

Revista Brasileira de

Sexualidade Humana

Volume 20 - Número 2 de 2009

Revista Brasileira de

Sexualidade Humana

Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade humana



Revista Brasileira de Sexualidade Humana – vol 20, n.2, 2009

Volume 20 – Número 2
Julho a dezembro de 2009

Volume 20 – Número 2 - julho a dezembro de 2009
SBRASH – Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana
São Paulo - SP.

Diretoria Eleita da SBRASH para o Biênio 2007/2009

PRESIDENTE: Paulo Roberto Bastos Canella (RJ)

VICE-PRESEIDENTE: Jorge Jose Serapião (RJ)

SECRETÁRIO GERAL: Maria do Carmo Andrade Silva (RJ) (demissionária)

TESOUREIRO: Maria Luiza Macedo de Araújo (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES: Ana Cristina Canosa Gonçalves (SP)

DIRETORIA DE RELACIONAMENTO COM OS ASSOCIADOS: Raquel Simone Varaschini (PR)

DIRETORIA DE CERTIFICAÇÃO DE TITULAÇÃO: Tereza Cristina Fagundes (BA)

Conselho Deliberativo – Biênio 2007/2009 Comitê Científico – Biênio 2005/2007

Oswaldo Martins Rodrigues Jr (SP)

Jaqueline Brendler (RS)

Márcio Ruiz Shiavo (RJ)

Pedro Jurberg (RJ)

Marize Bezerra (RJ)

Ricardo da Cunha Cavalcanti (BA)

Maria do Amparo Rocha Caridade (PE)

REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA

Órgão Oficial de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH)

EDITORA GERAL: Ana Cristina Canosa Gonçalves (SP)

EDITOR ASSISTENTE: Paulo Roberto Bastos Canella (RJ)

INDEX ISSN 2236-0530 Periódico indexado em: Edubase (Faculdade de Educação/UNICAMP – São Paulo/Brasil)

Conselho Editorial da Revista Brasileira de Sexualidade Humana

Tereza Cristina Fagundes (BA) – UFBA

Maria Alves de Toledo Bruns (SP) – USP

Maria Virginia Grassi (PR) – UFPR

Paulo Rennes Marçal Ribeiro (SP) – UNESP

Fernando Teixeira (SP) – UNESP

Sonia Mello (SC) – UDESC

Pedro Junberg (RJ) – UGF

Mary Neide D. Figueiredo (PR) – UEL

Mauro Cherobim (SP) – UNESP

Elucir Gir (SP) – USPPR

Marcelo A. Tonietle (SP) – USP

João Benévolo (RN) – UFRN

REDAÇÃO E ENVIO DE ORIGINALS

A/C Editora Geral: Ana Cristina Canosa Gonçalves Rua Comendador João Gabriel, 67 04052-080
Mirandópolis - São Paulo, SP.

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Comunicarte - Agencia de Responsabilidade Social

Av das Américas 1155/1506 – CEP 22631 020 Rio de Janeiro RJ - telfax 21 2494 2886

PRODUÇÃO EDITORIAL

Edição SBRASH – www.sbras.org.br -Rio de Janeiro RJ

EDIÇÃO ELETRONICA

Tuttare Filmes - Pr. Pio XI 116/204 cep 22461 080 - Rio de Janeiro RJ - Tel. 21 22866906

SUMÁRIO - Vol 20. 2 – ano 2009

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO -----	05
EDITORIAL -----	14
TRABALHOS DE PESQUISAS -----	15
REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DA MULHER NA VIDA ----- DA ESPOSA DO EMIGRANTE REFLECTIONS ON THE WOMAN'S PLACE IN THE WIFE'S LIFE OF THE EMIGRANT	16
Emilliane de Oliveira Matos Carlos Alberto Dias Agnes Rocha de Almeida	
PANORAMA DA PESQUISA SOBRE SATISFAÇÃO SEXUAL ----- AN OVERVIEW ON RESEARCH ON SEXUAL SATISFACTION	30
Lina Wainberg Fernanda Stenert Cláudio Simon Hutz	
ARTIGOS OPINATIVOS E DE REVISÃO	
“O NADA” - UM PASSEIO PELA MASTURBAÇÃO FEMININA NA PERSPECTIVA DA HISTÓRIA -----	54
“THE NOTHING” - A WALK THROUGH THE PERSPECTIVE OF FEMALE MASTURBATION STORY	
Cristiane Soares Campos Yokoyama	
COMO SERIA A VIDA DO HOMEM CONTEMPORANEO SEM O VIAGRA ----- HOW WOULD THE LIFE OF THE CONTEMPORARY MAN BE WITHOUT VIAGRA?	70
Amaury Mendes Junior	
FEMINISMO, SEXOLOGIA E GINECOLOGIA. ORIGENS E PERSPECTIVAS ----- FEMINISM, SEXOLOGY AND GYNECOLOGY. ORIGINS AND PERSPECTIVES.	79
Jorge José Serapião	
PSICOTERAPIA DE GRUPO EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL ----- GROUP PSYCHOTHERAPY - FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION	99
José Carlos Carpilovsky Junia Dias de Lima	

ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO DE SEXOLOGIA E PSICOSSOMÁTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE EM PARCERIA COM A DISCIPLINA DE GINECOLOGIA DA UNIVERSIDADE GAMA FILHO (2009) -----	109
APPOINTMENTS AT SEXOLOGY AND PSYCHOSOMATICS AMBULATORY AT PIEDADE MUNICIPAL HOSPITAL, IN PARTNERSHIP WITH THE DISCIPLINE OF GYNECOLOGY OF GAMA FILHO UNIVERSITY. (2009)	
Maria do Carmo de Andrade Silva	
Roberto Carvalhosa	

RESENHA DE TESE

GÊNERO EM BIOLOGIA NO ENSINO MÉDIO: uma análise de livros didáticos e discurso docente. -----	131
PINHO, Maria José Souza	
Rita Moreira	

ENTREVISTAS

COMO UM GINECOLOGISTA SE TORNOU SEXÓLOGO -----	135
Ricardo Cavalcanti	

TÓPICOS

VAGINISMO/DISPAREUNIA -----	143
Maria do Carmo Andrade e Silva	

O DIÁLOGO ENTRE OS GÊNEROS -----	149
Paulo Roberto Bastos Canella	

ATUALIZAÇÃO DE DADOS E ANUIDADE -----	152
--	------------

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. 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*); Informação e documentação Referências – Elaboração (NBR 6023, 2002, *em vigor*); Informação e Documentação - Resumo - Apresentação (NBR 6028 - 2003 *em vigor*) - Informação e Documentação - Artigo em publicação periódica científica - impressa (NBR 6022 -2003 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 Opinativos, 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 do(s) autor(es), acompanhado de breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do artigo. O currículo, bem como os endereços eletrônicos, devem aparecer em rodapé **indicado por asterisco** (o grifo é nosso) na página de abertura, ou, opcionalmente, no final dos elementos pós-textuais, onde também devem ser colocados os agradecimentos do(s) autor(es) e a data de entrega dos originais à redação do periódico;
- 4-Endereço completo para correspondência com o Corpo Editorial, telefone, fax e-mail do autor principal..

Folha de Rosto sem Identificação:

- 1-Título em português e em inglês;
- 2-Título abreviado para cabeçalho.

Resumos:

- 1-Resumo, em português, com até 250 palavras;
- 2-Palavras-chave, em português (de 3 a 5), separadas entre si por ponto.
- 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 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:

- Citações diretas, de até três linhas, devem estar contidas entre aspas duplas. As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.

Segundo Sá (1995, p. 27): “[...] por meio da mesma ‘arte de conversação’ que abrange tão extensa e significativa parte de nossa existência cotidiana [...]”.

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

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

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

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

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

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

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

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

“[...] para que não tenha lugar a produção de degenerados, quer phisicos 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)

- Em citações devem ser indicadas as supressões, interpolações, ênfases ou destaques. Do seguinte modo:

[...] - supressões

[] - interpolações, acréscimos ou comentários

Grifo, **negrito** ou *itálico* – ênfase ou destaque

- Citação de informações verbais (palestras, debates, comunicações etc.) Quando se tratar de dados obtidos em informação verbal (palestras, debates, comunicações etc.) indicar, entre parênteses, a expressão informação verbal, mencionando-se os dados disponíveis, em nota de rodapé.

Exemplo: No texto O novo medicamento estará disponível até o final do semestre (informação verbal)¹

¹ Notícia fornecida por John A. Smith no Congresso Internacional de Engenharia Genética, em Londres, em outubro de 2001

- Citação de trabalhos em fase de elaboração:

Indicar os dados disponíveis em nota de rodapé:

No texto: Os poetas selecionados contribuíram para a consolidação da poesia no Rio Grande do Sul. Séculos XIX e XX (em fase de elaboração)¹

¹. Poetas rio-grandenses, de autoria de Elvo Clemente, a ser editado pela EDIPUCRS, 2002.

- Citações diretas com mais de três linhas devem vir com fonte diminuída em até dois pontos (mínimo 10) comparada ao texto, com espaço simples e recuo a direita.

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).

- Coincidência sobre nomes de autores: Quando houver coincidência de sobrenome de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes; se mesmo assim existir coincidência, coloca-se os prenomes por extenso.

Exemplo: (BARBOSA, 1958) (BARBOSA, Cassio, 1965)

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.

Autoria de documentos. Indica(m)-se o(s) autor(es), de modo geral, pelo último sobrenome, em maiúsculas, seguido(s), abreviado(s) ou não. Recomenda-se tanto quanto possível, o mesmo padrão para a abreviação de nomes e sobrenomes, usados na mesma lista de referências. Os nomes devem ser separados por ponto-e-vírgula, seguido de espaço.

Exemplos: ALVES, Roque de Brito. Ciência Criminal. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DAMIÃO, R.T; HENRIQUES, A. Curso de direito jurídico. São Paulo: Atlas, 1995.

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, após o número do volume).

2- Artigo de revista científica no prelo:

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado.

3- 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/contexts/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.l.]: Virtual Books, 2000. Disponível em:

<<http://www.terra.com.br/virtualbooks/freebook/port/Lport2/navionegroiro.htm>>. Acesso em: jan. 2002, 16:30:30.

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/dIDLPO>>. 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,

Estamos vivendo uma fase de mudanças. Tornou-se, necessário devido aos altos custos da revista impressa, a mudança de meio de veiculação: a partir deste número todas as edições serão em CD-ROM. Para tanto, precisamos de nova indexação, processo que está em curso. Este primeiro exemplar da RBSH editado em CD-ROM também coincide com a diretoria eleita para o biênio 2009-2011. Como presidente, em nome da nova diretoria, gostaria saudar os associados e convidá-los para o XIII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, a se realizar de 2 a 5 de outubro de 2011 em Londrina – PR.

Atualmente possuímos uma secretaria virtual e toda comunicação com a SBRASH deve ser feita através do site, no endereço contato@sbrash.org.br. É importante lembrar que todo associado deve manter seu cadastro atualizado, a fim de que a comunicação com os sócios seja feita sem interrupções.

Neste número temos artigos que tratam das questões relacionadas a gênero, a satisfação sexual, um artigo com uma visão histórica da masturbação feminina, discussão acerca do desempenho e satisfação sexual masculina com o surgimento da pílula que produz ereção e como seria a vida do homem atual sem ela. Temos também considerações acerca do feminismo, ginecologia e sexologia, além disso, há um artigo acerca da psicoterapia de grupo em mulheres com disfunção sexual e o atendimento em ambulatório de sexologia e psicossomática de hospital municipal em parceria com a disciplina de ginecologia em curso de medicina do Rio de Janeiro. Embora os temas da revista tenham sido predominantemente clínicos, há a resenha de uma tese enfocando a área educacional acerca dos livros didáticos e discurso docente.

Um ponto interessante é a entrevista ao Dr. Ricardo Cavalcanti, na qual ele relata como um ginecologista se tornou sexólogo. Temos ainda tópicos relacionados a vaginismo/dispareunia e outro que enfoca a relação entre os gêneros

Neste momento, quero reiterar minha esperança de que possamos crescer cada vez mais e, para isso, precisamos da colaboração dos sócios com artigos, relatos de pesquisas, resenhas, entrevistas e tudo mais que compõe uma revista científica.

Atenciosamente,

Maria Luiza Macedo de Araújo
Presidente SBRASH biênio 2010/2011

TRABALHOS DE PESQUISAS

REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DA MULHER NA VIDA DA ESPOSA DO EMIGRANTE¹

Emilliane de Oliveira Matos²; Carlos Alberto Dias³; Agnes Rocha de Almeida⁴

REFLECTIONS ON THE WOMAN'S PLACE IN THE WIFE'S LIFE OF THE EMIGRANT

Resumo: No contexto emigratório internacional, a esposa do emigrante que permanece no país parece retroceder no campo das atribuições sociais. Muitas, na ausência do parceiro, reassumem integralmente o papel de mãe e dona-de-casa, deixando adormecido seu lado de mulher. Objetivando descrever as alterações sofridas na rotina da mulher, decorrentes da ida do parceiro para o exterior como emigrante, quatro delas foram estudadas em profundidade. Observou-se que o isolamento conjugal é responsável por situações de carência afetiva e sexual significativas. Na “inadequabilidade” de uma participação social mais ampla, limitam-se ao papel de dona-de-casa, tendo como único objetivo o cuidado dos filhos, do lar e, na melhor das hipóteses, dos investimentos do casal. A falta dos maridos é mais sentida quando seus filhos se tornam desobedientes ou apresentam algum problema de saúde.

Palavras-chave: Isolamento afetivo e sexual. Condição financeira. Parceira do emigrante.

Abstract: In the international migratory's context, the emigrant's wife who remains in the country seems to go back in the field of the social attributions. Many, in the partner's absence, reassume entirely the mother and housewife's role leaving their woman's side numb. Aiming to describe the changes suffered in the woman's routine out coming from the going of the partner abroad as an emigrant, 4 (four) of them were profoundly studied. It was observed that the isolation in marriage is responsible for situations regarding significant affective and sexual needs. In the “unsuitableness” of a wider social participation, they restrict themselves to the housewife's role, having as the only goal taking care of the children, home, and, at the most, taking care of the couple's investments. The absence of the husbands is more felt when their children become

¹ Artigo desenvolvido a partir de dados coletados na pesquisa *Ocupação e Modernidade: Processos de Territorialização no Vale do Rio Doce*, apoiada pela FAPEMIG, processo SHA APQ-6195-5.06/07.

² Graduada em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce e Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

³ Doutor em Psicologia pela Université de Picardie Jules Verne/França, com experiência em Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais. Professor do Curso de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce. Atua nas seguintes linhas no campo da pesquisa: (1) Subjetividade, representações e território e (2) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde. e-mail: cdias@univale.br

⁴ Psicóloga pela Universidade Vale do Rio Doce e Pós-graduada em Dependência Química e Outros Transtornos Compulsivos e em Gestão de Território e do Patrimônio Cultural pela mesma Universidade. Professora de cursos relacionados à disciplina Psicologia Organizacional nos cursos de Administração de Empresas e Gestão de Recursos Humanos.

disobedient or present some health problem.
Affective and sexual isolation. Financial condition. Emigrant's partner.

Keywords:

Introdução

O processo emigratório (definições)

O processo emigratório constitui-se atualmente num fenômeno mundial caracterizado pela saída do sujeito de seu país de origem para viver no exterior, pelos mais variados motivos. Dentre eles, o que mais tem se destacado é trabalhar em empregos ou subempregos, objetivando a obtenção de salários superiores àquele recebido em seu próprio país. Essa meta é considerada por muitos como a única possibilidade para a melhoria de suas condições sociais ou de sua família.

É dado o nome de processo emigratório quando a pessoa sai de sua cidade de origem e vai à busca de novas possibilidades em lugares até então nunca visitados por ela. Estas, normalmente permanecem no país de chegada com um único intuito: trabalhar, ganhar dinheiro, adquirir bens e voltar para o país de origem com uma quantia significativa que lhe permita viver de maneira “tranquila” no campo financeiro.

O projeto de emigrar é sempre marcado pela idéia de retornar para o ponto de partida, adquirir bens e montar um negócio que permita auferir renda para manter a família ou melhorar o status social. Migrar, ganhar dinheiro no país de destino, retornar e investir para melhorar sua condição social ou até mesmo manter uma posição socioeconômica que estava perdendo, é a trajetória inicial da grande maioria dos emigrantes (SIQUEIRA, 2007, p. 2).

Para Fusco (1999) as migrações internacionais eram tradicionalmente caracterizadas como eventos masculinos, nos quais a mulher aparecia em minoria ou como simples coadjuvante. Isso se dava principalmente pelo fato de que alguns homens que partiam, estavam casados e constituíam família. A mulher, neste contexto, era deixada na cidade de origem para cuidar dos filhos, da casa e aguardar o retorno do marido. Estudo recente de Ripoll (2008) demonstra que esta, não é mais a realidade. Atualmente grande parte dos emigrantes são jovens solteiros possuindo em média 26 anos de idade, sendo 64% do sexo feminino e 36% do sexo masculino (RIPOLL, 2008, p.157).

1. O processo emigratório no contexto valadarense

A emigração no contexto valadarense serviu de base para inúmeros estudos voltados para esse fenômeno. Segundo esses, a cidade de Governador Valadares está em primeiro lugar quando se trata de fluxo de migrantes para o exterior. Um segundo dado importante que comprova essa tese é que o Brasil é o segundo maior receptor de moeda estrangeira dentre os países da América Latina, sendo que grande parte dessa remessa é destinada à cidade de Governador Valadares (SIQUEIRA, 2007).

O processo emigratório na cidade de Governador Valadares iniciou-se na década de 1960. Segundo Assis (1999), a cidade foi ampliando suas redes envolvendo outras cidades da região na década de 1980 e 1990. Esse fenômeno veio marcando sua identidade, sua história, e a daqueles que partiram e daqueles que esperaram o retorno do parente. Neste misto de relações, pessoas que nunca desejaram emigrar para o exterior acabaram por participar desse processo mesmo que indiretamente. Essa participação está relacionada ao apoio que essas pessoas dão aos filhos (as), namorados (as), amigos (as) e no caso deste artigo, aos parceiros. Estas pessoas contribuíram e contribuem para a realização efetiva de um sonho de melhoria de vida financeira, fazendo com que o sonho de emigrar se transformasse num projeto econômico, afetivo e familiar de grande impacto na cidade.

2. O processo emigratório e o distanciamento dos cônjuges

Na decisão de se tornar emigrante, as pessoas que optam pela ida para o exterior, deixam para trás famílias, empregos (caso tenham) e amigos. Enfim, o sujeito portador de uma história construída até então na cidade onde ele vive, é compulsoriamente forçado a viver uma ruptura com suas raízes, para melhor adaptar-se a um novo contexto cultural. Seu repertório de comportamento sofre mudanças significativas envolvendo desde a linguagem até o modo de manifestar suas emoções.

Constituindo-se o fluxo emigratório, em grande parte, de trabalhadores jovens do sexo masculino entre 20 e 34 anos, é de se esperar que grande número de filhos e esposas passe a aguardar o retorno do pai e do marido. A promessa inicial é a de que com o passar do tempo o parceiro emigrado adquira por meio de trabalhos realizados no exterior, recursos financeiros suficientes para que a esposa e filhos se juntem ao emigrado no país de destino. Mas, na realidade, essa meta vai ficando cada vez mais distante. Muitos emigrantes acabam por permanecer no exterior por

vários anos e as esposas e filhos lentamente são forçados, pelas circunstâncias, a conviverem com a distância do parceiro ou pai resignando-se à solidão (ALMEIDA; MACHADO; DIAS e BOECHAT, 2008; SCUDELER, 1999).

Essa dura realidade vivenciada por diversas mulheres incita a reflexão sobre a mulher adormecida por detrás de cada esposa. Esta se contenta em esperar o dia em que poderá novamente acordar e viver o sonho que, de certa forma, foi o primeiro motor de ter contraído o matrimônio. Ainda em função desse isolamento, não se sabe por quanto tempo é possível à mulher continuar adormecida, quando tudo o que se constrói no mundo chama a atenção para o fato de que homens e mulheres não nasceram para viverem como anjos, visto que, a despeito de qualquer valor, eles são, em sua essência, sexuados.

3. Os papéis assumidos pela esposa do emigrante

As esposas de emigrantes vivem sob condição de isolamento afetivo, sexual e social, significativamente elevado e rotineiro. Visto que seus maridos uma vez estando no exterior, o contato fica limitado aos meios de comunicação como telefone e internet, impossibilitando assim o contato íntimo entre os cônjuges. Tal impossibilidade impede que a mulher vivencie dentro das leis do matrimônio relações nas quais ela possa sentir prazer junto ao parceiro.

Esse distanciamento fez com que os papéis das esposas dos emigrantes fossem redefinidos na contemporaneidade. Essas esposas que tinham como função atender os desejos do marido já não o fazem. Muitas que trabalhavam fora de casa, em decorrência da ausência do marido e fatores adversos, retornaram a condição de cuidadoras do lar e dos filhos por tempo integral, deixando adormecido o seu lado de mulher. Visto que a atitude de assumir em exclusividade papéis limitados, devendo substituir suas vivências afetivas e sexuais pelos cuidados com os filhos e ambiente doméstico faz-se necessário procurar responder a seguinte questão: Qual o lugar do *ser mulher*, na vida da esposa do emigrante?

Método

Este estudo, que tem por objetivo conduzir uma reflexão sobre o lugar do *ser mulher* na vida da esposa do emigrante, constitui-se em um recorte dos resultados parciais da pesquisa “*Ocupação e Modernidade: Processos de Territorialização no Vale do Rio Doce*”, iniciada em março de 2008

e finalizada em fevereiro de 2010. O objetivo geral do mesmo foi conhecer a realidade vivida por mulheres cujos parceiros residem ou residiram no exterior como emigrantes bem como a percepção das mesmas quanto as conseqüências do envolvimento da família no processo emigratório.

Para obtenção dos dados aqui apresentados foram realizadas entrevistas domiciliares semi-estruturadas com 32 mulheres residentes na cidade de Governador Valadares, através do método Bola-de-neve. O método “bola de neve” é definido nos seguintes termos:

O método consiste em identificar alguns elementos com as características para compor a amostra. Esses primeiros indicaram outros, que por sua vez, também fizeram outras indicações, até chegar a um número em que as informações e indicações começaram a se repetir. Segundo Becker (1993) a indicação feita pelos próprios indivíduos que compõem o universo pesquisado é um elemento importante para assegurar uma seleção mais impessoal e aumentar a relação de confiança do entrevistado para com o pesquisador (SIQUEIRA, 2006, p. 19).

O presente artigo, que procura fazer uma reflexão sobre o lugar do *ser mulher* na vida da esposa do emigrante, constitui-se num estudo qualitativo de corte transversal. Para sua elaboração foram tomados como referência dados fornecidos por quatro mulheres participantes da pesquisa, que se enquadravam nos seguintes desfechos: 1) O parceiro continua no exterior, a situação econômica apresenta contínua melhoria, e o casal, apesar do isolamento, permanece afetivamente unido; 2) O parceiro continua no exterior, a situação econômica continua precária, e o casal, apesar do isolamento, permanece afetivamente unido.

Procedimentos:

Antes de sua realização a pesquisa “*Ocupação e Modernidade: Processos de Territorialização no Vale do Rio Doce*”, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer CEP/UNIVALE 34/2007.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas domiciliares, conduzidas com base num roteiro de entrevista estruturado. Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, com o objetivo de se estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado, para que se pudesse alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. As datas e horários das entrevistas foram definidos de acordo com a conveniência das entrevistadas.

A partir de banco de dados já existentes e de indicações, foram realizados contatos telefônicos com as possíveis participantes. Durante este contato, receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e feito um convite à participação. Com aquelas que se prontificaram a participar, foram realizadas entrevistas domiciliares cuja duração foi em média 55 minutos. Antes de iniciar a entrevista, as participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa, das condições de participação, bem como de sua contribuição para a efetividade da pesquisa. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e assinatura no mesmo iniciava-se a entrevista.

Com o consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas, com o intuito de se ter o registro de todo o material fornecido por elas, apresentando assim uma fidelidade quanto às suas falas, viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

A partir do momento em que as entrevistas foram finalizadas, atendendo às expectativas dos oito desfechos apresentados, foram realizadas as transcrições das entrevistas para a apuração destas. A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da “Análise de conteúdo” (BARDIN, 2009).

Após leitura do material transcrito, as informações foram agrupadas em categorias e as falas foram analisadas, dentro de cada tema proposto para que a análise de conteúdo fosse realizada. O objetivo da análise de conteúdo, segundo Chizzotti (2000), é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas.

Resultados e Discussões

As entrevistadas selecionadas para este estudo possuíam em média 42 anos de idade e três filhos. Quanto ao grau de instrução, duas das participantes possuíam o primeiro grau e duas o segundo. Por não exercer atividade profissional fora do lar, todas se consideraram dona de casa. Das quatro entrevistadas, todas elas moravam com os filhos. Vale ainda ressaltar que o tempo médio de vida conjugal antes do ingresso do marido no processo emigratório é de 26 anos.

O grande tempo (8 anos em média) de permanência do parceiro no exterior induz à ideia de que tais mulheres estariam apresentando sofrimento emocional em decorrência da suspensão de sua vida sexual. Isto não é uma realidade, visto que em função do tempo de relacionamento e o comprometimento com o bem estar dos filhos por parte da maioria, faz com que as preocupações

sejam relativas ao futuro de sua prole. Neste aspecto, não foi evidenciado sentimentos de angústia no tocante ao distanciamento sexual. As queixas são relativas à ausência do parceiro para tomada de decisões práticas do dia-a-dia e a presença dos mesmos na vida dos filhos, ou seja, a ausência da figura de autoridade.

O tempo de permanência do parceiro no exterior chama a atenção para o distanciamento conjugal e a não vivência sexual da mulher durante a ausência do parceiro. Essa não vivência afeta uma das funções do casamento contemporâneo que é a satisfação sexual do casal. Ceccarelli (2002) nos aponta que a união entre um homem e uma mulher é um fato natural que ocorre a partir da escolha e para a satisfação de necessidades mútuas, ao mesmo tempo em que também cumpre a função de perpetuação da espécie humana e desenvolvimento da sociedade.

Nota-se que a segunda função foi cumprida por todas as entrevistadas, isto é, contribuir para com a perpetuação da espécie. Contudo, a primeira função passa e passou a ser negligenciada a partir da participação do parceiro no processo emigratório. Isoladas afetiva e sexualmente, na maioria das vezes por tempo indeterminado, esposas de emigrados aguardam que inúmeras circunstâncias se alinhem, criando possibilidades para o retorno do parceiro ao país de origem.

Diante do convite do parceiro em partir com ele para o exterior, as entrevistadas fizeram a escolha de permanecer no país. Entendem que tal escolha era a que mais poderia contribuir para o alcance dos objetivos que justificavam o envolvimento da família no processo. Pelo bem da melhoria das condições da família ou por motivos particulares, o viver esse distanciamento era a melhor opção.

Duas entrevistadas relataram que a escolha de ficar no Brasil aguardando o retorno do parceiro se deu por causa dos filhos. Segundo elas, as crianças não teriam com quem ficar e elas não gostariam de deixá-las com parentes ou outras pessoas. A fala de duas delas clarifica a noção de que deixar os filhos para trás seria praticamente impossível, apesar da insistência do marido. De alguma forma, entre a função materna e a função de companheira, sacrificar a segunda seria menos doloroso ou inadequada:

“Pra eu estar indo depois ... mas eu já desisti, porque de primeira a gente acha que vai ser fácil, tipo assim ele “tá indo a gente vai”, mas depois a gente fica pensando se fica sozinho (os filhos), porque pra levar todo mundo já fica difícil” (E. 41 anos).

“Várias vezes, depois eu desisti. Não fui porque eu mesma desisti. Apoiava (o marido), ele me ajudou muito, mas eu desisti por causa das meninas (filhas)” (D. 36 anos).

A decisão do parceiro de emigrar exige uma tomada de posição importante na vida dessas mulheres. Emigrar junto do marido, implicaria em viver distante dos filhos e ter suspensa a função materna. Para elas, o sacrifício de tal função seria mais difícil de aceitar, seja por questões sociais ou pessoais. Em decorrência, era preferível abrir mão de emigrar para viver junto do parceiro no exterior do que abrir mão de ficar junto dos filhos e aguardar o retorno do parceiro. Tal opção subtraiu a presença da figura masculina da vida dessas mulheres. Apesar da ausência do parceiro, tais mulheres deveriam dar continuidade à vivência do “ser esposa” durante a permanência do mesmo no exterior, embora por desejo ou ironia, não mais estariam cumprindo com a função de mulher ou pelo menos, de amante do parceiro. Na vida cotidiana das entrevistadas, o papel de mãe permanece mais presente durante a ausência do parceiro. Suas responsabilidades ficaram limitadas ao gerenciamento do lar, cuidado e educação dos filhos. Garantir o cumprimento dessa opção implicou em não mais pensar na possibilidade de unir-se ao parceiro no exterior deixando seus filhos para trás. Tal atitude é percebida na citação que se segue:

“Lacan (1974/1975) mostra que a mãe ocupar-se-á de seus filhos, em vez de gozar às custas deles, ao se oferecer como causa do desejo para um homem. Por não poder responder ao enigma do feminino, uma mulher pode tentar respondê-lo sendo A mãe. É a introdução da versão do pai que permitirá a limitação do gozo materno, pois a criança funciona como um condensador de gozo. É essa limitação ao gozo que assinala a transmissão da função paterna, da versão do pai, a *père-version*”. (LIMA, 2002, p. 219).

Esse comportamento é comum no que consiste o distanciamento conjugal e a não vivência afetiva e sexual com nenhum outro homem como o estudo em questão nos mostra. A não presença tanto física quanto simbólica do parceiro deixa uma lacuna na vida da parceira, permitindo assim que a esposa do emigrado preencha esse vazio exercendo a função de mãe, se entregando por completo a essa dedicação, deixando apagadas suas experiências de mulher. A não presença do pai ainda permite que a criança e mãe regridam para a primeira condição de relação mãe e filho, aonde não existe uma terceira pessoa.

As participantes demonstraram terem sentido medo e apreensão durante o processo de emigração do parceiro para o exterior. Uma delas relata claramente a angústia vivida diante da não comunicação com o parceiro durante esse processo:

“[...] com sessenta dias eu pensei que ele estava morto, sem nos comunicar. E eu achei que ele estava morto, a gente ficava anestesiada. A gente nem sabe o que pensar” (I. 40 anos).

“Pra te falar a verdade, eu nem sei te explicar como, porque foi duro viu, gente orou muito, nossa..., ia muita gente lá em casa, e falavam, estou incluindo seu marido em minhas orações e tudo” (I. 40 anos).

A maioria das entrevistadas associou a ida e permanência do parceiro no exterior com a dificuldade e o sofrimento por não poder contar com o apoio do mesmo no processo de educação e acompanhamento do crescimento dos filhos:

“Ah, muito ruim ficar longe dele né, a família, os filhos criados, praticamente sem ter ele perto, não foi bom não, mas... Fazer o que né”.(I. 60 anos)

“Bom, eu trabalhava fora, aí saí do serviço, fiquei em casa pra dar mais atenção né [...]” (E. 41 anos)

“Na verdade o mais difícil é ficar sem ele, os filhos aceitar a distância do pai né. O mais difícil assim agente encontra quando separa [...] É isso né, um vai e o outro tem que ficar sozinho”. (D. 36 anos)

Esses relatos apontam para angústias diferenciadas. O primeiro está relacionado ao bem estar do parceiro, de como ele está, em qual lugar se encontra. Os relatos que seguem estão relacionados com a preocupação dessas esposas em dedicar mais tempo aos seus filhos. Esse comportamento pode ser avaliado por dois ângulos: o primeiro pela ausência do parceiro e o segundo pela preocupação com os filhos. Quanto à ausência do parceiro, encontravam dificuldades em preencher o tempo com outras atividades em substituição ao tempo anteriormente dedicado ao marido que até então não regressou do exterior.

Ao desejar e não poder realizar com o parceiro vivências mais íntimas como abraçar, beijar entre outras carícias, devido ao distanciamento, resta a essas mulheres opções limitadas de como experimentarem novas atividades no seu cotidiano. Partindo dos relatos dessas mulheres quanto aos comportamentos adquiridos, percebe-se uma predisposição em sacrificar a vida conjugal. Ao fazê-lo, promovem o recalçamento de seus desejos para dividir na distância com o parceiro, o sonho de um futuro melhor para a família.

Em função de uma manutenção familiar positiva, essas mulheres que vivem em via de mão dupla, dividindo uma vida conjugal com seu parceiro, mas mantendo-a à distância, comportam-se de maneira a evitar que haja motivos para que o marido que está no exterior dê fim ao relacionamento conjugal. Machado (2006) realiza uma pesquisa junto a mulheres que vivenciam um contexto de migrações transnacionais, na qual procura analisar os mecanismos que garantem a continuidade da relação familiar apesar da ausência física de um dos cônjuges. O autor relata

que muitas das entrevistadas adotam a estratégia de morar nas casas ou no terreno dos sogros, para manterem-se conscientemente vigiadas, ou ainda trazem para morar consigo suas próprias mães, sinalizando que a casa não está vazia. A submissão voluntária a essas estratégias de comportamentos adotados por essas mulheres demonstra publicamente o comprometimento com o parceiro emigrado e com o projeto migratório da família, no desejo de construir um futuro melhor para os filhos e para a família.

Uma das situações vivenciada por mulheres de emigrados que recebeu especial atenção nesse estudo diz respeito ao tema da traição feminina. Apesar dessas mulheres não contarem com a presença física do parceiro por longos períodos (meses ou anos), um ato de traição cometido por elas é altamente condenado.

