acupuntura, lembramos que embora o paciente já esteja conseguindo manter uma resposta erétil com mais frequência, tratar a disfunção sexual significa mais que promover a recuperação do controle da ereção. Representa antes, recuperar a auto-estima, o sentimento de competência para os diversos aspectos da vida.

Referências bibliográficas

- ABDO, C.H.N. **Disfunção Erétil e Ejaculação Precoce: conceito, Etiologia e tratamento Psiquiátrico.** São Paulo: Editora Lemos, 2001.
- BALCHE, J.; STENGLER, M. **Tratamentos Naturais.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- CAVALCANT, I. R. & CAVALCANT, I.M. **Tratamento clínico das Inadequações sexuais.** São Paulo: Roca 1992.
- CHUNCAI, Z. **Clássico de Medicina do Imperador Amarelo: Tratado Sobre a Saúde e Vida.** São Paulo: Roca, 1999.
- DIAS, C.A.; ALVES, J.M. Reflexões sobre a escolha da parceria conjugal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana.** v.15, n.1. p .113-131, 2004. São Paulo: Iglu, 2004.
- FOULCAULT, M. **Historia da sexualidade.** Vol I, II e III. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

- FOKS, C. **Atlas de Acupuntura**. São Paulo: Manole, 200.5
- HARTMAN, H. **A psicologia do ego e o problema de adaptação**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- KERNBERG, O. **Psicologia das relações amorosas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KUSNETZOFF, J.C. **O homem sexualmente feliz: Do mito à verdade científica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- MAHLER, M. **O nascimento psicológico da criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. **Fantasia Sexual**. O relacionamento amoroso. Segredos do amor e da intimidade sexual. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1998.
- MORANT, G. S. de. **Acupuntura**. Buenos Aires: Panamericana, 1990.
- ORLEY JR., D. **Pequeno Tratado de Acupuntura Tradicional Chinesa**. São Paulo: Andrei, 2001.
- REQUENA, Y. **Acupuntura e Psicologia**. São Paulo: Andrei, 1990.
- SUSSMAN, D. J. **Acupuntura: Teoría Y Práctica**. Buenos Aires: Kier S/A, 2000.
- WAINBERG, L.. O papel da Psicoterapia conjugal no tratamento das disfunções sexuais masculinas. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. vol. 16, nº 02, 2005.p. 231-236.

Anexo:

Até a presente escrita foram realizadas 20 sessões de psicoterapia. Por razões didáticas deixaremos de relatar algumas sessões.

1ª e 2ª sessões: Anamnese, contrato e avaliação psicológica.

3ª sessão: Representação e dramatização do seu mundo-clarificação e fechamento.

4ª e 5ª sessões: Teste HTP, considerações sobre a semana. Paciente extremamente ansioso por causa da crise financeira. Emitiu, muitos cheques pré-datados e não conseguiu receber seus honorários. Clarificação de seu jeito de funcionar no mundo. Técnica do espelho e inversão de papéis. Catarse choro com expressão de raiva.

6ª e 7ª sessões: Paciente apresenta-se deprimido e ansioso. Dramatização da sua relação com a mãe. Aplicação de pontos psíquicos de acupuntura

CS6, BP4, ID3 C7/8 E36 B23/31. Acordou-se a abstinência sexual por 15 dias. Encorajado namoro sem relação sexual. A esposa foi instruída a não procurá-lo durante todo o processo psicoterapêutico, a fim de propiciar-lhe espontaneidade ao saber que só ele teria o controle da situação.

8ª e 9ª sessões: Dramatização da relação com filhos e esposa. Diz que os filhos não assumem a responsabilidade com trabalho. *Insight* “eles são igual a mim..de certa forma eu dei tudo o que não podia, propicieei que estudassem nos melhores colégios da capital..foi igual a mim..só que eu sou um pai superpresente...diferente do meu pai.”. Considerações sobre a última sessão. Informou que deu um ultimato aos filhos. Os dois mais velhos terão que se virar e trabalharem pra se manter.

12ª sessão: Foi acordado que ele iria ser submetido às sessões de acupuntura com outra profissional. Após solicitação por parte da terapeuta, a esposa comparece a sessão e se mostra solícita para colaborar no processo, apesar de denotar estar magoada na relação, diz já estar cansada dessas fraquezas dele (esposo) e que tudo o fragiliza! Chora e diz que não agüenta mais!

Por sua vez, ele, demonstra mais equilíbrio, diz que esta conseguindo se impor melhor. Teve uma conversa com os filhos e explicou a situação real, pediu ao filho mais velho que procurasse um trabalho e que não iria mais “bançar” contas de Internet, nem daria mesada, somente pagaria o aluguel do apartamento e alimentação por um prazo a estabelecer, até que ele conseguisse um emprego.

Informa que novamente recorreu à mãe, pedindo-lhe dinheiro emprestado. Ela lhe emprestou, mas não irá resolver o problema, pois são muitos os cheques pré-datados.

13ª e 14ª sessões: Representação do seu mundo. No plano abstrato traz desânimo, cansaço, tristeza e impotência em relação à vida e ao sexo. A esposa solicitou uma sessão extra e diz que ele está insuportável, intolerante e egoísta, não faz mais o que ela quer! (saída do papel de filho passivo, para homem adulto) começa a expressar suas vontades, recusando-se a alguns afazeres solicitados pela esposa. Encorajado a fazer uso de viagra quando necessário.

15ª e 16ª sessões: Sentimento de baixa auto-estima. Catarse. Chora copiosamente e diz que ainda vai vencer! Role play do papel do pai, dele como pai, marido e profissional. Ficou claro que se sente impotente na administração desses papéis (acha pesado, difícil). Se da conta de que vê a esposa como uma mulher poderosa. (papel da mãe).

17ª e 18ª sessões: Paciente insiste na relação com a mãe sempre com sentimento de ser preterido e desqualificado. Clarificação de papéis assumidos de coitadinho. Não dou conta, não sou capaz. (sic) Não tem relação sexual há 25 dias, diz estar completamente inapetente. **Sessão conjunta:** A esposa reclama do seu mau humor e fragilidade. Clarificação em relação aos comportamentos advindos do processo terapêutico. A terapeuta explica que no início as mudanças, podem parecer radicais, mas que posteriormente tendem a voltar ao equilíbrio. Ele se compromete a cuidar mais de sua vida financeira. Orientação para que a parceira se mantenha sem procurá-lo para encontro sexual.

19ª sessão: Paciente relata ter tido duas relações sexuais normais sem viagra, mas teme que o tratamento termine e a esposa comece a pressioná-lo. Teve discussão com a mãe. Trabalhou-se a dificuldade dele entender que não é mais filhinho da mamãe. Dramatização. Houve catarse.

20ª sessão: Liberado encontro sexual e a manifestação da esposa. Sem que ele soubesse desse acordo.

TEMA:
SOBRE A EJACULAÇÃO

DEFINIÇÕES E DIAGNÓSTICO DA EJACULAÇÃO RÁPIDA

*Bruno Silva Peixoto de Carvalho*¹; *Gisele Vajgel Fernandes*²; *Adriano Almeida Calado*³

DEFINITIONS AND DIAGNOSIS OF RAPIDE EJACULATION

Resumo: Com este artigo, os autores procuram estudar as definições e diagnósticos de uma das disfunções mais freqüentes na sexualidade humana: a ejaculação rápida (E.R.). Através de extensa revisão bibliográfica, diversas teorias e métodos foram abordados e, de uma maneira simplificada e de fácil compreensão, apresentados aos leitores. Após uma introdução necessária para melhor familiarização com o problema, foram discutidas as diversas definições existentes para esta condição tão importante para a satisfação sexual dos casais. Mostrou-se também algumas vertentes de pensamento para a etiologia da ejaculação rápida, dos estudos mais tradicionais até os mais recentes artigos publicados. E para finalizar foi apresentado o estado da arte no diagnóstico, detalhando a avaliação das ferramentas mais utilizadas para a formatação de ensaios clínicos, avaliação diagnóstica e seguimento terapêutico.

Palavras-chave: Ejaculação; definição; diagnóstico.

Abstract: This article look forward to study the definitions and diagnosis of premature ejaculation (P.E.), one of the most frequent sexual disorder nowadays. Through an extense literature review, the authors studied a serie of theories and methods, and in a simplified way, presented them to the journal readers. After an necessary introduction, some differents definitons of P.E. were showed and discussed to help the understanding of such an

¹ Mestrando em ciências médicas pela Universidade de Pernambuco.
e-mail: brunocarvalho@prontomail.com

² Mestranda em ciências médicas pela Universidade de Pernambuco.
e-mail: giselevajgel@hotmail.com

³ Doutor em urologia pela Unifesp.
e-mail: caladourologia@yahoo.com.br

important condition to couple's sexual satisfaction. Also some etiologies trains of thought were shown, from the very early studies to the most recent articles published in the indexed literature. To finish, the state of art in the diagnostical tools was presented, in a effort to maximize clinical trials findings and clarify the use of self-aplicated outcome questionnaires.

Keywords: Ejaculation; definition; diagnosis.

Introdução

A ejaculação rápida (E.R.) é uma disfunção sexual muito importante, pois pode afetar a satisfação sexual tanto do homem como de sua parceira(o). Contudo dispomos de poucos estudos, de nível elevado de evidência, que estudaram o real impacto da E.R. no homem, sua parceira(o) e no relacionamento global do casal (ROWLAND, COOPER, SCHNEIDER, 2001; BYERS, GRENIER, 2003). A disfunção ejaculatória é provavelmente a desordem sexual mais freqüente na população masculina. E com certeza a E.R. é a mais prevalente das disfunções ejaculatórias. Porém, ainda assim, não há um consenso em relação a uma definição universalmente aceita. (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999). Temos uma variedade muito grande de estimativas de prevalência, como também uma série de proposições terapêuticas sem a necessária normatização (ASSALIAN, 2005).

Aqui em nosso meio, nota-se uma hesitação por parte de certa porcentagem dos pacientes em procurar ajuda profissional, ou até mesmo falar sobre o assunto com o seu médico generalista. Talvez por falta de um bom relacionamento médico-paciente ou apenas a inexistência de um tratamento popularmente conhecido e eficaz, um Viagra® para ejaculação precoce por exemplo.

Em alguns relacionamentos o problema é contornado através de diversos mecanismos, acarretando um menor grau de incômodo. Entretanto a E.R. pode causar sérios distúrbios ao relacionamento, surgindo até acusações de egoísmo e comportamentos anormais, como o de evitar as atividades sexuais. E isso tudo, obviamente deixa a condição ainda mais grave.

Fisiologia Ejaculatória

A ejaculação é um fenômeno que envolve tanto o sistema nervoso central (S.N.C.) quanto o sistema nervoso periférico (S.N.P.). Existem várias áreas

do S.N.C. envolvidas na ejaculação – cérebro, tronco cerebral e medula espinhal. Estudos recentes utilizando a tecnologia de emissão de pósitrons (Petscan) evidenciou grande estimulação da área tegumentar ventral durante o processo ejaculatório. (HOLSTEGE, GEORGIADIS, PAANS, 2003)

Vale ressaltar que a ejaculação é dividida em duas fases distintas: Emissão e expulsão. Na emissão o sêmen é depositado na uretra posterior e o esfíncter interno da bexiga se fecha. Na expulsão, que segue imediatamente à emissão, o sêmen é impulsionado pela uretra por contrações da musculatura do assoalho pélvico. No processo ejaculatório estão envolvidos tanto mediadores serotonérgicos quanto dopaminérgicos. Sabe-se que a interferência nos mecanismos de regulação serotonérgicos (dessensibilização dos receptores 5-HT), só acontece após uma ou duas semanas de uso diário de drogas, como a maioria dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina. (WALDINGER, SCHWEITZER, OLIVIER, 2005) Este fenômeno tem que ser considerado na conduta farmacológica nestes casos.

Epidemiologia e definições

Considera-se a ejaculação rápida a mais comum das disfunções sexuais masculinas, afetando de 5 a 40% dos homens sexualmente ativos (ST. LAURENCE, MADAKASIRA, 1992). Existe uma idéia que isto aconteça mais comumente em jovens, mas existe E.R. em todas as faixas etárias. A distribuição também pode variar geograficamente (JANNINI, LENZI, 2005). Uma questão a ser resolvida é a dificuldade de avaliar as queixas subjetivas de E.R.. Fatores culturais e de grau de emancipação feminina dificultam ainda mais esta análise. Atualmente consideram-se dois tipos de E.R.: a primária (aquela que existe desde os primeiros intercursos sexuais) e a adquirida (aquela que surge durante a vida sexual previamente normal). Através de busca na literatura encontra-se diversos termos e definições para E.R., esta falta de consenso prejudica toda a pesquisa e conduta nesta condição. Masters & Johnson a definiu em 1970 como a incapacidade de atrasar a ejaculação o suficiente para que a mulher atinja o orgasmo em pelo menos 50% das tentativas. A Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A.) a classificou como ejaculação após mínimo estímulo, antes durante ou logo após a penetração, sem que o homem a deseje, de forma persistente ou recorrente. Também faz-se mister que isto acarrete angústia ou dificuldade de relacionamento.

A Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) a define como a impossibilidade de adiar a ejaculação o suficiente para não aproveitar a relação sexual. Um

estudo multicêntrico, realizado em 2005, propôs que homens com um tempo de latência ejaculatória intra-vaginal (I.E.L.T.) menor que 0,9 minutos teriam E.R. e que aqueles com I.E.L.T. entre 0,9 e 1,3 minutos seriam classificados como prováveis portadores de E.R. (WALDINGER, QUINN, DILLEEN, 2005). Esta seria uma das primeiras tentativas de definir a E.R. com instrumentos mais fidedignos, porém mais estudos precisam ser desenvolvidos.