[...] pois parece que a desonra que ela implica também des-substancializa violenta e rapidamente aquelas relações do casamento: é como se o sêmen alheio fosse uma substância que contaminasse definitivamente um conjunto de relações, desonrando o marido e levando ao fim imediato daquelas relações”. (MACHADO, 2006, p. 18)

Ao utilizar do termo des-substancialização das relações do casamento, o autor pretende apontar para o momento em que a mulher, ao trair seu parceiro, rompe com todos os compromissos anteriormente firmados. Aos olhos da sociedade, o parceiro está trabalhando para sustentar a família que deixou no Brasil e está vivendo única e exclusivamente essa prática diária no exterior, com o intuito de dar melhores condições de vida para a mulher e seus filhos. Seguindo este raciocínio, para a sociedade, cabe a parceira do emigrante a função exclusiva de cuidar dos filhos e da casa e aguardar o retorno do parceiro.

Em se tratando do momento em que mais sentiram ou sentem falta do parceiro, as entrevistadas relataram ser quando seus filhos adoecem ou as desobedecem. A ausência da figura paterna é apontada como principal motivo de saudade da presença de uma figura masculina na família dentro de casa:

“Eu senti, senti sim, muita falta da presença dele, presença do pai né” (I. 60 anos).

“Muita. Muita falta, e pra questão de obediência, apesar dele ser muito pulso firme, a ausência do pai é sentida assim bem visível mesmo” (E. 41 anos).

“Sentida mais pelos filhos, eu também sinto, mas eu vejo uma carência muito grande e não compensa” (E. 41 anos).

“Assim, na educação dos filhos, quando fica desobediente aí às vezes sente falta pra ajudar” (D. 36 anos).

“Na educação da minha filha e na nossa vida pessoal” (A. 42 anos).

Nota-se mais uma vez que com a ausência do parceiro, a mulher dedica-se quase que única e exclusivamente aos cuidados dos filhos. As preocupações com estes dão sentido ao seu cotidiano mesmo diante das conseqüências adversas vivenciadas pela família, em decorrência do distanciamento. Em síntese, essas mulheres priorizam os filhos, mesmo quando a falta que sentem de seus parceiros como homens, chega ao extremo.

Um outro fator relevante que comprova a necessidade dessas mulheres mudarem seus comportamentos diante da sociedade diz respeito à fofoca. Segundo a pesquisa realizada por Machado (2006), foram relatados casos em que as esposas que ficaram, mudaram suas rotinas por completo, das mais variadas formas, com intuito de evitar que a fofoca acabasse com o casamento. Das entrevistadas, muitas tomaram a decisão de morar com os pais ou com algum parente próximo para evitar que os vizinhos e parentes do marido tivessem motivos de acusá-la de fazer alguma coisa errada. O autor salienta ainda que, de certa forma, a mãe substitui a figura do marido, dando “confiabilidade” àquela casa, onde reside a esposa do emigrado.

Tais observações podem também ser aplicadas às participantes do presente estudo. Em seus relatos ficou patente o enclausuramento a que devem se submeter. Na ausência do parceiro, devem limitar os espaços e lugares que desejam frequentar. Tal medida tem por objetivo evitar o surgimento de boatos e especulações de que estejam fazendo algo errado, acarretando em consequência o fim do relacionamento.

“[...] eu gosto de festa ao lado dele então eu prefiro não ir, chego lá sozinha, então eu prefiro ficar em casa. [...] Igreja, na casa da minha mãe, da minha sogra só” (D. 36 anos).

“Não saio, vou em eventos da escola e igreja só” (E. 41 anos).

“Pra ir na igreja, e, só pra sair pra ir na igreja e pra fazer compra, ir na casa de parente” (A. 42 anos).

Os exemplos citados apontam para uma realidade vivida por grande parte de esposas de emigrantes. Isto é evidente, sobretudo quando a preferência dessas mulheres em evitar que surjam boatos e fofocas, que possam por fim ao relacionamento conjugal é maior do que o desejo de ir a festas ou outros eventos que não envolvam religião e família. Dessa forma, pode-se perceber que

apoiar-se na religião e familiares dá uma segurança de que a parceira do emigrado não está fazendo algo errado ou traindo seu marido.

Machado (2006) salienta em sua pesquisa que o contato sexual da mulher com algum outro homem, que não o marido ausente, representa uma ameaça ao projeto de adquirir dinheiro e melhorar as condições de vida da família. Por isso a circulação de boatos sobre a integridade sexual das mulheres que ficam é tão relevante no cenário de Governador Valadares. Os boatos podem destruir os projetos de um casal, e a responsabilidade pelo rompimento desse projeto é muito mais atribuída à mulher. Socialmente tende-se a ver no fato dela ficar aguardando o retorno do marido e administrar o dinheiro que o parceiro envia do exterior, como sendo um privilégio.

Quatro das entrevistadas apontaram que a confiança é o principal aparador que sustenta um relacionamento. Segundo elas, a confiança é primordial para que o relacionamento perdure até o retorno do marido. Em relação à confiança das parceiras em seus maridos, quanto ao quesito traição, Machado é perspicaz quando diz:

[...] a traição masculina não ameaça tanto o casamento, uma vez que o dinheiro da remessa continue fluindo. Ela não pode ter certeza, e enquanto o marido envia o dinheiro há a evidência de que o casamento e os planos originais continuam a existir (MACHADO, 2006, p. 17).

A observação é pertinente, uma vez que essas esposas tomam como referência de que há ou não traição por parte de seus parceiros, através dos sinais remetidos por eles como as remessas de dinheiro e a comunicação com eles por telefone ou internet.

Considerações

finais

Aparentemente a última conquista do sexo feminino, “ser mulher”, constitui-se num ganho ainda não desfrutado por grande quantidade de mulheres. Muitas, por questões financeiras ou culturais são “convidadas” a vivenciar apenas outros papéis e, apesar de protestos, acabam por se renderem a tal convite.

No caso desse artigo, os fragmentos do discurso das entrevistadas aqui apresentados permitem construir a hipótese de que muitas das parcerias de emigrantes, contrariando as conquistas sociais que afetam o mundo feminino, acabam por abdicar do papel de ser mulher no intuito de conservar o relacionamento conjugal. Nesse processo, que caminha na contramão dos movimentos contemporâneos, elas se posicionam como participantes ativas do projeto do parceiro de emigrar,

conseguir dinheiro e retornar com a condição financeira melhorada, na expectativa de garantir um futuro melhor para a família.

Deixando para trás o lugar do “ser mulher”, essas parceiras desconsideram seus desejos e os apelos sexuais, transferindo toda a energia para o cuidado com os filhos e com o lar. Isso deixa claro que a terceira pessoa, a figura do pai, fica fora desse relacionamento por um bom tempo, muitas vezes por anos. Essa ausência do pai faz com que a parceira do emigrado, uma vez que abriu mão de seus desejos sexuais por não ter como satisfazê-los com outro homem senão seu parceiro, mesmo inconscientemente se esquece ou se acostuma a não sentir falta do parceiro como amante, vendo-o apenas como provedor e pai.

Mesmo com a possibilidade de que o parceiro emigrado encontre outra mulher, constitua outra família e deixe parceira e filhos desamparados, as que ficam, aguardam ansiosamente pelo marido e pela nova vida que terão. Prendem-se a essas “certezas” para que se sintam aliviadas ao fazer algum sacrifício em função do relacionamento. Sacrifícios que promovem a redução de seus espaços e lugares de vida, vivendo exclusivamente em função dos filhos, da casa e da expectativa de que um dia tudo irá mudar quando, por fim, o parceiro retornar do exterior.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, A. R.; MACHADO, A. P.; DIAS, C. A.; BOECHAT, C. S. Impactos do isolamento conjugal sobre a sexualidade da mulher do emigrado. In: XIII SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13. Diamantina, 2008. **Anais**. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, 2008. p. 01-10.

ASSIS, G. O. Rupturas e Permanências: os novos fluxos da população brasileira e as transformações nas relações de gênero. In: ANPOCS - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISADORES EM CIÊNCIAS SOCIAIS, Caxambu1, 999. **Anais**. São Paulo: ANPOCS, v. 1, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

CECCARELLI, P. R. Configurações Edípicas da Contemporaneidade: Reflexões sobre as Novas Formas de Filiação. **Revista de Psicanálise**, ano XV, n 161, p. 88-98. São Paulo: FEBRAPSI. 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FUSCO, W. Redes sociais na migração internacional: o caso de Governador Valadares. In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÃO, 2, 1999, Ouro Preto. **Anais**. Belo Horizonte: ABEP, 1999. p.317-341.

LIMA, G. G. A relação mãe-criança e a feminilidade: questões para a clínica psicanalítica. In: IV COLÓQUIO DO LEPSI/LUGAR DE VIDA, 4., São Paulo, 2004. **Anais**. São Paulo, IP/FE-USP. 2004. p. 215-220.

MACHADO, I. J. Laços de sangue e fluxo de dinheiro: notas sobre o parente ausente no contexto migratório transnacional Portugal/Governador Valadares. In: 25ª REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Goiânia, 2006. **Anais**. Goiânia, UNICAMP 2006. p. 01-21.

RIPOLL, E. M. O Brasil e a Espanha na dinâmica das migrações internacionais: um breve panorama da situação dos emigrantes brasileiros na Espanha. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 151-165.

SCUDELER, V. C. A Inserção de Imigrantes Brasileiros no Mercado de Trabalho dos EUA. **Net**. Campinas. Campinas: Unicamp, 1999.

SIQUEIRA, S. O sonho frustrado e o sonho realizado: as duas faces da migração para os EUA. **Revista Nuevo Mundo**, Debates, 2007.

SIQUEIRA, S. Migrantes e Empreendedorismo na Microrregião de Governador Valadares – sonhos e frustrações no retorno. 2006. **Trabalho de conclusão de Curso** (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte, 2006.

PANORAMA DA PESQUISA SOBRE SATISFAÇÃO SEXUAL

Lina Wainberg¹; Fernanda Stenert²; Cláudio Simon Hutz³

AN OVERVIEW ON RESEARCH ON SEXUAL SATISFACTION

Resumo: A saúde sexual tem sido considerada como um dos parâmetros para se avaliar a qualidade de vida. A satisfação sexual representa um importante aspecto para sua aquisição. No entanto, há uma falta de clareza quanto ao seu significado. A presente investigação explorou, através de uma revisão sistematizada da literatura, 487 artigos da área e buscou o que estes entendem por satisfação sexual, seus instrumentos de medida, assim como os modelos teóricos desenvolvidos para sua compreensão. O levantamento revelou que o significado de satisfação sexual difere conforme a abordagem utilizada. A maioria das pesquisas tem uma perspectiva limitada da satisfação sexual, mais direcionada à funcionalidade, deixando de lado os componentes subjetivos, afetivos e emocionais. Com menor frequência, alguns modelos teóricos oferecem alternativas que contemplam, tanto componentes afetivos e emocionais da satisfação sexual como aspectos ligados ao prazer físico. Reconhece-se a necessidade da elaboração de um instrumento de satisfação sexual no Brasil que ofereça uma abordagem mais integrada.

Palavras-chaves: Satisfação sexual. Prazer. Satisfação emocional.

Abstract: Sexual health has been considered as one of the parameters to evaluate the quality of life. Sexual satisfaction represents one important aspect for its acquisition. Nevertheless, it is not clear what it means. This investigation has explored through a systematic review of the literature 487 articles on the subject showing how they define sexual satisfaction, its measures, as well its theoretical models developed for its comprehension. This review has shown that this concept varies according the approach used. The majority of these studies have a limited perspective of sexual satisfaction, dealing most of the time with its functionality, leaving aside its subjective components, such as emotional and affective ones. Few theoretical models provide alternatives that considered both emotional and affective elements of sexual satisfaction as well as the physical pleasure. It is suggested here that is needed a new instrument to measure sexual satisfaction in Brazil that is able to offer a more integrate perspective.

Keywords: Sexual satisfaction. Pleasure. Emotional satisfaction

Satisfação

Sexual

A sexualidade tem sido descrita como um dos aspectos centrais da natureza humana

¹ Psicóloga, Especialista em Terapia de Casal e Família, Mestre em Sexologia e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. e-mail: linawainberg@hotmail.com

² Acadêmica de Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Professor Titular, da Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Coordenador do Laboratório de Mensuração do Departamento de Psicologia de Desenvolvimento e Personalidade.

(CLAYTON, 2007). Ela fornece uma oportunidade de expressão para o afeto através do corpo (PANGMAN; SEGUIRE, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera além do bem-estar físico, mental e social também a saúde sexual como um dos parâmetros utilizados para se avaliar a qualidade de vida de um indivíduo ou comunidade (DAHAN ET AL., 2004; GELFAND, 2000; WALTERS; WILLIAMSON, 1998). Por qualidade de vida entende-se a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e relações sociais (BERLIM; MATTEVI; PAVANELLO; CALDIERARO; FLECK; 2003). No entanto, no que se refere a saúde sexual, observa-se no mundo atual que é uma área ainda negligenciada no cuidado primário da saúde das populações (ROWLAND ET AL., 2004).

Por saúde sexual, a OMS entende:

a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction and infirmity. Sexual health requires a positive, respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.10)

Partindo dessa perspectiva, o estudo da sexualidade humana tem dado especial importância à compreensão da funcionalidade sexual e à obtenção da satisfação. Por *funcionamento sexual* entende-se o desenvolvimento de todo “o ciclo da resposta sexual” (desejo, excitação, orgasmo e resolução). Já as definições do conceito de *satisfação sexual* são menos claras. Elas têm sido consideradas inconsistentes e a operacionalização desse construto avaliada como inadequada (DUNDON; RELLINI, 2010; LAWRENCE; BYERS, 1992, 1995).

Pesquisadores da área da sexualidade (FEGG ET AL., 2003) consideram que muitos dos dados empíricos relatados na literatura sobre a satisfação sexual são inconclusivos. Segundo as críticas o fato decorre da variedade de critérios utilizados para operacionalizar esse conceito. Por exemplo, Meston e Trapnell (2005) conferem à carência de instrumentos validados a falta de compreensão de como se atinge e o que influencia a satisfação sexual. Young, Denny, Young e Luquis (2000) atribuem essa diversidade de definições à dicotomia existente entre um indivíduo

estar satisfeito e insatisfeito com seu relacionamento sexual. Segundo Renaud, Byers e Pan (1997), para boa parcela da população e para alguns estudiosos do tema basta que exista a ausência de insatisfação para que se admita a existência de satisfação sexual. Trata-se, na verdade, de uma visão reducionista de um fenômeno complexo.

Outro exemplo é a definição que contempla a satisfação sexual como a saciedade de um apetite, a de uma necessidade ou ainda de um desejo (CABRAL; NICK, 1996). Já a existência do orgasmo e a frequência de intercursos são os indicadores que mais facilmente têm sido referidos como os capazes de permitir a avaliação da satisfação sexual (HAVVIO-MANILA; KONTULA, 1997; HURLBERT; APT; RABEHL, 1993; LAUMANN; GAGNON; MICHAEL; MICHAELS, 1994; WAITE; JOYNER, 2001). Grande parte dos estudos tem focado na responsividade orgástica, isto é, presença ou ausência de orgasmo, frequência de orgasmo e intensidade do orgasmo e sua relação com a satisfação sexual (DARLING; DAVIDSON; COX, 1991; ZHOU, 1993). Afirmam que a presença de orgasmos está vinculada a altos níveis de satisfação sexual para ambos os sexos (HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; WAITE; JOYNER, 2001). Para os homens essa importância parece ser ainda maior (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003).

No entanto, Mah e Binik (2005) argumentam que o prazer e a satisfação sexual estão relacionados mais a (a) aspectos cognitivo-afetivos do que aos aspectos físicos da experiência orgástica; à (b) intensidade física e psicológica geral do orgasmo e não a locais anatômicos das sensações orgásticas; e à (c) satisfação dos parceiros com a relação mútua. Apesar de esses estudos terem sido realizados com mulheres, noutros os homens também reportaram o mesmo. Segundo Hite (1981), eles relatam que apesar do orgasmo obtido através da masturbação ser fisicamente mais intenso e localizado, o coital é mais prazeroso e satisfatório. Isso leva a pensar no papel que a interação sexual tem para a satisfação masculina. Philippsohn e Hartmann (2009) sugerem que apesar da presença do orgasmo estar relacionada a satisfação sexual, o orgasmo e satisfação sexual não são a mesma coisa. Segundo eles, há um número considerável de mulheres que atingem altos níveis de satisfação apesar de raramente ou nunca experimentarem o orgasmo. Curiosamente, há também mulheres que apesar de experienciarem orgasmos consistentes, reportam uma satisfação sexual média para baixa.

É importante considerar que, segundo Meston e Trapnell (2005), apesar do objetivo principal do tratamento das disfunções sexuais serem o aumento dos pensamentos eróticos e por consequência do comportamento sexual, a intensificação da excitação genital e subjetiva e por fim o aumento na frequência e na intensidade de orgasmo, a relevância clínica dessas mudanças pode ser questionável se não for acompanhada por melhora clínica significativa na satisfação sexual subjetiva.

Quanto à frequência sexual, Levine (2007) afirma que há evidências de que a atividade sexual regular (especialmente com a experiência do orgasmo) pode ter efeitos benéficos para o bem-estar psicológico e físico. Isso explica porque muitos estudos assinalam a existência de uma relação direta entre a frequência sexual e satisfação sexual (FUGL-MEYER ET AL., 2009; NICOLSI; MOREIRA; VILLA; GLASSER, 2004). Esses pesquisadores percebem a satisfação sexual como uma consequência, e não um precursor, da atividade sexual. Apesar da argumentação lógica dos autores, há estudos que identificaram que a frequência sexual teria influência na satisfação dos homens, mas não nas mulheres (MCNULTY; FISHER, 2008). Lau, Cheng, Wang e Yang (2006) polemizam ainda mais a questão da frequência sexual como critério válido a ser considerado quando encontram nos resultados de seus estudos que as mulheres com disfunções sexuais têm uma frequência sexual maior muito embora sejam sexualmente insatisfeitas. Esses autores argumentam que provavelmente muitas delas mantenham relações sexuais com parceiros por dever, cumprindo uma obrigação conjugal, o que demonstra que a frequência por si só é variável limitada para se avaliar a satisfação sexual.

Além da frequência de intercurso e do orgasmo, muitos pesquisadores têm avaliado também a satisfação sexual através do fenômeno da funcionalidade sexual. Por funcionalidade entende-se a resposta sexual ótima obtida pelos parceiros em cada uma das fases do ciclo (desejo, excitação, orgasmo). No entanto, Lief (2001) argumenta que na clínica é comum encontrar-se mulheres com boas respostas fisiológicas, mas que não desfrutam de satisfação na atividade sexual. Já Dundon e Rellini (2010) consideram instigante o fato dos clínicos reportarem casos em que um número significativo de mulheres que procuram ajuda para suas disfunções sexuais são incapazes de obter satisfação sexual, mesmo quando o desejo, a excitação e o orgasmo são suficientes. Dados empíricos coletados por esses autores sustentam apenas parcialmente a hipótese de que a satisfação sexual pode ser explicada pela funcionalidade sexual. Outros pesquisadores dizem que

a satisfação com a qualidade da vida sexual e a funcionalidade sexual objetiva não estão necessariamente correlacionadas (PUJOLS; MESTON; SEAL, 2010; RICHTER, 2004). Ou seja, o foco exclusivo na fisiologia da resposta sexual não é capaz de revelar a satisfação sexual. Dito de outra forma, outras variáveis psicossociais podem modulá-la. Basta recordar que há autores que mostram que nem todas as pessoas com problemas sexuais experimentam sofrimento e que ainda assim estão satisfeitos com sua funcionalidade sexual (FERENIDOU ET AL., 2008; KIRANA ET AL., 2008). Assim, é o sofrimento, e não simplesmente a presença da disfunção sexual, que deve ser considerada em estudos de prevenção. Isso evidencia a importância em se acessar o sofrimento no diagnóstico dos problemas sexuais (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003; MESTON; TRAPNELL, 2005; ÖBERG; FUGL-MEYER; FUGL-MEYER, 2004).

Barrientos e Paez (2006) mostram que estudos recentes em vários países têm enfatizado não só a importância do componente físico da satisfação sexual (isto é, frequência de coito sexual e orgasmo), mas também os componentes afetivos e emocionais. Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, Plaut, Rodrigues e Wylie (2005) mostraram que o foco mecanicista na funcionalidade/disfuncionalidade falha em incluir as variáveis mais amplas como a percepção de satisfação sexual do paciente e do parceiro e a qualidade de vida do paciente com disfunção.

Dentre essas variáveis mais amplas, as relações conjugais têm sido consideradas por muitos clínicos e pesquisadores como o contexto a ser considerado no exame dos problemas sexuais (BANCROFT, 2002; BYERS, 2001; CHRISTOPHER; SPRECHER, 2000; CUPACH; COMSTOCK, 1990; EDWARDS; BOOTH, 1994; GREELEY, 1991; HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; KAPLAN, 1974; MASTERS; JOHNSON, 1970; SPRECHER; CHRISTOPHER; CATE, 2006; TIEFER, 2001; YOUNG; DENNY; YOUNG; LUQUIS, 2000). Dentre eles a satisfação conjugal tem sido frequentemente correlacionada com a satisfação sexual (BRIGDES; HORNES, 2007; BUTZER; CAMPBELL, 2008; HANING ET AL., 2007; SPRECHER, 2002; SPRECHER; CATE, 2004). Byers e colegas (BYERS, 2005; MACNEIL; BYERS, 2005) suspeitam que conceitualmente a satisfação conjugal preceda a satisfação sexual. Outros, no entanto, argumentam o oposto, de que a satisfação sexual precederia a satisfação conjugal (CHRISTOPHER; SPRECHER, 2000; RAHMANI; KHOEI; GHOLI, 2009). Assim, apesar dos estudos mostrarem que os construtos variam juntos, não há evidências claras de quem

causa o quê. A explicação mais comum é que a ligação entre esses construtos é recíproca e mutuamente reforçadora (HENDRICK; HENDRICK, 2004).

O amor também tem sido descrito como correlacionado a satisfação sexual (HENDRICK; HENDRICK, 2004). Além dele, alguns autores (BRIGDES; HORNES, 2007; WAITE; JOYNER, 2001; SPRECHER, 2002) salientam o importante papel que o compromisso (isto é, expectativa de continuidade da relação e a exclusividade sexual) tem para a relação, tanto para as mulheres quanto para homens. Waite e Joyner (2001) encontraram, no entanto, a influência dessas variáveis na satisfação emocional, mas não no prazer físico. Essa diferenciação conceitual é importante. A satisfação é utilizada para os aspectos emocionais e subjetivos da relação e atividade sexual. O prazer refere-se à dimensão física, como o orgasmo e o prazer em atividades sexuais específicas.

Haning, Oxeefe, Randall, Kommor, Baker e Wilson (2007) consideram que o aumento da intimidade e a diminuição de conflito também são capazes de predizer a satisfação sexual. Outros (RAHMANI; KHOEI; GHOLI, 2009) conferem ao tempo de relacionamento papel importante na diminuição da satisfação sexual.

Fatores pessoais ou afetivos como a saúde mental (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003; FROHLICH; MESTON, 2002; HOLMBERG; BLAIR; PHILLIPS, 2010; TOWER; KRASNER, 2006; VAN MINNEN; KAMPMAN, 2000), saúde física (CLAYTON, 2007; LAUMANN ET AL., 2006), bem-estar (HOLMBERG; BLAIR; PHILLIPS, 2010; SPRECHER; CATE, 2004), imagem corporal (PUJOLS; MESTON; SEAL, 2010; KIEFER; SANCHES, 2007), valores pessoais e religiosos (CHRISTOPHER; SPRECHER, 2000; CUPACH; COMSTOCK, 1990; EDWARDS; BOOTH, 1994; EVERAERD; LAAN; BOTH; VELDE, 2000; EVERAERD; LAAN; SPIERING, 2000; GREELEY, 1991; HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; PARISH ET AL., 2007; WAITE; JOYNER, 2001), perfeccionismo (HABKE; HEWITT; FLETT, 1999), raiva (BELANGER; LAUGHREA; LAFONATAINE, 2001), idade (BARRIENTOS; PAEZ, 2006; LAUMANN ET AL., 2006), criação não religiosa e não conservadora e grau de escolaridade alto (HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997) também foram descritos como fatores que influenciam a satisfação sexual.

Por fim, os fatores relativos à sexualidade propriamente dita, como conhecimento sexual (CHRISTOPHER; SPRECHER, 2000; CUPACH; COMSTOCK, 1990; EDWARDS; BOOTH, 1994; EVERAERD; LAAN; BOTH; VELDE, 2000, 2000B; GREELEY, 1991; HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; LAU; CHENG; WANG; YANG, 2006; PARISH ET AL., 2007; WAITE; JOYNER, 2001), assertividade sexual (HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; HURLBERT, 1991), expectativas realistas da performance sexual (ONDER ET AL., 2003), discrepância de desejo (quando um quer mais sexo do que o outro) (BRIGDES; HORNES, 2007; DAVIES; KATZ; JACKSON, 1999), comunicação de necessidades sexuais (DAVIS ET AL., 2006; TRUDEL, 2002); saúde e vitalidade física (EVERAERD, LAAN; SPIERING, 2000; FELDMAN; GOLDSTEIN; HATZICHRISTOU; KRANE; MCKINLAY, 1994; LAU; CHENG; WANG; YANG, 2006; PARISH ET AL., 2007), privacidade (PARISH ET AL., 2007), consciência de que a vida sexual é importante (HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997; LAU; CHENG; WANG; YANG, 2006), a satisfação sexual do parceiro (BYERS, 2004; ROWLAND ET AL., 2004), início precoce da vida sexual, atitudes sexuais liberais, uso de materiais sexuais, versatilidade de técnicas sexuais (HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 1997) e exposição excessiva à filmes de sexo explícito pela internet (PETER; VALKENBURG, 2009) estiveram associadas à satisfação com a vida sexual.

Outros aspectos, como preocupações com fatores sociais, melhores salários (LAU; CHENG; WANG; YANG, 2006), idade (CHRISTOPHER; SPRECHER, 2000; FUGL-MEYER; ÖBERG; LUNDBERG; LEWIN; FUGL-MEYER, 2006) também tem sido percebidos como correlacionados a satisfação sexual.

Boul, Hallm-Jones e Wylie (2009) propõem que o verdadeiro determinante da satisfação sexual será o objetivo, motivo ou finalidade da atividade sexual que, na opinião do autor é maior do que a simples busca de prazer. São as motivações não explícitas que gerariam satisfação e felicidade. Elas seriam as influências centrais na compreensão da satisfação sexual.

Assim, considerando a importância da satisfação sexual na qualidade de vida, percebe-se a necessidade de compreensão desse conceito. Pensando nisso, a presente investigação explora, através de uma revisão sistematizada da literatura, o que os artigos da área entendem por satisfação sexual, seus instrumentos de medida, assim como os modelos teóricos desenvolvidos

para sua compreensão. Em última instância, busca-se neste estudo contribuir com a terapêutica da saúde sexual.

Método

Um levantamento sistematizado a partir do banco de dados *Web of Science* buscou os construtos e os instrumentos de medidas utilizados na avaliação da satisfação sexual. Foram selecionados e analisados todos os artigos publicados entre 2000 e 2008, em cujo texto aparecem as palavras-chave *sexual satisfaction*, *sexual dissatisfaction* e *sexual pleasure*.

Essa análise identificou (a) quais pesquisas eram empíricas e que artigos eram puramente teóricos; (b) quais pesquisas eram empíricas quantitativas e quais eram qualitativas; (c) dentre os artigos quantitativos, quais foram os instrumentos utilizados na avaliação do construto “satisfação sexual”. A partir destes, (d) os instrumentos foram divididos em categorias quanto à sua principal temática de avaliação, ou seja, o que estes se propunham avaliar; (e) por fim, foram analisados os modelos teóricos de satisfação sexual utilizados pelos instrumentos.

Resultados

Na busca inicial 487 artigos foram identificados. Destes (a) 85% (416) eram pesquisas empíricas, enquanto que 15% (71) eram artigos teóricos; (b) dentre os artigos empíricos, 42 utilizaram metodologias qualitativas (estudo de caso, entrevista aberta, grupo focal,...) e 374 artigos com medidas quantitativas (77%); (c) dentre os instrumentos utilizados, foram identificados 198 instrumentos (a lista de instrumentos com suas respectivas frequências de utilização estão disponíveis no *site* <http://www.ufrgs.br/psico-laboratorio/publicacoes.htm>, ou seja, quantas vezes cada instrumento foi utilizado pelos 374 artigos empíricos quantitativos analisados); (d) dentre as temáticas identificadas como foco dos instrumentos, o Gráfico 1 mostra a porcentagem de uso que cada categoria foi utilizada para avaliar a satisfação sexual. Foram encontrados que 89 artigos fazem uso dos instrumentos construídos para medir a funcionalidade (ou função) sexual e 66 artigos utilizaram medidas específicas para patologias diversas (deficiência física, disfunção erétil, câncer de próstata, ejaculação precoce, histerectomia, infertilidade, ovário policístico, agenesia vaginal, obesidade, menopausa, prótese peniana, entre outros). A quase totalidade desses instrumentos destinados a medir patologias específicas, no que tange a sexualidade, também se detinha na funcionalidade sexual. No presente estudo identificaram-se somente 33

artigos que utilizam instrumentos que medem especificamente a satisfação sexual, 26 artigos utilizaram escalas gerais de sexualidade, 15 utilizaram instrumentos sobre relação conjugal, 13 utilizaram instrumentos categorizados como “outros”.

Nota-se que a maior parte dos instrumentos encontrados são aqueles que apresentam uma ou duas questões de satisfação sexual, sendo utilizados na seguinte frequência: instrumentos com somente uma questão de satisfação sexual (16%); instrumentos com somente duas questões de satisfação sexual (11%), artigos que avaliam satisfação sexual com apenas uma questão sem instrumento (4%); e artigos que avaliam satisfação sexual com duas questões sem instrumento (1%). E ainda foram identificados 60 artigos (14%) que utilizaram instrumentos que não medem satisfação sexual.

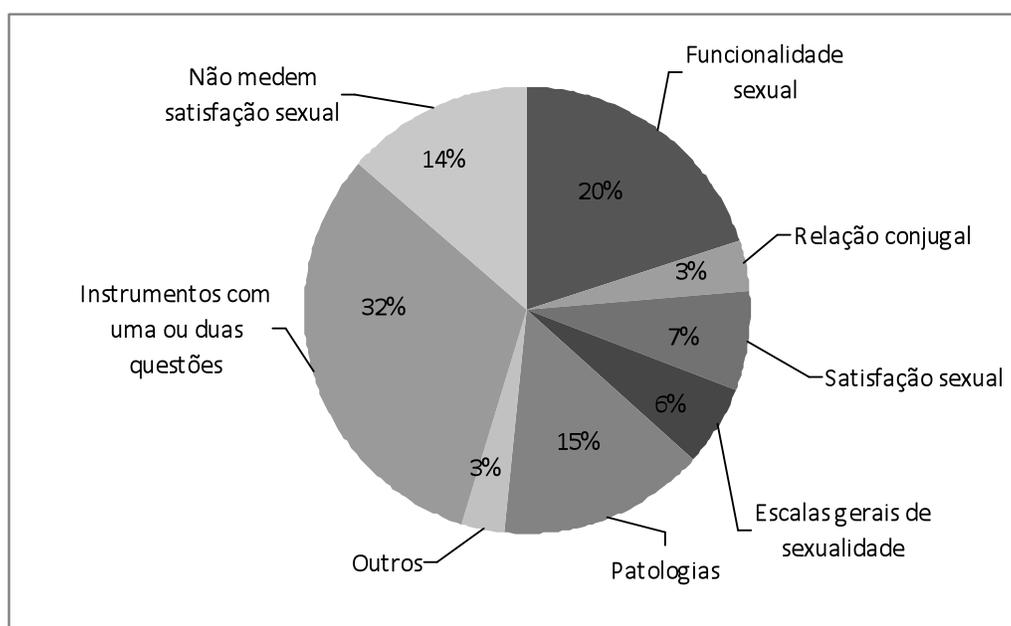


Gráfico 1. Frequência de uso por categoria

(e) No que concerne aos modelos teóricos de satisfação sexual, foram identificados os principais, como segue: (1) *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction* (LAWRANCE; BYERS, 1995); (2) o modelo desenvolvido por Meston e Trapnell (2005) que embasou o *Sexual Satisfaction Scale For Women (SSS-W)*; (3) o modelo de Parish et al. (2007); que será melhor detalhada na discussão dos resultados.

Discussão dos resultados

Instrumentos de satisfação sexual

A presente investigação demonstrou que a maior parte (35% resultante da categoria da funcionalidade somada à patologia) dos estudos sobre satisfação sexual faz uso de instrumentos que focam a funcionalidade sexual. Esse enfoque se torna ainda mais presente quando a avaliação da sexualidade está ligada especificamente a alguma disfunção nessa área ou a alguma doença orgânica. Dentre eles, destaca-se em primeiro lugar o instrumento *International Index for Erectile Function-5* ou 15 (IIEF) (ROSEN ET AL., 1997). Ele tem como foco a disfunção erétil. Foi o instrumento mais utilizado nas pesquisas médicas para se avaliar satisfação sexual. O IIEF apresenta quatro questões que visam investigar especificamente o tema, abordando a satisfação sexual geral, satisfação com o intercuro, satisfação sexual com o parceiro e satisfação com desempenho.