Etiologia

Existem diversas explicações plausíveis para a gênese da E.R.. Há décadas que acreditamos que este fenômeno é fruto de fatores psicológicos. Alguns modelos foram propostos. Em 1917, Abraham sugeriu que a E.R. acontece graças a sentimentos negativos contra a parceira (ABRAHAM, VEBER, 1917) Já em 1943, Schapiro aventou que a E.R. tivesse origem em problemas psicológicos que teriam influência na atividade genital (SCHAPIRO, 1943) Contudo não há estudos comprovando as hipóteses destes dois autores. Mais recentemente na década de 70, estudo clássico de Masters & Johnson referia que a E.R. seria consequência de problemas ocorridos no primeiro intercurso sexual (MASTER, JOHNSON, 1970) Kaplan, em 1974, propôs que o fator etiológico central da E.R. seria a falta de consciência do nível de excitação e dos sinais pré-orgásmicos (KAPLAN, 1974). Porém não há provas fortes destas duas hipóteses.

Em 1988, Assalian sugeriu uma hipersensibilidade no sistema nervoso simpático (ASSALIAN, 1988), e finalmente em 1998, Waldinger postulou que o I.E.L.T. teria uma variação biológica decorrente de uma desregulação da ativação de alguns sub-tipos dos receptores serotonérgicos (WALDINGER, BERENDSEN, BLOK, OLIVIER, HOLSTEGE, 1998). Já existem estudos, em animais e humanos, que demonstram claramente uma distribuição matemática deste I.E.L.T., e o papel central do sistema serotonérgico no processo ejaculatório. (WALDINGER, QUINN, DILLEEN, 2005; PATTIJ, DE JONG, UITTERDIJK, A., 2005). Para a E.R. adquirida pouca atenção foi dada pelos pesquisadores. Temos três causas frequentemente citadas (WALDINGER, ZWINDERMAN, OLIVIER, SCHWEITZER, 2005):

- Problemas urológicos como a disfunção erétil e prostatites;
- Problemas psicológicos como o estresse de um novo relacionamento;
- Problemas endócrinos como a disfunção de tiróide, notadamente o hipertireoidismo.

Diagnóstico

Se a gênese da E.R. ainda não está totalmente evidenciada, ao menos o diagnóstico é bem menos complexo. Baseia-se no relato do paciente, história clínica e exame físico. Devemos coletar uma história detalhada, tanto clínica como sexual, e realizar um exame físico padrão, visando detectar alguma possível causa orgânica eventual. Algumas armadilhas são comuns nestes casos. Homens sem E.R. tendem a superestimar seu I.E.L.T. comparando com homens com E.R.. E nestes homens com E.R. o tempo medido por cronômetros, em geral, confere com o tempo por eles estimado. Isto sugere que o relato da estimativa do I.E.L.T., pelo paciente, é suficiente para a confirmação diagnóstica na prática cotidiana. Também é importante, diferenciar o tipo de E.R. enfrentado, se primário ou adquirido. Nesta última, os sintomas tendem a ser situacionais. Um problema conceitual se coloca. Precisamos, para estudos de avaliação de sucesso terapêutico, ter ferramentas matemáticas e questionários confiáveis para uma análise mais precisa. (PRYOR, BRODERICK, HO, JAMIESON, GAGNON, 2005; SYMONDS, ALTHOF, ROSEN, ROBLIN, LAYTON, 2002; YUAN, XIN, JIANG, 2004; RUST, GOLOMBOK, 1986)

245

Sabemos que o relato do I.E.L.T. confere substancialmente com o tempo cronometrado. Mas não temos a mesma convicção nesta relação quando analisamos o aumento deste tempo pós-tratamento. Apresentamos a seguir algumas das medidas que podem ser utilizadas em ensaios clínicos:

- I.E.L.T., definido como o tempo entre a penetração e a ejaculação. É medido pela parceira com cronômetros e é utilizado na maioria dos estudos recentes. Não há uma definição do ponto de corte para diagnosticar a E.R. Os interessados podem acessar o *Journal of Sexual Medicine* e ler o artigo de Waldinger et al. com algumas sugestões de valores (WALDINGER et al., 2005)
- Controle Voluntário (C.V.), alguns autores propõem o C.V. como um bom medidor para definição da E.R (KAPLAN, KOHL, POMEROY, OFFIT, HOGAN, 1974; MCCARTHY, 1988; VANDEREYCKEN, 1986). Mas achamos este muito subjetivo e de difícil quantificação.

Algumas tentativas de medir esta capacidade de C.V. foram realizadas (GRENIER, BYERS, 1997; PATRICK, ALTHOF, PRYOR, 2005; WALDINGER, BERENDSEN, BLOK, OLIVER, HOLSTAGE, 1998), porém não se encontrou diferenças entre os homens com ou sem E.R.

- Incômodo, o incômodo causado pela E.R. é uma variável bastante importante a se estudar. A sua extensão pode definir a gravidade da E.R. (PATRICK et al., 2005; PRYOR et al., 2006; LUE, BASSON, ROSEN, 2004).
- Satisfação sexual, pacientes com E.R., sistematicamente relatam ter menor satisfação sexual se comparados aos homens que não tem E.R. (PATRICK et al., 2005).

Mensagem Final

A ejaculação rápida é um desafio para todos que militam na área da sexualidade humana. Cada vez mais devemos envidar esforços para esclarecer as dúvidas existente agora e as que, com certeza, surgirão no futuro.

Referências bibliográficas

- ABRAHAM, K.; UEBER Ejaculatio Praecox. *Zeitschr Aerztl Psychoanal*; 4: 171, 1917.
- ASSALIAN, P. Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation. *World J Urol*; 12: 12, 2005.
- BYERS, E.S.; GRENIER, G. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couple's perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch Sex Behav*; 32 (3): 261-270, 2003.
- GRENIER, G.; BYERS, E.S.; The relationship among ejaculatory control, ejaculatory latency and attempts to prolong heterosexual intercourse. *Arch Sex Behav*; 26 (1): 27-47, 1997.
- HOLSTEGE, G., GEORGIADIS, J.R.; PAANS, A.M. et al Brain activation during human male ejaculation. *J Neurosci*; 23: 9185-8193, 2003.
- JANNINI, E.A.; LENZI, A. Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definitions, classification and subtyping. *World J Urol*; 18:18., 2005.
- KAPLAN, H.S. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- KAPLAN, H.S.; KOHL, R.N.; POMEROY, W.B.; OFFIT, A.K.; HOGAN, B. Group treatment of premature ejaculation. *Arch Sex Behav*; 3 (5): 443-452, 1974.
- LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281 (6): 537-544, 1999.
- LUE, T.F.; BASSON, R.; ROSEN, R.C. *Sexual medicine dysfunctions in men and women*. 2004

- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Human Sexual Inadequacy**. Boston: Little brown, 1970, pp 92-115.
- MCCARTHY, B. Cognitive behavioural strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. In: LEIBLUM, S.R.; ROSEN, R.C. eds. **Principles and practices of sex therapy: Update for the 1990s**. Guildford Press: New York, 1988, pp.141-167.
- PATRICK, D.L.; ALTHOF, S.E.; PRYOR, J.L. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners. **J Sex Med**; 2(3): 358-367, 2005.
- PATTIJ, T.; DE JONG, T.R. et al.? Individual differences in male rat ejaculatory behavior : searching for models to study ejaculatory disorders. **Eur J Neurosci**; e-pub., 2005.
- PORST, H.; BUVAT, J. **Standard Practices in Sexual Medicine**, Blackwell Publishing, Massachusetts, USA: 2006.
- PRYOR, J.L.; BRODERICK, G.A.; HO, K.F.; JAMIESON, C.; GAGNON, D. Comparison of estimated vesus measured intravaginal ejaculatory latency time (IELT) in men with and without premature ejaculation (PE) In: PORST, H.; BUVAT, J. **Standard Practices in Sexual Medicine**, Blackwell Publishing, Massachusetts, USA: 2006.
- ROWLAND, D.L.; COOPER, S.E.; SCHENEIDER, M. Defining premature ejaculation for experimental and clinical investigations. **Arch Sex Behav**; 30 (3): 235-253, 2001.
- RUST, J.; GOLOMBOK, S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. **Arch Sex Behav**; 15(2): 157-165, 1986.
- SCHAPIRO, B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. **J Urol**; 50: 374-379, 1943.
- ST. LAWRENCE, J.S.; MADAKASIRA, S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review. **Int J psychiatr Med**; 22: 77, 1992.
- SYMONDS, T.; ALTHOF, S.E.; ROSEN, R.C.; ROBLIN, D.; LAYTON, M. Questionnaire assessment of ejaculatory control: development and validation of a new instrument. **Int J Imp Res**; 14 (suppl 4): S33: abstract PS – 7-1, 2002.
- VANDEREYCKEN, W. Towards a better delineation of ejaculatory disorders. **Acta Psychiatr Belg**; 86 (1): 57-63, 1986.
- WALDINGER, M.D.; BERENDSEN, H.H.; BLOK, B.F.; OLIVIER, B.; HOLSTAGE, G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. **Behav Brain Res**; 92 (2): 111-118, 1998.

- WALDINGER, M.D.; HENGELVER, ZWINDERMAN, A.H.; OLIVIER, B. An empirical operationalization of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *Int J Psychiatry Clin Pract*; 2: 287-293, 1998.
- WALDINGER, M.D.; QUINN, P.; DILLEEN, M.; et al.. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med*; 2: 492-497, 2005.
- WALDINGER, M.D.; SCHWEITZER, D.H.; OLIVIER, B. On demand SSRI treatment of premature ejaculation: pharmacodynamic limitations for relevant ejaculation delay and consequent solutions. *J Sex Med*; 2 : 121-131, 2005.
- WALDINGER, M.D.; ZWINDERMAN, A.H.; OLIVIER, B.; SCHWEITZER, D.H. Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620 men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction. *J Sex Med*; 2 (6): 865-870, 2005.
- WALDINGER, M.D.; ZWINDERMAN, A.H.; OLIVIER, B.; SCHWEITZER, D.H. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *J Sex Med*; 2 (4): 498-507, 2005.
- WALDINGER, M.D.; ZWINDERMAN, A.H.; OLIVIER, B.; SCHWEITZER, D.H. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res*; 16 (4): 369-381, 2004.
- YUAN, Y.M.; XIN, Z.C.; JIANG, H. et al. Sexual function of premature ejaculation patients assayed with Chinese Index of Premature Ejaculation. *Asian J Androl*; 6 (2): 121-126, 2004.

TEMA:
SEXUALIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SEXUALIDADE DEPRESSIVA: REALIDADE PRESENTE E FUTURA

*Carlos Pol Bravo*¹

DEPRESSED SEXUALITY: PRESENT AND FUTURE REALITY

Resumo: Disfunções sexuais, foram levadas consideradas por muito tempo como aquelas “doenças secretas que se padeciam em segredo”. Em prática médica temos pacientes com sintomatologias comuns, mas etiología diferente. Problemática sexual apresentando sintomatologia depressiva: Anhedonia, apatia, baixa auto-estima, sentimentos de perda, incapacidade, culpa, insegurança em sua conduta, celotípicas, produzidas ante problemática sexual em fases: Desejo – Excitação – Orgasmo. Uma patologia depressiva como tal, mais disfunção sexual, são suficiente argumento Psicosociosexual para cristalizar dita sintomatologia. Não tentamos desconhecer a realidade de diminuição na libido em pacientes depressivos, mas si devemos valorizar porquê certas circunstâncias sexológicas, em sujeitos não diagnosticados como depressivos, apresentam sintomatologia denominada SEXUALIDADE DEPRESSIVA, similar em referências e queixas do paciente à depressão, mas diferente etiología: preocupação, ansiedade, decaimento frente ao problema: uma disfunção declarada e não valorizada em sua profundidade necessária para um tratamento em sexología médica. Aqui se precisa a história Psicosexual dentro a própria história clínica.

Palavras-chave: Disfunções sexuais; sintomatologia depressiva; história-psicosexual.

Abstract: Sexual Dysfunctions has been taken till today, like those “secret diseases that were suffered in secret”. In medical practice we have patients

¹ Médico Psiquiatra – Master em Sexologia. Membro Ativo Associação Européia de Psiquiatria A.E.P. Presidente Fundador Sociedade Médica Espanhola de Sexología. Diretor Científico Central Médica de Sexología – Bogotá. Membro Fundador Academia de Ciências Medicas do Clube de Médico – Bogotá. e-mail: centralmedicasesexologia@yahoo.es

with common symptoms, but different etiology. Sexual Problematic presenting depressive symptomatology: Anhedonia, apathy, low self-esteem, feelings of loss, incapacity, blame, insecurity in its conduct, jealous problems, produced in front of sexual problems in the three phases: Desire – Excitation – Orgasm. A depressive pathology like as so, plus a sexual dysfunction, are sufficient Psychosociosexual argument to crystallize this symptomatology. We did not try to unknown the reality of diminution of the libido in depressive patients, but we must value why certain sexological circumstances, in subjects non diagnosed like depressive, presents the denominated DEPRESSIVE SEXUALITY similar in references and complaints of the patient to the depression, but different etiology: Preoccupation, anxiety, decay as opposed to the problem: A dysfunction declared and not valued in its necessary depth for a treatment in medical sexology. Here Psychosexual history needs to be inside on the own clinical history.