Seguem em ordem decrescente os que admitem a funcionalidade/ disfuncionalidade como medida de satisfação sexual. É o caso, por exemplo, do *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ROSEN ET AL., 2000). Este aborda a satisfação sexual, examinando três questões, a primeira quanto à proximidade afetiva durante a atividade sexual com o parceiro, a segunda quanto à satisfação com a relação sexual com o parceiro, e a terceira em relação à satisfação com a vida sexual em geral. Já o *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* – GRISS (VAN LANKVELD; TER KUILE, 1999), avalia, apesar do nome, claramente a funcionalidade sexual. Na versão masculina avalia impotência, ejaculação precoce, não sensualidade, evitação, insatisfação, infrequência sexual e não comunicação. Na versão feminina avalia infrequência, não comunicação, insatisfação, não sensualidade, evitação, vaginismo e anorgasmia. O GRISS aborda a satisfação sexual através de quatro itens em relação ao tempo de preliminares, com a relação sexual com o parceiro, com o amor e afeição na relação sexual e com o tempo dedicado do parceiro para a relação sexual. Outro instrumento do tipo é o *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (DSFI) (DEROGATIS; MELISARATOS, 1979), que avalia a satisfação sexual geral em uma de suas dez subescalas. O DSFI mede a satisfação sexual de uma forma mais ampla, através de dez questões do tipo verdadeiro ou falso. Elas avaliam vários componentes (como a frequência de coito, a qualidade de comunicação e a qualidade de orgasmo). Por fim, o *Brief Sexual Function Questionnaire* (REYNOLDS ET AL., 1988) mede a satisfação com a vida sexual geral, a vida sexual no último mês e a satisfação do parceiro. Ou seja, de um modo geral, esses instrumentos que buscam avaliar a função sexual através do desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, não

examinam em profundidade o componente emocional da satisfação sexual e restringem-se a 3 ou 4 questões centrais.

Apesar da vasta gama de instrumentos utilizados com foco na funcionalidade, há outros que buscam investigar a satisfação sexual como uma variável complexa, requerendo instrumentos específicos de avaliação. Hudson, Harrison e Crosscup (1981) desenvolveram o *Index of Sexual Satisfaction* (ISS) que é uma escala unidimensional destinada a avaliar a satisfação sexual no contexto do relacionamento de casal. São 25 afirmativas que descrevem a qualidade da vida sexual dos participantes (por exemplo, “Sinto que meu parceiro gosta da nossa vida sexual”). O ISS aborda três aspectos: satisfação sexual pessoal, satisfação com a sexualidade do parceiro e a satisfação com a interação sexual.

Na mesma linha dos instrumentos específicos de satisfação sexual, o *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire* (IEMSSQ) (BYERS; DEMMONS; LAWRANCE, 1998; BYERS; DEMMONS, 1999; LAWRANCE; BYERS, 1992, 1995) é o mais referido. Construído a partir do modelo teórico de troca social, permite uma ênfase na percepção mais ampla da satisfação sexual. A escala completa apresenta 46 itens que avaliam as recompensas e os custos da relação sexual com o parceiro.

Existem também outros instrumentos de medida de satisfação ou qualidade marital que apresentam subescalas específicas sobre o tema do prazer sexual, ou apenas alguns itens no questionário que visam alcançar o mesmo objetivo (ARRINDELL; EMMELKAMO; BAST, 1983; CLARK; MILLS, 1979). Dentre eles está o *Marital Satisfaction Inventory* (MSI) (SNYDER, 1979) que apresenta 13 itens sobre satisfação sexual.

O mais surpreendente nessa investigação, está na vasta utilização de uma ou duas questões para a avaliação da satisfação sexual. Segundo Guo e Huang (2005), a utilização de uma única questão para a avaliação da satisfação sexual deixa a desejar em precisão e sofisticação. Os autores argumentam que devido às múltiplas facetas esta deveria ser avaliada através de medidas mais específicas.

Modelos teóricos de satisfação sexual

Na busca por modelos capazes de apresentar uma compreensão mais completa da satisfação sexual encontraram-se os que seguem: o *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction*

(IEMSS) (BYERS; DEMMONS; LAWRENCE, 1998; BYERS; DEMMONS, 1999; LAWRENCE; BYERS, 1992, 1995) baseia-se no Modelo de Troca Social, que fundamenta de forma bastante adequada esse instrumento. No modelo (ver Figura 1) seus autores propõem e confirmam as hipóteses de que a satisfação sexual depende do julgamento das pessoas sobre (a) equilíbrio entre recompensas e custos sexuais, (b) a comparação entre os custos e as recompensas sexuais adquiridos com os custos e recompensas esperados e, (c) a equidade de custos e recompensas sexuais entre os parceiros. Por recompensas sexuais entende-se trocas prazerosas e gratificantes entre os parceiros. Enquanto que por custos sexuais entendem-se trocas que demandam esforço físico ou mental ou causam dor, vergonha, ansiedade ou outro efeito negativo. A satisfação com o relacionamento foi incluída como controle nas análises devido a sua associação com a satisfação sexual.

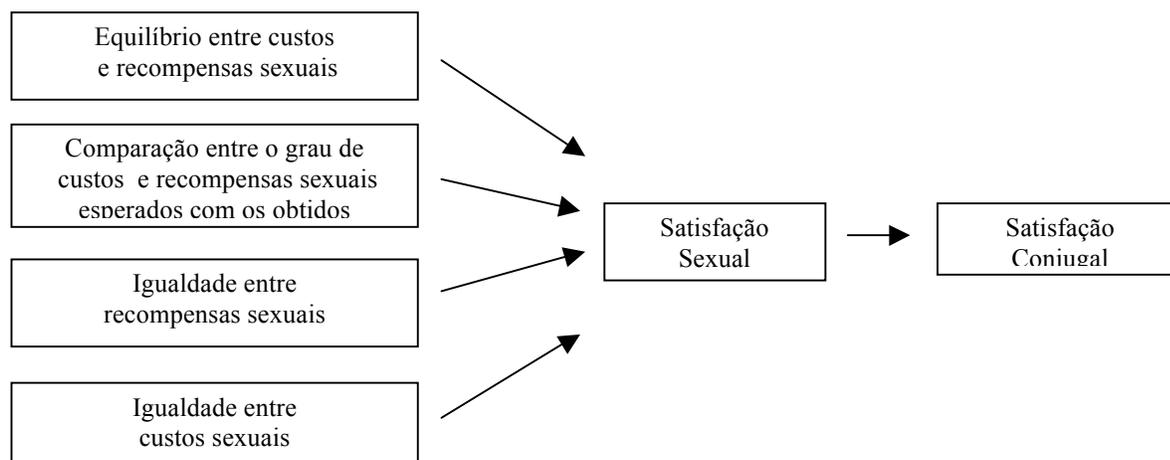


Figura 1: Modelo dos fatores associados com a satisfação sexual e conjugal (adaptado de KISLER; CHRISTOPHER, 2008).

Meston e Trapnell (2005) propuseram outro modelo teórico para satisfação sexual. Fazem uma distinção entre aspectos *personais* e *relacionais* da satisfação sexual. Os dois aspectos são considerados como necessários para permitir uma compreensão completa do que constitui a satisfação sexual. Segundo eles, a literatura considera duas principais facetas da satisfação sexual relacional: comunicação e compatibilidade. Quanto ao componente pessoal da satisfação sexual apresentam o julgamento geral de satisfação. Os autores incluíram os níveis subjetivos de sofrimento em questões sobre o seu *self* sexual particular e com a relação. Esses níveis de sofrimentos são importantes na compreensão de qualquer satisfação. Analisar apenas o que está bom não fornece uma visão completa da satisfação sexual. Esse modelo embasou a construção do

Sexual Satisfaction Scale For Women (SSS-W) que após as análises permaneceu com 30 itens subdivididos igualmente nos seguintes domínios: comunicação, compatibilidade e satisfação e preocupação ou sofrimento relacional e outro pessoal.

Parish et al. (2007) desenvolveram o terceiro modelo estrutural. Ele sugere que um conjunto de determinantes múltiplos da satisfação sexual que inclui: (1) características de um relacionamento, (2) conhecimento sexual e valores pessoais, (3) vitalidade física, e (4) impedimentos ambientais. Nesse modelo, uma boa parte do efeito dessas características foi mediada pela (a) frequência de orgasmo, (b) variedade das práticas sexuais e a (c) percepção do afeto do parceiro, como pode ser vista na Figura 2. O modelo conceitual permite, mas não exige, que a satisfação sexual seja influenciada por essas características. A satisfação sexual é a variável dependente de interesse primordial. No entanto, essa é a variável latente pela qual será medida através de cinco indicadores observáveis: satisfação física, satisfação emocional, não ter vergonha, excitação/entusiasmo e acreditar que sexo não é sujo.

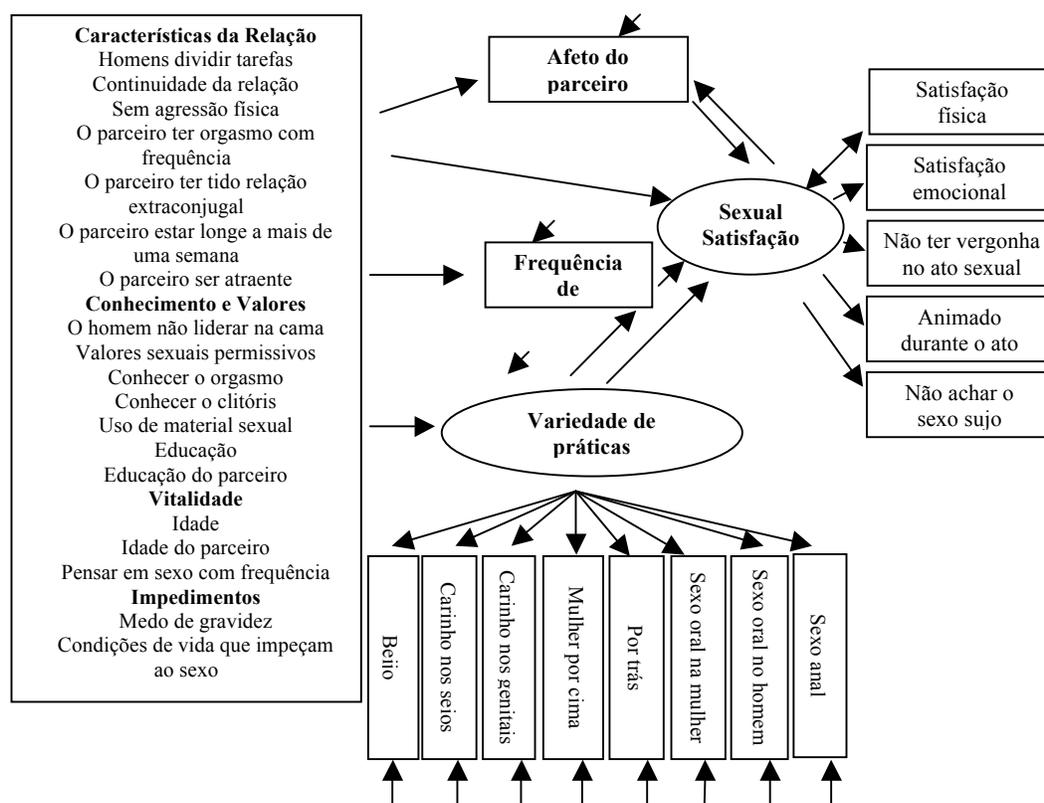


Figura 2: modelo de comportamento sexual e satisfação sexual (adaptado de PARISH ET AL., 2007).

Os modelos acima apresentam perspectivas que divergem entre si, mas que não são excludentes. Aparentemente, os modelos teóricos de satisfação sexual estão introduzindo entre suas variáveis as dificuldades e/ou as frustrações com a vida sexual para sua compreensão como um todo, o que torna a compreensão do fenômeno mais completa e realista. Além disso, a frequência sexual e o orgasmo se apresentam como mais dois fatores, e não como o critério exclusivo de satisfação sexual. Há uma tendência em incluir o prazer em práticas sexuais específicas, além da satisfação com a relação. Por fim, nesses modelos teóricos construídos para a satisfação sexual, a funcionalidade sexual parece ter sido tratada como um construto a parte.

Conclusão

A presente investigação descreveu a concepção de satisfação sexual utilizada nas pesquisas sobre a temática. O levantamento revelou que diversas pesquisas na área da satisfação sexual têm uma perspectiva limitada, mais direcionada à funcionalidade, deixando de lado os componentes subjetivos, afetivos e emocionais, que poderiam fornecer uma visão mais integrada e significativa da sexualidade. Acredita-se que importantes variáveis associadas à satisfação sexual deveriam ser também consideradas, entre elas as sensações pós-sexuais, a alegria particular e/ou o prazer, a ausência de discrepâncias nas relações sexuais desejadas e a comunicação de tópicos sexuais (BARRIENTOS; PAEZ, 2006). Além disso, Rowland et al. (2004) afirmam que a capacidade de satisfazer as necessidades sexuais da parceira é o fator mais determinante na percepção de sua satisfação sexual geral dos homens por eles estudados. Esse fator foi negligenciado por muitos instrumentos.

Fugl-Meyer et al. (2009) ao compararem os instrumentos mais utilizados para avaliar a satisfação sexual de pacientes com disfunção erétil, concluíram que questionários diferentes que lidam com a satisfação sexual não abordam os mesmos tipos de satisfação. Concluíram que o significado de satisfação sexual difere conforme a abordagem utilizada pelos diferentes questionários, possivelmente por diferenças contextuais, com as questões de satisfação muito próximas a outras questões do mesmo questionário. Muitas vezes, sequer uma diferenciação entre a satisfação com a vida sexual, a satisfação com o relacionamento em geral ou satisfação com alguma atividade sexual específica é clara.

Por fim, assim como os achados de Fugl-Meyer et al. (2009), o presente estudo também chama a atenção para que se escolha um instrumento capaz de investigar a satisfação a partir dos variados aspectos envolvidos na sexualidade, ponderando e definindo o que se entende por satisfação, incluindo o contexto (por exemplo, geográficos e as circunstâncias) em que o termo é utilizado. Para aqueles que buscam modelos mais completos da satisfação sexual os trabalhos de Byers e seus colegas (BYERS; DEMMONS; LAWRENCE, 1998; BYERS; DEMMONS, 1999; BYERS; MCNEIL, 2006; LAWRENCE; BYERS, 1992, 1995), Meston e Trapnell (2005) e Parish et al. (2007) oferecem alternativas teóricas que contemplam, tanto componentes afetivos e emocionais da satisfação sexual como aspectos ligados ao prazer físico.

Considerando que a sexualidade é multivariada, talvez uma compreensão mais integrada e significativa da sexualidade seja necessária. Propõe-se, a partir dos dados, a elaboração de um instrumento de satisfação sexual, levando em conta suas diferentes dimensões, valorizando aspectos emocionais, físicos e sociais. Há a necessidade de outros estudos, averiguando a situação dos instrumentos de satisfação sexual no Brasil.

Referências bibliográficas

ALTHOF, S. E., LEIBLUM, S. R., CHEVRET-MEASSON, M., HARTMANN, U., LEVINE, S. B., MCCABE, M., PLAUT, M., RODRIGUES, O., & WYLIE, K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, 2(6), 793-800, 2005.

ARRINDELL, W. A., BOELEN, W., & LAMBERT, H. On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and “normal” volunteer couples based on the Dutch version. **Personality and Individual Differences**, 4, 293–306, 1983.

ARRINDELL, W. A., EMMELKAMP, P. M. G., & BAST, S. The Maudsley Marital Questionnaire (MMQ) - A Further Step Towards Its Validation. **Personality and Individual Differences**, 4(5), 457-464, 1983.

BANCROFT, J. The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. **Archives of Sexual Behavior**, 31(5), 451-455, 2002.

BANCROFT, J., LOFTUS, J., & LONG, J. S. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. **Archives of Sexual Behavior**, 32(3), 193-208, 2003.

BARRIENTOS, J. E., & PAEZ, D. Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 32(5), 351-368, 2006.

BELANGER, C., LAUGHREA, K., & LAFONATAINE, M. The impact of anger on sexual satisfaction in marriage. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, 10: 91-9, 2001.

BERLIM, M., MATTEVI, B., PAVANELLO, D., CALDIERARO, M., & FLECK, M. Suicidal ideation and quality of life among adult Brazilian outpatients with depressive disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 191, 193-197, 2003.

BOUL, L., HALLAM-JONES, R., & WYLIE, K. R. Sexual Pleasure and Motivation. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 35(1), 25-39, 2009.

BRIDGES, S. K., & HORNE, S. G. Sexual satisfaction and desire discrepancy in same sex women's relationships. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 33(1), 41-53, 2007.

BUTZER, B., & CAMPBELL, L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. **Personal Relationships**, 15(1), 141-154, 2008.

BYERS, E. S. Evidence for the importance of relationship satisfaction for women's sexual functioning. **Women & Therapy**, 24(1-2), 23-26, 2001.

BYERS, E. S. Sexual satisfaction of Canadian heterosexual couples. **Sexuality and Disability**, 22(1), 192, 2004

BYERS, E. S. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. **Journal of Sex Research**, 42(2), 113-118, 2005.

BYERS, E. S., & DEMMONS, S. Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. **Journal of Sex Research**, 36(2), 180-189, 1999.

BYERS, E. S., DEMMONS, S., & LAWRENCE, K. Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. **Journal of Social and Personal Relationships**, 15(2), 257-267, 1998.

BYERS, E. S., & MACNEIL, S. Further validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 32(1), 53-69, 2006.

CABRAL, A., & NICK, E. **Dicionário Técnico de Psicologia**, 9a. ed., São Paulo: Cultrix, 1996.

CHRISTOPHER, F. S., & SPRECHER, S. Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. **Journal of Marriage and the Family**, 62(4), 999-1017, 2000.

CLARK, M. S., & MILLS, J. Interpersonal-Attraction in Exchange and Communal Relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, 37(1), 12-24, 1979.

CLAYTON, A. H. Epidemiology and Neurobiology of female sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, 4, 260-268, 2007.

CUPACH, W. R., & COMSTOCK, J. Satisfaction With Sexual Communication In Marriage - Links To Sexual Satisfaction And Dyadic Adjustment. **Journal of Social and Personal Relationships**, 7(2), 179-186, 1990.

DAHAN, J. R., PENEDO, F. J., GONZALEZ, J. S., ESQUIABRO, M., ANTONI, M. H., ROOS, B. A., & SCHNEIDERMAN, N. Sexual functioning and quality of life after prostate cancer treatment: Considering sexual desire. **Urology**, 63(2), 273, 2004.

DARLING, C. A., DAVIDSON, J. K., & COX, R. P. Female Sexual-Response and the Timing of Partner Orgasm. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 17(1), 3-21, 1991.

DAVIES, S., KATZ, J., & JACKSON, J. L. Sexual desire discrepancies: Effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. **Archives of Sexual Behavior**, 28(6), 553-567, 1999.

DAVIS, D., SHAVER, P. R., WIDAMAN, K. F., VERNON, M. L., FOLLETTE, W. C., & BEITZ, K. "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. **Personal Relationships**, 13(4), 465-483, 2006.

DEROGATIS, L. R., & MELISARATOS, N. DSFI - Multidimensional Measure of Sexual Functioning. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 5(3), 244-281, 1979.

DUNDON, C. M. & RELLINI, A. More than Sexual Function: Predictors of Sexual Satisfaction in a Sample of Women Age 40–70. **Journal of Sexual Medicine**, 7, 896–904, 2010.

EDWARDS, J. N., & BOOTH, A. Sexuality, marriage, and well-being: The middle years. In: A. S. ROSSI (Eds.). **Sexuality across the life course** (pp. 233–259). Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1994.

EVERAERD, W., LAAN E. T., BOTH, S., & VELDE, J. VAN DER. Female sexuality. In: L. T. SZUCHMAN & F. MUSCARELLA (Eds.). **Psychological perspectives on human sexuality** (pp. 101–146). New York: John Wiley & Sons, 2000.

EVERAERD, W., LAAN, E., & SPIERING, M. Male Sexuality. In: L. SZUCHMAN, & F. MUSCARELLA (Eds.), **Psychological Perspectives on Human Sexuality** (pp.60-100). New York: Wiley, 2000.

FEGG, M. J., GERL, A., VOLLMER, T. C., GRUBER, U., JOST, C., MEILER, S., & HIDDENMANN, W. Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour therapy. **British Journal of Cancer**, 89(12), 2202-2206, 2003.

FELDMAN, H. A., GOLDSTEIN, I., HATZICHRISTOU, D. G., KRANE, R. J., & MCKINLAY, J. B. Impotence And Its Medical And Psychosocial Correlates - Results Of The Massachusetts Male Aging Study. **Journal of Urology**, 151(1), 54-61, 1994.

FERENIDOU, F., KAPOTELI, V., MOISIDIS, K., KOUTSOGIANNIS, I., GIAKOUMELOS, A., & HATZICHRISTOU, D. Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. **Journal of Sexual Medicine**, 5(3), 631-639, 2008.

FROHLICH, P., & MESTON, C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. **Journal of Sex Research**, 39(4), 321-325, 2002.

FUGL-MEYER, K. S., OBERG, K., LUNDBERG, P. O., LEWIN, B., & FUGL-MEYER, A. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18-to 74-year-old Swedish women. **Journal of Sexual Medicine**, 3(1), 56-68, 2006.

FUGL-MEYER, A., ALTHOF, S., BUVAT, J., PAGET, M. A., SOTOMAYOR, M., & STOTHARD, D. Aspects of Sexual Satisfaction in Men with Erectile Dysfunction: A Factor Analytic and Logistic Regression Approach. **Journal of Sexual Medicine**, 6(1), 232-242, 2009.

GELFAND, M. M. Sexuality among older women. **Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine**, 9, S15-S20, 2000.

GREELEY, A. M. **Faithful attraction: Discovering intimacy, love and fidelity in American marriage**. New York: Doherty 1991.

GUO, B. R., & HUANG, J. Marital and sexual satisfaction in Chinese families: Exploring the moderating effects. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 31(1), 21-29, 2005.

HAAVIO-MANNILA, E., & KONTULA, O. Correlates of increased sexual satisfaction. **Archives of Sexual Behavior**, 26(4), 399-419, 1997.

HABKE, A. M., HEWITT, P. L., & FLETT, G. L. Perfectionism and sexual satisfaction in intimate relationships. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 21(4), 307-322, 1999.

HANING, R. V., OXEEFE, S. L., RANDALL, E. J., KOMMOR, M. J., BAKER, E., & WILSON, R. Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 33(2), 93-113, 2007.

HENDRICK, C., & HENDRICK, S. S. (2004). Sex and romantic love: Connects and disconnects. In: J. H. HARVEY, A. WENZEL, & S. SPRECHER (Eds.), **The handbook of sexuality in close relationships** (pp. 159–182). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

HITE, S. **The Hite report on male sexuality**. New York: Ballantine, 1981.

HOLMBERG, D., BLAIR, K. L., & PHILLIPS, M. Women's Sexual Satisfaction as a Predictor of Well-Being in Same-Sex versus Mixed-Sex Relationships. **Journal of Sex Research**, 47(1), 1-11, 2010.

HUDSON, W. W., HARRISON, D. F., & CROSSCUP, P. C. A Short-Form Scale to Measure Sexual Discord in Dyadic Relationships. **Journal of Sex Research**, 17(2), 157-174, 1981.

HURLBERT, D. F. The Role of Assertiveness in Female Sexuality - A Comparative-Study between Sexually Assertive and Sexually Nonassertive Women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 17(3), 183-190, 1991.

HURLBERT, D. F., APT, C., & RABEHL, S. M. Key variables to understanding female sexual satisfaction - an examination of women in nondistressed marriages. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 19(2), 154-165, 1993.

KAPLAN, H. S. **The new sex therapy**. New York: Brunner/Mazel, 1974.

KIEFER A. K., SANCHEZ D. T. Scripting sexual passivity: A gender role perspective. **Personal Relationships**, 14 (2), 269-290, 2007.

KIRANA, P. S., NAKOPOULOU, E., PAPAANTOU, S., MOYSIDIS, K., HATZINOURATIDIS, K., SALPIGIDIS, G., & HATZICHRISTOU, D. Presence of a sexual problem may not affect sexual satisfaction: Results from the hospitalised and outpatients profile and expectation study (HOPES). **European Urology Supplements**, 7(3), 589, 2008.

KISLER, T. S., & CHRISTOPHER, F. S. Sexual exchanges and relationship satisfaction: Testing the role of sexual satisfaction as a mediator and gender as a moderator. **Journal of Social and Personal Relationships**, 25(4), 587-602, 2008.

LAU, J. T. F., CHENG, Y., WANG, Q., & YANG, X. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: a population-based study. **International Journal Of Impotence Research**, 18(1), 89-97, 2006.

LAUMANN, E. O., GAGNON, J. H., MICHAEL, R. T., & MICHAELS, S. **The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States**. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

LAUMANN, E. O., PAIK, A., GLASSER, D. B., KANG, J. H., WANG, T. F., LEVINSON, B., MOREIRA, E., NICOLSI, A., & GINGELL, C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. **Archives of Sexual Behavior**, 35(2), 145-161, 2006.

LAUMANN, E.O., PAIK, A., GLASSER, D.B., KANG, J.H., WANG, T., KING, R., LEVINSON, B., LAWRENCE, K., & BYERS, E. S. Development of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in Long-term Relationships. **Canadian Journal of Human Sexuality**, 1, 123-128, 1992.

LAWRANCE, K. A., & BYERS, E. S. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. **Personal Relationships**, 2(4), 267-285, 1995.

LEVINE, S. B. Commentary on David Rowland's "Will medical solutions to sexual problems make sexological care and science obsolete?" **Journal of Sex & Marital Therapy**, 33(5), 449-453, 2007.

LIEF, H. I. Satisfaction and distress: Disjunctions in the components of sexual response. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 27(2), 169-170, 2001.

LIU, C. Does quality of marital sex decline with duration? **Archives of Sexual Behavior**, 32(1), 55-60, 2003.

MAH, K., & BINIK, Y. A. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 31(3), 187-200, 2005.

MASTERS, W. H., & JOHNSON, V. E. **Human sexual inadequacy**. Boston, MA: Little, Brown and Company, 1970.

MACNEIL, S., & BYERS, E. S. Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. **Journal of Social and Personal Relationships**, 22(2), 169-181, 2005.

McCABE, M. P. Sexual Function scale. In: DAVIS, C. M., YARBER, W. L., BAUSERMAN R. B., SCHREER G., & DAVIS S. L. (Eds.). **Handbook of sexuality and related measures** (pp. 275-276). Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications, 1998.

McNULTY, J. K., & FISHER, T. D. Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. **Archives of Sexual Behavior**, 37(2), 229-240, 2008.

MESTON, C., & TRAPNELL, P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). **Journal of Sexual Medicine**, 2(1), 66-81, 2005.

NICOLOSI, A., MOREIRA, E. D., VILLA, M., & GLASSER, D. B. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. **Journal of Affective Disorders**, 82(2), 235-243, 2004.

OBERG, K., FUGL-MEYER, A. R., & FUGL-MEYER, K. S. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. **International Journal of Impotence Research**, 16(3), 261-269, 2004.

ONDER, G., PENNINX, B., GURALNIK, J. M., JONES, H., FRIED, L. P., PAHOR, M., & WILLIAMSON, J. D. Sexual satisfaction and risk of disability in older women. **Journal of Clinical Psychiatry**, 64(10), 1177-1182, 2003.

PANGMAN, V. C., & SEGUIRE, M. Sexuality and the chronically ill older adult: A social justice issue. **Sexuality and Disability**, 18(1), 49-59, 2000.

PARISH, W. L., LUO, Y., STOLZENBERG, R., LAUMANN, E. O., FARRER, G., & PAN, S. M. Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. **Archives of Sexual Behavior**, 36(1), 5-20, 2007.

PETER, J., & VALKENBURG, P. M. Adolescents' Exposure to Sexually Explicit Internet Material and Sexual Satisfaction: A Longitudinal Study. **Human Communication Research**, 35(2), 171-194, 2009.

PHILIPPSOHN, S., & HARTMANN, U. Determinants of Sexual Satisfaction in a Sample of German Women. **Journal of Sexual Medicine**, 6(4), 1001-1010, 2009.

PUJOLS Y., MESTON C.M., & SEAL B.N. The association between sexual satisfaction and body image in women. **Journal of Sexual Medicine**, 7, 905-916, 2010.

RAHMANI, A., KHOEI, E. M., & GHOLI, L. A. Sexual Satisfaction and its Relation to Marital Happiness in Iranians. **Iranian Journal of Public Health**, 38(4), 77-82, 2009.

RENAUD, C., BYERS, E. S., & PAN, S. M. Sexual and relationship satisfaction in mainland China. **Journal of Sex Research**, 34(4), 399-410, 1997.

REYNOLDS, C. F., FRANK, E., THASE, M. E., HOUCK, P. R., JENNINGS, R., HOWELL, J. R., LILIENFELD, S. O., & KUPFER, D. J. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy-men-factor-analysis of a brief sexual function questionnaire for men. **Psychiatry Research**, 24(3), 231-250, 1988.

RICHTER, S. Female sexual satisfaction may coexist with impaired sexual desire and arousal, pain and orgasmic disorders. **Sexuality and Disability**, 22(4), 394, 2004.

ROSEN, R. C., BROWN, C., HEIMAN, J., LEIBLUM, S., MESTON, C., SHABSIGH, R., FERGUSON, D., & D'AGOSTINO, R. Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 26(2), 191-208, 2000.

ROSEN, R. C., RILEY, A., WAGNER, G., OSTERLOH, I. H., KIRKPATRICK, J., & MISHRA, A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, 49(6), 822-830, 1997.

ROWLAND, D., PERELMAN, M., ALTHOF, S., BARADA, J., MCCULLOUGH, A., BULL, S., JAMIESON, C., & HO, K. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(2), 225-232, 2004.

SNYDER, D. K. Multidimensional assessment of marital satisfaction. ***Journal of Marriage and the Family***, 41(4), 813-823, 1979.

SPRECHER, S. Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. ***Journal of Sex Research***, 39(3), 190-196, 2002.

SPRECHER, S., & CATE, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), ***Handbook of sexuality in close relationships*** (pp. 235–256). Mahwah, NJ: Erlbaum, 2004.

SPRECHER, S., CHRISTOPHER, F. S., & CATE, R. Sexuality in close relationships. In A. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), ***The Cambridge handbook of personal relationships*** (pp. 463-482). New York: Cambridge University Press, 2006.

TIEFER, L. A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? ***Journal of Sex Research***, 38(2), 89-96, 2001.

TOWER, R. B., & KRASNER, M. Marital closeness, autonomy, mastery, and depressive symptoms in a U. S. Internet sample. ***Personal Relationships***, 13(4), 429-449, 2006.

TRUDEL, G. Sexuality and marital life: Results of a survey. ***Journal of Sex & Marital Therapy***, 28(3), 229-249, 2002.

VAN LANKVELD, J., & TER KUILE, M. M. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): predictive validity and construct validity in a Dutch population. ***Personality and Individual Differences***, 26(6), 1005-1023, 1999.

VAN MINNEN, A., & KAMPMAN, M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. ***Sexual and Relationship Therapy***, 15, 47-57, 2000.

WAITE, L. J., & JOYNER, K. Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior, and sexual exclusivity. ***Journal of Marriage and the Family***, 63(1), 247-264, 2001.

WALTERS, A. S., & WILLIAMSON, G. M. Sexual satisfaction predicts quality of life: A study of adult amputees. ***Sexuality and Disability***, 16(2), 103-115, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health***, 28–31 January 2002, Geneva.

YOUNG, M., DENNY, G., YOUNG, T., & LUQUIS, R. (2000). Sexual satisfaction among married women age 50 and older. **Psychological Reports**, 86(3), 1107-1122, 2000.

ZHOU, M. A survey of sexual states of married, healthy reproductive age women. **Journal of Psychology and Human Sexuality**, 6(2), 15-28, 1993.

ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO

“O NADA” - UM PASSEIO PELA MASTURBAÇÃO FEMININA NA PERSPECTIVA DA HISTÓRIA

*Cristiane Soares Campos Yokoyama*¹

“THE NOTHING” - A WALK THROUGH THE PERSPECTIVE OF FEMALE MASTURBATION HISTORY

Resumo: Vamos construir um passeio pela história com foco no que foi a masturbação feminina e como ela esta inserida na atualidade. Apesar de encontrarmos uma escassez literária em relação à masturbação feminina vamos analisar a posição da mulher nas sociedades ao longo da história para compreender o desenvolvimento da sua sexualidade.

Os diferentes significados encontrados para a masturbação apresentam em comum a expressiva conotação negativa, chegando até mesmo a proibição do ato sexual ou do ato de excitar os órgãos genitais masculinos. Historicamente a masturbação feminina não é falada ou é revelada por falas sublinhadas, por exemplo, na Grécia não se falava nesse assunto mas havia a venda do acessório para masturbação (chamado dildo). Percebemos que existia a masturbação. Homens e mulheres são iguais e diferentes em suas complexidades, cada um com seu desenvolvimento, sua vida, mas ambos possuem sexualidade e tem o direito de desenvolvê-la e exercê-la qualitativamente.

Palavras-chave: Mulher. Masturbação. História.

Abstract: Let's build a tour of the history that was focused on the female masturbation and how it is embedded in the present. Although we find a shortage of literature on female masturbation we examine the position of women in societies throughout history to understand the development of their sexuality. The different meanings found to have shared a masturbation expressive negative connotation, reaching even the prohibition of sexual act or the act to excite the male genital organs. Historically, the female masturbation is not spoken or is revealed by words highlighted, for example, Greece does not speak in this matter but was incidental to the sale of masturbation (called Dildo). I noticed that there was masturbation. Men and women are equal and different in their complexities, each with its development, its life, but both have sexuality and have the right to develop it and exercise it qualitatively.

Keywords: Women. Masturbation. History

¹ Psicóloga. Sexóloga. e-mail: cristiane21psi@yahoo.com.br

A origem da palavra masturbação é incerta, mas existem tendências que sinalizam para raízes latinas. O prefixo “*manus*” significa mão e “*stuprare*” que quer dizer profanar, sujar. Ainda, há outros diferentes radicais e significados atribuídos ao termo masturbação, como: “*mas*” que equivale a órgão sexual masculino e “*turbation*”, excitação.

No estudo sobre a origem da palavra já percebemos o direcionamento para o universo masculino e a exclusão do feminino. Como se somente no órgão sexual masculino fosse possível desenvolver o ato da masturbação.

A análise da história nos ajuda a compreender que a mulher teve reservado para ela o espaço da opressão e negação. A sexualidade feminina não tinha espaço nas sociedades onde os homens eram considerados como seres superiores, fortes, onipotentes e deuses.

Durante a antiguidade a masturbação era de certa forma aprovada como um dos meios de ganhar prazer, com exceção dos gregos e romanos que desestimulavam a masturbação masculina até a idade de 21 anos, pois acreditavam que seria prejudicial o desperdício do sêmen, considerado como energia vital para os homens realizarem a reprodução. De acordo com os mesopotâmicos, mesmo que a manipulação do pênis fosse feita pela mulher, o ato era tido como impuro (BULLOUGH, 1971, *apud* RODRIGUES JR., 1993, p. 91). Ambos só falavam da masturbação masculina.

A mulher assumiu seu espaço de segregação e anulou o contato do seu próprio corpo como se isso fosse desnecessário ou negativo. Na Grécia as mulheres não eram consideradas como cidadãs, ficavam em posição de inferioridade e sem direito a prazeres.

A negação de um espaço para a mulher existiu e persistiu durante muito tempo e hoje ainda constatamos que as mulheres ainda possuem muito espaço para se apropriar e a masturbação faz parte disso.

Evas, Marias E Liliths

Vamos nos ater um pouco sobre as primeiras representações dadas pela Bíblia como referencial de feminino. A forma como a mulher foi vista há séculos atrás respinga ainda hoje nos chamados tempos futuros.

Segundo a Bíblia, Eva foi a primeira mulher a viver na terra e foi concebida através de uma costela de Adão, o primeiro homem concebido por Deus, para se unir ao homem sendo sua companheira e servente para toda eternidade.

Eva é a representação da figura feminina, criada por Deus judaico-cristão, que sendo o maior poder entre tudo que existe, estabeleceu um padrão de conduta para a mulher. Entre elas: ser mulher do homem, ser companheira e auxiliar do homem, preservar o casamento, ser responsável pela felicidade do seu lar e cuidado com os filhos e marido.

Eva foi o primeiro modelo de submissão feminina que veio do homem e deveria viver para servi-lo e preservá-lo com fins de mantê-lo feliz.

“E Jeová Deus prossegue dizendo: ‘Não é bom que o homem continue só. Vou fazer-lhe uma ajudadora como complemento dele’. Ora Jeová deus estava formando do solo todo animal selvático do campo e todas às criaturas voadoras do céus (...). E da costela que havia tirado do homem, Jeová Deus passou a construir uma mulher e a trazê-la ao homem.” (BÍBLIA, Gênesis 2: 18-22, p.8)

De acordo com Paiva (1990), Eva seria a mulher geradora e responsável pela origem da vida, mas sempre através da figura masculina, Adão. Ela seria a mãe dos filhos do primeiro homem e teria dado início aos demais seres humanos depois do primeiro casal feito por Deus. Mas foi também essa mulher que traiu a confiança de Deus todo-poderoso e manipulou Adão a comer do fruto proibido.

A representação de Eva colocou a mulher como capaz de gerar vidas e de trair para satisfazer seu desejo. Mulher boa e má, servente, traiçoeira e pecadora. E por isso ela veio a sofrer com as dores que sentiria em cada parto de seus filhos para assim pagar pelo seu pecado de traição (Bíblia).

A tradição judaico-cristã é expressamente masculina, como nos mostra Boff (*apud* PAIVA, 1990, p.72), e nela o homem sempre está em posição de privilégio e salvação (Jesus, homem, foi

a salvação para os pecados da humanidade). Maria emerge como a mãe-*virgem* daquele que seria o próximo homem a ser divinizado, Jesus Cristo.

Maria foi mãe mesmo sendo *virgem*, ou seja, pura e livre dos pecados para poder gerar um filho puro que seria tido como filho de Deus todo poderoso. Depois do nascimento de Jesus Maria tornou-se impura gerando outros filhos de seu marido José, mas por ser mãe do filho de Deus manteve sua posição santificada perante os seguidores católicos.

Segundo a BÍBLIA (1986), Maria seria o exemplo positivo da mulher que é mãe geradora e fiel ao seu filho, cuidadora e com amor puro e sem vestígios de interesse. Maria permaneceu fiel ao seu filho Jesus e aos pés de sua cruz, sofreu por ele até o último minuto e estava ali pronta a atendê-lo.

Para Boff (*apud* PAIVA, 1990, p.71), a figura feminina de Maria seria a salvação para a representação da mulher. A plenitude da mulher estaria em Deus e não no varão homem, tanto que o filho de Deus veio dela e foi acolhido por essa mulher até sua morte, com dor e pranto.

Mesmo na posição da figura da mulher como Maria ainda se mantém a subordinação a essa figura maior, Jesus, e a uma vida em prol dessa figura masculina. A presença da mulher como inferiorização, subordinação e segundo plano é expressante. Então, a representação de poder em “Maria” é pela própria construção do papel o da devoção ao papel masculino.

“Mas a partir dos quatro Evangelhos apresentados no novo testamento só é possível sonhar com alguma valorização do feminino e da mulher. São Paulo modela as relações entre homem e mulher no casamento: ‘As mulheres casadas sejam submissas aos seus maridos como são ao Senhor. Pois o marido é a cabeça da mulher, como Cristo é a cabeça da Igreja. Ora, assim como a Igreja é submissa a Cristo, assim também o sejam as mulheres submissas em tudo a seus maridos’ (5.22-24).” (PAIVA, 1990, p. 70)

Na tradição hebraica encontramos o mito de Lilith, figura feminina, a primeira mulher de Adão, antes de Eva, que foi expulsa por sua insubordinação ao homem Adão. Como ele teria ficado triste com isso, Eva aparece para tomar o lugar de primeira mulher. (PAIVA, 1990)

Lilith seria a pessoa igual a Adão; não tendo saído de sua costela foi criada mulher no nível de sua semelhança, assim como aconteceu com os demais animais criados em pares. Já haveria uma igualdade entre eles, ambos eram seres independentes e diferentes (macho e fêmea) entre si.

Para Sicuteri (*apud* PAIVA, 1991) Lilith foi removida da história durante o período de transposição da versão jeovística para a sacerdotal. Ela seria um mito arcaico que possuía a figura de um demônio, algo do mal e que por isso foi expulso, pois estava contra o que era pregado por Deus que só representava o amor.

Encontramos aí três representações iniciais do feminino: a Eva, geradora e pecadora, a Lilith, personificação do mal e a Maria, exemplo a ser seguido de amor e servidão.

Não encontramos na Bíblia relatos sobre a prática da masturbação feminina; o que há somente são ensinamentos de que a sexualidade estaria presa ao matrimônio e que o sexo teria fins procriativos. Lilith que era a mulher sexualizada, desejosa pela carne, que dormia com os demônios e se relacionava sexualmente com eles, foi a representação do maligno.

Segundo Reis (2008), A Bíblia contribuiu para a proibição do ato masturbatório na passagem em que Onan, foi condenado à morte por Deus, pelo fato de se recusar a desposar a esposa do irmão morto. Ele não concluiu o ato sexual em que era obrigado, para que o irmão morto tivesse um filho, pois possuía a consciência de que o filho seria dele e não do irmão, sendo assim, ejaculou fora da vagina (este foi o primeiro relato de coito interrompido dentro da história bíblica). A passagem ganhou a fama de masturbação, e o termo *Onanismo* passou a representá-la. Portanto, o pecado de Onan associou-se a masturbação masculina.

Caberia a mulher ser uma Eva sem a traição, ficar longe de uma Lilith mantendo-se apenas na positividade e formar-se como Maria sendo a eterna santificação de amor ao próximo e servidão ao homem.

A mulher na Grécia

Na Grécia as mulheres não eram comparadas aos homens, assumiam a posição social de esposas, concubinas e prostitutas. Ou viviam para servir o homem nos cuidados do lar ou para servir o homem para sua satisfação sexual. Ela não era considerada cidadã da sociedade.

Existia o consenso de que as mulheres, como seres inferiores, não possuíam a capacidade de raciocínio que o homem tinha. Eram irracionais, histéricas e obcecadas pelo sexo (esse considerado como dar prazer à figura masculina).

“Em Atenas, as mulheres não tinham mais direitos políticos e legais do que os escravos. Durante toda sua vida, eram sujeitas à autoridade absoluta de seu parente homem mais próximo. Não recebiam qualquer tipo de educação formal, eram condenadas a passar a maior parte do tempo nos aposentos destinados as mulheres...”(TANNAHILL,1983, p. 100)

Quando casadas, deveriam assumir postura sensata e casta, com habilidades para tecer, fiar e costurar, preparada para cuidar das necessidades do homem cidadão. A esposa precisava possuir a capacidade de gerenciar os empregados, ser econômica com o dinheiro e bens do marido e gerar filhos saudáveis. O sexo ganhava o espaço de reprodução para a mulher que assumia o papel da esposa.

Para a mulher-esposa, não existia espaço para o prazer sexual junto ao marido. Os homens esperavam que suas esposas fossem sexualmente frias, já que seu dever era somente gerar filhos e submeter-se ao marido. A esposa não tinha por obrigação dar satisfação sexual ao marido, pois esse ele poderia obter com as prostitutas. (SEIXAS, 1998, p.38)

A mulher cortesã de alto nível recebia o nome de *hetairas*. Eram mulheres bonitas, inteligentes e muitas vezes possuíam até conhecimento sobre literatura clássica. As hetairas começaram a ganhar influencia no mundo masculino, por serem bem sucedidas entre os homens, quando isso ocorreu houve um movimento de protesto dos homens contra a presença das mulheres na política.

Na escala social da Grécia as mulheres concubinas vinham abaixo das hetairas, mas pouco se sabe sobre essa classe. As concubinas jamais alcançavam a independência de uma hetaira nem a proteção legal de uma esposa. Se o homem, dono da concubina, desejasse vendê-la isso era totalmente permitido e aceito.

Também existiam as mulheres denominadas prostitutas de rua, era uma nova forma de ganhar clientes e foi muito desenvolvida nas cidades onde existia um intenso movimento de trânsito, como por exemplo, Corinto.

Tannahill (1983) nos mostra que era negado à mulher (de todas as escalas sociais) a possibilidade de ter autonomia, pois na sociedade elas eram consideradas como insuficientes

racionalmente sendo incapazes de lidar com as responsabilidades necessárias para se tornar um cidadão.

Na total desvalorização que os gregos posicionavam a mulher não havia preocupação com a sexualidade feminina. No conceito ateniense, ou a mulher tinha a serventia para ser uma boa esposa, cuidando de seu marido e gerando filhos para este, ou ela seria a prostituta, obcecada pelo sexo para gerar prazeres sexuais que os homens precisavam desfrutar e não tinham em casa.

Mas nem mesmo as prostitutas tinham o direito de ter prazer em sua vida sexual, elas eram servidoras sexuais dos homens. Não se falava em masturbação feminina como se falava da masculina na *Comédia Ática*². Na Grécia o assunto da masturbação era direcionado para os homens com mais de 21 anos, pois eles entendiam que somente após essa idade ela deveria ser praticada pelos homens.

Segundo Tannahill (1983), para os gregos a masturbação era como se fosse uma válvula de segurança em referência ao masculino, quando tratamos do feminino não encontramos muitos dados sobre essas informações, mas sabe-se que as mulheres faziam uso dos chamados “dildos” que era como denominavam os “consolos” (substitutos para o pênis) naquela época.

O dildo era usado pelas mulheres para suas próprias satisfações solitárias e também pelas “tribades”, forma como eram chamadas as mulheres homossexuais em Atenas. As tribades sofriam muito preconceito e muitas vezes os atenienses nem mesmo falavam o nome delas, como se não existisse mulheres homossexuais em Atenas. Para os homens atenienses o tribadismo era mais comum em Esparta.

De acordo com o pensamento de Aristóteles, a mulher não possuía a energia vital pelo fato de seus órgãos genitais corresponderem ao inverso dos órgãos genitais masculinos. Sendo assim, era considerada como um ser incompleto, imperfeito e biologicamente inferior em relação ao Homem.

² A comédia é um gênero literário da antiga Grécia. A tragédia e a comédia eram integrantes do teatro grego. O primeiro estágio da cena cômica denominava-se comédia ática e tinha como característica a parabase, ou seja, resumos declamados de forma cantada. A comédia retratava muito o universo masculino dos deuses.

Ser cidadão em Atenas significava ter status, prestígio, oportunidades econômicas e consciência de nobreza, isso tudo direcionado somente para os homens. As mulheres não podiam nem mesmo ter propriedades, pois não eram consideradas cidadãs. Elas não eram livres.

Idade Média

A Idade Média teve seu início com a queda do império romano e a figura da Igreja assumiu papel de autoridade inquestionável. O casamento foi declarado como um sacramento. Constituiu-se a idéia do pecado e a sexualidade foi bombardeada por esse conceito. Tudo não aprovado pela Igreja era pecado.

Com o advento do Cristianismo os conceitos sobre a sexualidade ganharam cunho proibitivo. O período foi influenciado pela moral judaica no tocante às relações entre os sexos, desenvolveu-se uma educação severa sobre as questões ligadas à sexualidade, tanto em seus aspectos práticos como teóricos.

“A moral sexual no cristianismo é particularmente rigorosa. Só tolera o prazer sexual dentro do contexto do matrimônio e dentro de uma normalidade basicamente de ordem biológica. Além do mais, tia área da sexualidade (e somente nesta área), não se admite pecado leve: toda procura intencional de prazer sexual, mesmo o mais leve, é logo tida como pecado mortal” (SNOEK, 1981, p. 110)

O padrão ético/moral desta época era imposto pelo cristianismo da Igreja Católica vista como inquestionável. A virtude de cada pessoa dependia de sua relação com Deus que era realizada através da Igreja. Nessa visão, todo ser humano era impulsionado para o mal. A sexualidade foi reprimida principalmente a feminina.

Os médicos e filósofos condenavam a masturbação sob o ponto de vista ético e moral, por entenderem que a ejaculação deveria ser somente direcionada para a reprodução. Os que tentassem buscar o prazer através do contato com seu próprio corpo eram considerados hereges pela Santa Inquisição. Sendo assim, seriam submetidos a julgamento e poderiam até ser queimados na fogueira, numa grande festa de purificação. Os padres acreditavam que o prazer obtido na masturbação constituía-se em estímulos advindos de demônios (COSTA, 1986).

O casamento era uma forte solução apresentada como forma de se evitar o prazer solitário. A solução estava na garantia de se ter uma família para segurar seus desejos carnis. Em relação à mulher, ela era ainda mais reprimida que o homem. Se o homem não podia praticar a masturbação que dirá a mulher que precisava ser pura.

As mulheres viveram momentos ambíguos durante o final da Idade Média. Ora eram consideradas santas, aquelas assexuadas e direcionadas a exercer o papel de mãe exemplar. Ora eram consideradas como prostitutas impuras e sexualizadas, mulheres que usavam o corpo para ganhar seu sustento e papel social.

Havia também a crença de que algumas mulheres eram bruxas, sendo capazes de cometer atos do mal, necessário assim o extermínio delas. Muitas mulheres sofreram torturas pela certeza de que elas dormiam e praticavam sexo com os demônios. A sexualidade era colocada do lado negativo.

Nessa sociedade onde o pecado, a culpa e as perseguições faziam parte da realidade social, a masturbação ficou sem ter espaço tanto no masculino como no feminino. Primeiro santificaram a mulher e depois a posicionaram ao lado dos demônios, como bruxas que deveriam receber a sentença da morte.

O Renascimento

Segundo DUBY (1990), o renascimento marcou a passagem da Idade Média para a Idade Moderna. Surgiu na Itália, mas se desenvolveu em toda a Europa Ocidental. Nesse meio, a mulher era considerada como objeto de reprodução e como dona de casa. Ela não possuía o poder de expressar suas idéias.

Durante o Renascimento a Igreja tinha baixa reputação, os padres não praticavam o celibato e alguns até tinham filhos ilegítimos. As famílias eram detentoras de dinheiro e poder e financiavam as artes.

A arte ganhou espaço na sociedade e era desenvolvida de forma sensual, mostra-se o corpo humano. O sexo era aberto e desfrutado. A prostituição se sobressaiu e existiam prostitutas influentes que exerciam poder através de seus clientes. Apesar de toda nudez das expressões artísticas as mulheres não tinham liberdade sexual.

O nu feminino e a exposição sexual que se via nas artes não correspondia a uma liberdade sexual para as mulheres. Elas continuavam sem espaço para serem livres em relação a sua posição e liberdade sexual. Mesmo com aumento da prostituição feminina, não existia na sociedade uma discussão sobre o papel da mulher.

O artista renascentista usava muito o colorido e colocava delicadeza e beleza nas formas retratadas. Nessa época, iniciou-se a literatura com os trovadores.

Houve o surgimento da sífilis e com ela uma tentativa de repressão a prostituição, porém foi em vão, pois esta estava fortalecida. O sexo estava associado à promiscuidade e envolto do poder já que as prostitutas usavam sua posição para negociar dentro da sociedade (DUBY, 1990).

Com a Reforma protestante aconteceu o perdão aos pecados e a garantia de ter como recompensa a morada no céu quando o indivíduo se arrependia dos seus pecados e servia a Deus através de ajudas financeiras.

Na contra-reforma, o casamento foi reafirmado como indissolúvel e sagrado indo contra a pregação dos protestantes. Era uma forma de trazer novamente à tona as questões da Igreja Católica. A ética protestante dá importância ao trabalho, simplicidade sem luxo e a doação. O trabalho é visto como uma dádiva de Deus.

Apesar da desenvoltura nas artes em relação à demonstração dos corpos e da sensualidade, não encontramos declarações em relação à masturbação feminina e a importância da sexualidade feminina. O que há é um aumento e fortalecimento das prostitutas que estavam ali para dar prazer aos homens.

Idade Moderna

Na Idade Moderna, a masturbação foi amplamente reprimida, principalmente na literatura e nas escolas. Diferentes autores da época ressaltavam os efeitos deletérios e malignos da masturbação, destacando que poderia provocar diferentes transtornos, tais como: impotência, epilepsia, cegueira, loucura e até mesmo a morte.

O combate à masturbação acontecia de forma severa e rígida, tendo como base a religião e o sentimento de culpa. Algumas recomendações foram fomentadas para inibir o desejo sexual,

entre elas: dietas rigorosas, proibindo ingestão de peixe, álcool, café e carne, além da não permissão ao uso de roupas apertadas que eram consideradas inadequadas.

Houve uma disseminação de diferentes mitos sobre a masturbação todos no sentido de extirpar o ato da sociedade, considerando como nocivo, sempre direcionando a um comportamento masculino.

Na Idade Moderna o desperdício do sêmen, além de ser pecaminoso, foi considerado como causa de doença mental e foi a época que realmente se teve consolidada a associação da masturbação com pecado e insanidade. Reprimido para o homem e desconsiderado para a mulher.

No meio de culpas e pecados o casamento era uma forte solução apresentada como forma de se evitar o prazer solitário da masturbação. Os homens deviam buscar uma esposa para assim garantir que não ficaram suscetíveis ao pecado da masturbação. E as mulheres assumiam a posição inferior de serem totalmente dependentes de seus maridos, soberanos e dono da palavra.

De acordo com Philippe Áries (1981), podemos confirmar o lugar de submissão ocupado pelas mulheres através da educação direcionada a este público. As mulheres somente recebiam uma educação direcionada para a aprendizagem doméstica, como se fosse necessário somente o aprendizado de cuidados do lar, ficando assim marcada a servir os homens.

Século XIX e XX

Nos anos de 1890 até 1930, a medicina assumiu a posição de disciplinar a sociedade, como se os médicos sanitaristas possuíssem o direito de ordenar a sexualidade e os prazeres dos homens e mulheres. Às mulheres ficavam restritas ao cuidado com a saúde e bem estar da família e os homens tinham o direito de gozar dos prazeres sexuais e estavam voltados a esfera pública. A política e a ciência eram representadas pela medicina, produzindo verdades, onde as mulheres ficavam restritas e limitadas (MATOS, 2004).

Segundo Rodrigues Jr (1993), a partir do século XIX, as meninas passaram a receber uma cirurgia que consistia em cortar e costurar os lábios vaginais deixando apenas um pequeno orifício para a saída da urina e da menstruação. Esse procedimento recebia o nome de

infibulação. Não existia espaço para prazer e toque em seu próprio corpo, o que importava era a mulher se manter pura e sem pecado.

Através dos estudos psicanalíticos de Freud, iniciou-se um processo de reconhecimento dos aspectos positivos em relação à masturbação. A intitulada auto-exploração do corpo durante a fase da infância, tanto para as meninas ou meninos, passou a ser compreendida como necessária para uma adequada evolução da personalidade do sujeito.

Segundo as idéias de Freud em 1895, a masturbação provocava neurastenia e efeitos indesejáveis inclusive com alterações orgânicas permanentes no corpo (PEREIRA, 1980 *apud* RODRIGUES JR., 1993, p.46). Apesar de Freud admitir a atividade masturbatória, acreditava que a masturbação pelo clitóris acarretaria uma anorgasmia vaginal no futuro da vida adulta na mulher, mantendo-se presa na fase infantil e sem desenvolver a sua maturidade sexual. Posteriormente, o próprio Freud reconheceu a inadequação de sua postura e reformulou essa idéia contribuindo que a masturbação era não só positiva como também necessária no processo evolutivo. (RODRIGUES JR., 1993; WELLS, 1944).

Depois da reformulação sobre os aspectos positivos da masturbação elaborada por Freud, outros estudiosos, como Holt, demonstraram que a sua prática era nociva sob algumas condições especiais, como exemplo, em situações de ansiedade e culpa, canalizando assim para um ato patológico. De acordo com Reich, a culpabilidade neurótica na masturbação é inerente ao próprio indivíduo e tem relação com o desenvolvimento de sua história de vida (COSTA, 1986). Para Wells (1944), o ato do indivíduo tocar e acariciar o seu próprio órgão genital faz parte de um comportamento inerente ao ser humano, existentes na história de todas as culturas, sendo assim um processo natural no contato do indivíduo com seu próprio corpo.

COSTA (1986) ainda refere que a durante o período da infância do indivíduo o contato com seus órgãos genitais possuem apenas um envolvimento com o crescimento e desenvolvimento físico e psíquico, sem teor prazeroso; já durante a fase da adolescência e vida adulta há a busca pelo prazer através desse contato, onde denominamos de masturbação.

A primeira fase de contato com os órgãos genitais integra o desenvolvimento psiconeurológico da criança, permitindo o conhecimento sobre seu próprio corpo. A segunda fase é de

reconhecimento, dadas às modificações corporais que acontecem na puberdade somado a constatação da localização do prazer. A masturbação na vida adulta, nas últimas décadas é reconhecidamente uma prática sexual normal realizada por indivíduos de ambos os sexos, conforme apontam diferentes autores (RODRIGUES JR., 1993; HITE, 1980; COSTA, 1986).

Segundo Costa (1986), as mulheres se masturbam menos do que os homens e possuem maiores dificuldades em relatar e assumir o prazer obtido através da masturbação. Esse fato acontece principalmente devido a influências culturais, pois aprendemos que a mulher deve reprimir sua sexualidade enquanto o homem deve exacerbá-la.

Kinsey et al. (1984) foram os pioneiros das descobertas acerca dos primeiros fatos reais sobre a prática da masturbação. Constataram que homens realizam-na com maior frequência e com início em torno dos 12 anos, decrescendo a partir dos 20 anos; enquanto as meninas iniciam-se em geral após os 20 anos e apresentam maior intensidade dessa atividade na fase da vida adulta.

Na década de 70, entretanto, outras pesquisas apontaram que a disparidade da frequência de masturbação entre o sexo masculino e feminino, parecia se igualar. Segundo Kinsey et al. (1954) as investigações de Morten Hunt e do Redbook indicaram o início mais precoce, percorrendo um período mais longo e praticado igualmente por pessoas adultas do sexo masculino e feminino.

Conforme Carrera (1981, p. 435) *“somente a devoção religiosa é que continua a inibir significativamente a masturbação. Os católicos devotos, os protestantes fundamentalistas e os judeus ortodoxos são masturbadores menos ativos do que os homens e mulheres não religiosos ou menos religiosos”*.

De acordo com a pesquisa de Hite (1980) 82% das mulheres se masturbam e 96% das mesmas atingem o orgasmo com regularidade. O auto-erotismo passou a ser mais bem aceito, existindo um maior investimento em relação a essa temática, além do reconhecimento da importância da masturbação em tratamentos de disfunções sexuais, no contato da mulher com seu próprio corpo e no conhecimento sobre esse e na melhora da vida sexual como um todo.

Percebemos como as mulheres do século XX ganharam a chance de poder olhar a masturbação como algo que também pertence a elas diferente de suas ancestrais atenienses, ou da própria Eva, que tinham que manter suas vidas presas na inferioridade.

Considerações finais

Ao analisarmos sobre o desenvolvimento da masturbação feminina ao longo da história percebemos como ela ficou reprimida e escondida chegando a gerar até uma dificuldade nas pesquisas sobre essa temática.

A história demarca que a Mulher, desde os templos bíblicos, estacionou em uma postura de segregação e esteve dentro dela durante muitos anos. Após os movimentos feministas, a mulher começou em sua luta para poder ganhar espaço dentro de um meio social que apenas a reservava a inferioridade.

Pensar na sexualidade feminina em momentos onde a mulher nem mesmo poderia ter o poder da palavra, era irreal. A sexualidade da mulher não era considerada e ainda hoje ela é envolvida de medos, dúvidas e inibições.

Atualmente, já sabemos que a masturbação não causa doenças e nem prejuízos, mas mesmo assim é comum ouvirmos alertas de que se alguém se masturbar pode sofrer algo ou até mesmo não ter um bom desempenho sexual.

Muitas mulheres, mesmo no século XXI, ainda não se permitem falar sobre a temática masturbação e para elas ainda é um tabu olhar para esse corpo, tocar nele e obter seu prazer com ele. O ato masturbatório pode até acontecer, mas dentro de um quarto trancado e mantido em segredo.

Os papéis de Evas, Marias e Liliths ainda existem por aí e muitas vezes são marcantes, principalmente dentro de algumas religiões. Ainda nos deparamos com a mulher na posição inferior tendo a bíblia como referência.

Construir um passeio pela história, sobre a masturbação, nos coloca de frente para a impossibilidade que a mulher vivenciou ao longo dos anos por não poder falar sobre si e seu corpo.

No início, a masturbação era considerada como um ato praticado apenas pelo sexo masculino; com o decorrer do tempo admitiu-se também que as mulheres a praticavam e a esta foram atribuídos alguns sinônimos, algumas vezes usados de forma pejorativa, entre eles: siririca, dedilhar o violão, etc.

A sexualidade feminina ficou no espaço da falta da palavra, da falta de prazer e do não reconhecimento do que deveria ser encarado como algo natural de todo ser humano, independente de ser homem ou mulher. Todos os seres humanos possuem uma sexualidade assim como possuem sua aparelhagem lingüística.

Mas se tratando de masturbação, esse ato que foi encarado muitas vezes como pecaminoso sendo proibido até mesmo aos homens, seres considerados melhores e superiores, quiçá para mulheres que não possuíam sexualidade para si, somente havia a serventia para o homem praticar suas necessidades sexuais usando as mulheres como objeto.

O sentido e a interpretação da noção de masturbação ampliaram-se no decorrer do século XX, nessa viagem pela história a masturbação recebe diversificadas conotações, no entanto, a maioria enfatizava que os órgãos sexuais deveriam ser utilizados apenas com objetivo reprodutiva, nunca como meio de obtenção do prazer.

A masturbação ganhou espaço de forma positiva quando a medicina relatou que ela não era causadora de malefícios e doenças, e isso é bem recente. Mesmo na época em que algumas sociedades permitiam a libertinagem sexual, onde o sexo era praticado livremente, não havia a preocupação com os prazeres femininos.

A mulher está em processo de descoberta de seu espaço, seu corpo, seu prazer e a história reforça a realidade de que ainda hoje muitos tabus precisam ser vencidos para que daqui a alguns anos, séculos ou milênios possamos descrever o passado e relatar que a masturbação feminina é um assunto claro, sem tabus e contados aos quatros cantos.

Referências bibliográficas

- BÍBLIA. **Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas**. São Paulo: Editora Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, 1986.
- CARRERA, M. **Sexo**. São Paulo: Editora Record, 1981.
- COSTA, M. **Sexualidade na Adolescência – dilemas e crescimento**. Porto Alegre: L & PR, 1986.
- DUBY, G., PERROT, M. (dir.) **História das Mulheres: a Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990.
- FREUD, S. **Os três ensaios sobre a sexualidade – Obras Completas 24(7)**. Ed. Imago, 1976.
- HITE, S. **O Relatório Hite**. 10 edição. Editora Difel, 1980.
- KINSEY, A. C. (et al). **Conduta Sexual da Mulher**. Rio de Janeiro: livraria Ateneu, 1984.
- LOPES, J. E. M. **Enciclopédia do Sexo**. Três volumes. Rio de Janeiro: Companhia Editora Civilux, 1968.
- MATOS, M. I. S. O corpo feminino em debate. **Revista Estudos Feministas**. vol.12,n.02, p.15-23. Florianópolis. Maio-Agosto. 2004.
- PAIVA, V. **Evas, Marias e Lilhts... as voltas do feminino**. São Paulo: editora Brasiliense, 1990.
- PEREIRA, F. A. **Moderna Enciclopédia Sexual – três volumes**. São Paulo: Editora Libra Empresa Editorial, 1980.
- REIS, C. dos. Masturbação Feminina. **Net**, Rio de Janeiro, maio.2008. Disponível em: [http://www.mulher.com.br/masturbação e historia](http://www.mulher.com.br/masturbação_e_historia). Acesso em 18 Maio 2008.
- RODRIGUES Jr. **Cem dúvidas sobre sexo**. São Paulo: Ed. Gente, 1993.
- SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade Feminina. História, cultura, família, personalidade e psicodrama**. São Paulo: Editora SENAC,1998.
- SNOEK, J. **Ensaio de ética sexual**. São Paulo: Editora Paulinas, 1981.
- TANNAHILL, R. **O sexo na história**. Tradução Luisa Ibanez. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- WELLS, H. **O sexo e a vida**. Editora José Olimpo, 1944.

COMO SERIA A VIDA DO HOMEM CONTEMPORÂNEO SEM O VIAGRA

Amaury Mendes Junior¹

HOW WOULD THE LIFE OF THE CONTEMPORARY MAN BE WITHOUT VIAGRA?

Resumo: O homem espera de seu pênis uma atitude autônoma e independente que reforce sua masculinidade, ao mesmo tempo em que sonha com o ideal priapo para aliviar sua angustia do medo em não conseguir uma ereção. Reduz o envolvimento amoroso ao tamanho e a rigidez do pênis colocando sua parceria amorosa como coadjuvante e platéia de um desempenho sexual. Em todas as épocas procurou tônicos e placebos que potencializassem um desejo isolado de justificativas amorosas. Sem perceber que o maior elixir consistia em sentir o objeto amado como um aliado para a vivencia do erotismo. O Sildenafil antes interpretado como pill--machine e ate mesmo destruidor de lares, hoje apos 10 anos de lançamento é mais bem compreendido por casais que possuem relacionamentos sem a neurotizante preocupação e dependência de uma genitalidade fria e curta. O desempenho agora é dependente do interesse amoroso.

Palavras-chave: Desempenho. Amor. Viagra. Parceria. Trocas amorosas.

Abstract: Man expects his penis to have an autonomous and independent attitude that reinforces his masculinity, at the same time as he dreams of the ideal penis to relieve his anxiety of not reaching an erection. He reduces a love affair to the size and hardness of his penis, making his love partner the supporting actress and audience for his sexual performance. Throughout history, man has sought toning elements and placebos that would enhance desire, isolating it from love. He did so, not realizing that the greatest elixir was in perceiving the loved one as an ally in experiencing his own eroticism. Sildenafil, which used to be interpreted a pill-machine and even a “home wrecker” is, 10 years after its release, much better understood by couples in relationships that don’t neurotically worry and rely solely on genitality. The performance now depends on the love interest.

Keywords: Performance. Love. Viagra. Partnership. Love affair.