Keywords: Sexual dysfunctions; depressive symptomatology; psychosexual history.

Faz mais de um século León Tolstoy dizia como “O ser humano estava preparado para sobreviver às guerras, as epidemias, os horrores da doença e as torturas do Espírito. Mas que a tragédia mais atormentadora de todos os tempos, foram e são as tragédias de alcova.” (ref.???)

As disfunções sexuais foram levadas também até a data como “aquelas doenças secretas, que se padeciam em segredo.

“E nos baseamos nesse conceito entre apaixonado e melancólico da literatura Russa, para entrar no marco Clínico da sexualidade e a depressão, podendo assim deixar a inquietude que centra nosso trabalho com o seguinte dilema:

Existe a diminuição da libido na depressão tão só como um sintoma da mesma, ou existe também a diminuição da atividade sexual que ao passo do tempo se cimienta, e impede uma comunicação quando menos verdadeira nas relações sexuais e sociais do paciente, talvez pela falta de informação terapêutica adequada com respeito a seu problema sexual, ou de uma Psicoeducación oportuna em referência ao caso?

Ou por outra parte nos encontramos ante uma Disfunção Sexual (D. S.) propriamente dita e pontualmente angustiante para o varão como é a

disfunção erétil, cuja instauração como explicaremos mas adiante, leve-lhe a expressar uma sintomatologia depressiva?

Igualmente é válido propor o caso de uma mulher com falta de lubrificação durante a fase de Excitação, levando-a a uma diminuição do Desejo sexual podendo apresentar anhedonia, introversión, perda de autoestima, etc.

H. Kaplan em seu livro sobre a Avaliação de Transtorno Sexuais (1988), suscita as seguintes inquietudes:

“Que foi primeiro, a depressão ou o sintoma sexual?

– Foi a depressão subjacente a que motivo que o paciente perdesse a libido, ou foi a perturbação sexual o que a deprimiu e sumiu posteriormente num estado de pesar?

– Tratando-se de uma mulher: deve considerar-se a dificuldade para realizar o coito como um sinal da depressão, ou foi a disfunção sexual causada por uma secura vaginal e a subsequente frustração em suas relações sexuais o que a precipitou à depressão?

Pelo mesmo eixo causa – efeito, nós dizemos:

A um varão com disfunção erétil; sua ansiedade antecipatória de fracasso não pode levar-lhe a dificuldades na fase de Desejo e tudo junto a condutas evitacionistas nas relações sexuais, precipitando-o também a uma sintomatologia depressiva, por sentimentos de incapacidade ou culpa?

Evidentemente não tentamos desconhecer a realidade sintomática da depressão sobre a sexualidade em pacientes diagnosticados como tais. Mas si enfatizar o porquê, em certas ocasiões a conduta sexual em sujeitos não diagnosticados como depressivos, e por fatores determinados ou bem desconhecidos, transforma-se no que bem poderíamos chamar “SEXUALIDADE DEPRESSIVA.”

A grande problemática Clínica nestes casos é averiguar detidamente, o possível transtorno depressivo, ou a alteração na conduta sexual, que pode ser ocasionado por uma disfunção – mantida e não descoberta – afundando na esfera sexual do paciente e seu casal se a tem, para estabelecer um diagnóstico diferencial correto:

Estamos ante uma depressão cuja sintomatologia é concomitante a uma disfunção sexual quanto à conduta sexual do paciente se refere, ou ante **esta propriamente dita** em qualquer de suas fases: Desejo sexual inibido, dificuldade

de lubrificação vaginal, falta de ereção, eyaculación precoce, anorgásmia ou eyaculación retardada.

Todas podem levar a uma relação sexual conflitiva, sem gratificação, e cuja reiterada frustração ou fracasso, ao ser referidas pelo paciente sobre seu estado de animo: Queixas somáticas, sentimentos de culpa e insegurança junto com apatia, anhedonia, abulia e falta de interesse pelo sexo, sugeririam certas suspeitas de sintomatologia depressiva.

Estas situações são valorizadas, mas pouco aprofundadas numa alta percentagem de Histórias Clínicas quanto ao aspecto da esfera sexual se refere.

Ante a carência de perspectivas satisfatórias não existe gratificação sexual, e a dinâmica que pode manter um desejo ativo se deteriora começando a criar resistências com respeito ao ato sexual, o que afeta tanto ao paciente como a seu casal chegando ao que chamaríamos de novo como “sexualidade depressiva” e diminuição na qualidade de vida.

Em certas ocasiões o quadro se recrudece pela falta de apoio que o casal queira ou possa brindar-lhe, segundo seus conhecimentos ou crenças sobre o sexo. Em outros casos, a dificuldade de comunicação e asertividade social impedem estabelecer boas relações sociais do afetado, criando um feedback em sua problemática Psicosociosexual.

Por outra parte, ainda que falemos sempre de “o casal”, não é necessário que um paciente quem apresenta estas características a tenha. Costumam ocorrer estas situações indistintamente em pessoas com ou se parilha, e apresentar evidentemente as mesmas queixas e / ou sintomatologia. Os fatores desencadeantes ou de manutenção podem ser o único ponto de partida para abordar mas exatamente o problema que apresenta o paciente.

Com a intenção de reafirmar-nos em nossa teoria, existe o conceito de autores como R. Taylor no Simposium de Terapia sobre antidepressivos e seus efeitos secundários nas D. S. (Virginia, 1992.) quem explica como uma vez o clínico ao reconhecer um problema sexual num paciente tratado por um transtorno afetivo, encontra-se com um dilema típico envelope diagnóstico:

- Este problema é secundário ao transtorno afetivo?
- É secundário à farmacoterapia para dito transtorno?
- Ou é devido a problemas de casal (o qual a sua vez pode ser secundário a um transtorno depressivo ou relacionado a um ou vários fatores produzidos por uma alteração física?).

De novo nos questionamos o tema dizendo:

Pode o problema sexual ser primário à possível depressão, desencadeá-la ou potenciá-la?

De ser positivo o proposto por Taylor, é necessário indubitavelmente dar maior importância ao aspecto sexual para do que o Psiquiatra possa abordar em profundidade o caso, e efetuar uma valoração mas profunda através de **uma história psicosexual bem estruturada** sobre os conhecimentos de sexualidade em general do paciente, e se padece um D. S. desta em particular.

Em tal caso, conscientiza-lo de sua problemática sexual devido ao D. S. e efetuar o plano de trabalho adequado, **pautando o devido tratamento farmacológico se procede, junto à devida terapia sexual de apoio**, o que pode mudar o horizonte psicossocial do paciente

Assim se facilita o diagnóstico diferencial bem no campo sexológico, ou o psiquiátrico, com o correspondente tratamento antidepressivo, **guardando sempre por norma que de ser um quadro de etiologia depressiva, tem de tratar-se primeiro a depressão e depois o problema sexual.**

CONDUTA SEXUAL NA DEPRESSÃO

Uma vez explicados os conceitos da “sexualidade depressiva, “ sua ambígua sintomatologia e busca de diagnóstico, quisésemos fazer uns breves comentários sobre a sexualidade dentro a depressão.

O enfermo depressivo sofre umas mudanças por todos conhecidos na esfera sexual como em outras tantas. Mas esta quiçá é uma pedra angular pela importância que tem, já que afeta uma das principais formas de comunicação humana.

Segundo o conceito de Beck (1967) sobre a influência dos transtornos psiquiátricos e as disfunções sexuais nos pacientes que padecem depressão, em sua maioria estes experimentam uma perda de seu interesse sexual.

Weissman e Paykel (1974) encontraram que com respeito à sexualidade, a diferença mas pronunciada entre as mulheres deprimidas e as não deprimidas, era o grau da perda do interesse ou desejo sexual nas primeiras. Um poucas referiram disfunção orgásmica ou dispareúnia. Ao recuperar-se da depressão, a mudança importante no ajuste sexual foi um aumento de interesse pelo mesmo.

O trazer estas definições de autores bem conhecidos, é para separar claramente a depressão e sua conseqüente diminuição da libido, do conceito apresentado: Sexualidade depressiva. Com sintomatologia similar, mas etiologia diferente.

FARMACOS ANTIDEPRESSIVOS.

Analisando o problema sexualidade – depressão dentro um marco farmacológico, é indubitável a influência dos antidepressivos na conduta sexual, produzindo uma série de efeitos secundários bem conhecidos.

Podemos começar citando os efeitos de tipo periférico dos antidepressivos heterocíclicos segundo o Prof. E. González Monclús em seu livro Psicofarmacologia aplicada (1993)

“As disfunções sexuais se referem à dificuldade na ereção, ao retardo ou a inibição da eyaculación no varão. À diminuição da libido, e atraso no orgasmo ou anorgásmia feminina.”

Para H. Kaplan (Disfunções sexuais 1988.) “A triste realidade é que os Psicotropos podem menoscar o ciclo da resposta sexual nas fases de Desejo – Excitação e Orgasmo (D.E.O.) em função das doses e com referência a determinados pacientes.”

Com freqüência os problemas sexuais são passados por alto, ou interpretados de forma equivocada.

Seguindo com os conceitos de Kaplan, o diagnostico diferencial e meticoloso dos estados de ansiedade e depressão em pacientes que sofrem D.S. é: **“Um fator de vital importância. Daí a necessidade de um correto diagnostico, medicação e psicoterapia”**

Esta pauta, reforça a idéia antes mencionada por nós, sobre a transcendência que pode ter uma maior abordagem na anamnese psicosexual do paciente.

Em alguns casos, certos pacientes advertem uma melhoria do humor depressivo, produzindo-se um aumento do desejo sexual e a respectiva gratificação, **o qual pode ser potenciado pelo casal.**

Em outros, podem produzir-se uma série de situações anómalas:

1. Rentismo, celotipias e insegurança no casal.
2. Uma disfunção sexual adquirida por concomitância com o casal depressivo, pode dificultar o novo horizonte psicosexual, que pode dissipar-se com

um oportuno tratamento antidepressivo e sobre a disfunção erétil, de ser esta o motivo central.

Assim mesmo J. Gitlin (UCLA. School of Medicine, Los Angeles: California.) em seu Artigo sobre os possíveis efeitos secundários na conduta sexual de pacientes tratados com antidepressivos, explica como as diferenças em ambos sexos não foram o suficientemente estudadas, sendo provável que tanto varões como mulheres estejam afetados igualmente pelos efeitos secundários no aspecto sexual.

Dos três estudos que classificam os níveis de D. S. por antidepressivos segundo o sexo, com um deles se encontrou um alto nível de disfunções nas mulheres.

Outro estudo era mas igualado, e o terceiro deu maior nível de afectação nos varões.

Não obstante as mulheres pareciam mais espontâneas em comunicar estes efeitos secundários da esfera sexual.

Adicionalmente, quiçá devido à maior facilidade da observação na função erétil do varão, bastante estudos se enfocaram exclusivamente nas funções sexuais masculinas, especialmente a disfunção erétil.

Nas três classes de Psicotropos mas comumente prescritos: Antidepressivos, Benzodíacepinas e Neurolépticos, cada um deles costuma ir sócio com um efeito secundário em cada área da função sexual.

Vemos como alguns Fármacos que podem ter um efeito direto sobre o cérebro, costumam interferir no interesse (Desejo) sexual ainda que dito efeito seja secundário às mudanças do estado de animo. (Ej: Metildopa.)

Quiçá a causa mais comum sobre os efeitos secundários na sexualidade, é a interferência nas vias nervosas autonômicas, relacionadas no processo de ereção e lubrificação ou eyaculación e orgasmo (Fases E.O.) como são: Antidepressivos de primeira e segunda geração e os tranquilizantes tanto maiores como menores.

É bastante difícil valorizar os efeitos dos antidepressivos na sexualidade, devido às sérias alterações que pode provocar a depressão sobre a conduta sexual em muitos varões e mulheres.

Para concluir, cremos interessante recordar os Estudos de Beaumont (1977) assinalando que a diminuição da libido foi o efeito mais comum da depressão tanto em varões como em mulheres.

Iniciado o tratamento com/ A D. (Clorimipramina) efetuaram-se mudanças na conduta sexual dos pacientes.

Uma quinta parte dos varões referiram dificuldades na ereção e algumas mulheres começaram a sofrer dificuldades para atingir o orgasmo.

No entanto outras melhoraram sua resposta sexual com a ingestão da A/D. provavelmente pelo efeito benéfico destes sobre seu estado de animo.

Segundo K. Hawton, (1988) em relação aos estados de ansiedade, deixa a inquietude de que não se conhece tão a fundo como séria desejável, a forma como afetam à sexualidade em seu Ciclo de resposta normal.

Depois de uma profunda revisão chegou à surpreendente impressão de que os efeitos não são tão profundos, sobretudo comparados com a depressão.

Isto pode dever-se a que é a ansiedade vinculada à sexualidade, e não a ansiedade geral, a causadora de muitos problemas sexuais.

A MODO DE CONCLUSÕES

Baseando-nos nesse duplo conceito, animamo-nos a incidir uma vez mas em como a depressão e a própria ansiedade vinculada à sexualidade, ou uma forma de conduta sexual deficitária em conhecimentos, educação e imaginação, pode levar a uma sexualidade mermada e com sérias tendências a uma diminuição do interesse ou desejo sexual, como chave primeiramente a outras disfunções 'pela própria apatia que implicam tais atitudes e as repercussões psicossociais produzidas no casal.

Por conseguinte, chegam a confundir-se nesse marco claroscuro de uma depressão solapada, com todas suas conseqüências.