O processo da ereção começa de fato no cérebro, mas de tal modo preocupa aos homens que Leonardo da Vinci escreveu e comentou a respeito do pênis: *“Freqüentemente o homem dorme e ele fica desperto, muitas vezes o homem esta disposto e ele dorme, outras vezes quer usá-lo e ele não quer ser usado, e quando menos se espera ele quer, mas o homem o proíbe...”* (DA VINCI

¹ Médico do ambulatório-Sexologia do Hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Coord. do Curso de Especialização “Lato Sensu” Sexualidade: Educação e Terapia Sexual (Delphos/UNIG-RJ), Especialização Terapia Sistêmica e Casais, Secretário Geral da SBRASH. E-mail: amaury@amaurysexologo.med

apud FRIEDMAN, 2002, p.59) Parece incontestável, que o pênis tem mente própria (BRIZENDINE, 2006)

Mais recente agora, em pleno século XXI o comediante Robin Williams arriscou comentar em um de seus shows: “*Deus nos deu um pênis e um cérebro, mas sangue suficiente para fazer funcionar apenas um de cada vez*” (CAMPOLIN, 2005, p.21)

Nas questões relacionais, enquanto a maioria das mulheres tem como preocupação, o poder da sedução e o vínculo amoroso, entre os homens, o foco continua sendo a genitalidade e ereção. A questão da rigidez peniana transcende o tempo, a tal ponto que nas culturas primitivas, vários povos utilizavam objetos pesados amarrados ao próprio “Bilau” com propósitos de crescimento, simbolismo de força, demonstração de poder, capacidade reprodutiva e obter respeito dos inimigos (FRIEDMAN, 2002). Galeno, médico e filósofo (viveu entre os anos 130 e 200 D.C) afirmava que somente o calor interno do corpo masculino permitiria a exteriorização do pênis ao contrario das mulheres que por não possuírem este calor vital, teriam o órgão fállico introvertido, sendo então reconhecidas e desmerecidas como homens imperfeitos

Desde o ano de 1140 quando foi publicado o *Decretum de Gratian* (leis canônicas), a disfunção erétil passou a ser considerada pelas leis católicas, motivo justificado para anulação do casamento (CAMPOLIM, 2005).

Neste período era sugerido que o casal formado por um marido impotente tentasse viver como irmãos. Se não fosse possível o arranjo, a mulher tinha autorização para casar novamente.

A ausência de filhos no matrimônio era inconcebível e o remetia ao pecado mortal da fornicação (sexo pelo sexo). Para definir a condição do marido disfuncional, era praxe na época, submetê-lo a um teste realizado na presença do padre e da esposa com a exposição do impotente a uma mulher de reconhecida honestidade, que se apresentava diante do acusado com os seios expostos e o beijava e acariciava dedicando especial atenção ao seu pênis e a tudo que pudesse levá-lo a uma ereção (CAMPOLIM, 2005).

Também nesta época, ocorria a prática do “congresso”, evento patrocinado pelos tribunais eclesiásticos como parte do processo para anulação de um casamento com base na impotência do marido. O casal era levado há permanecerem alguns dias confinados em dependências do tribunal onde deveria dormir junto com o objetivo da penetração. O procedimento era assistido por grupos de até 15 pessoas, além de uma mulher mais velha e experiente que lhes oferecia dieta própria, massagens com óleos mornos e orientação quanto a carícias e abraços. Ao fim do período, a acompanhante relatava as autoridades da igreja o que vira na presença do casal (CAMPOLIM, 2005).

O mundo contemporâneo resignificou valores ditos masculinos ao incorporar como saudável a valorização do prazer nos papéis sociais. Com esta mudança, em grande parte decorrente, da revolução sexual durante o movimento hippie na década de 70, o desconforto advindo da obrigatoriedade de assumir comportamentos associados à masculinidade, tais como: o controle das emoções e dos sentimentos e os pesados papéis diante da família e sociedade refugiou-se sintomaticamente na virilidade.

A ereção passou a constituir um campo de fachada e do semblante, fato de profundas repercussões nas identificações masculinas que transbordaram a dimensão da carne em direção ao subjetivo inconsciente de forma imobilizadora.

Com o advento das pílulas contraceptivas em 1960, a mulher finalmente pode optar entre o sexo prazeroso e o reprodutivo. Tal descoberta que modificou atitudes comportamentais e possibilitaram o prazer orgástico livre de preconceitos sociais vigentes, refletiu na fragilidade sexual masculina acobertada pela atitude compreensiva ou resignada da parceira até então relegada à condição de reprodutora.

Tal fato histórico tirou a impotência do armário e colocou pela primeira vez a libido masculina em cheque. Hoje sabemos que 45,1% de todos os homens a partir dos 18 anos, apresentam de forma crescente com a idade, algum grau de dificuldade de ereção (ABDO, 2004). Sendo a prevalência maior a partir dos 45 anos, principalmente pela incidência maior de doenças nesta faixa etária. O processo de ereção é tão complexo que está sujeito a bloqueios por variadas

condições. Fatores de risco, tais como: obesidade, tabagismo, alcoolismo, medicamentos de uso contínuo, antidepressivos, estresse e sedentarismo, potencializam os riscos da disfunção erétil.

Também influem o nível cultural, crises relacionais, financeiras e da identidade de gênero, causando ansiedades e bloqueios na transmissão dos circuitos neurotransmissores de noradrenalina, dopamina e ocitocina que atuam junto aos estímulos de sensações prazerosas. Dificilmente a disfunção erétil se manifesta associada a uma determinada causa apenas.

Há milênios o homem perpetua a busca pelos representativos que reforcem a masculinidade sejam eles na forma de alimentos ou de símbolos. Sansão fazia dos cabelos o afrodisíaco de sua masculinidade, Hercules com musculatura testosteronica transpirando masculinidade realizou os 12 trabalhos para obter status entre os Deuses do Olimpo e era dotado de um membro de 21 centímetros e um quarto de circunferência por 33 cm de comprimento (FRIEDMAN, 2002).

O simples mortal foi buscar na associação entre gula, luxúria e poder o simbolismo potencializador da ereção como símbolo representativo do masculino.

Assim, o consumo de substâncias ditas estimulantes do desejo sexual seja por associação com as formas dos genitais (ostras e aspargo) como pela sugestão (órgãos genitais de animais) seriam responsáveis pelo aumento da força e da vitalidade, pois boca e sexo conjugam o mesmo verbo (BRIZENDINE, 2006).

Dentre os ditos afrodisíacos (substâncias reparadoras da energia vital e excitantes dos apetites sexuais) encontramos alimentos, ervas raízes, temperos e bebidas conhecidas pela capacidade lúdica de criar forças para a vitalidade sexual.

Hoje em pleno século XXI, o homem atordoado pela incompletude, mas respaldado pelos avanços científicos, procura uma reancoragem mais segura do masculino como estratégia do registro fálico seja na pornografia via internet como também nos fármacos indutores da ereção, pois a postura necessária para sua compreensão como unidade saudável e volúvel aos sentimentos de igualdade de gênero não dispõe de tempo hábil para seu crescimento.

Independente das causas (psicológicas e ou médicas) o sintoma e a doença causam desequilíbrio psicossomático pelas constantes ameaças que representam a integridade funcional do indivíduo.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) inclui dentro do quesito saúde o sexo como um dos quatros pilares para uma vida melhor (saúde, moradia, alimentação, trabalho).

O desdobramento destas metas resultou na descoberta de vacinas, medicamentos, exames sofisticados, experimentos com células tronco, genética embrionária, alimentos mais saudáveis, e outras comodidades que facilitarão cada vez mais (segundo projeções) a vida de nove bilhões de pessoas neste pequeno planeta no ano de 2050. Mulheres e homens atingirão mais facilmente, faixas etárias de 81 e 71,8 anos respectivamente.

Em 1998 os médicos ficaram surpresos com o efeito colateral (ereção em um grupo de homens) causado por uma substancia usada em testes laboratoriais para cardiopatas. O Sildenafil (Viagra) tornou-se em pouco tempo o avanço mais importante no tratamento da disfunção erétil. Poucas drogas foram mais estudadas. Mais de 11.000 pacientes /ano foram observados em estudos clínicos em todo o mundo. A Cama como palco de desempenho como atestado ou reforço da virilidade parecia ter no Viagra um aliado importante.

O gozo pleno era finalmente realizável pela eficácia mecânica do remédio que atenderia em princípio a abordagem médica organicista em uma sociedade fálica.

O alívio temporário obtido pela restauração das "forças" de um órgão (pênis) que polariza todas as representações da angustia (ineficaz ao desconsiderar todo um processo multifatorial que fragiliza e expõe todo o funcionamento psicossomático do homem frente a seu universo) catapultou de maneira clara, sofrida e constringedora, a necessidade do acompanhamento psicoterapêutico com a natural migração do sintoma fálico para fora dos genitais, colocando em questão não somente a sexualidade, mas também a própria masculinidade.

Para Freud (1894, p. 55. V. III), o sintoma é o retorno do reprimido, do que se tornou inconsciente, mas continua produzindo efeitos por não deixar de existir no aparelho psíquico e clamar por expressão.

O sintoma é o fracasso do recalque que, se fosse eficaz o suficiente, não deixaria conteúdos inconscientes forçarem a passagem à consciência por intermédio do somático motor (FREUD, 1916-17).

Para Lacan (1972, p.15): "O gozo fálico é o obstáculo pelo qual o homem não chega a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é o gozo "do órgão".

O lançamento do Viagra em 1998, o primeiro fármaco para o auxílio da disfunção erétil mostrou-se seguro e eficaz. O medicamento melhora a ereção na maioria dos problemas que impedem ou inibem a ereção, só existindo contra indicação para quem faz uso de nitratos (grupo específico de medicamento para baixar a pressão).

A resposta a princípio fria e desconfiada por parte do público feminino (quanto ao receio da desvalorização do papel de sedução no envolvimento erótico) foi suplantada pela compreensão do funcionamento da droga que age como mantenedora da ereção após ser obtida com o estímulo sexual do objeto amoroso.

Desta forma o medicamento torna-se um importante aliado entre parceiros que impedidos por problemas orgânicos ou emocionais encontram dificuldades no exercício da sexualidade plena. O Sildenafil usado como facilitador da ereção intermediado pelo desejo (condição essencial para o preenchimento dos corpos cavernosos), estimula a retroalimentação para o fortalecimento de vínculos

Se a pílula anticoncepcional impulsionou a revolução sexual nos anos 60, o Sildenafil produziu um simulacro de revolução, pois o homem disfuncional recupera sua autoestima com a possibilidade do pleno exercício de sua sexualidade, marcando uma mudança importante na forma como as pessoas enxergam hoje o distúrbio que décadas atrás era considerado uma questão basicamente psíquica.

Com o sucesso obtido com o público masculino a indústria vem testando diversos produtos para o tratamento do desejo sexual hipotativo feminino, que deverão chegar ao mercado em breve, possibilitando o estudo e a compreensão da dinâmica relacional.

Os medicamentos pró-sexuais funcionam sob o comando individual de cada cérebro, a partir da intensidade do grau de atração, ampliando desta forma a pulsão natural percebida pela construção entre as pessoas. Atualmente geriatras prescrevem com segurança medicamentos que sustentam uma ereção desejada pelo casal, estimulando e dando uma melhor qualidade de vida afetiva, comprometida pelo envelhecimento natural dos órgãos. Casais silenciosos de suas fantasias precisam avaliar a possibilidade em prol de fronteiras mais permeáveis se assim desejarem

Se no passado havia relutância entre a maioria dos homens em buscar ajuda para as disfunções sexuais devido à ausência de resultados eficazes com os tratamentos disponíveis, hoje em dia existe uma diversidade de tratamentos tanto psicológicos quanto medicamentosos que respondem de forma comprovada bastando apenas que exista um mínimo de aproximação entre os pares.

De maneira breve e objetiva, as questões que antes angustiavam e afastavam o indivíduo dos cuidados básicos com a saúde e do exercício de sua plena capacidade erótica sexual, agora são abordadas, desmistificando antigos conceitos relativos ao comportamento masculino estimulando um olhar sistêmico para o binômio corpo/mente.

No segundo semestre de 2010 caiu a patente do remédio que no Brasil consome um milhão de pílulas ao mês e movimenta R\$ 160 milhões por ano (perdendo em vendagem apenas para os EUA.), tal fato será, do ponto de vista da saúde pública, de extrema importância, pois permitira o acesso de camadas de baixo poder aquisitivo ao medicamento.

O lançamento do medicamento para ereção mecânica possibilitou uma profunda reflexão na estrutura comportamental masculina da mesma forma que ocorreu com o gênero feminino por ocasião do advento dos contraceptivos orais.

Seria difícil a reflexão e a real oportunidade de usufruir o conjunto da obra de uma forma sistêmica. A valorização e o entendimento do significante fálico falaram mais que fazer do medicamento um simples seguro contra a broxada.

O gênero produz-se nele como um efeito contra essa desproporção de sua realidade individual, como um desejo de reencontrar, em outro indivíduo de sua espécie, o sentimento de si mesmo unindo-se a ele, de se completar e envolver, assim o gênero em sua natureza e trazê-lo a existência (BEAUVOIR, 2000).

O impotente é disfuncional para transformar gozo em prazer pela baixa autoestima fálica. Para Lacan (1960) *“não há virilidade que a castração não consagre”* e se falha a castração pode advir a impotência.

Freud (1912- 1984, p. 168) em seus escritos quanto à tendência universal à depreciação na esfera do amor comenta :

Se ampliar o conceito de impotência psíquica e não se restringir o malogro em realizar o ato do coito, em circunstância em que esteja presente o desejo de obter prazer e o aparelho genital esteja intacto, podemos, em primeiro lugar, acrescentar todos aqueles homens que são descritos como psicanestésicos: homens que nunca falham no ato, mas que realizam sem deles derivar qualquer prazer especial.

A impotência relacionada ou não ao quadro disfuncional quando cristalizada no homem como uma estrutura doentia torna-se refratária ao medicamento pela impossibilidade deste não intermediar a correta leitura e interpretação entre o inconsciente com do histórico sexual do indivíduo ao sintoma (disfunção erétil). O medicamento encontra sua verdadeira expressão quando o quadro disfuncional faz parte de um instante da vida abalando a autoimagem da virilidade e afastando o gozo fálico que será conseguido com estímulo de excitação física e libidinal suficiente para trazer alívio através da descarga orgástica.

Referência bibliográfica

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

BRIZENDINE, L. **O cérebro feminino**. Lisboa : Aletheia editores, 2006.

CAMPOLIM, S. **O sexo depois do Viagra**. São Paulo: Prestígio, 2005.

FREUD, S. **As neuropsicoses de defesa**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud . Rio de Janeiro: Imago, 1966.v.III

FRIEDMAN, D. M. **Uma mente própria**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

LACAN, J. **O seminário**. Livro 20 ,Rio de janeiro: Jorge Zahar, 1985

FEMINISMO, SEXOLOGIA E GINECOLOGIA – ORIGENS E PERSPECTIVAS

Jorge José Serapião¹

FEMINISM, SEXOLOGY AND GYNECOLOGY. ORIGINS AND PERSPECTIVES.

Resumo: O presente estudo tem como objetivo refletir sobre o que há de comum relacionando essas três áreas de conhecimento: a Sexualidade, a Ginecologia e o Feminismo. Tomando como ponto de partida suas origens concomitantes, analisa as respectivas evoluções históricas, destacando os momentos em que se tornam indissociáveis. Conclui sinalizando os dilemas que as mulheres, razão de ser desses conhecimentos, enfrentam na modernidade e que se projetam para o futuro.

Palavras-chave: Feminismo. Ginecologia. Sexualidade

Abstract: This study aimed to reflect on what is common to these three related areas of expertise: Sexuality, Gynecology and Feminism. Taking as its starting point its origins concomitant analyzes their historical developments highlighting the moments that become inextricably linked. Concludes signaling the dilemmas that women, reason for such knowledge, face in modernity and that project into the future.

Keywords: Feminism. Gynecology. Sexuality

As origens

O que tem em comum esses três verbetes: feminismo, ginecologia, sexualidade? Inicialmente o fato de que todos, direta ou indiretamente, nos falam das mulheres e são, curiosamente, em suas origens, contemporâneos.

O feminismo, da forma que entendemos hoje, tem suas raízes no Iluminismo, em Rousseau e na Revolução Francesa em 1789.

No final do século XVIII começa a se delinear esse conceito com as idéias de dois autores:

O primeiro é Marie Jean Antoine Nicolas Caritat mais conhecido por Marquês de Condorcet filósofo e matemático francês. Lutou pelos direitos humanos, focando especialmente as mulheres e os negros. Caritat apoiou a Revolução Americana e acreditava que algumas das mudanças políticas que essa acarretou no Novo Mundo poderiam ser adotadas na França.

¹ Médico e Psicólogo. Doutor Livre Docente em Sexualidade Humana. Professor do Instituto de Ginecologia da UFRJ. e-mail: serapius@uninet.com.br

O segundo é Thomas Robert Malthus, um economista britânico que viveu na passagem do século XVIII para o século XIX. Sua fama decorre dos estudos sobre a população. Para ele, o excesso populacional era a causa de todos os males da sociedade (população cresce em progressão geométrica e alimentos em progressão aritmética). Era a primeira vez que se questionava, no mundo ocidental, a sempre valorizada sexualidade reprodutiva.

Em relação ao feminismo, é claro que muitas mulheres desde tempos imemoriais deram, com suas vidas, exemplos de consciência de seus direitos. A lenda de Lilith, no *Gênese*, já personificava a desobediência feminina, e a sua não submissão ao poder masculino, nos primórdios do mundo judaico-cristão.

Experiências pontuais como a da escritora francesa Christine de Pizan (1364 - 1430), autora do livro *A Cidade das Mulheres* defendendo uma educação idêntica para meninas e meninos, são marcos na história das conquistas femininas. Por sua obra Pizan poderia ser considerada uma das primeiras feministas não fora seu isolamento dentro do longo período medieval.

A desestruturação do feudalismo e o início do Renascimento marcado pelo mercantilismo, a formação dos Estados Nacionais e a retomada do Direito Romano, causam uma série de retrocessos na condição da mulher na sociedade ocidental. As mulheres praticamente deixam de frequentar as universidades e têm restringido grande parte de seus direitos civis (como o direito à propriedade e heranças).

O universo do trabalho também se fecha às mulheres. Elas passam a ocupar um número restrito de profissões, justamente num momento em que o trabalho passa a ter valor enquanto *status* social. Como símbolo maior desse período de retrocessos está a caça às bruxas no século XV.

Mas foi com a consciência de igualdade dominando os ideais da Revolução de 1789 que os cidadãos livres franceses proclamaram e universalizaram o conceito de direito dos homens.

Em seu art. 1º a *Proclamação dos Direitos do Homem e do Cidadão* dizia: “Os homens nascem e são livres e iguais em direitos”.

Paradoxalmente os princípios igualitários da Revolução Francesa conviviam com discursos que defendiam as diferenças biológica – portanto essenciais – entre mulheres e homens (DANTES, 2002).

Assim, o termo homem não se referia à espécie humana e era necessário que surgisse alguém que proclamasse essa verdade. Esse personagem foi a Marquesa de Condorcet.

Sophie de Grouchy, Marquesa de Condorcet, nasceu no seio de uma família aristocrática. Cedo se interessou por leituras filosóficas notadamente por Rousseau. Graças a influência de sua mãe pode obter educação semelhante a dos meninos, algo pouco habitual na época. Aos vinte anos foi enviada a um convento onde permaneceu por pouco tempo. Influenciou seu marido, o Marques de Condorcet, na publicação de um opúsculo *Sobre o acesso das mulheres ao ditreito de cidadania*, em 1790.

Outra personagem importante nesse contexto foi Olympe de Gouges, pseudônimo de Marie Gouze (1748 - 1793) feminista francesa, revolucionária, jornalista, escritora e autora de peças de teatro. Os escritos feministas de sua autoria alcançaram enorme aceitação. Foi uma defensora da democracia e dos direitos das mulheres. Em 1791 ingressou no *Cercle Social* - uma associação cujo objetivo principal era a luta pela igualdade dos direitos políticos e legais para as mulheres. Reunia-se na casa da conhecida defensora dos direitos das mulheres Sophie de Condorcet.

No mesmo ano, em resposta à *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, ela escreveu a *Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã*. Logo depois, escreveu o *Contrato Social*, nome inspirado na famosa obra de Jean-Jacques Rousseau, propondo o casamento com relações de igualdade entre os parceiros.

Foi na esteira da Declaração dos Direitos Humanos que Olympe de Gouge colocou as primeiras reivindicações de igualdade, liberdade e fraternidade para com as mulheres.

“- *Viva a Declaração dos Direitos das Mulheres*”, proclamou!

Lamentavelmente princípios humanos valiam um pouco menos para as mulheres e sua cabeça ‘rolou’ na guilhotina, por essa razão. Mas foi com eles que se inaugurou o que podemos hoje chamar de feminismo moderno.

Em relação à ginecologia foi também na passagem do século XVIII para o século XIX que vamos perceber um interesse pela ‘medicalização’ do corpo feminino cuja complexidade sempre

despertou, nos homens, um misto de curiosidade e temor. Na medida em que ocorria a materialização da sociedade e uma dessacralização do corpo, a sociedade contratava a medicina para substituir o binômio Virtude x Pecado pelo Sadio x Doente. Estava ocorrendo uma medicalização do espaço social, como analisou Michel Foucault, em que o ideal anterior de salvação estava sendo substituído pelo da cura e da promoção de saúde.

Esboçava-se, assim, a necessidade de alguém que desse conta das questões complexas, agora médicas, do corpo feminino - surgia o ginecologista.

Mas nessa nova ciência, a ginecologia, não se podia reagir ao fato de que *“a natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir. Aos homens caberiam os desafios do mundo público; às mulheres, a reprodução da família.”* (ROHDEN, 2002, p 45)

Os fatores que facilitaram o surgimento desse novo profissional, o ginecologista, foram os progressos técnicos relacionados à anestesia e a anti-sepsia.

Até o início do século XIX a ginecologia, ou seja, o estudo e o tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas confundiam-se com a obstetrícia. Mas os avanços técnicos levaram a ginecologia a se distinguir da obstetrícia. Assim, a obstetrícia continuou dependendo da experiência clínica e da habilidade do médico em analisar e deduzir os problemas. Já a ginecologia se origina como uma especialidade cirúrgica, graças a essas novas descobertas científicas (CIANFRANI, 1960).

Surgem então em 1791 as primeiras cadeiras para o ensino da ginecologia nos Estados Unidos.

Dois cirurgiões americanos são considerados os pais da ginecologia: Ephraim MacDowell, que, em 1809, fez a primeira ooforectomia e Marion Sims que, em 1849, desenvolveu as técnicas para o tratamento das fistulas vesico - vaginais.

A partir daí a obstetrícia operatória também se desenvolve: na França, o famoso Recamier reinventava, entre 1842 e 1846, a curetagem uterina, tornando possível a exploração da cavidade do útero (O'DOWD, 1994); em 1838 já podiam ser encontrados 144 modelos de fórceps.

A introdução da anestesia obstétrica foi marcada pela administração do clorofórmio à Rainha Vitória, em 1853, durante um parto. Nessa época técnicas cirúrgicas como a embriotomia, e a

sinfisiotomia foram introduzidas e posteriormente abandonadas. Desenvolveu-se a prática da cesariana, beneficiada pela assepsia e anestesia reduzindo, consideravelmente, a alta taxa de mortalidade pela qual era responsável.

Vencia-se os primeiros *rounds* da grande batalha da infecção puerperal com medidas simples, de desinfecção das mãos e isolamento das pacientes infectadas, cujo *round* final só viria com as descobertas de Pasteur, já no início século XX.

Diante de todo esse progresso, o parto, incluindo o normal, era cada vez mais hospitalar.

Aliado a todo esse progresso médico havia no atendimento a saúde da mulher, certas questões muito específicas:

1. As doenças das mulheres eram vistas como complicadas, difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos desse excitamento nervoso.
2. O tratamento era considerado delicado e não poderia ser efetuado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral.
3. O tratamento domiciliar, ainda em voga, não dava resultados satisfatórios, especialmente nas classes pobres.
4. Era preciso introduzir uma disciplina sobre o corpo feminino principalmente para o controle de questões candentes como o aborto, a anticoncepção, a amamentação, a anestesia e o exame especular.

Tudo isso justificava, mais e mais, a hospitalização das mulheres. Assim, no mundo todo ao final do século XIX, se fundam instituições para os cuidados com a saúde da mulher.

Nos Estados Unidos, por exemplo, em 1853 a médica Elizabeth Blackell funda a *New York Infirmary for Women and Children*. Entretanto havia uma certa dificuldade em justificar a intromissão de um homem estranho, o ginecologista, mesmo que coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher. Uma dessas dificuldades era, por exemplo, a realização e difusão do exame especular, responsável por grandes controvérsias.

O espéculo era um antigo instrumento já conhecido e muito utilizado por gregos e romanos. Sorano é o primeiro autor que faz menção a um espéculo feito especialmente para a vagina. Escritores greco-romanos com frequência recomendam sua utilização no diagnóstico e no

tratamento de distúrbios vaginais e uterinos. Ficou esquecido durante a Idade Média e a Renascença sendo reintroduzido na prática ginecológica pelo francês Recamier, no começo do século XIX.

Acreditava-se que os perigos morais da exposição e penetração instrumental da mulher pelo médico estariam potencializando a natureza sensual das mulheres e seu desejo insaciável de prazer sexual que não deveria nem ser despertado.

Também não era desprezível o risco de abuso a que poderiam ser acusados os médicos no contexto do exame. Alguns suspeitavam que mulheres ninfomaníacas procurassem os ginecologistas em busca dos prazeres obtidos com o exame. Seguramente, para esses, era mais interessante essa representação da mulher como sedutora em potencial do que como vítima passiva (GRONEMAN, 1994).

Proto-feminismo foi a tomada de consciência do sofrimento das mulheres na diferença de tratamento entre os sexos, tanto no mercado de trabalho como no papel social.

Além de menores salários, a mulher não tinha participação na vida pública, ou seja, não tinham nenhum tipo de participação nas decisões da sociedade. Ela lutava por direitos contratuais e de propriedade. Prenunciava-se uma luta por melhores condições de trabalho (melhores salários, maior proteção à maternidade, redução de jornada, etc.) e pelos direitos de cidadania (direito ao voto).

Nessa época os médicos acreditavam que a origem do sofrimento das mulheres estava no seu corpo ou mais localizadamente no seu útero. A histeria e a melancolia (depressão) eram as mais importantes psicopatologias femininas da época e, de alguma forma, relacionadas com a não aceitação de um papel exclusivo de maternidade.

Em contrapartida, a liberdade sexual era perfeitamente aceitável entre os homens, facilitada por uma ampla rede de bordéis. A ginecologia em seus primórdios, era chamada para, numa atitude higienística, a fiscalizar e a combater a crescente onda de doenças venéreas que assolava o mundo no século XIX. O exame especular consolidava sua posição de importância na propedêutica ginecológica.

Concomitante ao desenvolvimento da ginecologia e do feminismo, o século XIX vê a estruturação da 'proto-sexologia'. Dentre as obras de referência desse período destacamos *Psychopatia Sexualis*, título publicado por Krafft-Ebing em 1886.

Essa 'proto-sexologia' teria como foco a nosografia, privilegiando as doenças venéreas, a psicopatologia da sexualidade e o eugenismo. As anomalias e não a pretensa sexualidade 'normal', heterossexual e reprodutiva eram, também focadas pela proto-sexologia.

Sexualidade, ginecologia e feminismo na primeira metade do século XX.

Ao longo do desenvolvimento histórico essas três áreas se inter relacionaram a ponto de dificilmente serem analisados separadamente.

Em 1919 Magnus Hirschfeld fundava o primeiro instituto sexológico de que se tem notícia, em Berlim, reafirmando a centralidade da Alemanha nesse campo de estudos. Mas a ditadura puritana do nazismo iria fechar-lhe as portas.

É nessa atmosfera que Freud, médico, apresenta suas observações sobre sexualidade numa clara preferência pelo estudo das mulheres. Sua curiosidade acerca da sexualidade feminina não esconde suas inseguranças do que considerava um enigma. *“Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes ou consultem os poetas”*. (FREUD, 1936/1948, p.851).

A mais importante colaboração de Freud foi perceber que a sexualidade e a maneira como a mesma se configura, vai bem mais além do que as considerações anatômicas. Pois “o que se trata de apreender não é uma diferença entre órgãos ou cromossomos que determinam nossa configuração, mas sim uma diferença de sexos – esse termo designando aqui, para além da materialidade da carne, o órgão enquanto aprisionadora dialética do desejo” (ANDRÉ, 1998, p 11).

A base do entendimento para se definir o feminismo moderno é a ‘desnaturização’. Entende-se por desnaturização as diferenças e assimetrias entre os gêneros e a constatação de que elas não são um resultado de diferenças anatômicas.

Isso hoje nos parece muito claro, mas durante muito tempo julgávamos que ser anatomicamente masculino e feminino era o que ‘naturalmente’ justificava a inferioridade feminina.

A psicanálise tem bastante responsabilidade pela postura falocêntrica do mundo a partir de seu conceito de castração e conseqüente valorização do *falus*.

Freud e Lacan são acusados de produzir teorias falocentristas – de tomarem o homem como a norma, sendo o falo a chave da diferença e a mulher definida como o que é diferente dele. Ainda segundo a psicanálise enquanto os meninos começam desde cedo a obter prazer através da manipulação do pênis e nunca mais abandonam essa prática, as meninas masturbam-se através do clitóris. O clitóris seria tanto para os meninos quanto para as meninas um pênis atrofiado ou em desenvolvimento - o que não é tão distante das teorias embriológicas atuais da origem comum dos órgãos genitais.

Somente com a puberdade ocorreria o recalçamento do clitóris e a excitabilidade proporcionada por este seria transferida para outras zonas do corpo, principalmente para a vagina. Essa transferência foi denominada, por Freud, como passagem da ‘fase de caráter masculino’ para a ‘fase de caráter feminino’ que seria a forma ‘adulta’ da sexualidade feminina.

A masturbação feminina seria uma fixação na fase de caráter masculino, ou seja, a mulher não conseguiria superar o complexo de inferioridade pelo fato de não possuir um pênis. Isso prejudicaria a passagem pelo Complexo de Édipo, que tem como função preparar a menina para seu futuro papel de reprodutora.

Surge uma questão: até que ponto essa valorização do prazer vaginal não atenderia a uma priorização do sexo reprodutivo em detrimento do sexo erótico?

A ginecologia então consolida sua identidade científica associada à medicalização da obstetrícia. O parto torna-se uma prática predominantemente hospitalar.

Isto está ocorrendo dentro de uma nova era da medicina que se estende até os dias atuais e que ainda não foi superada. O diagnóstico que era baseado em sintomas clínicos e macroscópicos passa a exigir um diagnóstico histológico. Todas as doenças orgânicas têm que ter uma representação histológica. É a chamada medicina virchoviana que leva esse nome em homenagem a Virchow, considerado o pai da anatomia patológica moderna e da Medicina Social.

Gradualmente a ginecologia vai se distanciando da cirurgia e no Brasil, a figura de Arnaldo de Moraes se destaca nesse processo. Ele criou, na primeira metade do século, o Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil (Atual Universidade Federal do Rio de Janeiro). Surgem os ambulatórios especializados que, no futuro, se transformariam em sub especialidades da ginecologia. Esterilidade, endocrinologia ginecológica, uroginecologia, patologia cervical são alguns exemplos.

Mas há, nessa instituição exemplar, um quê de falocentrismo, claramente identificado nos dias atuais, mas imperceptível para a época. Exemplos disso são a ocorrência de

- desnecessárias e freqüentes ooforectomias (castração de mulheres) muitas vezes no final do menacme (entre 40 e 50 anos) com a justificativa de profilaxia do câncer;
- de freqüentíssimas colpoperineoplastia (operação de períneo) cujo objetivo era muitas vezes o atender o interesse dos maridos em reviver os deleites da sexualidade com ‘virgens’;
- de uma exagerada indicação de histerectomias em mulheres que já por haverem ‘cumprido sua função de mulher’ podiam ter seus respectivos úteros extirpados, pois numa expressão muito usada até hoje em dia, eles, os úteros, já ‘não valiam mais nada’;
- de colpocleises (fechamento da vagina) para o tratamento dos prolapsos genitais desconsiderando-se qualquer interesse de vida sexual, notadamente com penetração vaginal, em mulheres na terceira idade;
- de himenoplastias (plástica de recomposição do hímen), verdadeiro reforço de uma postura machista que transformava o ritual do casamento numa peça bufa de defloramento.

Essas distorções vão se estender até mais da metade do século XX sendo que algumas são seqüelas presentes no mundo atual. Em 27 de abril de 2010 o ESTADÃO noticiou que, em Paris, o médico Marc Abecassis faz himenoplastia em sua clínica particular em Champs-Élysées. A operação envolvendo chuleio com pontos absorvíveis custa um valor acessível de US\$ 4.600. Atende prioritariamente os interesses de uma clientela islâmica. (ESTADÃO, 2010).

Mas voltemos ao feminismo no primeiro lustre do século XX. Observa-se que ele se organiza nos dois grandes pólos em que o mundo se dividiu: socialismo e capitalismo. Para ambas as correntes, o feminismo, nessa primeira fase denominada por Maggie Humm e Rebecca Walker ‘de primeira onda’ (DC-SDS, 2010) se organiza em torno da luta pelo direito do voto, por melhores salários e melhores condições de trabalho.

Essa primeira onda do feminismo se refere a atividades ocorridas durante o século XIX e fim do século XX no Reino Unido, nos Estados Unidos e na França. O foco consistia, originalmente, na promoção da igualdade nos direitos contratuais e da propriedade para homens e mulheres, e na oposição de casamentos arranjados e da propriedade de mulheres casadas (e seus filhos) por seus maridos. No entanto, no fim do século XIX, o ativismo passou a objetivar principalmente a conquista de poder político, especialmente do direito ao sufrágio por parte das mulheres.

Em 1908, 15.000 mulheres marcharam na cidade de Nova York exigindo a redução de horário, melhores salários, e o direito de voto. Assim, o primeiro *Dia Internacional da Mulher* observou-se a 28 de Fevereiro de 1909 nos Estados Unidos da América após uma declaração do Partido Socialista da América.