Por isso cremos positivo basear o sucesso diagnóstico numa abordagem incisiva e profunda sobre a esfera sexual desses pacientes e seus casais:

- Transculturalidad, tipo de educação sexual, possíveis traumas. hábitos, etc. – Ter presente a dimensão básica da classificação descrita por Masters & Johnson sobre o início do problema e as circunstâncias em que ocorre, sendo Primárias ou secundárias para o início e situacionais ou totais para as Circunstâncias.
- Posteriormente Kaplan desenvolve este conceito ao plasmar seu modelo trifásico Desejo – Excitação – Orgasmo, e como o desejo tende a bloquear-se ante situações específicas, ou com um colega em concreto.

A transcendência desta classificação fica plasmada como base de estudo, ao ser introduzida no D. S. M. IV-R. Para especificar os critérios diagnósticos sobre as D. S. – É também lógico compartilhar as acertadas atitudes gerais de variar as doses ou mudar o fármaco segundo as reações da conduta sexual naqueles pacientes afetados pelos efeitos secundários.

– Também é muito válido, incluir definitivamente em nossa bateria terapêutica o binômio A D / – D. E. (fármaco antidepressivo – fármaco para a disfunção erétil) com os novos medicamentos de administração oral a doses terapêuticas, e tendo o paciente a oportunidade de poder tomá-lo num tempo discreto antes de ter uma relação sexual, e cujos estudos e experiência Clínica permitem mudar em plenitude o conceito de “sexualidade depressiva” ou mínimo encurtar a problemática sexual para determinados casos em que exista um componente depressivo onde a disfunção erétil afete especialmente a qualidade de vida do paciente masculino.

– Desta forma fechamos o ciclo da resposta sexual com o apoio terapêutico em suas múltiplas fases, sem esquecer nunca a importância que têm todas em seu complexo equilíbrio: Desejo – Excitação – Orgasmo. Onde o **Modelo Biopsicosociosexual** reestrutura o desenvolvimento de uma atividade sexual gratificante ou quando menos praticável no indivíduo afetado, e conseqüentemente em sua relação, melhorando assim a qualidade de vida sexual em ambos membros do casal.

Referências bibliográficas

- BORRULL, J. **Trastornos afectivos en la menopausia**. P.T.D. Barcelona: Editorial Espax., 1991.
- BRAVO, C.P. Interconsulta Psiquiátrica. In: ROJO, E.; CIRERA, E. Sistema Sexual y Reproductor
- CIE 10. Apartado sobre Disfunciones sexuales **Trastornos mentales y del Comportamiento**. Forma S. A. Madrid, 1992..
- D.S.M IV – R. **Apartado sobre Trastornos sexuales y de la identidad sexual**. Barcelona: editora Masson, 1995.
- FREDMAN; SADOCK; KAPLAN. **Sexualidad Humana normal y anormal**. Tratado de Psiquiatria. Barcelona: Editorial Suramericana, 1982.
- HAWTON, K. **Terapia Sexual**. causa de los problemas sexuales. Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.

- KALINA, Z.; BEZCHLIBNYK, B. **Clinical Handbook of psychotropic drugs**. Fourth revised edition.. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers. Sattle. Göttingen. Bern, 1994.
- KAPLAN, H.S. **Disfunciones Sexuales. Trastornos sexuales y medicación**. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A., 1988.
- KAPLAN, H. S. **Evaluación de los trastornos Sexuales. Evaluación médica de los trastornos del Deseo Sexual en el varón y la mujer**. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A., 1985.
- MASTERS & JHONSON. **El Vinculo del Placer**. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1985.
- MICHAEL, J.; GITLIN, M.D. **Psycotropic Medications and Their effects on Sexual Function: Diagnosis Biology and Treatment Aproaches**. *J. Clinical Psychiatry* 55:9, September. 1994. UCLA School of Medicine. Psychiatryc Dept. University of California.
- MONCLÚS, E.G. **Psicofarmacologia Aplicada**. – efectos secundarios de los Psicofarmácos. Barcelona: Organon Española, 1993.
- SADOCK; KAPLAN. **Sexualidad Humana**. Tratado de Psiquiatria. 2ª edição. Barcelona: Editorial Suramericana, 1995.
- SEGRAVES, R.T.M.D. **Overview of Sexual Disfunction Complicating the Treatment of Depression**. *The Journal of Clinical Psychiatry*, volume 10th. Sept., 1992.
- VALLEJO, J.; BULBENA, A. **Introducción a la Psicobiología y la Psiquiatría**. 2ª Edición. Barcelona: Salvat Editores, 1988.

TEMA:
A INTERFACE DA SEXOLOGIA
COM OUTRAS PROFISSÕES

SAÚDE SEXUAL: A MEDICALIZAÇÃO DA SEXUALIDADE E DO BEM-ESTAR

*Alaim Giami*¹

SEXUAL HEALTH: THE MEDICALIZATION OF SEXUALITY AND WELL-BEING

Resumo: O conceito de saúde sexual, desenvolvido a partir de 1975 por ocasião de uma conferência organizada pela OMS, é atualmente usado como fundamento para a criação de programas de saúde pública em inúmeros países. O artigo inclui uma revisão histórica dos diferentes documentos elaborados pelas organizações internacionais e pelos serviços de saúde de diferentes países. Essas análises mostram que o conceito de saúde sexual adquire diferentes significações de acordo com os contextos políticos e culturais nos quais ele é usado. Os documentos analisados colocam em evidência que de acordo com o contexto uma maior ênfase é dada à responsabilidade individual ou ao desenvolvimento de serviços de saúde apropriados. Enfim, o conceito de saúde sexual permite de organizar as intervenções em saúde sexual de acordo com as competências dos diferentes profissionais da saúde.

Palavras-chave: Saúde sexual; saúde pública; formação de profissionais de saúde.

Abstract: The concept of *sexual health*, which was developed at a 1975 conference of the World Health Organization (WHO), is currently being used to set up nationally based public health programs in various countries. I analyze the history of the concept of sexual health since its emergence in 1975, and make a comparative analysis of the contemporary documents dealing with sexual health generated in the U.S. and England, and by organizations such as the WHO and the Pan American Health Organization (PAHO). The conceptions of sexual health remain embedded in national

* Este artigo, incluindo o título, foi traduzido para a língua portuguesa por Laura Camara Lima.

¹ Inserm, U822, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France. INED, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France. Université Paris-Sud 11, Faculté de médecine, IFR69, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France
e-mail: giami@vjf.inserm.fr

and political contexts. Conceptions for sexual health appear to be the result of political compromises and take place in the public health culture and practice of each country. Depending on the context, these different initiatives focus either on individual responsibility or on an appropriate sexual health services organization, and sexual health may be conceived as an ideal state of well-being or as the reduction of negative consequences of sexual activity.

Keywords: Sexual health; public health; sexual dysfunction; training of health professionals.

Introdução

O conceito de saúde sexual é empregado atualmente pela OMS e por um certo número de organizações não governamentais, para desenvolver programas de intervenção educativas e preventivas em saúde pública no âmbito da sexualidade. Este termo é, além disso, cada vez mais usado como equivalente ao termo sexualidade entre os clínicos envolvidos com o tratamento dos distúrbios sexuais. Ele está longe de representar o “conceito vulgar” do qual falava G. CANGUILHEM (2002) a respeito do conceito de saúde.

O conceito de saúde sexual se situa no cruzamento de duas tradições: a tradição do conceito de saúde e a tradição do conceito de sexualidade, que tiveram histórias paralelas ao longo do XX século. Ele se inscreve inicialmente no contexto e no prolongamento do conceito de saúde, definido no preâmbulo da constituição da OMS (1946) como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. O conceito de saúde pensado no século XIX numa dimensão negativa (“o silêncio dos órgãos”), como um dado subjetivo e como um estado estático, foi transformado ao longo da segunda metade do século XX (incentivado pela OMS) em um “processo” que deve ser mantido, conquistado e desenvolvido a través de diferentes métodos, tais como *a educação para a saúde*, que visa estimular a responsabilidade dos indivíduos em relação aos seus comportamentos e a promoção da saúde, visando a atuar no contexto social, ambiental e legal. A saúde, como forma de bem-estar individual e coletivo, tornou-se assim um dos valores centrais e supremos do mundo contemporâneo (VIGARELLO, 1993).

A sexualidade² foi objeto de um processo de modernização desde o começo do século XX. Paul Robinson (1976) descreveu este processo, iniciado pelos

² Segundo os principais dicionários, o termo sexualidade apareceu no contexto da medicina européia no século XIX, por volta de 1838.

sexólogos como Havelock Ellis e Albert Moll, e por Freud, como um desenvolvimento do otimismo sexual. Contrariamente às teorias desenvolvidas ao longo do século XIX pelos médicos e psiquiatras que consideravam que a natureza e a finalidade normal da sexualidade residia na procriação e que a procura exclusiva do prazer através da atividade sexual constituía uma forma de desvio ou de aberração, esses raros autores começaram a pensar que a sexualidade era um componente importante, se não fundamental, do bem-estar e da realização pessoal, e que a “satisfação da pulsão” era uma finalidade normal da vida sexual (GIAMI, 1999). Uma primeira brecha foi então aberta nas teorias dominantes da sexualidade, mas ela não teve efeitos imediatos ao nível do dispositivo médico-legal e religioso de enquadramento da vida sexual, que continuou a considerar, até a metade do século XX, que a normalidade sexual residia exclusivamente no cumprimento da finalidade reprodutiva no âmbito do casamento. O termo de saúde sexual resulta então do encontro entre dois domínios teórico-práticos que se modernizaram e que colocaram a questão do bem-estar e de seu acompanhamento, de seu enquadramento e de seu desenvolvimento, no centro das suas preocupações e das suas intervenções.

O termo de saúde sexual apareceu em 1974, por ocasião da realização de uma conferência em Genebra patrocinada pela OMS, incentivado pelo grupo profissional dos sexólogos, bem estruturado no plano internacional (GIAMI & COLOMBY, 2001). Este constitui um evento importante, na medida em que se trata de uma organização internacional implicando-se no processo de legitimação da dissociação entre a atividade sexual reprodutiva e a atividade sexual não reprodutiva e validando o princípio de associação entre a sexualidade não reprodutiva, o bem-estar e a realização pessoal. O conceito de saúde sexual institui e reforça a separação entre as dimensões erótica e reprodutiva da sexualidade, pretende legitimar o exercício pelos homens e mulheres da vida sexual não reprodutiva e promover a idéia que a sexualidade contribui a uma melhor qualidade de saúde e do bem-estar, quando ela pode ser vivida e praticada livremente e sem restrições, mas certamente não sem regras precisas. Na dimensão operacional, o conceito de saúde sexual propõe um esquema muito preciso das populações. No entanto, a legitimidade política e moral da sexualidade não reprodutiva está longe de ser adquirida no plano internacional³.

³ Por ocasião da reunião que teve lugar nos Estados Unidos, em Nova York, no dia 2 de março de 2005, os estados Unidos propuseram acrescentar ao texto que será adotado no final da reunião de « Pequim + 10 » (plataforma de ação sobre o estatuto das mulheres) uma emenda destacando que a referência à saúde em matéria de reprodução « não constitui uma garantia de um direito universal ao aborto ». (Notícia AFP : 3 Março 2005).

As primeiras elaborações do conceito de saúde sexual passaram despercebidas. De fato, naquela época, raros são aqueles que dão atenção aos trabalhos e reflexões dos sexólogos modernos (BEJIN, 1982). A conferência de 1974 reuniu 29 eminentes participantes vindo de 12 países, principalmente europeus e norte-americanos (GIAMI, 2002). O relatório que foi redigido nesta ocasião, e que foi pouco divulgado fora dos círculos especializados, constituiu a primeira etapa de uma série de definições do conceito de saúde sexual que foram elaboradas e especificadas por ocasião de conferências organizadas posteriormente pela *World Association of Sexology* (WAS) com o apoio da OMS.

Nós tentamos retrazar a evolução do conceito de saúde sexual, situando-o em relação ao contexto histórico no qual apareceu, aos grupos sociais e às organizações que contribuíram à sua elaboração, à sua difusão pública, à sua aplicação prática e às questões que ele levanta. Nós reconstituímos os diferentes momentos das elaborações sucessivas do conceito na história da sexualidade da segunda parte do século vinte, pontuada pela aparição e a difusão da contracepção oral, o desenvolvimento da epidemia da Aids e, enfim, a emergência de novos tratamentos farmacológicos dos distúrbios sexuais, que constituem as três principais etapas do processo de medicalização da sexualidade como ele é empregado no decorrer do século vinte.

A consagração do otimismo sexual

[...] A saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do bem-estar sexual, no que eles podem enriquecer e desenvolver a personalidade, a comunicação e o amor. A noção de saúde sexual implica uma abordagem positiva da sexualidade humana. O objetivo da saúde sexual reside na melhoria da vida e das relações pessoais e não somente no aconselhamento e nos cuidados relacionados com a procriação ou com as doenças sexualmente transmissíveis (DST). (OMS, 1975, p. 41).

A definição de saúde sexual se inscreve inteiramente no âmbito do conceito de saúde, retomando o princípio segundo o qual a saúde sexual não é limitada ao tratamento ou à ausência de doenças, nem à procriação. A saúde sexual aparece dissociada da procriação e da contracepção que foram integradas no domínio da saúde reprodutiva (que é administrado em outras instâncias da OMS). Assim o conceito de saúde sexual se afasta do universo da venerologia e da ginecologia. Ao contrario, este conceito acrescenta ao campo da saúde dimensões tais como a “personalidade”, a “comunicação”, e o “amor” e se estabelece objetivando a “melhoria da vida e das relações pessoais”. Nota-

se aqui uma abertura do conceito de saúde na direção do âmbito habitualmente regido pela moral. O processo de modernização da sexualidade que introduziu o otimismo sexual e que atravessou toda a primeira metade do século XX clandestinamente e no plano das idéias, encontra uma legitimidade social, ao entrar no campo da saúde e se inscrever na área médica. Com essa definição da saúde sexual, a medicação do bem-estar (latente no conceito de saúde) vem ocupar uma posição central. A saúde sexual, com a importância que ela atribui ao bem-estar, revela e reforça o direcionamento do conceito de saúde para o bem-estar e a medicação do bem-estar.

Os níveis de intervenção: educação, orientação e terapia

A realização dos objetivos conferidos ao conceito é definida em termos de níveis complementares de intervenção sobre os problemas sexuais, baseados numa hierarquia que distingue: educação, orientação e terapia. Esses diferentes níveis de intervenção são eleitos conforme as competências atribuídas aos vários profissionais de saúde.

[...] A educação, a orientação e a terapia podem ser considerados como aspectos inseparáveis de um esforço global que visa assegurar a saúde sexual. Em primeiro lugar, o desenvolvimento de uma educação visando a saúde sexual no seio da comunidade, dos médicos e dos outros profissionais de saúde consiste na mais alta prioridade, pois ela implica um mínimo de formação e pode atingir um grande número de pessoas. A educação sexual, que deveria ser uma dimensão fundamental da medicina preventiva, também é eficaz como uma forma de apoio, permitindo aos indivíduos e aos casais superar os seus problemas sexuais. Em segundo lugar, existe uma necessidade de orientação para os indivíduos e os casais que tenham problemas um pouco mais complexos; esta pode ser assegurada pelas enfermeiras, parteiras, médicos generalistas, ginecologistas e outros profissionais. Em terceiro lugar, existe necessidade de terapia sexual em profundidade, que deve ser assegurada por profissionais treinados especialmente para este fim, que podem cuidar das pessoas que têm problemas mais complexos. Os profissionais da saúde e os trabalhadores sociais necessitam uma formação mais especializada para assegurar o aconselhamento e a terapia sexual (OMS, 1975, p. 43).

Os médicos – generalista e especialistas – podem intervir em cada um desses níveis, enquanto que os outros profissionais de saúde (as parteiras em particular) só podem intervir nos dois primeiros níveis (educação e orientação). Os psicólogos não são jamais citados como profissionais de saúde que possam assegurar um ou outro desses tipos de intervenção. A preferência é dada aos profissionais que intervêm na saúde somática e reprodutiva (médicos e

parteiras), junto aos trabalhadores sociais. Esses diferentes níveis de intervenção se articulam num mesmo programa, a saúde pública (educação e prevenção em massa) e a prática clínica mais individualizada e mais especializada.

A formação dos profissionais de saúde: um projeto político

A formação dos profissionais de saúde diz respeito à aquisição de competências teóricas e técnicas, mas também de qualidades relacionais e psicológicas e de atitudes positivas em relação à atividade sexual. A luta contra os “mitos” e os “tabus” que se oporiam ao reconhecimento da validade e do caráter positivo da atividade sexual não reprodutiva, constitui um dos aspectos mais importantes desta formação, e os profissionais de saúde são o primeiro alvo deste combate.

[...] Em muitos países, como também em várias culturas, a existência de tabus e de mitos e a culpa e o segredo resultantes, impostos pela sociedade em relação às questões sexuais, constituem obstáculos importantes para a educação sexual. Ainda mais, em algumas sociedades, o culto do machismo, a dominância masculina e a vitimização da mulher, constituem por sua vez, obstáculos para a idéia de prazer sexual mútuo, uma idéia essencial à prática de relações sexuais sadias. Os sentimentos de culpa podem resultar de influências de culturais estrangeiras, que podem trazer mudanças radicais aos padrões de comportamento sexual. A idéia que considera que sexo é pecado se não tiver como objetivo a procriação – que é uma forma comum de ensinamento que pode estimular o sentimento de culpa no momento da utilização de métodos contraceptivos – constitui uma barreira adicional à educação sexual. (OMS, 1975, p. 51).

O documento propõe um forte questionamento dos valores e dos significados dominantes e principalmente dos valores religiosos que enquadram e regulam a atividade sexual. A elaboração do conceito de saúde sexual, e os métodos propostos para desenvolvê-la testemunham uma ruptura com as concepções religiosas da sexualidade percebidas como obstáculos à realização da saúde sexual e do bem-estar dos indivíduos. A saúde se torna assim um valor moral e social suficientemente forte e significativo para que se possa reivindicá-la contra a influência das religiões e das tradições consideradas como nefastas. O documento defende a igualdade entre os sexos e os direitos das mulheres e dos homens a experimentar o prazer sexual em melhores condições psicológicas e sociais. A saúde sexual se institucionaliza assim, como uma nova concepção cultural da sexualidade, fundamentada sobre o reconhecimento do caráter positivo da atividade sexual não reprodutiva, de sua autonomia em relação à vida reprodutiva, e sobre o reconhecimento

do papel da medicina para realizar e apoiar as transformações propostas. É preciso, entretanto, ressaltar que na época do desenvolvimento da contracepção e com a insistência que é dada para as relações heterossexuais; a homossexualidade não é mencionada no documento, mesmo não sendo mais considerada como doença mental desde 1973 (BAYER, 1981).

A epidemia do HIV-AIDS

O aparecimento da epidemia do HIV-Aids no começo dos anos 80 veio novamente modificar a posição e o status da sexualidade na sociedade e na saúde pública. O otimismo sexual e a associação entre sexualidade e bem-estar vão ser questionados brutal e permanentemente. O sexo é novamente associado à doença e à morte. A liberdade sexual é considerada como uma forma de promiscuidade perigosa, que conduziu a uma catástrofe. Na medida em que os contatos sexuais constituem o principal modo de transmissão do vírus, e na falta de uma vacina eficaz e disponível em larga escala, a modificação dos comportamentos sexuais apareceu como a única possibilidade de prevenção da infecção pelo vírus. Esta situação contribuiu para uma importante renovação das significações atribuídas à sexualidade e aos comportamentos sexuais (GAGNON, 1988). A introdução de um objetivo de modificação bem pensada dos comportamentos sexuais, usada como principal método de prevenção da infecção do VIH, alertou para a questão da ingerência explícita da coletividade em relação aos comportamentos individuais considerados como elementos da esfera privada (BAYER, 1989).

269

Individualismo e saúde sexual: OMS/ EUROPA – 1987

No novo contexto ocasionado pela epidemia do HIV – Aids, o escritório europeu da OMS organiza em 1987 uma reunião de especialistas (principalmente médicos e psicólogos trabalhando no campo da sexologia) para pensar novamente sobre a questão da saúde sexual. Uma nova definição foi elaborada nesta ocasião:

[...] Os conceitos de saúde sexual ou bem-estar sexual reconhecem a variedade e a unicidade da experiência sexual e das necessidades sexuais individuais e afirmam os direitos dos indivíduos de serem livres de toda exploração, opressão ou abuso sexuais. O objetivo das políticas, dos programas e dos serviços relacionados com a sexualidade não é de atingir um nível mensurável de “saúde sexual” na população, mas de dar aos indivíduos a capacidade de satisfazer as suas necessidades e de dar-lhes os recursos pessoais para enfrentar os problemas e dificuldades. (OMS, 1987, p. 4)

A saúde sexual é apresentada aqui como sendo o equivalente do bem-estar sexual, afirmando assim o seu caráter singular e subjetivo. Referência é feita à sua dimensão qualitativa, mais que quantitativa, voltando as costas para as avaliações quantitativas do estado de saúde das populações que conhecem um forte desenvolvimento neste momento (OPPENHEIMER, 1988). O conteúdo do documento marca uma abertura maior ao contexto social, a tal ponto que a saúde sexual parece depender muito mais das condições sociais e das restrições de liberdade que fazem os indivíduos sofrerem, do que do estado de saúde global deles. A saúde sexual começa a ser definida como um direito a defender. Além do mais, esta definição não menciona a manutenção da saúde como sendo um dos objetivos almejado nas intervenções. A saúde sexual é definida fundamentalmente como um aspecto da conduta humana que pode colocar em perigo a saúde global dos indivíduos. A dimensão da prevenção dos riscos associados às condutas sexuais não é evocado.

Além disso, o documento adota uma posição que coloca em questão a associação entre o bem-estar e a sexualidade não reprodutiva, afirmando a importância da procriação para o bem-estar das mulheres que pertencem a certas culturas:

[...] O planejamento familiar é considerado uma parte essencial do bem-estar sexual das mulheres nas sociedades industriais aonde as dimensões do prazer são consideradas como predominantes e a educação das crianças como uma parte limitada do papel da mulher. Entretanto, para uma mulher que pertence a uma cultura diferente, o planejamento familiar pode ter muito menos importância no bem-estar sexual dela. Uma mulher que pertença a uma cultura na qual a educação das crianças constitui um valor importante, poderia achar que o uso do contraceptivo reduz o seu bem-estar sexual. (OMS, 1987, p. 12).

Essas diferentes tomadas de posição: afirmação do caráter subjetivo e individualista da sexualidade e do bem-estar, crítica das medidas quantificadas em saúde pública, questionamento do primado da vida sexual não-reprodutiva e a ausência quase completa de referência à epidemia da infecção pelo HIV, que se encontra fora das prioridades e preocupações do momento. A reafirmação do otimismo sexual e a glorificação dos valores individuais e da legitimidade das culturas locais não se adapta mais aos combates de um mundo tomado pela necessidade de erradicar uma epidemia devastadora. Essas posições também questionam o projeto universalista elaborado em 1975. A saúde sexual e a saúde não parecem ser considerados como valores superiores aos valores veiculados e vividos nas culturas ditas tradicionais, ao menos no que diz respeito à sexualidade. Este documento de 1987 marca

um abrandamento da luta contra “os mitos e os tabus” que se opõe à saúde sexual e que constituía uma das armas usadas no combate contra as tradições locais, opostas ao exercício da sexualidade não reprodutiva, engajado no documento de 1975.

A consolidação da saúde sexual: direitos sexuais e comportamento responsável

O documento *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action* foi finalizado por ocasião de um seminário realizado em Antígua-Guatemala (Guatemala) entre os dias 19 e 22 de maio 2000, sob os cuidados da *World Association of Sexology* (WAS), em colaboração com a *Pan American Health Organization* e a OMS. Este documento se situa muito claramente no quadro conceitual da “promoção de saúde” elaborado em Ottawa, em 1986, com um enfoque dado ao desenvolvimento da responsabilidade individual em matéria de gestão e de manutenção da saúde. O documento levava em conta as novas questões relativas ao desenvolvimento da pandemia do VIH – Aids pelo mundo, ao reconhecimento da prevalência das violências sexuais, ao reconhecimento dos direitos dos homossexuais e à evolução dos direitos das mulheres em matéria de sexualidade. Ele se situa enfim no contexto do desenvolvimento dos novos tratamentos farmacológicos dos distúrbios sexuais. Este documento manifesta globalmente uma abertura importante para a dimensão da saúde pública e da saúde coletiva, mesmo se o nível da intervenção clínica e terapêutica é reforçado com o aparecimento dos novos tratamentos dos distúrbios sexuais.

O seminário tinha então o objetivo : “de desenvolver um quadro teórico para a promoção da saúde sexual, de identificar os principais problemas de saúde sexual na América, de sugerir estratégias e ações a fim de desenvolver e manter a saúde sexual”. O conceito de saúde sexual é fundamentado, deste momento em diante, em noções de “comportamento sexual responsável” e de “sociedade sexualmente sadia”. Essas duas noções são associadas à noção de “direitos sexuais” que foi objeto de uma declaração solene adotada por ocasião da 14ª conferência da WAS que se deu em 1999, em Hong-Kong. Entre outras coisas, o documento redefine os principais problemas sexuais que se apresentam aos indivíduos e às sociedades e introduz uma verdadeira nomenclatura das síndromes clínicas que testemunha a medicalização da abordagem dos distúrbios e dos problemas sexuais.

Saúde sexual, direitos sexuais e comportamento sexual responsável

[...] A saúde sexual é a experiência de um processo contínuo de bem estar físico, psicológico, e sócio-cultural relacionado à sexualidade. A saúde sexual é baseada na expressão livre e responsável das capacidades sexuais que reforçam o bem-estar harmonioso, pessoal e social, e enriquece a vida individual e social. Não é somente a ausência de disfunção, de doença ou de enfermidade. Para que o objetivo da saúde sexual seja atingido e mantido, é preciso que os direitos sexuais de todos os indivíduos sejam reconhecidos e mantidos. (PAHO/OMS/WAS, 2000, p. 6).

A nova definição de saúde sexual permanece bem ancorada na idéia de bem-estar. Mas o documento dá agora mais importância à liberdade e à responsabilidade individual e nele está reconhecido explicitamente que a concepção do “bem-estar” que é proposta às populações é fundada também sobre um sistema de valores que não é submetido ao conhecimento científico ou à verdade. Esse ponto marca então uma mudança importante em relação ao documento de 1975, que apresentava as proposições da saúde sexual como liberadas de todo valor e fundamentadas sob as luzes do conhecimento.