No mundo socialista, em 1910, ocorre a primeira conferência internacional sobre a mulher, em Copenhague, dirigida pela Internacional Socialista, quando o *Dia Internacional da Mulher* foi estabelecido. No ano seguinte, esse dia foi celebrado por mais de um milhão de pessoas na Áustria, Dinamarca, Alemanha e Suíça, no dia 18 de março.¹

Mas foi um incêndio na fábrica da Triangle Shirtwaist em NY, matando 140 jovens costureiras, atribuído às más condições de segurança do edifício, que marcou o *Dia Internacional das Mulheres*.

A partir daí, as campanhas pela universalização do direito ao voto foram sendo gradualmente vitoriosas. Em 1893 a Nova Zelândia se notabiliza como o primeiro país a conceder o direito de

¹ Há controvérsias quanto à origem dessa data. Leia-se www.piratininga.org.br/publicacoes/mulher-miolo.pdf

voto às mulheres. Em 1918, a Alemanha e o Reino Unido permitem o voto feminino, que só chegaria à França, à Itália e ao Japão em 1945.

Não podemos fechar as reflexões sobre o feminismo nesse primeiro lustre do século XX sem nos referirmos a duas importantes figuras.

A primeira com um estilo de vida liberado e independente é Virginia Woolf (1882-1941) uma das mais importantes escritoras britânicas. Estreou na literatura em 1915 com um romance *A viagem* e posteriormente realizou uma série de obras notáveis, as quais lhe valeriam o título de ‘a Proust inglesa’.

Virginia Woolf foi integrante do grupo de Bloomsbury, círculo de intelectuais que, após a primeira guerra mundial se posicionaria contra as tradições literárias, políticas e sociais da Era Vitoriana.

A segunda é Simone de Beauvoir, ilustre companheira de Jean-Paul Sartre, filósofa e escritora que pouco depois do término da segunda guerra mundial dividiu em duas a história das mulheres quando, praticamente abrindo o volume II de “O segundo sexo”, disse: “Não se nasce mulher. Torna-se.” (BEAUVOIR, 1949/2000, p 5).

Ainda nessa obra afirmava que a verdadeira mulher é um produto artificial que a civilização fabrica como outrora se fabricavam os *castrati*. Seus pretensos instintos de coqueteria, de docilidade, lhe são insuflados como ao homem é insuflado o orgulho fálico. A partir daí, ginecologia, sexualidade e feminismo tornam-se inseparáveis.

Ginecologia, sexualidade e feminismo na segunda metade do século XX

Inaugura-se na segunda metade do século XX o tempo de maior entrelaçamento das três estruturas que estamos descrevendo. Isso ficou notável com as pesquisas ginecológicas que levaram ao surgimento da pílula anticoncepcional nos anos 50.

O efeito bloqueador da função ovariana pelos estrogênios já era conhecido. Faltava somente Pinkus, em 1956, associar a progesterona, recém pesquisada ao ciclo com vistas a evitar a hiperplasia endometrial e a conseqüente irregularidade do sangramento pseudomenstrual.

Para o feminismo isso foi revolucionário. Representava a evidencia de que as mulheres poderiam vivenciar sua sexualidade erótica dissociada da sexualidade reprodutora; dissociação esta que já fazia parte do comportamento masculino que disponha de uma Eva e múltiplas Liliths em suas vidas.

A conseqüência foi a liberdade sexual para as mulheres e a insegurança do comportamento sexual para os homens que agora poderiam ser comparados e cobrados. A partir daí homens e mulheres se indagam: Como é que os outros fazem? Existe, realmente, um comportamento normal?

Quem tenta responder a essas questões é Kinsey, um biológico, que trouxe as novas bases do estudo científico do sexo, percebido enquanto um fenômeno natural.

Para Kinsey, o que fosse mais freqüente em termos de prática sexual seria o 'natural' e assim deveria ser estudado pela ciência e promovido ou permitido pela sociedade. Isso seria perfeito se o ser humano fosse um animal como todos os outros e não houvesse condicionamentos sociais em seu comportamento.

Assim, Kinsey não considerou o quanto os seus achados recorrentes de pesquisa eram fruto dos condicionamentos do meio como, por exemplo, um suposto menor interesse ou 'capacidade sexual' das mulheres. Além disso seus achados reproduziam uma 'normalidade' conjugal e heterossexual da classe média branca americana incluindo 5.300 homens e 5.940 mulheres.

Entre sua conclusões destacaram-se, a possibilidade de práticas homossexuais para qualquer indivíduo, a importância do clitóris e da masturbação, o questionamento sobre o orgasmo vaginal e o fato de que as mulheres serem menos afeitas ao sexo. Na verdade, a constatação dessa menor capacidade era decorrente dos seus dados de pesquisa nos quais as mulheres declaravam ter menos sexo e menos orgasmos.

Kinsey rejeitava explicações socioculturais para as diferenças entre homens e mulheres e que elas teriam uma sexualidade mais complexa, com práticas sexuais que menos freqüentemente resultavam em orgasmo que já se delineava como a grande meta de satisfação sexual humana. Algumas de suas observações não agradaram ao grande público conservador da época.

Em 1966, com os trabalhos de Master e Johnson, a sexologia ganha nova feição saindo de uma descrição empírica para as pesquisas laboratoriais. O ciclo da resposta sexual humana descrito por eles sobrepõe-se a nomenclatura apresentada por Mol em 1912, e depois modificada por diversos autores entre os quais se destaca Helen Kaplan.

A ela são computados, na década de 70, dois grandes avanços: a identificação do desejo como uma das fases da resposta sexual humana e sua visão integradora das técnicas comportamentais e da psicanálise na condução das disfunções sexuais.

A Segunda onda do feminismo se refere a um período da atividade feminista que teria começado no início da década de 60 e durado até o fim da década de 80.

Nesta segunda fase o movimento feminista preocupava-se principalmente com questões de igualdade e o fim da discriminação. Slogans como “*O pessoal é político*” ou rótulos como “*Women's Liberation*” encorajavam ativamente as mulheres a compreenderem aspectos de suas vidas e politizarem-se para defender seus direitos. Protestos feministas, o repúdio aos concursos de Misses e a queima de *sutiens* também ficaram associados ao movimento.

O livro *A Mística Feminina* (1963) de Betty Friedan criticava a idéia de que as mulheres poderiam encontrar satisfação apenas através da criação dos filhos e das atividades do lar. No livro, Friedan levanta a hipótese de que as mulheres seriam vítimas de um sistema falso de crenças que exige que elas encontrem identidade e significado em suas vidas através de seus maridos e filhos; este sistema faz com que a mulher perca completamente a sua identidade para a de sua família. E é isso que define esta segunda onda do feminismo.

Uma das mais expressivas figuras a serem lembradas no Brasil foi Leila Diniz. Embora não identificada com grupos feministas teve através seu estilo de vida importante papel na libertação das mulheres.

Após sua morte trágica em 1972, Carlos Drummond de Andrade teria afirmado, segundo SANTOS¹, que “*Sem discurso nem requerimento, Leila Diniz soltou as mulheres de vinte anos presas ao tronco de uma especial escravidão.*”

¹ SANTOS, J. F. http://publifolha.folha.com.br/catalogo/livros/145353/org/wiki/Virginia_Woolf >

Em 1970, a estudante de mestrado em História, Shere Hite, foi fotografada ao lado de uma máquina de escrever, num anúncio em que se lia: “*Esta máquina é tão inteligente que ela não precisa ser*”. (SANTOS et col, 2004, p 1)

A dubiedade do anúncio irritou grupos feministas, que se manifestaram na porta da empresa. Shere apresentou-se como a modelo do anúncio e apoiou o movimento de crítica.

Em 1976, volta às manchetes agora no lançamento de seu primeiro livro, *Relatório Hite: um Estudo da Sexualidade Feminina*, no qual confirmava a falácia da normalidade do mito do orgasmo vaginal, questionava o tabu envolvendo a sexualidade feminina e dizia que a maioria das mulheres estava insatisfeita em seus casamentos.

A grande parcela conservadora da sociedade reagiu a tal ponto que, como protesto, ela mudou-se para a Alemanha e trocou de nacionalidade.

Em sua obra *As mulheres e o amor – O novo relatório Hite*, inicia e desenvolve basicamente a idéia de um contrato emocional envolvendo as relações entre homens e mulheres e os clichês que regem esses relacionamentos em que cada indivíduo deve cumprir o seu papel específico e já determinado – submissão por parte da mulher e dominação pelo homem.

A singularidade do trabalho de Hite reside no fato de trazer uma perspectiva nova sobre a sexualidade feminina. Traz à tona um discurso feminino – é uma mulher falando de mulheres, dando voz às mulheres – uma realidade diferente dos discursos prévios sob a sexualidade da mulher. Seu discurso é desconcertante e inquietador, pois vai de encontro a discursos científicos já consolidados – Um desses discursos é o freudiano.

A terceira onda do feminismo começou no início da década de 90 como uma resposta às supostas falhas da segunda onda e também como uma retaliação a iniciativas e movimentos criados pela segunda onda.

O feminismo da terceira onda visa desafiar e contestar a demasiada ênfase que os grupos feministas estavam colocando nas experiências das mulheres brancas de classe média-alta. Busca a universalização do direito ao voto feminino, o questionamento a clitoridectomia e a infibulação.

Uma lúdima representante desse grupo é Ayaan Hirsi Ali, nascida na Somália em 1969, cresceu como uma muçulmana devota. Aos cinco anos, passou pela mutilação genital. Recebeu o *Prêmio Simone de Beauvoir 2008* e está no ranking das 100 pessoas mais influentes segundo a revista Time de 2005.

O termo, pós feminismo foi usado pela primeira vez na década de 1980, para descrever uma reação contra essa segunda onda, e atualmente é usado como rótulo para diversas teorias que analisam de maneira crítica os discursos feministas anteriores, e incluem desafios às ideias da segunda onda. No cinema, na TV e no teatro surgem temas ligados ao pós feminismo como nos seriados *Sex in the city* e *Ally McBeal* ou nas peças como *Os homens são de Marte e é para lá que eu vou* e *Não sou feliz mas tenho marido* que levantam questionamentos não resolvidos para as mulheres apesar da evolução das causas feministas.

A descoberta do ‘Viagra’ representou uma nova etapa no estudo das áreas da sexualidade, da ginecologia e do feminismo: a fase da medicalização da resposta sexual humana.

Já não bastava a afirmação do mundo psicanalítico de que a mulher não existe e o único prazer que se experimenta é o masculino. Agora, em tempos de ‘Viagra’, o modelo da sexualidade e de identidade masculina é centrado na potência em detrimento de qualquer manifestação de subjetividade.

De alguma forma tentou-se estender essa sexualidade masculina exclusivamente genitalizada para o mundo feminino com o uso do próprio ‘Viagra’ o que reforçava a tese de um modelo falocêntrico. O fracasso nessa tentativa, anunciado pelo próprio laboratório, desviou a pesquisa para a medicalização do desejo feminino. Os trabalhos mais recentes com esse viés estão tentando provar a eficiência do emprego, em mulheres, de substâncias de ação central como o *bremelanotide* (em fase de estudos), o uso de antidepressivos como a *bupropiona* (já em uso no Brasil) e o emprego transdérmico de testosterona denominado ‘Intrinsa’ (liberado somente na Europa).

Rohden, (2008) nos chama a atenção de um percurso de naturalização das diferenças sexuais através de uma lógica de 'substancialização' ou 'materialização'. A percepção da medicina sobre a

mulher promove modelos explicativos da economia corporal feminina centrados ora em órgãos como útero e ovários, ora na mecânica dos hormônios e, mais recentemente, também nas distinções genéticas e neurológicas.

Alguns grupos já se articulam com vistas a criticar essa tendência a medicalização da sexualidade humana. Não sem razão são grupos feministas como a *Campaign for a New View of Women's Sexual Problems*, liderada por Leonore Tiefer, que promovem tanto uma crítica teórica ao modelo médico dos problemas sexuais quanto à necessidade de uma vigilância constante das redes de profissionais e indústrias que promovem as novas drogas para disfunção sexual feminina.

Presentemente fala-se da teoria *queer*. Tendo como um dos seus nomes mais marcantes Judith Butler, a teoria *queer* assume-se como emancipatória, ao defender que as identidades são criadas pela repetição de certos atos culturalmente inscritos no corpo. Acredita que para a identidade sexual do indivíduo a anatomia de seu corpo é irrelevante.

Alguns grupos sem se identificarem com correntes feministas sugerem uma necessidade de se reconhecer o espaço eminentemente feminino na ginecologia propondo a necessidade dos profissionais de saúde se interessarem mais pelo tema.

Recentemente, por exemplo, (ROCHA & NOVAES, 2010, p.125) em uma reflexão sobre as conseqüências dos 23 anos das recomendações da *Organização Mundial de Saúde* para parto normal afirmaram que “Algumas questões somente poderão ser abordadas após os profissionais que cuidam do parto estudarem sobre o feminismo.”

Questionamentos a guisa de conclusão

Ao longo de seus desenvolvimentos a ginecologia, o feminismo e a sexualidade se aproximaram (nem sempre sem conflitos) e hoje são estudos complementares indissociáveis. Àqueles que debruçarem na análise destes saberes será exigida a capacidade de uma visão holística e integradora das múltiplas facetas com que eles se apresentam. Esse é um desafio aos pensadores e gestores desses conhecimentos na medida em que algumas indagações já se fazem ouvir:

1. Como irá evoluir a tocoginecologia com a feminização de seus quadros tendência essa, por sinal, observada em toda a área de saúde?

2. Que futuro tem a literatura toco-ginecológica hoje predominantemente representada por autores masculinos? Irão os homens, continuar descrevendo e falando dos prazeres e das dores femininas?
3. As mulheres, que muito provavelmente irão liderar os grupos corporativos na toco-ginecologia e quiçá em toda a área de saúde, querem a medicalização e a hospitalização de sua função de parir?
4. O acesso facilitado à informação pelos meios de comunicação com uma conseqüente redução do poder do profissional de saúde e a exigência de uma maior carga de afeto na relação profissional-cliente tende a femininizar essa atividade?
5. A medicalização da sexualidade satisfaz a grande demanda dos direitos sexuais já delineados pela sociedade?
6. Não é curioso que a medicalização das disfunções do desejo feminino passe pela terapia hormonal cruzada com o uso de testosterona?
7. O dilema entre os ganhos no espaço social e as perdas e frustrações no espaço doméstico foi compensador para as mulheres?
8. Afinal: o que podem e querem as mulheres?

Deixando tais pontos para reflexões futuras volto-me, como considerações finais, à leitura de (TOURAINÉ, 2006, p.57-72) em seu livro *O mundo das mulheres* onde afirma:

O desejo sexual- a libido - que é impessoal, segundo Freud, através das relações com outros parceiros, transforma-se em relação consigo mesmo, em tomada de consciência de si como ser que acima de tudo busca perceber-se e sentir-se como ser desejoso, em dizendo claramente que o mais importante não é a presença do desejo, mas a relação consigo mesmo, que acontece através do desejo transformado em construção de si, mediado pela relação amorosa com o outro ou com os outros.” (p. 57)

É pela sexualidade que uma mulher se constrói e se avalia a si mesma; e isso na medida em que a sexualidade, esta transformação do desejo de ser o sujeito autofundador de si mesmo em cada indivíduo, faz-se realidade.

...Colocar a sexualidade no centro da experiência significa passar de uma reflexão sobre o mundo para uma reflexão sobre si mesmo.

... A mulher tem um sólido instrumento de avaliação dela mesma: a consciência de construir-se por si mesma, através da transformação do desejo sexual em sexualidade. (pg. 72)

Referências bibliográficas

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Tradução de Dulce Duque Estrada: Que veut une femme. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Campo Freudiano do Brasil, 1998.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira (1949/ 2000).

CIANFRANI, T. **A short history of obstetrics and gynecology**. Springfield: Charles C. Thomas, 1960.

DANTES, M. A. M. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Cad. Pagu [online], 19: 319-322, 2002.

DC-SDS Disponível em: <<http://www.dc-sds.org/files/glossary.pdf>> .
Acesso em: 18.07.2010

EJHS (Electronic Journal of Human Sexuality) / Leonore Tiefer. Disponível em:
< <http://www.ejhs.org/volume3/newview.htm> > Acesso em 13.08.2010.

ESCRITORAS Y PENSADORAS/**Marquesa De Condorcet**. Disponível em:
<http://www.escriptorasypensadoras.com/fichatecnica.php/160> Acesso em 16.07.2010

ESTADÃO.COM.BR. **Mulheres árabes pagam até 46 mil para restaurar virgindade**
Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,mulheres-arabes-pagam-ate-r-46-mil-para-restaurar-virgindade,543576,0.htm>> . Acesso em 15-07-2010.

FSD-ALERT/Campaign For A New View Of Women's Sexual Problems. Disponível em: < <http://www.fsd-alert.org> > Acesso em 11.07.2010

FREUD, S. **Nuevas Aportaciones al psicoanálisis – Feminidad**. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.. Tradução direta do alemão por Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 1932/1948.

FOXSEARCHLIGHT.COM/**Kinsey**. Disponível em:
<http://www2.foxsearchlight.com/kinsey/site/> Acesso em 13.07.2010

GRONEMAN, C. **Ninfomania** – Uma história. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1994.

HITE, S. *As mulheres e o amor: O novo relatório Hite*. Trad. Maria Clara de Biasi Fernandes. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A, 1976-1992.

KAPLAN, H. S. **Desorders of sexual desire**. New York: Simon&Shuster, 1979.

MASTER, W. & JOHNSON, V. **Human sexual response**. Boston: Little, 1966.

MOLL, A. **The sexual life of the child** England: The MacMillan Co, London, 1912.

O'DOWD, M. J, [PHILIPP](#), E. E. **The History of Obstetrics and Gynaecology**. Nova York: Parthenon Publishing, 2000.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da OMS para parto normal. **Femina**, 38 (3): 119-126, 2010.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

_____. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horiz. antropol.** [online]. 2002, vol.8, n.17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1832002000100006&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 09.07.2010.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos** [serial on the Internet], 15(supl.): 133-152, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em 16.07.2010.

SOUZA, F; FONSECA, I, LOURENÇO, J; GOES, R E LIMA, S. **Hite encontra Freud: reflexões sobre sexualidade feminina à luz da psicanálise**. Faculdade Rui Barbosa. Jornal Científico Ano VII Vol I 2004 Artigo Psicologia Disponível em <http://www.frb.br/ciente/PSI/PSI.SOUZA.%20et%20al.F2%20.pdf> Acesso em 24-11-2010

STONEWALL SOCIETY/**Magnus Hirschfeld**. Disponível em: <http://www.stonewallsociety.com> > Acesso em 12.08.2010.

TOURAINÉ, A. **O mundo das mulheres**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

UOL / **Simone de Beauvoir**. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/biografias/ult1789u131.jhtm> Acesso em 23-06-2010

WIKIPEDIA/**Ayaan Hirsi Ali** Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Ayaan_Hirsi_Ali Acesso em 30-06-2010

_____/Cristina De Pisano. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Cristina_de_pisano> Acesso em 11.07.2010

_____/Marie Jean Antoine Nicolas Caritat. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Marie_Jean_Antoine_Nicolas_Caritat > Acesso em:
11.07.2010.

_____/Olympe De Gouges. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Olympe_de_gouges > Acesso em 11/07/2010.

_____/Rodolf Virchow. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow > Acesso em 30-06-2010.

_____/Thomas Malthus. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas_Malthus> Acesso em 11.07.2010.

_____/Virginia Woolf. Disponível em: <
<http://pt.wikipedia>. Acesso em 30-06-2010

PSICOTERAPIA DE GRUPO EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL

José Carlos Carpilovsky¹ ; Junia Dias de Lima²

GROUP PSYCHOTHERAPY -- FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Resumo: Os autores fazem algumas considerações sobre a importância da sexualidade, incluindo uma visão do papel da mulher no mundo, especialmente no Brasil. Após, abordam as dificuldades e disfunções sexuais, relacionando-as às histórias de vida, bem como às experiências sexuais atuais e pregressas. A partir disto, buscam a solução dos sintomas, através de um tratamento baseado em técnicas de terapia sexual e de psicoterapia de grupo. Subjetivamente, os terapeutas tiveram a impressão de uma melhora significativa da função sexual, inclusive associada a auto-estima. Embora o pequeno número da amostra não justificasse um trabalho estatístico, os questionários confirmaram essa avaliação. Como ilustração citam fragmentos de material clínico.

Palavras-chave: Disfunções sexuais femininas. Terapia sexual. Psicoterapia de grupo.

Abstract: The authors formulate some reflections about the importance of sexuality, including a view of woman's role in the world, particularly in Brazil. Then, the authors approach their difficulties and sexual dysfunction relating them to their life history as well as to present and past sexual experiences. From this they search for the solution of symptoms through treatment based on sexual therapy techniques and group psychotherapy. Subjectively the therapists had the impression of a significant improvement of the sexual function, also associated with self-esteem. Although the small number of the sample did not justify a statistical study the questionnaires confirmed this evaluation. As an illustration fragments of clinical material are cited.

Keywords: Female sexual dysfunction. Sexual therapy. Group psychotherapy.

Introdução

A sexualidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos quatro indicadores de qualidade de vida do ser humano. É definida por esta entidade como um aspecto central do bem estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero,

· Parte deste trabalho foi apresentado no IX Congresso Latino-americano de Sexualidade Humana, Salvador, abril de 2006.

¹ Médico, psiquiatra e psicanalista, membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do RJ, da Associação Psiquiátrica do RJ e da Sbrash. e-mail: jcarpi@globo.com

² Médica , ginecologista, terapeuta sexual, membro da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do RJ e coordenadora do ambulatório de sexologia da UERJ. e-mail: junia.lima@globo.com

orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É experienciada e expressa por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, regras e relacionamentos. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Os outros parâmetros de qualidade de vida são a manutenção da vida profissional, a convivência familiar e o acesso ao lazer.

Porém, apesar da sexualidade permear todas as manifestações humanas e de sermos seres sexuais desde o nascimento até a morte, o tema vem carregado de interdições, repressões, mitos e tabus, que se perpetuam através da história. Mas, ao invés de ser encarada como uma possibilidade natural de expressão, recebemos, na maioria das vezes, uma criação sexual repressora, diferenciada em função do gênero. Provavelmente, isto se deve a fatores culturais, anatômicos e reprodutivos (PINTO; BACARAT; MACÉA, 2005).

Nunca se falou tanto em sexo como nos dias de hoje. Basta entrar em uma banca de jornal e analisar as principais revistas, independente de público alvo. A maioria vem com a palavra sexo estampada na capa, prometendo fórmulas garantidas de prazer. Prazer, beleza e juventude, agora como bens de consumo industrializados (GONÇALVES, 2005). Além disto, a indústria farmacêutica da era pós-sildenafil incrementou as pesquisas em busca de medicamentos que estimulem ou facilitem o desejo, a excitação e o orgasmo femininos (BRUNO, 2003).

Tanto falatório sobre o assunto gera, no público leigo, a sensação de que a maioria da população tem sua sexualidade bem resolvida. Há, no entanto, um longo caminho a percorrer para que isto se transforme em realidade. Assim, pesquisa coordenada por Abdo (2004) revela que 16,4% das mulheres referiam não terem tido vida sexual ativa nos últimos 12 meses. Quando questionadas sobre qualidade de vida sexual, o quesito ruim e muito ruim foi selecionado por 11,9% das mulheres entre 26 e 40 anos e 26% das mulheres com mais de 60 anos. Com relação às principais queixas femininas, 34,6% referiram falta de desejo sexual, 29,3% dificuldade para alcançar o orgasmo e 21% dor durante a relação sexual. Os maiores medos foram o de contaminar-se com DST (54,1%), não satisfazer o parceiro (45%) e engravidar (40,1%). Outras pesquisas mostram que a vivência sexual está tomando novos rumos ao se desvincular do casamento e da procriação (DIEHL; FALCKE; WAGNER, 2004). Outro trabalho, realizado pelo departamento de

sociologia da Universidade de Chicago, revela que a disfunção sexual é mais prevalente entre mulheres (43%) do que entre homens (31%). Refere também que a disfunção sexual está altamente associada a experiências interpessoais negativas, lado a lado com a queda do bem estar. Por esta forte associação entre a disfunção sexual e o prejuízo da qualidade de vida, este problema merece, nos Estados Unidos o reconhecimento como significativo problema de saúde pública (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Por todo o exposto e por uma maior divulgação da possibilidade de tratamento das disfunções sexuais, vem ocorrendo um aumento da demanda para o atendimento, gerando um acúmulo de pacientes nos poucos ambulatórios que tratam estes problemas no nosso estado. Por este e por outros motivos, optamos pelo atendimento em grupo. Observamos ainda, no decurso do tempo, que a terapia sexual resolvia muitos dos sintomas, mas não solucionava os conflitos intrapsíquicos, interpessoais e familiares. Assim, pareceu-nos indicado incluir o atendimento psicoterápico. E é sobre esta experiência de cooterapia, realizada com grupos de mulheres, que pretendemos discorrer neste texto.

Sobre a Terapia Sexual e a Psicoterapia Psicanalítica de Grupo

Disfunção sexual é um “bloqueio”, total ou parcial, da resposta sexual normal. Ela é classificada em fase dependente – do desejo, da excitação e do orgasmo, e fase não-dependente -- dispareunia e vaginismo. Até a década de 50, acreditava-se que apenas os problemas emocionais poderiam desencadear a disfunção e, portanto, só a psicoterapia poderia resolvê-la. Mas a partir de Master e Johnson vislumbrou-se que uma grande parte da população tinha problemas sexuais ligados à angústia de desempenho, a tensões entre parceiros devido às dificuldades de comunicação, e à falta de informação e conhecimento sobre a sexualidade e a resposta sexual humana (KAPLAN, 1978, 1999). Além do mais, era premente o desenvolvimento de técnica terapêutica focal e breve que pudesse solucionar ou pelo menos minimizar os sintomas. Foi surgindo, assim, a terapia sexual, que consiste em um conjunto de técnicas – cognitivas, comportamentais, corporais e outras, utilizando uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, com prazo limitado. As técnicas cognitivas – um dos principais suportes da terapia sexual – elas estão ligadas à teoria da aprendizagem, desenvolvida a partir de 1950. Baseiam-se no modelo cognitivo, segundo o qual o afeto e o comportamento são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura sua visão do

mundo, ou seja, pelas informações que recebe e pelas interpretações que delas faz. Com isto, organiza regras e esquemas, com os quais lida nas situações habituais (RANGÉ, 1992). Segundo Vitiello e colaboradores, o uso destas técnicas visa “[...] promover uma ‘reeducação’ sexual” (VITIELLO; OLIBONI; DAUD; YABUSAKI, 1998, p.17). Como a terapia cognitiva é orientada para o problema e não para a personalidade, torna-se necessário frequentemente, uma visão intrapsíquica (psicoterapia de orientação psicanalítica). Isto, inclusive, diminui a possibilidade de recidivas (KAPLAN, 1999).

Desta forma, quando o problema está associado à ignorância de técnicas sexuais e falsas concepções, a informação e aconselhamento podem ser o bastante. Nos outros casos, é necessário, um terapeuta familiarizado com a psicodinâmica dos conflitos inconscientes. Em outras palavras, uma psicoterapia de orientação psicanalítica, como já falamos; no nosso caso, a psicoterapia psicanalítica de grupo.

Para alguns autores (ZIMMERMANN, 1957; GRINBERG; LANGER; RODRIGUÉ, 1957), a base científica da psicoterapia de grupo se iniciou com Pratt, em 1905. O grande mérito dele foi o de utilizar, de forma sistemática e deliberada, as emoções coletivas, na busca de um êxito terapêutico. Posteriormente, surgem os chamados “grupos de auto-ajuda”, de estrutura fraternal, em geral sem terapeuta. Visam mais ao controle de situações específicas do que a mudanças profundas, e se baseiam no acolhimento, na aceitação e no compartilhar. Entre eles, os AA (alcoólatras anônimos), os NA (neuróticos anônimos), os grupos MADA (mulheres que amam demais anônimas), e muitos outros.

O termo “Psicoterapia de Grupo” foi cunhado por Moreno, o pai do Psicodrama, em 1931(MORENO, 1974). Mas só funcionou em termos de psicoterapia profunda após incorporar conceitos derivados da psicanálise, através de Bion. E desenvolveu-se muito, notadamente depois de II Guerra mundial, em razão da desproporção existente entre a quantidade de pacientes necessitados e o número relativamente pequeno de psicoterapeutas para atendê-los.

No Brasil, o trabalho pioneiro é o de Alcyon Baer Bahia, apresentado em 1951 e publicado em 1954. E, nas décadas seguintes, pelos seus excelentes resultados, foi uma das melhores opções, tanto nas instituições como nos consultórios particulares. Júlio de Mello Filho (2000) nos dá uma visão histórica bastante detalhada das psicoterapias de grupo no Brasil e no mundo.

Participam do grupo 4 a 8 pacientes que se reúnem 1 a 2 vezes por semana, durante 60 a 90 minutos. No nosso caso, os grupos são relativamente homogêneos quanto aos sintomas (disfunção sexual), quanto à idade, quanto ao nível intelectual e quanto à capacidade de comunicação. Os pacientes podem falar, na sessão, o que e quando quiserem, com o compromisso de guardar sigilo do que foi dito ou ouvido. É importante, nesta seleção, o cuidado de não incluir quem possa prejudicar a si ou aos outros. Cabe ao terapeuta, apenas, a interpretação dos conflitos não conscientes, a partir das comunicações, das fantasias, das ansiedades, das defesas. Para isto, trabalha com a transferência e contra-transferência, inclusive com as transferências cruzadas (entre os participantes do grupo), com o simbolismo e com as identificações, procurando sempre compreender os papéis assumidos pelos participantes e os motivos correspondentes. O próprio fato de estar em grupo já exerce um efeito terapêutico, ligado ao compartilhar, e às identificações projetivas que se estabelecem (CARPILOVSKY; CHEBABI, 1967). E a psicologia do Self tem frizado o papel selfobjetal do grupo como protetor e acolhedor (BISKER, 1986).

Na experiência que estamos relatando, tanto no ambiente hospitalar, com seus problemas de tempo e setting, como na clínica privada, optamos por modificações da técnica clássica, acima descrita. Além disto, a psicoterapia estava intimamente associada à terapia sexual, em um trabalho conjunto, com tempo e objetivos limitados. Sendo uma psicoterapia breve e focal, interpretou-se pouco a transferência e procurou-se – e muito – compreender os processos inconscientes e os conflitos relacionados ao foco, conduta que já vem de experiências anteriores. Técnicas psicanalíticas breves têm sido divulgadas não apenas para grupos mas, também, para pacientes individuais (LOWENKRON, 2006).

Notas sobre a Evolução do Tratamento

Nosso propósito foi atender, em cooterapia, grupos de mulheres relativamente jovens, sem problemas orgânicos ou psiquiátricos relevantes, e com queixas de disfunção sexual em termos da diminuição do desejo e/ou ausência do orgasmo. Para isto, selecionamos dois grupos de 5 pacientes cada um, com idade entre 30 e 50 anos, que foram atendidas semanalmente com sessões de uma hora, por quatro meses.

O primeiro grupo foi atendido no Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Elas tinham sido encaminhadas pelos ginecologistas do hospital e se sujeitavam aos problemas institucionais, tais como atrasos ou interrupções. Em linhas gerais, este grupo tinha características próximas à depressão. O segundo grupo aconteceu em consultório particular, por procura espontânea, e num *setting* bastante acolhedor. As pacientes riam e falavam muito, usando, frequentemente, o senso de humor. O nível econômico talvez justifique, parcialmente, estas diferenças, mas acreditamos que a maior responsabilidade corra por conta do ambiente, e aqui vai um alerta para quem trabalha em saúde pública.

Nas primeiras sessões, a terapeuta sexual deu informações sobre a anatomia do aparelho genital, sobre a fisiologia, a necessidade de estimulação erótica e a quantidade de sangue necessária para um congestionamento pélvico ou peniano, a importância de se conversar com os companheiros, sobre os desejos, a função da fantasia, etc. Também indicou alguns exercícios.

Em um período posterior, as sessões foram iniciadas pelo psicoterapeuta. Coube a ele propiciar a abertura de novos campos e o retorno ao foco, abrindo mão, muitas vezes, da interpretação transferencial. Foi quando as pacientes trouxeram uma grande necessidade de falar, de serem ouvidas, de discutir seus conflitos e problemas na família e no trabalho. Houve uma interação, em que cada uma participava da experiência das outras. Como não é possível relatar a história de vida de cada paciente, bem como a sua influência nos sintomas atuais, optamos por trazer, apenas, fragmentos do material clínico, recortes, que nos permitimos chamar de “fotografias”:

1ª fotografia (desvalorização, agressividade)

Gilda¹ comenta que ouviu falar de um filme em que o personagem “transava” com uma bananeira. Discutem se isto é possível, resolvem investigar e, na sessão seguinte, trazem a solução: o personagem deve ter aberto um buraco na bananeira.

Logo após, Alice² se recorda de uma vez em que ficou muito excitada, quase teve um orgasmo vendo o acasalamento de seus gatos: “a gatinha, toda dengosa, seduzia,

¹ Afim de proteger a identidade das pacientes, todos os nomes são fictícios.

² Afim de proteger a identidade das pacientes, todos os nomes são fictícios.

levantava a bundinha...” Alguém pergunta se ela ainda tem estes gatos, e Alice responde: “tenho, mas agora o gato foi castrado, ele fugia e voltava todo arranhado.”

Como se vê, há um momento de desvalorização da mulher, reduzida a um objeto parcial – vagina – que pode ser facilmente substituído por uma bananeira. E o ressentimento, ligado a estas fantasias, ele pode conduzir a outras fantasias, estas de natureza agressiva – castração. Problemas e fantasias similares podem ser encontrados na disfunção sexual masculina (disfunção erétil) (CARPILOVSKY, 2002).