A associação entre a saúde sexual e os Direitos Humanos exprime a nova ancoragem dentro de um sistema de valores, com vocação para o universalismo. O livre exercício da sexualidade constitui à partir deste momento uma dimensão central da saúde global; do bem-estar e dos Direitos Humanos. O “prazer erótico”, “auto-erotismo” incluso, é apresentado como o valor fundamental e constitutivo da sexualidade e do bem-estar legítimo. A definição dos problemas de saúde sexual, e das síndromes clínicas, assim como os modos de intervenção (informação, orientação e terapia) que deles decorrem visam a diminuir ou retirar os obstáculos (sociais ou de saúde) que se opõe ao livre exercício dos direitos sexuais e da saúde sexual, concebida como “atividade sexual livre e satisfatória”. As diferentes conseqüências nefastas da atividade sexual (as DST ou a gravidez não desejada) são concebidas ao mesmo tempo como obstáculos para a expressão da saúde sexual, conseqüência de comportamentos sexuais não responsáveis, e como resultado de uma organização defeituosa dos sistemas de saúde. Esse documento introduz novas limitações ao ideal do otimismo sexual.

Enquanto que o documento de 1987 tinha identificado os obstáculos culturais e sociais que impedem a promoção da saúde sexual, e trata a saúde sexual como uma dimensão e um valor a proteger, o documento elaborado em 2000 volta a mencionar a responsabilidade dos indivíduos. Se os obstáculos

e as ameaças que pesam sobre a saúde sexual são sempre situados principalmente no contexto social, o documento propõe uma dupla estratégia de ação, visando por um lado os comportamentos individuais e por outro lado o meio social. O conceito de “comportamento sexual responsável” estabelece os critérios que visam preservar e desenvolver a saúde e o bem-estar, do ponto de vista da responsabilidade dos indivíduos.

[...] O comportamento sexual responsável é expresso nos níveis individual, inter-pessoal e comunitário. Ele inclui a autonomia, a reciprocidade, a honestidade, o respeito, o consentimento, a proteção, a procura do prazer e do bem-estar. Uma pessoa que reivindique um comportamento sexual responsável procura não prejudicar e se abstém de explorar, de assediar, de manipular e de discriminar os outros. Uma comunidade promove comportamentos sexuais responsáveis quando fornece os conhecimentos, os recursos, e defende os direitos dos quais os indivíduos necessitam para manifestar tais condutas. (PAHO/OMS, WAS 2000, p. 8)

Os critérios constitutivos do comportamento sexual responsável representam um verdadeiro código de conduta fundado sobre princípios inspirados na moral judeu-cristã. Ele impõe obrigações aos indivíduos que agem no quadro dos seus direitos legítimos. Além disso, o conceito de “direitos sexuais”, que não tem no momento nenhum valor legal nem regulamentar, defende um sistema de valores em âmbito universal e predominante sobre outras culturas específicas.

A ação das organizações internacionais vem se inscrever explicitamente numa perspectiva de mudança social e cultural baseada na idéia de um progresso orientado no sentido da realização dos ideais da Saúde. Os autores do documento da OMS convidam à elaboração de um consenso internacional visando favorecer os “direitos sexuais” inspirados nos Direitos Humanos.

[...] Os Direitos Humanos são próprios a todo ser humano. No entanto o seu reconhecimento não cria os direitos em si. Os Direitos Humanos vão além dos valores culturais. Se uma cultura particular tem práticas contrárias aos Direitos humanos, ela deve ser modificada, como no caso das mutilações genitais das mulheres (...) A abordagem em termos de direitos humanos já foi desenvolvida com respeito à promoção da saúde reprodutiva. A proteção da saúde é um direito humano fundamental, disto decorre que a saúde sexual se baseia nos direitos sexuais. (PAHO, OMS, WAS, 2000, p. 10)

A associação entre a Saúde e os Direitos humanos que foi desenvolvida a partir dos anos 1990, sob a influência de Jonathan Mann (MANN, GOSTIN, GRUSKIN, BRENNAN, LAZZARINI & FINEBERG, 1994), reforça e

consagra a idéia segundo a qual a saúde é um dos valores fundamentais da vida social e um dos principais critérios de avaliação das instituições e dos sistemas políticos. A saúde constitui a partir deste momento um desafio político que confronta outros sistemas de valores que poderiam representar obstáculos à sua realização. A associação entre a saúde sexual e os direitos sexuais se insere na estratégia do estabelecimento de um consenso internacional visando uma nova moral sexual fundamentada sob o princípio e a finalidade da saúde como bem-estar.

Conclusão

Os documentos que nós apresentamos são o produto de um longo trabalho realizado pelos representantes do grupo profissional dos sexólogos do quadro da OMS. Eles constituem a expressão de um laboratório de idéias com vocação política e não podem ser considerados como a posição oficial da OMS. Somente em 2004 a OMS inaugura oficialmente um programa de trabalho relativo à saúde sexual, dentro de um programa dedicado à saúde reprodutiva.⁴

Nós tentamos analisar as implicações da associação entre o conceito de saúde e o conceito de sexualidade que fez surgir o conceito de saúde sexual. Esses dois conceitos comportam a referência ao bem-estar no coração mesmo nas suas definições modernas. Num primeiro momento, o conceito de saúde sexual permitiu legitimar socialmente a ligação entre o bem-estar e a sexualidade, numa representação da sexualidade compreendida como uma dimensão erótica e dissociada da função reprodutiva. Esta representação da sexualidade como expressão do bem-estar surgiu no começo do século XX, como uma corrente de idéias minoritária, antes de ser socialmente reconhecida graças à difusão da contracepção hormonal e a descoberta do orgasmo psicofisiológico. As modalidades de intervenção visando a prevenir e tratar os problemas ligados à sexualidade (contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios e disfunções sexuais, violências sexuais, etc...) delimitaram o campo de competências de um conjunto de categorias profissionais trabalhando neste domínio (os sexólogos principalmente). A legitimação da dimensão não-reprodutiva da sexualidade e de sua ligação com o bem-estar foi realizada durante um processo de apropriação médica da sexualidade (LANTERI-LAURA, 1979), que consistiu na introdução

⁴ Sexual Health : a new focus for WHO . *Progress in Reproductive Health Research*, n° 67, 2004.

do prazer sexual e do erotismo no domínio da medicina e da saúde pública, definindo a sexualidade em termos de saúde, e definindo as diferentes formas de intervenção médicas e psicológicas. Nesta etapa da história do conceito de saúde sexual, a medicalização da sexualidade consiste no reforço da apropriação médica de um domínio da existência humana.

Com as últimas definições da saúde sexual elaboradas em 2000 e a abertura do campo da saúde sexual à questão dos “direitos sexuais” e do “comportamento sexual responsável”, nós somos confrontados com um outro tipo de processo. A saúde que se tornou um dos valores principais do mundo contemporâneo (AÏACH, 1998) (mas, sobretudo os atores e as instituições que encarnam o princípio da saúde no mundo social) contribui para a definição dos códigos de comportamento que dizem respeito ao registro da conduta moral mais do que do registro que regula as condutas sanitárias e contribui à definição dos princípios de regulação da organização social. Esses dois tipos de código de conduta (individual e coletivo) são fundamentados e justificados pela finalidade e a racionalidade encarnadas pelo princípio de saúde. Nos assistimos assim a uma convivência entre os valores e os princípios da moral tradicional e da cultura ocidental.

Enquanto que o primeiro movimento consistia na apropriação médica de um domínio da atividade humana, o segundo movimento coloca em evidência como a saúde se tornou progressivamente o fundamento e a justificativa dos valores morais individuais e coletivos. A saúde sexual estando então prestes a se tornar uma das principais expressões da moral sexual.

Referências bibliográficas

- ABRAHAM, G.; PASINI, W. *Introduction à la sexologie médicale*. Paris: Payot, 1975.
- ACTON, W. *The functions and disorders of the reproductive organs in childhood, youth, adult age, and advanced life considered in their physiological, social and moral response*. Philadelphia: Lindsay and Blakiston, 1865.
- AÏACH, P. Les voies de la médicalisation. In: AÏACH, P.; DELANOE, D. (Org), *L'ère de la médicalisation*. Paris: Anthropos, 1998. p. 15 – 36.
- BAYER, R. *Homosexuality and American psychiatry*. The politics of diagnosis. New York: Basic Books, 1981.
- _____. *Private acts, public consequences*. AIDS and the politics of public health. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1989.

- BEJIN, A. Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues. **Communications**, n. 35 : p. 159 – 177, 1982.
- CANGUILHEM, G. La santé : concept vulgaire et question philosophique. In: **Ecrits sur la médecine**. Paris: Seuil, 2002. p. 49 – 68.
- GAGNON, J. Sex research and sexual conduct in the era of Aids. **Journal of AIDS**, n. 1, p. 593 – 601, 1988.
- GIAMI, A. Cent ans d'hétérosexualité. **Actes de la Recherche en Sciences sociales**, n. 128, p. 38 – 45, 1999.
- _____. A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. **Annual Review of Sex Research**, V. 13, p. 1 – 35, 2002.
- GIAMI, A.; DE COLOMBY, P. Profession sexologue? **Sociétés Contemporaines**, n. 41-42, p. 41 – 63, 2001.
- HAIRE, N. **Sexual Reform Congress – Proceedings of the Third Congress**. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co., Ltd., 1934.
- LANTERI-LAURA, G. **Lecture des perversions**. Histoire de leur appropriation médicale. Paris: Masson, 1979.
- MANN, J.; GOSTIN, L.; GRUSKIN, S.; BRENNAN, T.; LAZZARINI, Z. & FINEBERG, H. Health and human rights. **Health and Human Rights. An International Quarterly Journal**, V.1, p. 6 – 23, 1994.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Human sexual response**. Boston: Little Brown and Co., 1966.
- MORT, F. **Dangerous sexualities. Medico-moral politics in England since 1830**. London: Routledge, 2000.
- OPPENHEIMER, G. In the eye of the storm: The epidemiological construction of AIDS, In: FEE, E.; FOX, D. (Org.), **AIDS, The Burden of History**. Berkeley: University of California Press, 1988, p. 267 – 300.
- ROBINSON, P. **The Modernization of Sex**. New York: Harper & Row, 1976.
- VIGARELLO, G. **Le sain et le malsain: Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age**. Paris: Seuil, 1993.

Documentos da OMS

Organização Mundial de Saúde (1946). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health

Organization, No. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Disponível em : <<http://policy.who.int/>>.

Organização Mundial de Saúde (1975). Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO Meeting (Technical Report Series No. 572). In E. Haeberle, & R. Gindorf. (Eds.). (1993). Sexology today: A brief introduction (pp. 40-62). Dusseldorf: DGSS. Disponível em: <<http://www.2.rz.hu-berlin.de/sexology/>>.

Organização Mundial de Saúde – Regional Office for Europe. (1987). *Concepts of sexual health: Report of a working group*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_MUR_521.pdf>

Pan American Health Organization/World Health Organization. (2000, May 19-22). Promotion of sexual health : Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). (In collaboration with the World Association for Sexology). Disponível em : <<http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>>.

A INTERFACE DA SEXOLOGIA COM OUTRAS PROFISSÕES: O PSICÓLOGO

Raquel Simone Varaschin¹

THE INTERFACE OF SEXOLOGY WITH OTHER PROFESSIONS: THE PSYCHOLOGIST

Resumo: O estudo da sexualidade abrange vários campos, dada a interferência biopsicossocial na resposta sexual, e, desta forma, o comportamento e/ou a inadequação sexual deverá ser abordada dentro de um macrosistema, que inclui variantes, controláveis ou não, e regras ou ações individuais ou intergrupais.

O psicólogo, dentro deste contexto, irá permear as dinâmicas intra e interpsíquicas do indivíduo, cujo contexto familiar e histórico delimitam normas sociais e formatam uma cultura que hoje transita entre a repressão, a restrição e a liberação.

Ambigüidades ou ambivalências farão parte da estrutura e organização deste sujeito, que anseia viver o prazer sem limites e intercorrências.

Palavras-chave: Comunicação; intimidade; expectativas; fantasias; crenças.

Abstract: The study of sexuality includes several fields, considering the biopsychosocial interference in the sexual response, and, this way, the behavior and/or sexual inadequacy should be analyzed inside a macro system, which includes variants, controllable or not, and rules or individual and intergroup actions.

The psychologist, in this context, will evaluate the intra and interpsychic dynamics of de individual, whose family and historic context determine social rules and establish one culture which nowadays passes through repression, restrictions and liberation.

¹ Psicóloga, Pós-graduada em Sexualidade Humana, Terapeuta de Casal e Terapeuta Sexual, Membro do Conselho Deliberativo da SBRASH. e-mail: raquel@axmail.com.br

Ambiguities and ambivalences will be a part of his person's structure and organization, who is in search of living pleasure with no limits and no problems.

Keywords: Communication; intimacy; expectations; fantasies; beliefs

Pode-se entender a sexologia sob diversos prismas: antropológico, sociológico, moral, biológico, psicológico, em que cada área determinará nuances, especificidades de conduta, das funções e disfunções, dos pensamentos, dos sentimentos, crenças, tipos de interações e vínculos, e aspectos comunicacionais. Conseqüentemente, apresentarão diagnósticos sócio-culturais, anátomo-fisiológicos e afetivo-sexuais, associados a intervenções que direcionam e enquadram, através de leis, normas e cláusulas de relacionamento, podendo interferir na percepção da diferença, das particularidades e da totalidade do sujeito.