2ª fotografia (agressividade, transferência, foco)

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

Cabe, aqui, frisar a importância das orientações ligadas à realidade externa. A terapeuta sexual comenta os riscos da violência doméstica e a possibilidade, inclusive, de buscar amparo legal. O psicoterapeuta mostra, a seguir, o descongelar a geladeira como uma tentativa de diminuir o sentimento de frieza, buscando ser mais afetiva e esperando uma relação mais calorosa por parte do marido, para “aproveitarem o feriado”. Com a frustração, com a decepção, sua excitação, seu “tesão”, ele se transforma em ódio. Aliás, para muitos selfistas (psicanalistas ligados à psicologia psicanalítica do self), as agressões são menos explicadas por pulsões instintivas do que por injúrias narcísicas. No fundo, Luiza cria situações difíceis para obter o apoio da mãe e, aqui, dos terapeutas.

3ª fotografia (projeção, transferência)

Como já falamos, o grupo de consultório era bastante solto, riam muito, tinham muito senso de humor. Assim, quando a terapeuta sexual (Dra. Júnia Dias de Lima) cita que, segundo Master e Johnson, a mulher tem oito vezes mais prazer do que o homem, Sílvia, que nunca teve desejo e nunca atingiu o orgasmo, vira-se para o psicoterapeuta e diz, com um sorriso um tanto sedutor e um tanto zombeteiro: “estou com muita pena do senhor”.

A comunicação literal é clara: quem tem pouco prazer merece pena. Mas, na realidade, quem tem pouco prazer e, portanto, merece pena, é a própria Sílvia. Até este momento, os homens eram os culpados por não satisfazerem as mulheres. Mas, com o mecanismo projetivo, Sílvia – e, por identificação, as outras componentes do grupo – ela adquire o poder de satisfazer, ou não, tanto ao marido, lá fora, como ao terapeuta, na transferência.

Algumas Considerações

1. Embora haja um sintoma predominante, a disfunção sexual, o que leva as pacientes a procurarem ajuda, é, também, a grande necessidade de uma aproximação psicológica.
2. Nos grupos estudados, houve uma fase inicial de esclarecimento, informações e exercícios. Após esta fase, as pacientes trouxeram mais os seus relacionamentos afetivos e problemas familiares e, inclusive, ligados ao trabalho, do que problemas sexuais propriamente ditos.
3. A elaboração das fantasias hostis e agressivas permitiu o afloramento de um erotismo reprimido, tão importante para uma aproximação sexual satisfatória.
4. Foi de enorme importância o papel selfobjetal do grupo, como acolhedor e protetor, e a análise das transferências cruzadas (entre os participantes dos grupos), experiências estas ligadas ao compartilhar.
5. Entre os mecanismos psicológicos, foi evidente a idealização dos terapeutas e a identificação com os terapeutas idealizados. Terapeutas estes vividos, na fantasia, como livres de todos os problemas e com uma vida sexual extremamente rica.
6. Também a introjeção dos terapeutas como um superego menos rígido, mais permissivo.

Resultados

Os terapeutas tiveram a impressão de que, à medida que a disfunção sexual melhorou, o foco passou a serem os conflitos intrapsíquicos e interpessoais. Desta forma, houve um aumento da auto-estima e uma melhor adaptação à realidade externa. Embora não se possa falar em cura,

houve uma melhora nítida em 100% das pacientes tratadas. E apesar do pequeno número da amostra não justificar um trabalho estatístico, as informações das pacientes confirmaram nossa avaliação. Todas referiram aumento do desejo, maior frequência de orgasmos e – o que é mais importante – uma maior satisfação sexual. Houve, também, melhoras nas relações afetivas com os companheiros e, em um caso, foi evitada uma separação eminente. Assim, o grupo nos parece ser uma excelente opção para problemas desta natureza.

Referências bibliográficas

ABDO, C. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

BISKER, J. Aplicação da psicologia do self à psicoterapia analítica de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Org). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 98-107.

BRUNO, R. V. A função sexual e as drogas estimuladoras da libido. **Femina**, v.31, n.1, p.57-62, 2003. Rio de Janeiro: Rev & Med. 2003.

CARPILOVSKY, J. C. Psicogênese e tratamento da disfunção erétil – abordagem psicanalítica. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.13, n.1, p.20-27, 2002. São Paulo: Iglu. 2002.

_____ ; CHEBABI, W. L. A função da identificação projetiva na psicoterapia de grupo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.16, n.3-4, p.355-362, 1967. Rio de Janeiro: Científica Nacional. 1967.

DIEHL, A.; FALCKE, D.; WAGNER, A. A qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.15, n.1, p.39-57, 2004. São Paulo: Iglu. 2004.

GLAXOSMITHKLINE. **Avaliação-triagem de função e satisfação sexual**: questionário. (Cedido aos autores pelo laboratório farmacêutico GlaxoSmithKline).

GONÇALVES, A. C. C. A industrialização do prazer feminino. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.16, n.2, p.313-318, 2005. São Paulo: Iglu. 2005.

GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. **Psicoterapia del grupo**: su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1957.

KAPLAN, H. S. **Manual ilustrado de terapia sexual**. São Paulo: Manole, 1978.

_____. **Transtornos do desejo sexual**: regulação disfuncional da motivação sexual. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LAUMANN, E.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v.281, n.6, p.537-544, 1999. Chicago: American Medical Association. 1999.

LOWENKRON, T. **Psicoterapia psicanalítica breve** (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed, 2006.

MELLO FILHO, J. Histórico e evolução da psicoterapia de grupo. In: _____. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.29-62.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**: introdução a teoria e a praxis. São Paulo: Mestre Jou, 1974.

PINTO, A. C.; BACARAT, F.; MACÉA, J. R. Aspectos anatômicos da sexualidade humana. **Femina**, v.33, n.1, p.9-12, 2005. Rio de Janeiro: Rev & Med. 2005.

RANGÉ, B. P. Psicoterapia cognitiva. I. Fundamentos, princípios, processos, limites. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, n.2, p.81-85, 1992. Rio de Janeiro: Científica Nacional. 1992.

VITIELLO, N.; OLIBONI, E. R. D.; DAUD, S.; YABUSAKI, E. T. Afinal, o que é terapia sexual? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.9, n.1, p.15-17, 1998. São Paulo: Iglu. 1998.

ZIMMERMANN, D. **A dinâmica do grupo terapêutico**: contribuição ao seu estudo. Porto Alegre: Coruja, 1957.

ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO DE SEXOLOGIA E
PSICOSSOMÁTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE EM
PARCERIA COM A DISCIPLINA DE GINECOLOGIA DA UNIVERSIDADE
GAMA FILHO. (2009)

Maria do Carmo de Andrade Silva¹; Roberto Carvalhosa²

APPOINTMENTS AT SEXOLOGY AND PSYCHOSOMATICS AMBULATORY AT
PIEDADE MUNICIPAL HOSPITAL, IN PARTNERSHIP WITH THE DISCIPLINE OF
GYNECOLOGY OF GAMA FILHO UNIVERSITY. (2009)

Resumo: Instalou-se no Serviço de Ginecologia do Hospital Municipal da Piedade, no segundo semestre de 2008 e, em parceria com a Disciplina de Ginecologia da Universidade Gama Filho, um ambulatório de Sexologia e Psicossomática. Neste artigo pretende-se relatar os encaminhamentos recebidos da ginecologia e, através de alguns exemplos de casos, conteúdos e falas das pacientes, com queixas de transtorno de desejo sexual, transtorno de orgasmo, vaginismo e dispareunia; assinalar algumas características desta amostra e partes de evoluções de entrevistas terapêuticas.

Palavras Chave: Transtornos Sexuais Femininos. Atendimentos. Conteúdos e falas de pacientes.

Abstract: In the second half of 2008 a Gynecology Service of Piedade Municipal Hospital started in partnership with a Gynecology discipline of Gama Filho University. It is one more clinic of Sexology and Psychosomatics. In this article is intended to report the forwards received of Gynecology and through some examples of cases, content and speeches of patients, with complaints of sexual desire disorder, disorder of orgasm, vaginismus, dyspareunia, point out some characteristics of these sample and evolutions of therapeutics interviews.

Keywords: Female Sexual Disorders. Appointments. Speeches of patients.

Introdução

Em função de se observar uma lacuna, no que se refere aos atendimentos às dificuldades sexuais das pacientes e ao oferecimento de apoio e suporte psicossomático às mulheres que necessitam cirurgias, onde características de sua identidade feminina tornam-se comprometidas, os professores da Disciplina de Ginecologia da Universidade Gama Filho, em parceria com o Hospital Municipal da Piedade, inseriram no Serviço de Ginecologia deste hospital, no segundo

¹ Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana – Coordenadora do Ambulatório de Sexologia e Psicossomática do Hospital Municipal da Piedade (HMP) - Prof^ª. de Sexologia da UGF. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

² Chefe do Serviço de Ginecologia do HMP. Prof. de Ginecologia da UGF. e-mail: roberto@carvalhosa.net

semestre de 2008, o Ambulatório de Sexologia e Psicossomática. Tal ambulatório tem como objetivo fornecer suporte às pacientes e fornecer, alguma capacitação aos estudantes do internato de ginecologia nestas áreas.

Neste artigo pretende-se relatar os encaminhamentos recebidos da ginecologia e, através de alguns exemplos de casos, conteúdos e falas das pacientes, com queixas sexuais, assinalar algumas características desta amostra, assim como focalizar parte da evolução de entrevistas terapêuticas individuais e ou com o casal.

É interessante referir que o casal resulta da união de duas pessoas – duas realidades biopsicossociais distintas e sofre influências ideológicas do momento sócio-histórico, no qual estão inseridos. Interferências na constituição dos significados dos vínculos de casamento e da sexualidade. Assim, os diferentes casais formam-se por diversas razões, e a expressão sexual distanciou-se muito do determinismo biológico. O que possibilita que se faça sexo por diversas motivações como: minimização de carências afetivas, obrigação, reprodução, carinho, prazer, estabilidade econômica, consumo de pessoas, *status* social, formar família, valorização pessoal, descarga de tensão, encontro afetivo-sexual, exercício de poder, submissão etc. (ANDRADE SILVA, 2003).

A relação interpessoal será básica, como ativadora ou inibidora, da percepção e da expressão sexual. É preciso que se tenha em mente, que existe um mobilizador, extremamente importante da sexualidade de cada um, que é o “outro”. Pois a forma de ser e de se expressar de um, interfere na maneira de sentir e se mostrar do “outro”. Alguns funcionam como facilitadores da expressão sexual do “um”, enquanto outros, consciente ou inconscientemente, inibem as manifestações sexuais do “outro”, constituindo-se em uma das causas de problemas sexuais.

Os Transtornos sexuais baseiam-se em um conceito psicossomático (vulnerabilidade orgânica x experiências negativas), gerando ansiedade, desprazer e medo de fracasso. O bloqueio sexual possui etiologias intrapessoais, (orgânicas, psicológicas ou mistas). Além das causas interpessoais, (relacionais - do casal). Essa multicausalidade dinâmica exige da prática terapêutica, conhecimento dessas múltiplas interferências. Para que se possa constituir um diagnóstico diferencial e programar possibilidades de tratamento.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV- 2002) define Disfunção ou Transtorno Sexual como: “Perturbação nos processos que caracterizam o ciclo da resposta sexual, ou por dor associada com a relação.” (Ibid., 2002, p. 511). Conceituando e dividindo os transtornos sexuais femininos em: Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo - Transtorno de Aversão Sexual - Transtorno da Excitação - Transtorno do Orgasmo – Transtornos Sexuais Dolorosos - Dispareunia e Vaginismo

Em pesquisa realizada por (ABDO et al., 2002), com 2.835 indivíduos de população não clínica do país, a disfunção sexual mais referida pelas mulheres, foi a falta de desejo sexual (34%), seguida pela disfunção orgásmica (29%). Padrão de referência bastante similar ao encontrado por estudo clínico de (ANDRADE SILVA; CANELLA, 2007).

No trabalho aqui relatado, pretende-se que através de exemplos de alguns casos, se possam apontar características deste tipo de amostragem, suas queixas, necessidades, dificuldades, ansiedades, assim como algumas de suas formas de convivência conjugal e sexual. Assim, tem-se como objetivo contribuir, através desta parcela de experiência, para alguma melhoria no conhecimento neste campo específico e incentivar futuros trabalhos em outros Serviços Públicos.

Os atendimentos.

Atendimentos no Ambulatório de Sexologia e Psicossomática.

Queixas	Nº de Atendimentos
Transtorno de Desejo	9
*Transtorno de Desejo Associado	19
Transtorno de Orgasmo	11
Vaginismo e Dispareunia	3
Dispareunia	2
Aconselhamento para Câncer de Mama	47
Aconselhamento Psicológico. (cirúrgico e outros)	12
Disfunções e aconselhamento Masculino	9
Total	112

*Transtorno de Desejo Associado à outra disfunção sexual - anorgasmia e dispareunia.

O grupo aqui apresentado estruturou-se através de encaminhamentos dos ginecologistas do Serviço. Basicamente, quando a paciente espontaneamente queixava-se de problema sexual, ou quando seu diagnóstico a conduziria, a algum tipo de cirurgia mutiladora, (especialmente

cirurgias de câncer de mama), quando além do próprio estigma da doença, parte significativa de sua identidade feminina estaria comprometida. Assim, em função dessa especificidade deixaremos estes dados, para um outro artigo.

A idade do total das pacientes variou de 18 a 79 anos e, em sua maioria caracterizou - se, por mulheres que cursaram no máximo o primeiro grau completo. A maioria denomina-se donas de casa, e das que trabalham fora, encontram-se em profissões não regulamentadas. A maior parte está casada ou vivendo junto, em relacionamentos longos e têm em média 2 filhos.

A média de idade das pacientes encaminhadas com algum tipo de disfunção sexual foi de 48 anos, no entanto é importante mencionar, que a maior parte delas, adveio do ambulatório de climatério, (onde em sua anamnese já consta um item, que questiona sobre desejo e lubrificação vaginal. Questão que ainda não faz parte da rotina dos outros ambulatórios deste Serviço).

A queixa de transtorno de desejo sexual nesta amostra, após entrevistas e diagnóstico diferencial, apresentou-se na maioria dos casos, mais como fruto de problemas conjugais, do que como problema sexual primário. Os conflitos conjugais por: traição, álcool, falta de atenção, carinho, grosserias e agressividade; são mencionados frequentemente, indicando clara necessidade de um atendimento primariamente à unidade conjugal e, só secundariamente sexual. Associação igualmente encontrada em trabalhos anteriores no Ambulatório do I.G. da UFRJ - HMF (ANDRADE SILVA; CANELLA, 2007).

O transtorno de desejo, também se apresentou associado a alguma outra disfunção sexual, principalmente à anorgasmia secundária, além da sensação de ressecamento vaginal e dispareunia. Observou-se que, ao estar associado a outras disfunções, estas funcionaram; ora como fator desencadeante, ora como consequência da falta de desejo.

Interessante notar que 12 das 28 mulheres, com queixas de inibição de desejo, já se encontram em segundos relacionamentos conjugais e, a maioria relatou que o primeiro relacionamento também terminou, por problemas com álcool ou traição deles. Quase todas estas tem filhos de relacionamento anterior e, estes viveram ou ainda vivem com elas, no atual relacionamento. Algumas mencionaram espontaneamente, que eles (os atuais parceiros), foram bons pais para os filhos delas. Porém, não relacionaram diretamente esse fato, a terem permanecido com eles.

Exemplos de falas sobre o parceiro.

Ex: - *Nunca fui apaixonada, mas sim aprendi a gostar dele.* Ex: - *Tenho nojo, horror a ele, mas não tem outra saída.* Ex: - *Só gosto dele, foi bom companheiro, mas tesão nunca tive por ele.* Ex: - *É seco, não recebo atenção, carinho. Sou tratada como uma coisa, sem atenção, sem consideração. Quando tem algum carinho, sei que é só interesse em cama.* Ex: - *É bom pai, bom companheiro, mas nunca senti aquele fogo por ele.* Ex: - *Com esse atual é tudo rapidinho, não tenho nem desejo, nem prazer. Ele é muito seco, é seco em tudo, e também em carinho sexual.* Ex: - *Faço sexo para amansá-lo, se não ele fica insuportável, grosseiro e agressivo, até mesmo com os filhos.*

Importante mencionar que a maior parte das mulheres desta amostra, com alguma queixa de disfunção sexual, encontra-se em relacionamentos longos, média de 21 anos, onde a rotina pesada e o desgaste do cotidiano, também podem interferir na diminuição do desejo. Além, do fato de que a maioria, já se encontra na meia idade - climatério/menopausa. Algumas fazendo uso de reposição hormonal, outras não, sendo que 11 delas, já vivenciam outros problemas médicos, e encontram-se medicadas para: hipertensão, diabetes, histerectomia, depressão, problema neurológico e cardíaco; o que também pode colaborar, para a diminuição de desejo e/ou estar dificultando o orgasmo.

Dentre as mulheres com inibição de desejo, observou-se que as poucas que tiveram parceiros participativos e que aderiram ao tratamento (9 delas), obteve-se mais êxito na condução e melhora de seus problemas conjugais e sexuais. Porém, aquelas em que o casamento, já se encontrava muito comprometido e ou, não se pode contar com a participação do parceiro, funcionou-se como suporte e apoio; na tentativa de encontrar alternativas de melhoria em sua qualidade de vida. É interessante sublinhar, que a maior parte, quando chegou com a queixa de que não tinham mais vontade de sexo, não fazia relação entre o completo desencontro conjugal e seu desinteresse sexual. Provavelmente, esta não relação seja parte de um mecanismo de defesa, para que possam dar continuidade ao relacionamento conjugal, do qual, não pensam que seja possível abrir mão. Assim, desviam a percepção e colocam a culpa na menopausa, em alguma cirurgia, em si mesmas, e convivem com a culpa pelo problema sexual que tem.

Em função do estabelecimento de um diagnóstico psicológico mais preciso e afastadas e ou tratadas simultaneamente às interferências orgânicas, constituem-se as possibilidades de um processo de terapia primariamente sexual, conjugal, individual, ou a conjugação de mais de uma delas.

Exemplos de conteúdos e falas de pacientes, com queixas de transtorno de desejo sexual (T.D.), transtorno de orgasmo (T.O.) vaginismo (V.) e dispareunia (D.).

Ex: T.D. - ela 57 anos, ele 66 - 34 anos de vida em comum - 2 filhos.

Era tudo bem até ter uns telefonemas que eu desconfiei. Era mesmo traição dele, tinha um telefone no nome dele na casa de uma outrazinha de uns 30 anos. Ele negou, disse que era amigo do marido dela, que estava ajudando ele, mas era mentira. Eu e meu filho verificamos. Aí começou a confusão. Dai em diante não confio mais. ... Foi depois dessa confusão, que ele quis casar, isso tem mais ou menos um ano, pois antes agente vivia junto. ...Fez só pra agradar, pra ver se eu esquecia.

... Fiquei feliz sim, mas ainda acho que ele deve ter continuado... ...Também desde que fiquei evangélica é que algumas coisas eu não admito mais. ...Sexo anal – nunca e oral já fizemos (ele e ela), mas agora não quero mais. A religião não permite.

...Gosto de sair, mas ele não. Mas, ele sai pro trabalho, todo bonito e cheiroso e eu acho é que ele agora, tem alguém lá no Centro. Só pode ser isso. ...Porque não vejo arrumado pra nada. ...E tem mais, ele deu pra cortar os pelos do pênis, só pode ser pra elas chuparem. ...Fiquei cismada com tudo e, cada vez me sinto mais afastada dele.

...Ele ficou feliz quando soube que eu vim aqui. Falei que a senhora quer que ele venha e ele disse que vai ser bom pra nós. Disse que se precisar ele vem é só marcar. (Inspiração profunda e demonstração de ansiedade).

Observação sobre seus sentimentos: *...É eu gosto dele. Mas fico sempre desconfiada. Isso que ele fez não passou, foi uma facada no peito. Ainda estou muito magoada... Não consigo confiar. Aí fico distante.*

Marido participou. Relata que atualmente não tem ninguém: *... quero viver bem com ela e meu filho. Estou em casa, apesar dessas coisas dela. ...Gosto dela e tenho tesão nela. Só que depois da confusão e, com essa mania de igreja, tudo ficou complicado. ... Não pode*

mais fazer nada. ... Não pode sexo anal, também não pode sexo oral. ...É eu gosto. Ela também gostava, agente fazia, mas depois dessa história e da igreja, não pode, tudo não pode e diz que é isso que eu ando fazendo com as outras da rua. ... Não to com ninguém, mas ela acha. Aí começa a discussão e não acaba nunca.

...Acho que se ela agora está vindo aqui, pode ser melhor. Parece que ela está mais calma. E acho que gostou de eu vir também,... eu vi hoje na cara dela quando saí.

Reflexão sobre o saírem no final de semana. Ele sai para o trabalho, mas ela fica em casa e gosta de sair. A questão do carinho afeto, namoro, necessidade de trabalhar para a segurança afetiva dela, especialmente em função do ocorrido.

Reflexão com ela de um novo momento - O casamento – Ele podia ter ido embora? ... Por que acha que ele propôs que se casassem?... Se ela aceitou, foi prá que?

Reflexão sobre a importância da vida sexual do casal. Sobre a religião ser favorável ao bom relacionamento do par e atender as necessidades um do outro. Nem todos interpretam as passagens bíblicas da mesma forma, são citações simbólicas, com mais de uma interpretação. Ler textos de outros pastores que falam sobre relacionamento.

Ela relata: Meu marido está todo feliz, porque eu estou vindo e acha que agora pode dar certo. ... Meu filho arranhou trabalho. E isso é muito bom porque alivia... Sou muito preocupada e ansiosa com tudo, além de que agora, às vezes me sinto cansada. E com meu filho trabalhando, já dá pra pagar uma faxina de 15 em 15, e isso vai aliviar.

O casal tem saído no final de semana, e segundo ela, ele tem se arrumado pra sair com ela. O relacionamento tem estado mais próximo e sexo também tem melhorado. Segundo ela, ele está mais carinhoso. Voltaram ao sexo oral como faziam antes e ela teve orgasmo assim. Posteriormente, também conseguiu com manipulação antes da penetração. Realizou-se 9 encontros individuais ou com o casal.

Ex: T. D./T.O. - ela 49 anos, ele 51 - 3 filhos dela - 7 anos nesta relação.

Teve um casamento anterior de 25anos, os filhos são deste casamento e são adultos.

O casamento foi bom, até ele arrumar uma outra de 20 anos. Já está separado dela também... Isso foi há 10 anos, eu fiquei muito ruim mesmo, custei, mas consegui me reestruturar. ... Fui criando meus filhos, ele dava pensão. Foi bom pai, vê as crianças até hoje. Ele é motorista de ônibus, sabe como é, uma em cada ponto.

Depois de uns 4 anos é que pensou em reconstruir a vida: ... já tinha uns 40 anos, aí conheci o atual. Primeiro fui morar na casa dele e da mãe em N., mas não me adaptei lá e alugamos em M. que era mais perto e eu estava mais acostumada.

...O jeito misterioso dele me encantou, eu acho que gostava da conquista do desafio. ... Conheci numa festa. ...Foi mais ou menos um ano de namoro, até morar junto. A melhor fase é namorar, se eu soubesse não ia morar junto. Não dá certo. No início é muito bom, mas depois cai na rotina é fica ruim. ...Agora ele não quer passear, só quer ficar em casa vendo TV. ...No início ele era afetivo, carinhoso presente. Hoje tudo que eu peço pra fazer: ir ali, lá, ele nunca pode.

...Eu fui ficando sem interesse, meio fria. Ele é objetivo. E toda mulher gosta de rolar, ganhar presente, ele não liga pra nada. A relação tem que ser consequência.

...Não sei se fui eu que idealizei, o que só existia na minha cabeça, acho que sou muito romântica e é isso que valorizo (flores, bala, lápis - não é o valor da coisa é a atenção). Aniversário ele nem lembra. Isso machuca né.

...Antes saíamos, ele sempre presente pra tudo. Agora, já chega querendo cama, não tem nada, só cama. Assim não dá... Não tem diálogo, só TV. Quando puxo conversa logo acaba, mas no Bar com amigos ele conversa.

...Quando ele elogia, melhora, mas ele está sempre reclamando e de cara feia. Casa-trabalho, trabalho-casa, TV e só. E aí quer sexo. Não dá. ...A vida sexual hoje é uma coisa prática, objetiva. ...ele até estimula com jogos sexuais, mas como não tem o que valorizo antes, até isso que eu gosto, perde a graça. Sexo pra mim não é prioridade é consequência. A pior hora é ir dormir. Fico enrolando. Porque não quero, não me sinto bem comigo mesmo, se faço, me sinto até suja.... Fico com inveja das pessoas que estão sempre com tesão, eu não sou assim... Fico até pensando às vezes, será que estou doente? Que é da idade?Porque ele diz que eu estou fria, que estou ficando velha, porque não tenho mais vontade como tinha. ...Se vejo um filme ... aquele cara do mercado que te falei. Quando ele me olha e fala comigo, quando me elogia, me animo.

...Acho que já morreu. Olho e não vejo nada... Não admiro mais nada nele. ... O casamento não está nada bem, às vezes penso em falar pra gente se separar, mas fico com pena dele. Pra onde ele vai... A mãe dele é velha e mora lá longe. ... Porque eu é que tenho emprego fixo e ganho melhor, ele não. Ai fico com pena dele. ...Não tem mais nada que eu goste nele. Sabe ele nunca me deu nada. Eu é que pago mais as coisas em casa, porque ele tem bem menos. Mas também não se esforça pra nada. Tá sempre parado na TV e não faz nada pra mudar. Acho que já até esperei demais.

... É do casamento mesmo. Eu é que não quero ver. Porque tenho pena dele... As pessoas dizem que é muito cômodo pra ele e é isso mesmo. Acho que elas estão certas. Minha filha diz isso também. ... Acho que é isso aí, tenho é que ter coragem pra ele cair fora... (Fala reflexiva e claramente para si mesma). Isto foi após 4 entrevistas e, se despediu dizendo: ... agora é só o tempo da coragem.

Ex: T. D./ T.O. - ela 44 e ele 51 anos, dois filhos deles e 27 anos de casados.

Relata que casou muito nova, 16 anos. Foi criada pela avó, sua mãe tinha problemas mentais, internações (não sabe direito, diziam que era esquizofrênica e depois morreu), pai ausente.

...Minha avó é que foi minha mãe. Gostava muito dela e ela de mim. Na casa dela, também morava o meu tio. E atrás um outro tio casado. E foi com eles que fui criada. Fui criada por ela muito superprotegida, e boba...

...Ia a escola gostava da escola, sempre fui quieta. Eu era bonitinha, arrumadinha, mas muito tímida, inocente, meio boba... (tem aparência triste e ansiosa)

...Teve um primo que abusou de mim... Me pegava, passava a mão, mandava eu passar a mão no dele e até chegou a ter relação. ...Isso eu tinha uns 14 quase 15 anos. ... Não foi ruim não, mas hoje, acho que eu não sabia bem o que era. ...Depois ele contou para um vizinho e, quando minha avó soube, foi uma confusão e uma bralhada. Até o meu marido, que era do bairro soube quando agente tava já prá casar, aí foi outra confusão daquelas, porque ele é muito nervoso e muito cismado, ficou descontrolado.

Casamos e morávamos perto da minha família. Ele não gostava deles, sempre diz que gostam de arrumar confusão. ...Ele diz, que eles tem inveja, porque nós depois conseguimos construir nossa casa, longe deles e vivíamos bem, com nossos filhos.(Uma moça casada com um filho e um rapaz ainda que mora com eles).

...Minha vida era dentro de casa e cuidando dos meus filhos. Sai da casa da minha avó para morar com ele. ...Não fazia nada além de cuidar da casa e deles. Até porque, o meu marido tem um ciúme doentio, não posso nem olhar pro lado, que ele já fica cismado. Ando de cabeça baixa, pra ele não achar que eu estou olhando prá ninguém. (Tem postura curvada e sai e entra com o olhar para o chão).

... Cisma, porque acha que eu não gosto de sexo, então eu posso não gostar dele. Não é isso, é que eu sou envergonhada e depois, fiquei ainda mais parada e sem vontade. ... Fiquei muitos anos cuidando da minha avó. ... Ficou doente e foi morar lá em casa. Meu marido mesmo não gostando deles, quando ela ficou doente, ajudou muito levando nos médicos. Mas, como eu estava muito nervosa com ela lá, foi buscar para que eu ficasse mais calma e cuidasse dela lá em casa. ...Isso durou uns 10 anos e nessa época eu me isolei de tudo, só cuidando dela e da casa. Ele diz que eu nem me importava com ele. Acho que isso me fez muito mal. ... Depois que ela morreu acho que fiquei depressiva. Não tenho vontade de nada. Nem de me cuidar, nem de sexo, como ele reclama, nem de sair. Acho que fiquei com medo de tudo, que não sei nada, estou sempre triste... (Chora) Sou muito insegura. Fiquei muito ansiosa, tenho tido dificuldade de dormir, fico agitada... (O olhar é tímido e assustado – muito ansiosa, sorri um riso nervoso).

...Eu antes, quando era mais jovem, até que me arrumava... É eu era bonitinha (sorri sem graça), mas com os ciúmes e cismas dele, de que tudo é traição e do tempo que fiquei só em casa cuidando dela, acho que esqueci de mim. ...Ele porque foi traído pela outra namorada dele antes, e a mãe dele que também traiu o pai, ficou traumatizado. É muito nervoso, é traumatizado. Acho que igual ao pai dele. ... O pai dele ficou meio perturbado, depois que a mãe traiu e foi embora. ...Ele acha, que se eu não tenho prazer e não gosto de sexo, é porque não gosto dele. Às vezes ainda fala da história daquele primo. Desconfia que eu devia gostar dele. Que eu não sou feliz, e por isso acha que posso gostar de outro. Não é nada disso eu não gosto é desse jeito desconfiado e nervosos dele. ...Aí eu por medo, quando saio com ele no carro, nem olho pro lado, com medo de que ele vai achar que eu estou olhando pra alguém. Porque já aconteceu, de eu estar olhando em uma direção e ele logo perguntar pra quem estou olhando. E começa o descontrole. Não estou olhando pra ninguém. (choro, ansiedade). Fico muito nervosa com esse jeito dele e aí, acho que nem sei

como me comportar. Porque ele diz que eu tenho que ser natural. Mas como? Tenho medo do que ele vai pensar, desse descontrole.

Ele é muito nervoso, agitado, ta sempre fazendo alguma coisa e, diz que eu nunca quero fazer nada. Quer ir pra obra da casa da praia e quer que eu vá junto. Só fala em ir terminar a obra. E eu não quero ir. Pra que, pra ele ficar trabalhando e eu olhando. ...Às vezes, quer ir na praia, mas eu estou gorda (não é gorda) e tenho vergonha, não tenho mais me cuidado, estou feia e não tenho vontade. ...Vou à Igreja (evangélica) perto de casa. Ele não gosta, mas vai comigo. Mas, até lá ele cisma. Se alguém dá a mão na cerimônia, sorri ou puxa conversa, é porque está dando em cima. Que eu é que finjo que não vejo. Aí já fica agitado e irritado. Está sempre desconfiado de tudo. Diz que as pessoas não são o que penso. Que ele que anda por aí no mundo, é que vê como elas são.

Como ela também se encontrava em acompanhamento no ambulatório de climatério e, lá se queixou de dificuldades no sono, ansiedade e depressão, foi solicitado uma nova avaliação e acompanhamento medicamentoso para a ansiedade e depressão.

Marido vem sempre trazê-la e quer participar. Em entrevistas, observou-se que é muito tenso e agitado. Parece dinâmico, é aposentado, mas trabalha como despachante e faz parte das obras em casa (estão fazendo em cima para o filho que vai casar), ajudar à filha, a irmã... Demonstra gostar e se preocupar muito com ela, com os filhos, com o neto, com a casa e com a obra. Parece que quer resolver tudo. É bastante tenso. Além de demonstrar ser extremamente ciumento, protetor e desconfiado.

Marido refere:... aquela gente da familia dela não serve pra nada. São fofoqueiros e invejosos. Só atrapalharam quando agente morava mais perto deles. Atrapalharam muito, falavam mal de mim; diziam que eu era nervoso e maluco igual meu pai. ...Depois quando agente se mudou melhorou, mas quando a vó estava doente, ninguém fazia nada, são uns parasitas, e ela ficava muito nervosa pela vó. Aí eu levei a velha lá pra casa. E ela se enterrou de vez junto da vó. ...é que ficou cada vez mais doente, até dormir, dormia com ela. Eu ficava nervoso, mas tinha que agüentar, porque ela dizia, que a vó cuidou dela sempre e que agora, era a vez dela. ...Foi muito ruim esse tempo. Ficava mesmo de mau humor, mas nunca deixei de ajudar à velha. Mas, depois que ela morreu, parece que

ela ficou meio doente também. Está sempre triste, nervosa, não dorme direito, não quer fazer nada, tem medo de tudo e sexo então, já nunca gostou, agora ...

Reflexão com ele - quanto ao ciúme, e o quanto as reações exacerbadas dele que assustam a ela. As dificuldades dela de voltar a ter interesses próprios. A solidão que ela está vivendo, sem mais o que se preocupar. Tentar sair para outras coisas, além da obra na praia. Dar carinho e deixar sexo para mais tarde.

Reflexões com ela - quanto ao que gostava de fazer, como gostaria de ser, sentimentos em relação a ele e a sexo. Incentivamos quanto à leitura, que diz gostar, descobrir o que gostaria de fazer. Explicações para ambos sobre a sexualidade feminina.