Muitas vezes, intervenções mecanicistas, tecnicistas ou organicistas não serão suficientes para a melhora do paciente, pois sua disfunção ou inadequação sexual poderá ser um sintoma ou comorbidade de um transtorno mental (transtorno de humor, de ansiedade, somatoforme,...), de dependência química (síndromes comportamentais), de um sistema de crenças rígidas (dependendo da formação religiosa e familiar), ou advir de doenças físicas (como cardiopatias, disfunções renais crônicas, doenças terminais), que, apesar do aspecto orgânico, a implicação psicoemocional é significativa; ou então, a disfunção sexual pode remeter a sentimentos de incapacidade, de insegurança, fantasias temeríficas, ansiedade e tensão, e estes, por sua vez, conduzir ou agravar quadros depressivos, ansiogênicos ou outras perturbações mentais mais graves. Além disso, a inclusão do processo educacional como variante na construção da sexualidade e de sua identidade sexual.

Portanto, o paciente chega com uma história individual, familiar e sócio-cultural, que imprime uma linguagem, um comportamento, um perfil pessoal e uma comunicação. Tais elementos traduzirão sua resposta sexual, na sua manifestação e expressão.

O psicólogo avaliará a dinâmica intra e interpessoal do indivíduo, que responde de diversas maneiras para falar de suas angústias, tensões, temores, fantasias e expectativas.

Em relação aos aspectos intrapsíquicos, analisam-se mitos e tabus, crenças, expectativas e experiências pessoais, que podem resultar no desenvolvimento de sentimento de culpa, falta de confiança, obrigação ou urgência em dar e

ter prazer, alterações perceptivas, medo de falhar, sentimentos de reprovação e rejeição, frustração e raiva, falta de intimidade e baixa autoestima, entre outros.

Nos aspectos interp-síquicos, serão considerados: o mapa de amor (história de amor e história emocional da família de origem), contexto sócio-cultural, situação econômica-financeira (obrigações e responsabilidades), tipo de trabalho que executa, e questões de gênero, que atuarão sobre a escolha do parceiro, no contrato relacional (implícito e explícito) e na dinâmica do relacionamento (comunicação, atitudes e comportamentos)

A partir desta análise, cabe ao psicólogo observar os elementos que estão interferindo e comprometendo a estrutura e organização deste indivíduo em sua interação sexual, para desenvolver facilitadores nas intervenções a serem realizadas, podendo fazer uso tanto de conceitos e instrumentos da terapia cognitivo-comportamental, sistêmica e/ou analítica.

E não se pode esquecer que lidar com o aparato psicológico implica em realizar confrontos, que normalmente o indivíduo se defende pelo desconhecimento, pela falta de informação e formação, pelos medos que cercam o contato com o EU, que pode diferenciar-se do EU IDEAL, e desvelar fragmentações e fragilidades, que, muitas vezes, nega ou racionaliza.

O paciente que chega ao consultório, normalmente espera encontrar causas orgânicas específicas, principalmente de origem endócrina, entendendo que desta forma seria mais fácil a resolução, já que para a maioria das pessoas o entendimento da sexualidade é mecânico e não relacional.

O desconhecimento começa pelo próprio corpo, em sua forma, na sua percepção sensorial, nos sentimentos e emoções que produz – uma identidade física segmentada, em que corpo e alma estão dissociados e destituídos de um significado integrativo.

Neste sentido, o reducionismo pode estar não apenas no papel dos profissionais de saúde, mas na proposta deste indivíduo na condição de separar sexo da sexualidade, buscando soluções mágicas e de curto prazo, reforçados por uma sociedade consumista e imediatista.

Conscientes do grande auxílio que as novas drogas estão propiciando em resposta a uma das grandes angústias do ser humano: sentir-se impotente – que desencadeia processos psíquicos e comportamentais, que maximizam os efeitos deletérios de uma disfunção sexual – essas drogas agem como facilitadores na aquisição dos sentimentos de confiança, reduzindo a ansiedade e tensão na expectativa de um desempenho sexual adequado, e, com isso,

rompe-se com um dos ciclos viciosos da manutenção da disfunção. No entanto, abrimos um novo ciclo, o da dependência da droga para atuar, porque, na realidade, o sentimento de confiança desenvolvido está vinculado aos efeitos da droga e não na aquisição da autoconfiança.

Outro fator importante consiste ao uso do sexo virtual, com estímulos variados, percorrendo imagens eróticas, pornográficas ou desvios sexuais, que imprimem rapidez de resposta aos desejos e/ou necessidades sexuais ou relacionais, disfuncionais ou não, e que mais uma vez suprimem uma resolução adequada e ampliam, muitas vezes, o problema em questão.

Nos relacionamentos descartáveis, denota-se um sincretismo sócio-cultural, baseados em desejos íntimos que não compõe as características atuais da dinâmica dos relacionamentos, e que muitas vezes não são percebidos pelo indivíduo. Há uma dissociação de valores, princípios e necessidades básicas em relação à vivência deste sujeito, que impedem a evolução de sua sexualidade relacional e o desenvolvimento da intimidade do casal em diversos níveis, comprometendo tanto a comunicação verbal como não-verbal.

A comunicação continua sendo um ponto importante tanto na relação terapêutica quanto do casal, onde muitas vezes o que o sujeito expressa está contaminado pelas leituras e interpretações que fez ao longo de sua história de vida, registrando-se nas respostas dadas, sejam escritas, faladas ou encenadas, um prejuízo no entendimento e no discurso, em função de alterações perceptuais produzidas por sua história individual e familiar.

Portanto, o psicoterapeuta deve estar atento às informações dadas por esses pacientes, que podem estar racionalizando, negando, dissociando ou reprimindo, em função de suas crenças, de seus desejos e, principalmente, da necessidade de acomodar um sofrimento físico e psíquico frente uma disfunção sexual, já que numa sociedade patriarcal, marcada pelo machismo, e no desenvolvimento dos direitos sexuais da mulher marcado pelo feminismo, vive-se ainda a ditadura do “*phalus*” e do prazer sexual.

A busca pelo prazer está cada vez mais alicerçado na conquista de um número maior de parceiros, de frequência de relação sexual, de intensidade, de fantasias e comportamentos sexuais, que transcendam qualquer limite imaginário.

O limiar de frustração está reduzido, comprometendo a tolerância às dificuldades, conflitos e imperfeições, inerentes ao ser humano. Tecnologizou-se o trabalho e as relações, e nesta programação não é permitido não funcionar. E se isto acontecer, pode chamar um técnico, ou então, trocar a máquina, até porque com a rapidez de processamento, já se tornou obsoleta.

Na procura de algo melhor, algumas vezes pode-se atropelar o outro e a si mesmo, quando o sujeito deixa de dar conta de sua essência para apreciar um pacote que se mostra instigante e estimulante, na condição de ter e não de ser, perpetuando um vazio existencial do objeto amoroso.

A paixão, compondo a alquimia desta busca, vem de encontro aos anseios desta população, enquanto ela age e interage de forma autônoma, sem a necessidade de um envolvimento maior do sujeito para o desenvolvimento da relação. Assim, ele apenas responde aos movimentos deste estado, de forma passiva e autocentrada.

Percebem-se no mundo atual, posições narcísicas, egocêntricas, onde o outro passa a ser apenas um colaborador da obtenção do prazer e da satisfação das necessidades básicas ou secundárias, desqualificando a interação e a troca, que são vitais para a manutenção da identidade do casal.

Sendo assim, cabe ao psicólogo, junto ao paciente, auxiliá-lo na construção e reconstrução de sua sexualidade: eu-corporal, eu-emocional, eu-relacional, eu-social e eu-espiritual, adequando expectativas e propiciando recursos para lidar com os fatores que aproximam ou afastam do outro e de si mesmo.

Hedonismo à parte, o prazer não deve ser encarado como supremacia, um governo de eleitores sem alma, apenas em busca da satisfação carnal, mas sim como parte do humano, do romance, uma fusão do tato com o inconsciente, e não da carne com o inconseqüente.

TEMA:
AMBULATÓRIOS DE SEXOLOGIA
E REPRODUÇÃO EM HOSPITAL PÚBLICO

AMBULATÓRIO DE SEXOLOGIA DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA DA UFRJ – HOSPITAL MONCORVO FILHO

Maria do Carmo de Andrade e Silva¹; Paulo Roberto Bastos Canella²

THE AMBULATORY OF SEXOLOGY OF GYNECOLOGY INSTITUTE OF UFRJ

Resumo: O Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ. – Hospital Moncorvo Filho foi organizado em 1986 e desde então se encontra em funcionamento. Neste serviço médicos e psicólogos trabalham em equipe, em um processo multidisciplinar para o atendimento dos diversos problemas sexuais. A população que frequenta este ambulatório caracteriza-se, por pessoas residentes na periferia da cidade do Rio de Janeiro e, que têm carências socioeconômicas e culturais acentuadas. A demanda de queixas apresentadas é muito variada, trabalhando-se com disfunções sexuais femininas e masculinas, conflitos e inversões de identidade, intersexo, má formações genitais, transtorno de gênero e conflitos conjugais. Problemas com etiologias orgânicas, psicológicas, sociais e mistas. A partir do início do trabalho terapêutico, a pessoa será atendida sempre pelo mesmo profissional, ou por profissionais, quando o caso exigir uma participação médico-psicológica mais constante. Quando a pessoa tem um parceiro fixo – e para um melhor andamento do caso, a presença dele for importante, este será chamado a participar. Neste caso poder-se disponibilizar atendimentos individuais e atendimentos mistos, às pessoas e ao casal. Nestes anos de trabalho em equipe multidisciplinar, temos observado condições de trabalho mais seguras, assim como melhores resultados com esta população. Que apresentando problemas variados, muitas vezes implicando causas mistas, requerem atendimentos com focos mais amplos.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Coordenadora do Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

² Médico Ginecologista – Mestre em Ginecologia e Livre Docente em Medicina. Coordenador do Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ. e-mail: canella@gineco.ufrj.br

Palavras-chave: Atendimento ambulatorial; problemas sexuais; sexologia clínica; atendimento multidisciplinar.

Abstract: The Ambulatory of Sexology of Gynecology Institute of UFRJ – Hospital Moncorvo Filho was created in 1986 and is in continuous operation since then. The service is available to patients with several sexual problems and has a trained doctors and psychologists who work as a team in a multidisciplinary process. The patients come from poor Rio de Janeiro areas, having deficient social, economic and cultural conditions. The main complaints are male and female sexual dysfunctions, identity inversion and conflict, genital malformation, gender disorders, and couple conflict. In summary problems are organic, psychological, social and frequently a combination of two or more factors. Throughout the therapeutic work the patient is assisted for the same professional or for the same team of professionals, when a coordinated doctor – psychologist work is required. When the patient has a regular partner he will normally be invited to participate in the treatment. In this case individual and couple sessions are made available to produce better and faster results. The coordination group in all those years of work has noticed that the multidiscipline team obtained improved working conditions and better results than the traditional one only professional assistance. Most problems showed mixed causes and symptoms, requiring wide focus.

Keywords: Ambulatory assistance; sexual problems; clinical sexology; multidisciplinary assistance.

Os atendimentos ambulatoriais na área de sexologia no Brasil, ainda são incomuns e pouco estruturados. O Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ. – Hospital Moncorvo Filho foi organizado em 1986 pelo Prof. Dr. Paulo Roberto Bastos Canella (Médico Ginecologista) e pelo Prof. Dr. Araguari Chalar da Silva (Psicólogo). Tal iniciativa pioneira sofreu algumas interrupções nos anos iniciais de sua implantação. No entanto, apesar das várias dificuldades por que tem passado, continua resistido às dificuldades e atualmente encontra-se sob a coordenação do Dr. Paulo Canella e Dra. Maria do Carmo de Andrade Silva (Psicóloga). Profissionais que a muito desenvolvem trabalho em sexologia clínica, tendo como base um procedimento multidisciplinar de estudo, pesquisa e atuação conjunta.

Compondo também o quadro regular de profissionais deste serviço atualmente encontram-se: Dra. Maria Luiza Mecedo Araújo (Psicóloga), Rosimeri Eirado

Bruno (Ginecologista e Mestre em Sexologia), Alfredo Donis Romero (Médico, Cirurgião Vascular e Mestre em Sexologia) e Silvia V. Machado Teixeira (Psicóloga e Mestre em Sexologia).

A população que frequenta este ambulatório caracteriza-se em sua maioria, por mulheres residentes na periferia da cidade do Rio de Janeiro e, que têm carências socioeconômicas e culturais acentuadas. Portanto pouquíssimo acesso a esclarecimentos sexuais. As interações familiares em que vivem, estruturam-se baseadas em casamentos típicos, onde os homens ainda são a representação do poder e a sexualidade deles a que mais importa, ficando a mulher com os papéis mais tradicionais de esposa, dona de casa e mãe.

Mesmo com todos estes limites, as notícias de possibilidades de realização sexual feminina, gradativamente têm atingido também a esta parcela da população. E as queixas de dificuldades sexuais apresentam-se nas consultas ginecológicas, sempre que algum espaço é percebido. Pois para estas mulheres, muitas vezes a consulta ao ginecologista é o único espaço oficial confiável, em que por vezes, conseguem falar e obter algum esclarecimento mais específico, sobre a temática sexual e suas dificuldades pessoais.

Porém problemas sexuais são questões amplas e muitas vezes os ginecologistas, não dispõem de espaço de tempo, local adequado ou mesmo formação específica, para o trabalho com dificuldades sexuais em ambulatórios públicos. Locais onde o tempo já é escasso, até mesmo para as demandas essencialmente ginecológicas. Assim premidos pelas diversas queixas sexuais e impossibilitados de prestar auxílio mais adequado, a criação de um ambulatório de Sexologia no Instituto de Ginecologia, foi a solução encontrada.

As clientes que chegavam ao ambulatório de sexologia, inicialmente nos eram encaminhadas exclusivamente dos outros ambulatórios do Hospital, no entanto logo observamos a necessidade de atendimento, por vezes também aos parceiros destas mulheres. E com o passar dos anos temos recebido encaminhamentos de outros hospitais da rede pública, que não dispõem deste tipo de serviço e, que nos remetem pacientes, o que nos causa grande demanda, muitas vezes difícil de administrar.

Quando a mulher vem encaminhada do próprio hospital, ao marcar sua consulta inicial no ambulatório de sexologia, seu prontuário ginecológico já a acompanha, favorecendo que tenhamos uma idéia de sua história clínica ginecológica, processo que pode nos auxiliar em determinados casos, na constituição de um diagnóstico diferencial. Porém, quando a (o) paciente advém de outra instituição, uma avaliação médica torna-se necessária, antes de prosseguirmos o trabalho com a queixa sexual.

Feita a triagem inicial, posterior diagnóstico da problemática apresentada e, confirmando o foco em uma dificuldade sexual, a pessoa passa a ser atendida regularmente no ambulatório, uma vez por semana ou de 15 em 15 dias. Tal periodicidade dependerá muitas vezes das possibilidades dos clientes, até mais do que do ideal de acompanhamento do caso, pois como já mencionamos, trabalhamos com uma parcela da população claramente desfavorecida, que reside em locais distantes do Hospital, que trabalha e tem família extensa, apresentando reais dificuldades de comparecer com a frequência desejada.

A partir do início do trabalho terapêutico, a pessoa será atendida sempre pelo mesmo profissional, ou por profissionais quando o caso exigir uma participação médico-psicológica constante.

Quando a pessoa tem um parceiro fixo – e para um melhor andamento do caso, a presença dele for importante, este será chamado a participar. Neste caso pode-se disponibilizar atendimentos individuais e atendimentos mistos (às pessoas e ao casal). Em vários casos observamos, a necessidade de algum mínimo trabalho com a unidade conjugal, para que qualquer alteração possa se efetivar, no que se refere à unidade sexual.

Para o atendimento neste ambulatório dispomos de pequenos boxes para as entrevistas, com pouca privacidade, uma sala de exame médico privativa, que é utilizada também para exercícios de relaxamento, sensibilização, recursos áudio visual, exames e auto exames e uma pequena sala para pequenos grupos.

Como metodologia teórica, baseamo-nos principalmente nos trabalhos de Masters e Johnson (1966, 1970, 1997), Kaplan (1977, 1983, 1983, 1999), Lazarus (1977, 1977), Heiman e Lopicollo (1981), Barbach (1975), Zilbergeld (1978), Fiorini, (1977, 1978), Papp (2002), Canella e Andrade-Silva (2003), Andrade-Silva, Canella, Romero e Burno (2005), adaptando-os à realidade de nossa cultura e especialmente à esta população e as limitações deste ambulatório.

Utilizamos de triagem, anamnese estruturada, entrevistas, exames físicos, laboratoriais e específicos, medicações, esclarecimentos com auxílio de material gráfico ou áudio visual, auto exames, desenvolvimento de permissão, revivência de experiências traumáticas, relaxamento, dessensibilização e sensibilização, moldes dilatadores adaptados, grupo de reflexão e esclarecimento, atendimento ao casal, desenvolvimento de sensações e percepções, exercícios de kegel, desenvolvimento de auto conceito, auto estima e auto imagem, desenvolvimento de comunicação interpessoal do casal, exercícios para serem realizados em casa (individuais ou para o casal).

Neste serviço em 1999, por fazermos parte à época de um Curso de Mestrado em Sexologia, implantamos e implementamos um Projeto de Pesquisa, denominado Gênero e Transgenitalização. Esta iniciativa se deu, especialmente em função de que, neste ambulatório, já vivenciávamos na prática o atendimento a indivíduos, que apresentavam conflitos ou inversões em suas identidades de gênero nos casos diagnosticados como intersexo, ou seja, indivíduos com má formação genital ou genitais ambíguos. Casos existentes neste Instituto em função de sua antiga tradição em ginecologia e reprodução. Assim, a partir desta base inicial e por já termos pessoas com queixas de Transtorno de gênero neste serviço, demos início a este novo Projeto, que envolveu outros profissionais e uma estrutura mais complexa de atendimentos.

Como já mencionado estamos localizados em um Instituto Universitário de Ginecologia, com isso as queixas mais frequentemente apresentadas neste ambulatório, nos últimos 5 anos são: Disfunções Sexuais Femininas, perfazendo (84%) de nossos atendimentos, Disfunções Sexuais Masculinas, (9.5%), Transtorno de Gênero (2.5%), Esclarecimentos e ou Encaminhamentos (1.5%), Má Formações Genitais (1.5%), Conflitos Homossexuais (1.0%), Travestismo (0.25%).

Quanto às incidências de diagnósticos das principais disfunções sexuais femininas apresentadas, temos a relatar: Anorgasmia Secundária (32%), Inibição ou Diminuição de Desejo (29%), Anorgasmia Primária (21%), Vaginismo (13%), Dispareunia (5%). Porém observamos alta incidência de queixas associadas de Inibição de Desejo e Anorgasmia em mais de metade dos casos.

Pensamos importante referir que as queixas de Transtorno de Desejo, apresentam-se não só associadas a outras disfunções, como também a sérios conflitos conjugais. E por necessidade de manutenção do relacionamento, em função de problemas socioeconômicos que envolvem filhos e moradia, os desentendimentos conjugais, assim como o alcoolismo e a agressividade masculina, na perspectiva dessas mulheres, precisam ficar subjulgados, para que o relacionamento possa ter continuidade. Assim, muitas delas procuram atendimento para seu Transtorno de desejo, sem que tenham feito correlação entre tais circunstâncias vivenciais e seu não desejo sexual.

Por tudo isso, apesar do Ambulatório de Sexologia ter como objetivo principal os problemas sexuais, em vários casos, atendemos a casais. Casais em que a queixa sexual é claramente secundária, sendo os conflitos conjugais o mais significativo naquela relação, levando a maiores dificuldades e complexidade de trabalho terapêutico.

Quanto às principais etiologias relacionadas às disfunções sexuais femininas apresentadas neste serviço, referimos em ordem de frequência: Conflitos e insatisfações conjugais, Falta de carinho, Falta de jogos sexuais, Desconhecimento do próprio corpo por formação repressiva ou crenças errôneas, Impedimento psicológico quanto ao direito ao prazer, Dinâmicas intrapsíquicas infantis comprometidas, Experiências sexuais violentas, Dificuldades com a menopausa, Problemas ginecológicos.

Como referimos, em alguns casos a queixa da mulher envolve seu parceiro e, para tal disponibilizamos neste ambulatório, o atendimento a homens. Quanto às disfunções masculinas diagnosticadas nestes serviço observamos: Disfunção Erétil (26.5%), Ejaculação Precoce (24.5%), Disfunção Erétil associada à Ejaculação Precoce (49%). Em alguns casos, observamos que a Disfunção Erétil ou a Ejaculação Precoce apresentadas, também se encontravam associadas a outros diagnósticos como (peyronie, pênis torto congênito ou pênis pequeno). Os problemas masculinos tendo origens físicas, psicológicas ou sociais e em vários casos, as causas mistas foram à constante percebida.

Por estarmos em um serviço médico ginecológico, por vezes a cliente vem ao ambulatório imaginando que será uma consulta, uma medicação específica e pronto. Tal percepção faz com que tenhamos uma taxa de não retorno das paciente à consulta, em torno de quase 40% dos casos. Argumentam que não podem faltar ao trabalho, ou não têm com quem deixar as crianças, ou mesmo não dispõem de dinheiro para passagens frequentes, vieram porque precisam, mas pensavam ser semelhante aos exames ginecológicos.

Porém a taxa de abandono do tratamento tem permanecido em menos de 8% dos casos, apontando para o fato, de que quando podem se disponibilizar para o tratamento, apesar das dificuldades que têm para o comparecimento, se esforçam bastante para obterem melhora em suas funções sexuais. Em alguns casos, quando a melhora já é razoável, como (na transformação de anorgasmia primária para secundária), argumentam que irão parar de vir, pois as dificuldades de comparecimento regular estão muito grandes e pensam que o que já conseguiram já é muito bom.

A variação do número de atendimentos, para que consideremos melhora significativa ou alta é bastante variável, e esta variação encontra-se diretamente relacionada ao tipo de problema apresentado, o envolvimento da paciente com o tratamento e a colaboração do parceiro, sendo que em (70%) dos casos de disfunções, a faixa média de número de atendimentos para estes resultados, tem sido de 14 a 20 encontros.

Quanto à análise de resultados por tipo de disfunção apresentada, observamos que foi nos casos de Vaginismo, que obtivemos a menor incidência de não retorno. Acreditamos que isso se deva ao real impedimento das atividades sexuais, o que implica em problemas para ambos do casal. Porém, no contraponto desta questão, quando as queixas delas, são associadas a problemas disfuncionais do companheiro, estes foram os casos de maior incidência de não retorno (quando o parceiro se negou ou não pode a vir).

Os casos de Transtorno de Desejo e Anorgasmia Secundária, associados a problemas conjugais como (alcoolismo, agressividade, infidelidade e desinteresse afetivo sexual), foram os responsáveis por nossos piores resultados. Porém nos casos em que o casal comparece regularmente aos atendimentos, possibilitando um trabalho conjunto às dinâmicas conjugais e suas interferências na sexualidade, obtivemos bons resultados, apontando melhora ou alta em pouco mais da metade dos casos.

A transformação da anorgasmia primária em secundária é bastante freqüente (70%). Porém a possibilidade de orgasmo à penetração bem menos freqüente. Principalmente quando associada à falta de carinhos e jogos sexuais preliminares à penetração. Queixa extremamente freqüente e persistente.

Quanto aos casos de disfunções masculinas, observamos bons resultados, especialmente vinculados a possibilidade de trabalho multidisciplinar que este ambulatório pode proporcionar. Onde avaliações e tratamentos médicos e psicológicos se complementam, propiciando melhores resultados.

Nos casos de má formações genitais, como: Intersexo, Testículo feminilizante, ou Agenesia de Vagina, que requerem sempre atendimentos multidisciplinares, envolvendo dependendo do caso: terapia de reposição hormonal, cirurgia, exercícios, apoio psicológico, atendimento à família e incentivo constante. Excelentes resultados funcionais e de adaptação psicológica ao problema, têm sido obtidos.

Quanto ao Transtorno de Gênero, o acompanhamento exigido pelo Conselho de Medicina, é por mais de dois anos, onde atendimentos multidisciplinares, diagnóstico diferencial apurado, apoio psicológico constante, terapia de reposição hormonal, atendimento ao casal quando existente, dinâmica de grupo, esclarecimentos e reflexões quanto aos procedimentos cirúrgicos, cirurgia, apoio e tratamento no pós cirúrgico imediato e tardio, são as fases de tratamento. Quando todas as dificuldades inerentes ao sistema oficial de pagamento do SUS (Sistema Único de Saúde), assim como as dificuldades materiais do Hospital nos permitiram chegar em alguns poucos casos, a

última etapa do processo, obtivemos excelentes resultados. Resultados estes, claramente obtidos pela dedicação e trabalho conjunto da equipe vinculada a este projeto.

Referências bibliográficas

- ANDRADE-SILVA, M.C; CANELLA, P.R.B.; ROMERO, A.D.; BRUNO, R.E. Transtorno de gênero e Transgenitalização. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. 16(2): 337-351, São Paulo: Iglu, 2005.
- BARBACH, L.J. **For yourself, the fulfillment of female sexuality**. New York: The New American Library, Inc, 1975.
- BOKUS, F. **Terapia do casal**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- CANELLA, P.R.B.; ANDRADE-SILVA, M.C. Projeto de Gênero e Transgenitalização – Apresentação de dois casos clínicos. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. 14 (2): 267-288. São Paulo: Iglu, 2003.
- FIORINI, H. **Teoria a Técnica de Psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves., 1978
- FIORINI. H. J.; PEYRÚ, G.D. **Desenvolvimento em Psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- HEIMAN, J. LO PICCOLO J.; LO PICCOLO, L. **Descobrimo o prazer**. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
- KAPLAN, H. S. **The evaluation of sexual disorders: Psychological and Medical Aspects**. New York: Brunner Mazel Publishers, 1983.
- _____. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, vol. 2., 1977.
- _____. **A Nova Terapia do Sexo vol.2. O Desejo Sexual** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- _____. **Transtornos do desejo sexual**. Porto Alegre: Artimed., 1999.
- LAZARUS, A.A. **Terapia Multimodal do Compartamento**. São Paulo: Manole, 1977.
- _____. **Psicoterapia Personalista**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.
- MASTERS, H. W.; JOHNSON, V. E. **Conduta sexual humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966
- _____. **Incompetência sexual – suas causas e tratamentos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
- MASTERS, W. JOHNSON, V.; KOLODNY, R. **Heterossexualidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- PAPP, P. **Casais em Perigo**. Novas Diretrizes para Terapeutas Novas diretrizes para Terapeutas. In: PEGGY, P. (Org.). Porto Alegre: Artmed., 2002.
- ZILBERGELD, B. **Male sexuality**. New York: Bantam Books, 1978..



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