Ela relata que foi com ele à academia de ginástica, acabou não ficando, porque o professor era homem. Ele fez uma confusão, porque ela tinha dito que era professora, mas ao chegarem naquele dia, era um professor. Relatam que ele ficou muito descontrolado com isso. Ele argumenta:

...eles não são confiáveis. Não é por ela, ela até parece boba, mas eles vão logo chegando, pegando... Ela não sabe se defender.

Reflexão sobre as atitudes dele e como isso interfere nela. Sobre os ciúmes e as explosões dele. Recordações de outras situações vividas por ele. Repensar quem é ela como se comporta. Fundamentos. Como isso interfere na relação deles.

Foram à outra academia e lá pode ficar porque a professora era mulher. Ela também achou que assim era melhor. Ele ficava mais calmo e ela mais tranqüila.

Tem feito dieta. Mostra sem graça meio sorrindo que a barriga já diminuiu. Ele olha desconfiado, mas diz que gosta, gosta de vê-la mais viva, se cuidando. Ela relata que ele está falando menos de sexo e tem tentado se controlar. Reforçados pelas evoluções.

Foram à obra da casa da praia com a filha, o marido e o neto, fizeram um churrasco e ela conseguiu ir à praia com eles, diz que estava vazio e aí, até que foi bom.

Ele ainda com as cismas e observou-se que ela tem medo de evoluir (de ser ela mesma) não sabe como se portar por conta do descontrole dele. Reflexão com ambos.

Relatam que têm caminhado juntos. Ela acha que é bom prá ele descarregar. Diz que outro dia conseguiu que ele tomasse um calmante dela, ele ficou mais calmo, mas ele não gosta e não quer. Reflexão com ele sobre sua tensão e procura de ajuda médica.

Ela conseguiu se tocar, para se perceber, como sugerido. Diz que ficou sem graça, mas depois conseguiu e acha que foi bom. Falou-se sobre isso na consulta conjunta e, ele demonstrou clara satisfação por ela estar participando.

Ele tem insistido menos em sexo, tenta às vezes, e se ela demonstra que está tudo bem, ele continua, se não desiste. Relata que fica mal, mas tem tentado se controlar, só às vezes fica nervoso. Reflexões sobre essa relação que faz entre sexo e gostar ou não dele.

Ela está evoluindo sexualmente e está mais cuidada. Com pintura nos cabelos, comentando que está mais magra, usando uma bijuteria discreta, sorrindo com mais facilidade (sempre que sorri dessas evoluções comentadas, olha para ele, sem graça - pedindo aprovação). Ele mesmo com ar desconfiado tem dado apoio, sorrindo também.

O casal relata que tiveram relações, com exploração do corpo dela. Bastante sem jeito, mas sorridente, ela diz que foi bom e rindo sem graça, olha pra ele. Ele feliz.

Mais adiante ela menciona que conseguiu ter prazer. Relata que parece que com isso, ele está melhor com as cismas. Ainda tem muitas, quase sempre nas entrevistas o tema retorna. Porém parece estar um pouco mais calmo em geral.

Ela pensou em fazer um curso de computador, mas desistiu, (observou-se que não houve apoio dele). Posteriormente, se inscreveu em um curso de estética, para ver se gosta e depois montar algo em casa. Ele está apoiando e incentivando:

É bom é coisa de mulher mesmo. Fui levar ela lá e, só tinha mulher.

O casal está mais entrosado e parecem mais conscientes das limitações de cada um. Observa-se que demonstram um certo cuidado, para não ativar os limites do outro. Porém é um equilíbrio tênue, especialmente em função dos problemas dele.

Foram utilizadas até então, 19 sessões. O casal encontra-se em acompanhamento 1 vez ao mês.

Quanto à queixa de Transtorno do Orgasmo. (T.O)

Nesta amostra só se observou relatos de anorgasmia primária associada à inibição de desejo. A queixa que as mobilizou a procurar auxílio, foi o Transtorno de Desejo e, só secundariamente o não orgasmo. Assim, quanto às queixas exclusivamente de anorgasmia secundária, segundo elas, desvinculadas de inibição de desejo temos a relatar:

Ex: - T.O. secundário - ela 41 anos, ele 56 - 2 filhos deles- 20 anos de casados.

Namorou e engravidou com 19 anos:

Eu queria alguém que realmente me agradasse, sabia que não era ele, mas fui ficando, aí engravidei e fiquei com ele mesmo, me acomodei...Na verdade nunca foi bom com ele.

... Teve um antes que era bom, com esse eu tinha prazer, era quente, mas ele me traiu e aí terminou. Só depois é que conheci esse meu atual. Namoramos um pouco, mas logo engravidei e ele quis casar quando engravidei. Aí fiquei com esse meu marido mesmo, mas, nunca foi bom com ele.

... Não gosto com ele, mas é meu marido né. Aí tenho que fazer de vez em quando, mas não tenho vontade de fazer com ele. ...Nunca tive.... Eu vim, porque talvez tivesse algum remédio. Mas, eu sei que nunca gostei com ele.

Tem orgasmo quando se masturba e relata vontade quando vê coisas na TV. Tem desejo sexual, mas não pelo parceiro. Porém sua queixa era não ter orgasmo com ele.

Esclarecimentos e encerramento.

Ex: - T.O. – ela 64 anos – ele 72 - 2 filhos dela - 16 anos de casados.

Segundo ela, fez bagunça na medicação. Fez cirurgia de períneo a 3 anos. Tem se sentido muito cansada quando anda. Relata que vai ao cardiologista e toma medicação:

...De uns 5anos pra cá, tenho sentido alguma dificuldade para ter orgasmo. Mas de uns 3, piorou muito. ...Teve também o assassinato do meu filho... Tava envolvido com gente que não presta. Ele já era adulto e não morava com a gente. Teve também a resolução do divorcio. ... Porque eu era separada, mas não divorciada. Foi muita coisa, muito problema pra viver e resolver. Eu é que tenho que resolver tudo, ele agora está muito parado. ...Desde uns 15anos atrás fui ficando com o meu marido atual, mas antes ele era mais carinhoso, atencioso e a frequência também era maior. Mas agora é menos tudo. ... Ele é muito cismado. ... Se eu não quero, ele cisma que eu posso estar traindo. ...É que quando tem sexo, às vezes me machuca, doe e sangra. Também, às vezes estou cansada e aí não quero, mas ele cisma e então se faço para ele parar, aí é ruim....Eu faço sexo oral nele, mas ele não faz em mim porque não gosta. ...A mão dele às vezes é pesada e machuca. ...No inicio, tinha orgasmo, mas quando era esfregação por fora. Depois que teve penetração, aí ainda no início, ele fazia um pouco por fora, mas de uns tempos pra cá, ele não faz mais, aí não consigo. ...Não tem carinho não, já vem querendo entrar.

Quanto às medicações do climatério?:

... Não às vezes não compro quando fico apertada de dinheiro. ... Já tem um tempão que não uso. Explicações quanto ao uso.

Solicitação para que o marido compareça, para conversarmos sobre suas necessidades:

Ah! Ele já vai dizer que eu é que estou inventando coisa e não vai querer.

Insistência sobre a presença dele:

É melhor a senhora escrever, pra ele ter certeza que foi a senhora que chamou. Se não vai dizer que sou eu que to inventando e não vem.

Marido compareceu. Explicação em conjunto, sobre as necessidades femininas de carinhos, de estimulações na vulva e clitóris. Sobre a mucosa estar mais delicada em função da idade e da falta de medicação para ajudar a lubrificação. Sobre a necessidade da medicação. Sobre as diferenças na função sexual masculina nesta fase da vida.

Em outra ocasião, reflexão em conjunto sobre lembranças de como era o relacionamento conjugal anteriormente. Como era o relacionamento sexual e como ela conseguia orgasmo antes. Como ele se sentia. Como ela se sentia. O que era bom?

Ele comprou o remédio:

Ele tem tentado mexer por fora, melhora, mas a mão dele não acerta. Mais adiante relata: Agora num outro dia, consegui me esfregando nele por fora. Porque ele até tem mexido mais, mas com a mão pesada dele não é bom. Aí consegui eu me esfregando, ter meu prazer também.

Realizou-se 8 encontros

Ex: T. O. - ela 32 anos e ele 30 - um filho de 4 anos e quase 5 de casados.

... Eu antes até gostava, mas não tinha orgasmo. Com o tempo diminuiu e agora depois do nosso filho, acho que fico cansada e só quero mesmo é deitar e dormir.

...Quando agente namorava eu tinha. Mas só por fora, aí quando teve penetração eu não sentia mais. ...Com a mão e ele passando por fora, era bom e eu tinha prazer. ...Com a boca não, isso não. ...Porque não gosto, tenho nojo é sujo. ...Anal, não isso nem quero experimentar. (Explicações quanto as variações sexuais) ...Acho que depois quando foi normal, é que eu deixei de ter....Não vejo graça, não sinto aquilo de antes. Não sei o que essas pessoas acham de tão bom. Nunca fui desses fogos, era bom, mas não ficava doida igual essa gente. ... Depois que agente casou e tivemos nossa casa e nosso filho, aí também ele já vem mais direto e não tem nem mais namoro. ... Eu gosto dele, agente vive bem, não ligo muito é de ter sexo, e aí ele fica chateado.

Entrevista com ambos. Marido:

Ela nunca quer, está sempre fazendo alguma coisa. ... Limpando, lavando. ...Sou eu que tenho que ficar insistindo. Difícil pra ela sentar junto ou ir pra cama comigo. Ta sempre ocupada, cansada, nunca está interessada.

Esclarecimento sobre necessidade de tempo para o casal, colaboração do parceiro, namoro, necessidades femininas de carinhos mais amplos e estimulações na vulva como um todo e no clitóris.

Ele: *Ela não gosta que ajude, diz que eu não lavo direito. Tem mania de limpeza.*

Ela: *Eu prefiro lavar a louça, porque você quer fazer de qualquer maneira, rapidinho, só pra se livrar e ir pra cama ver TV.*

Reflexões sobre colaboração dele, para terem algum tempo juntos, quando estão em casa e o filho dormiu.

Jogos sexuais o que faziam e ainda fazem? Ele:

Mas ela não gosta com a boca. Diz que é nojento e aí não faz e nem deixa eu fazer nela.

Ela: *Não gosto mesmo. Você também às vezes chega e nem toma banho, vai direto pra cama. Antes, quando agente namorava, você se arrumava, vinha cheiroso, agora parece que vive de qualquer maneira.*

Ele: *É, mas você também não queria, nem vem. Além do que eu tomo banho todo dia, só às vezes, que eu já tomei de manhã e não tomo de noite. Normalmente eu tomo quando chego. Você é que tem mania de que tudo é sujo.*

Ela: *É eu não gosto mesmo, tenho nojo do que sai e, não é o normal.*

Ele: *Ah! Normal, sujo, e daí eu gosto.*

Reflexão sobre sexo, cheiros, tato, gosto, sons e fantasias. O que é bom para cada um e para cada casal. Que não precisa necessariamente ejacular na boca, mas só estimular e brincar antes, com o que pode ser bom. Sugestão de acariciamentos gerais no banho. Ela olha para ele meio sem jeito, mas com ar de sorriso.

Conseguiram tomar banho juntos, com acariciamentos e beijos (não sexo oral).

Segundo ele: *ela só deu um beijinho nele (o pênis) e, quando eu fui fazer nela, só deixou chegar perto, mas lá não.*

Reflexão sobre o reinício e que já foi ótimo o que fizeram. Incentivo ao uso de um óleo cheiroso para acariciamentos e em especial nos genitais.

Ela: *Ih! Mas vai lambrecar a cama toda. ... E também é difícil fazer isso, porque tem o J. (o filho) E se ele acordar.*

Ele: *Tá vendo, lá vem ela com a mania de limpeza. Tá vendo como ela é. Tudo tem que ser rapidinho, porque ela ta sempre fazendo coisa ou é o J.*

Reflexões sobre o bom relacionamento do casal e o bem estar dos filhos, sobre a privacidade e intimidade do casal. Incentivos e alternativas, para que possam estar mais próximos. Parece que se gostam e são atenciosos um com o outro.

Acharam tempo e fizeram. Ela disse que foi bom e que, até a penetração foi mais legal. Ele demonstrando satisfação com a fala dela. Incentivo a diferentes contatos e que ela procure perceber o que mais gosta, além de alteração de posições com estimulações clitorianas simultâneas. (Apresentação de material educativo para ambos). Riam perguntavam e demonstravam atenção e interesse. Posteriormente ela relatou orgasmo por cima dele, se esfregando por fora e só depois ele penetrando. O casal está progressivamente evoluindo bem. Foram realizados 10 encontros.

Quanto ao Vaginismo e a Dispareunia. (V.) (D.)

Ex: - V. T.O. - ela 25 anos e ele 26, com 4anos de casamento e sem filhos.

No começo segundo ela, deu muito tormento, porque eu não conseguia penetração e ele não entendia. Deu muito conflito quase nos separamos. Já namoravam a mais de um ano, mas queria casar virgem, é evangélica. Ele foi o meu primeiro namorado, mas quando começava a esquentar, agente se afastava pra conseguir controlar. ... Nessa época eu ficava com a vagina suando. Depois do casamento, no primeiro dia não tentamos. Porque estávamos muito cansados. No segundo ele queria, mas quando ele começou a tentar entrar, eu não deixei, empurrei ele pra longe. No terceiro a mesma coisa, aí eu chorava, não queria, tinha medo e, ele foi ficando sem saber o que fazer. Aí foi falar com a minha mãe. Mas, não adiantou.

Nessa altura, ele queria se separar. Mas ela não queria e parece que ele também não. Resolveram iniciar masturbação e sexo oral e orgasmo, mas só para ele.

Relata infância muito pobre, a mãe saindo pra trabalhar fora. O pai abandonou. Ela ficava tomando conta das duas irmãs menores, mas a mãe também pedia ao vizinho, para dar uma olhada nelas:

...O vizinho era legal, dava bala, ajudava também com algumas coisas na casa. ...Faltava muita coisa, agente era muito pobre, muito mesmo. Minha mãe não dava conta sozinha. Ele ajudava com alguma comida, ele comprava pra ele e sempre dava um pouco pra gente. ... Aí um dia ele começou a passar a mão (seios e bunda). ... Eu sempre fui muito tímida e medrosa, nunca contei pra minha mãe, tinha medo dela não acreditar e, também eu tinha medo das coisas materiais piorarem muito lá em casa.O que ele mais fez comigo, foi comigo em pé, pedir pra mexer no pênis e depois ele ejaculava. Eu tinha muito nojo daquilo que sai. Mas era isso só o que aconteceu. Depois de uns 2 anos ele se mudou. Foi um alívio, mas nunca contei pra ninguém. ...Sempre fui muito tímida não tinha amigas, ficava mais em casa mesmo e, essas coisas de sexo então. Sempre tive muito medo. ...Depois íamos à igreja e foi lá que eu conheci meu marido. Foi o meu primeiro namorado. Ele também é da religião. Por isso ele se segurou no namoro.

Ele também tem pouca prática sexual. Disse que só teve umas 2 relações antes – a religião não permite. Parceiro – constantemente mencionava:

não consigo, não me sinto bem. Quando íamos tentar ela fazia aquela cara feia. Com ela se torcendo toda e chorando, não dava pra tentar e aí parávamos. Era muito ruim. ...Eu queria me separar, mas ela chorava e dizia que mais pra frente ia conseguir. Deu muito tumulto. Fui ficando pra ver se resolvia, mas não resolvia, aí disse que não dava, que precisava fazer alguma coisa e aí ela disse, que ia me masturbar prá eu me aliviar. Não era isso que eu queria, mas como eu gostava dela e estava conseguindo desse jeito, fui levando assim mesmo. Mas eu queria que fosse normal.

Recursos Utilizados neste caso: Sentimentos e Fantasias em relação a sexo em geral. Esclarecimentos e permissão. Sentimentos e fantasias em relação ao acontecido. Desculpabilização, reflexão sobre quem era ele, sobre a criança que ela era, as circunstâncias do acontecido. Quem é o atual marido, as diferenças entre os momentos e as circunstâncias. O que ela tem feito sexualmente no casamento – Só para ele - nada para ela (semelhante ao que acontecia na infância). E no namoro – em que era diferente? Relaxamento. Percepção do próprio

corpo, inclusive genital. Incentivo a que ele explorasse o corpo dela, sem penetração. Percepção de sensações e prazer. Estimulação da vulva. Dessensibilização e participação progressiva do parceiro no que se refere à penetração (observação no espelho, com dedo dela, dele, ob, falos de tamanhos progressivos, colocados por ela e posteriormente por ele).

Caso seguiu com sucesso. Utilizou-se 10 entrevistas individuais e com o casal.

Ex: - D. - ela 64 anos e ele 71 - 38 anos de casados e 3 filhos adultos.

Agora a penetração tem incomodado muito, arde, doe. ...Ele também com o tempo foi ficando menos carinhoso em geral e na cama também tem ido mais direto ao assunto. Acho que ele tá mais velho e, já não fica tão duro. Ai quando acontece, já vem querendo entrar. ... Ele também tem a mão mais pesada e agora, quando às vezes ele tenta mexer nela, tem incomodado, me arde. Sente ressecamento, menciona que já está na menopausa há alguns anos. Não faz uso de reposição ou qualquer lubrificante.

Nos relatos dele observou-se que a penetração tem acontecido rápida, assim que ele sente ereção: *... Nunca precisei que ela mexesse para ficar duro, mas de uns tempos prá cá, não fica mais como era. ...Eu é que às vezes mexo prá entrar, porque às vezes tá difícil de entrar, porque ela diz que tá doendo.*

Atendimento ao casal com esclarecimentos e atenção às necessidades de carícias e jogos sexuais antes da penetração para ambos. Observou-se resistência dele em admitir, que também precisasse de estimulação e que a ereção, já não era a mesma. Explicações quanto ao momento que ambos estão vivendo as alterações físicas gerais do corpo e também em sexo. Explicações quanto à medicação que ela irá iniciar.

Caso tratado em cooperação com a equipe do climatério. Desenvolveu com sucesso. Utilizou-se 6 entrevistas individuais e com o casal.

Considerações Finais

Infelizmente o espaço tornou-se pouco, para que se pudesse dar continuidade à outros exemplos de queixas de outras pessoas disfuncionais, ou mesmo situar as angustias e queixas de pessoas

com indicações cirúrgicas para câncer de mama, histectomias, ginecomásticas e oforectomias. Procedimentos frequentes neste serviço e que pretendemos abordar em futuros trabalhos.

Referências Bibliográficas

ABDO, C.H.N. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ANDRADE SILVA, M.C.; CANELLA, P.R.B. Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho. **Revista Brasileira de Sexualidade humana**, v. 18 n.1, 2007. São Paulo: Iglu, 2007.

ANDRADE SILVA, M.C. Terapia Sexual e inclusão social. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. V.14 n.2, 2003. São Paulo, 2003.

DSM IV - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RESENHA DE TESE

RESENHA

Rita Moreira¹

PINHO, Maria José Souza. **Gênero em Biologia no Ensino Médio**: uma análise de livros didáticos e discurso docente. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

É com competência e objetividade que Maria José S. Pinho, do lugar de professora de Biologia e Pesquisadora de Gênero, constrói sua narrativa discutindo Gênero nos livros didáticos de Biologia e no discurso de docentes do Ensino Médio.

Já na Introdução deixa clara a sua proposta em discutir tema tão complexo, atual e desafiador. Ao orientar o/a leitor/a quanto aos caminhos da sua pesquisa, expõe sua concepção teórico-metodológica, apoiada numa proposta de ciência complexa, mutante, relativa, que busca e discute novos olhares, novos paradigmas, nas Epistemologias Feministas, e nos dispositivos de análise da Análise do Discurso. Expõe também sua criteriosa seleção dos livros a serem analisados (“todos indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio-PNLEM distribuídos no ano de 2007 para todas as escolas da rede pública brasileira”).

Como forma de melhor explicitar estes aspectos, estrutura sua abordagem em quatro capítulos assim distribuídos: Gênero em Biologia: o androcentrismo da Ciência Moderna na ciência da vida; Livros Didáticos de Biologia: objetos de análise sob diferentes perspectivas; A Sala de aula de Biologia: espaço gendrado a partir da prática docente; e Gênero nas coleções de livros didáticos recomendados pelo Programa Nacional do Livro Para o Ensino Médio.

Ao discutir a questão do ***Gênero em Biologia***, no primeiro capítulo, a autora evidencia o modelo androcêntrico e hegemônico de ciência que estabelece e alimenta desde a Idade Moderna, relações assimétricas entre mulheres e homens e que tem comprometido a participação e validação da atuação feminina nos laboratórios, na Biologia e demais instâncias da vida em

¹ Socióloga, Doutoranda em Educação. Pesquisadora do PROEDSEX – UFBA.
Contato: 71 - 9977 – 6040 Salvador- Bahia

sociedade. Buscando estabelecer paralelos entre a relação gênero e ciência explora criticamente os significados historicamente construídos de masculinidade e feminilidade, as relações profissionais entre os gêneros, e a inferioridade historicamente atribuída às mulheres nos campos privado e público.

Enfatiza também o papel ideológico da Igreja e dos filósofos, que ao atribuir características angelicais às mulheres (brancas e de classe média) e as idealizações feitas acerca de uma ciência forte, concreta, branca, masculina e de meia-idade, nega a participação acadêmica e o reconhecimento social a um contingente de mulheres. Essas considerações tecidas em franco diálogo com expoentes da ciência, das Epistemologias Feministas e da metodologia revelam uma ciência marcada pela autoridade atribuída aos homens e incapacidade atribuída às mulheres. Revelam também a forte participação feminina nesta ciência que, no esforço de invisibilizar, deixa marcas da efetiva e fundamental participação das mulheres nas conquistas e nos avanços científicos ao longo da história.

O segundo capítulo, **Livros didáticos de biologia: objetos de análise sob diferentes perspectivas** revela sua preocupação com a força ideológica deste recurso tão utilizado na prática docente. Da concepção ao uso, discute os entrelaces deste produto cultural com a construção das identidades de gênero.

Objeto de desejo, fruto de inovações tecnológicas, guia prático para docentes, inspiração pedagógica, instrumento de poder, a importância deste recurso, como discutido nesta dissertação, está atrelada ao contexto sócio-histórico da escola, da sociedade, das políticas públicas. E neste sentido, como aponta a autora, tem no caso do Brasil, o respaldo legal do PNLD e do PNLEM como possibilidade de aprimoramento, de regulamentação, capacitação do corpo docente para vencer desafios, cumprir etapas, conquistar autonomia.

As fortes marcas do pensamento androcêntrico, já apontadas no primeiro capítulo, são aqui reveladas neste recurso transmissor de ideologias, de saberes socialmente construídos, de estereótipos. Na aguda e situada crítica da autora, a história de um recurso gendrado no pensamento hegemônico, representante e modelo de modos de pensar e agir de um grupo ou classe.

No terceiro capítulo **A sala de aula de biologia: espaço gendrado a partir da prática docente** a autora amplia a discussão lançando o sensível olhar de gênero sobre os discursos e a prática docente. Esta prática, diretamente atrelada às construções ideológicas que cada indivíduo carrega, é importante instrumento para elucidar cristalizações e construções equivocadas sobre os gêneros. Lançando mão desta possibilidade, competentemente articula os conceitos de dialogia e linguagem no entendimento do discurso como manifestação carregada de símbolos e significação. Assim, discute poder e relações de gênero, o uso do genérico masculino, tratamento diferenciado para meninas e meninos, a sexualidade, as representações que os/as docentes fazem da ciência, de si e do outro, o currículo formal e oculto e a construção de uma concepção de ciência marcadamente androcêntrica.

O quarto capítulo **Gênero nas coleções de livros didáticos recomendados pelo programa nacional do livro para o Ensino Médio** apresenta uma sedutora análise sobre os sinais de gênero nos livros didáticos utilizados pelos/as docentes em sua prática pedagógica. Numa perfeita triangulação entre dados quantitativos, qualitativos e base epistemológica, Maria José Pinho empreende sua análise com o rigor necessário à prática científica. Evidencia a linguagem sexista, o modelo patriarcal e androcêntrico da sociedade, as construções equivocadas e naturalizadas através do discurso presente nos materiais didáticos analisados.

Por fim, numa exposição reveladora e repleta de considerações críticas, a autora nos fala de silenciamento, desvelamento, denúncia, libertação. Por sua propriedade e atualidade, **Biologia no Ensino Médio: discurso docente e práticas numa perspectiva de gênero** é, portanto, leitura fundamental para pesquisadores/as e interessados/as em investigar, compreender e ressignificar as relações de gênero presentes no livro didático, nos discursos, na escola.

ENTREVISTAS

COMO UM GINECOLOGISTA, SE TORNOU SEXÓLOGO

Entrevista com o Professor *Ricardo Cavalcanti*

Por *Paulo Canella*

Ricardo Cavalcanti é Médico Ginecologista. Doutor em medicina pela UFPE. Ex-presidente da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. Fundador e ex Presidente da SBRASH. Membro da FLASOG. Fundador e coordenador do Curso Intensivo de Terapia Sexual (CITS - Bahia)

Esta entrevista pedida ao Professor Ricardo Cavalcanti pelo editor Paulo Roberto Bastos Canella da RBSH continha as perguntas abaixo:

Como foi que você, um ginecologista, se tornou sexólogo? Como foi isso?

Como foi que você se namorou e casou com a Psicologia?

Você foi um dos artífices da introdução da Sexologia na Ginecologia, e hoje? Como anda a Sexologia na Ginecologia?

Como você vê a pesquisa em Sexologia?

Você foi o criador do CITS lá pelos tempos em que sexualidade era tabu, ele, o CITS, continua até hoje, o que mudou de lá para cá?

Como você vê a SBRASH no plano internacional, WAS, FLASSES, SLAM, etc.?

Como o governo pode ser assessorado pela SBRASH?

Qual o papel da SBRASH no ensino da sexualidade? Você acha que a SBRASH deveria ter um curso superior de atualização em sexualidade?

Ricardo optou por respondê-las em um texto corrido:

Eu acredito que tudo começou lá pela década de 70. Até aquela época nos consultórios de ginecologia não se falava em sexo. Havia por assim dizer uma conspiração de silêncio entre o profissional e a paciente. A mulher não tocava este assunto porque era um tema tabu, e nós médicos, muito menos, porque significava invadir um terreno perigoso, com a possibilidade de ser mal interpretado. Além do mais que adiantava perguntar sobre a vida sexual da paciente se você não sabe o que fazer com a resposta. Ainda hoje acho graça quando vejo em algum prontuário de certos hospitais universitários a seguinte pergunta: “A senhora tem orgasmo?” Se a mulher responde “sim” tudo bem, e se ela responder “não”. O que diabos o profissional vai fazer

· Título dado pelo entrevistado.

com esta resposta? Normalmente ele não teve uma formação em terapia sexual em sua faculdade e, quando muito, assistiu uma aulinha em um congresso qualquer.

O que cada médico faz – e eu me refiro àqueles que não têm nenhuma formação em terapia sexual – é se meter à dar conselho baseado em sua própria experiência de vida. Isto na maioria dos casos não funciona. Outros se transformam em um grande ouvido. Ouvem toda a história, às vezes uma enorme verborrêia com digressões de todos os tipos e apela para que a mulher tenha paciência, que isto vai se resolver com o tempo. Ouvir é muito bom já alivia a paciente porque encontrou a quem dividir seu problema, mas, na maioria das vezes, também não resolve o caso.

É engraçado. Quando o indivíduo quer ser ginecologista recebe uma orientação específica, “rala” numa residência, atende pacientes sobre supervisão direta. O mesmo se diga de qualquer especialidade médica. Mas para fazer sexologia as pessoas acham que não se necessita nada disso. É realmente assombroso...

É bom esclarecer meu caro Paulo que isto se aplica também aos psicólogos. Nas faculdades de psicologia usualmente não existe um curso de terapia sexual. Existem informações – acredito que boas – sobre as diferentes terapias, mas a “terapia sexual” hoje tem uma formulação absolutamente peculiar. Não basta ser behaviorista ou psicanalista, por exemplo, para aplicar estes conhecimentos aos distúrbios sexuais, como se o comportamento sexual fosse um comportamento como outro qualquer. Eu acredito que grande parte dos insucessos dos tratamentos sexuais decorre deste tipo de aplicação. E eu vou parar por aqui porque isto vai dar uma confusão danada e nesta altura da vida eu não tenho tempo de estar discutindo e comprovando este ponto de vista. Uma coisa é evidente não basta ser médico ou psicólogo para saber fazer terapia sexual. É preciso ter uma formação apropriada e usar os conhecimentos médicos e psicológicos como um material inicial para uma longa jornada de formação em Sexologia Clínica. Devo acrescentar que Terapia sexual moderna não é exclusivamente psicoterapia. É psicoterapia mais farmacoterapia. Uma ajuda a outra, uma complementa a outra, como o corpo complementa a alma.

Você me pergunta como é que um ginecologista se tornou sexólogo? Deixe-me primeiro fazer umas considerações. É preciso dar uma definição operacional do que significa “sexólogo”. Sexólogo é uma palavra esquizofrênica. Pode ser muita coisa e muita gente se intitula sexólogo.

O fato é que em sexologia podemos distinguir três grandes ramos: a educação sexual, a pesquisa sexológica e a sexologia clínica. Educadores sexuais são sexólogos e temos muita gente bastante competente nesta área. A pesquisa sexológica pode ser subdividida em pesquisa médico sexual e pesquisa sócio-cultural. Nesta se investiga o comportamento sexual das pessoas de uma determinada cultura, região geográfica ou grupamento humano. Um exemplo disso são os trabalhos de Kinsey, Hite e outros. No Brasil também temos gente competente nesta área. São sexólogos. Finalmente sexologia clínica está voltada ao tratamento das inadequações sexuais. É, portanto terapêutica e também temos muitos terapeutas sexuais no Brasil. Como você pode constatar, sexólogo é uma palavra ruim porque quer dizer muita coisa e por isso confunde as pessoas. Bom, voltemos ao nosso assunto.

Muito cedo, lá nos meados da década de 70, quando chegou entre nós os reflexos da chamada “revolução sexual”, as mulheres começaram a falar no consultório suas queixas sexuais. No começo eram queixas “mascaradas” depois explícitas. Eu tinha uma grande clientela de gineco-obstetricia nesta altura, e comecei a ficar inquieto, porque não sabia como enfrentar este problema e queria ajudar minhas clientes. Na época eu morava em Brasília e entre minhas pacientes eu tinha a senhora do embaixador americano. Era uma pessoa muito inteligente, muito aberta a discutir qualquer tipo de assunto e com uma bela formação universitária em sociologia. Como eu tinha curso de antropologia e era titular desta disciplina, ficamos muito amigos e conversávamos muito sobre as mudanças culturais que estavam ocorrendo no mundo e, naturalmente, sobre as dificuldades que eu estava encontrando no consultório, para me adequar a essas mudanças.

Certa ocasião ela me disse que iria me dar um presente. Uns vinte dias depois me chegou com dois livros. Um, publicado nos anos 50, e outro mais recente, ambos dos mesmos autores, um tal de Williams Masters e Virginia Johnson e ambos com uma dedicatória para mim. Devorei os livros e aí começou realmente a minha busca por uma formação sexológica. Alguns anos depois eu conheci pessoalmente o casal Masters e Johnson e agradei as dedicatórias. Eles sorriram e

fizeram uma cara de que não sabiam o que eu estava dizendo. Eu ainda hoje não sei se isto se deveu ao meu péssimo inglês ou ao fato deles darem tantos e tantos autógrafos. E eu, naturalmente, estava entre os muitos insignificantes do mundo.

Cedo, muito cedo, eu cheguei a conclusão de que não sabia nada de psicoterapia. Começou então minha longa peregrinação. Li Freud – a coleção inteira- publicada pela editora Imago, sob a supervisão de Jayme Salomão. Digeri e ruminei os 20 e tantos volumes e, se isto não bastasse li o interessante livro de Ernest Jones sobre a Vida e Obra de Sigmund Freud. Nunca fui psicanalizado, mas fiquei bem ilustrado em psicanálise, aliás (me perdoem os psicanalistas) o suficiente para não querer ser psicanalizado.

Passei por cima de Jung, mas me encantei com Adler. Minha primeira esposa Mabel estava fazendo um curso de Psicologia na Universidade de Brasília. Ela já era formada em Filosofia e História. O fato é que ela assistia à aula e nós dois estudávamos juntos em casa. Assim eu fiz um curso não regular de Psicologia. Nunca me interessei em cursar a Faculdade de Psicologia, mas fiz o curso completo e parece que bem aplicado. Vou lhe contar um fato que corrobora isto.

Certa ocasião eu estava atendendo uma cliente quando recebi um telefonema de uma Coordenadora da pós-graduação de Psicologia de uma universidade de São Paulo. Era um convite para eu ir dar duas aulas no curso de doutorado. Eu aceitei e ela ficou de me mandar os temas. Eu estava certo de que se tratava de alguma coisa de sexologia e deixei para preparar as aulas quando estivesse mais perto. Confesso que me esqueci totalmente do assunto.

Um mês ou um mês e meio depois, minha secretária me chamou atenção de que eu deveria ir a São Paulo, na semana seguinte e que a Professora tinha me mandado o tema. Fiquei pálido. Os títulos eram: “Aplicação dos Princípios do Reforçamento Operante ao Comportamento Humano”. Jesus, confesso que tive vontade de mandar dizer que tinha tido um infarto e teria tido o tal do infarto mesmo, se Mabel não tivesse me mostrado que no livro do Ferster – um comportamentalista clássico - tinha alguma coisa como umas 50 páginas versando exatamente sobre o miserável assunto. Passei 4 dias inteiros – de 6 da manhã a meia noite - estudando o tema porque uma coisa ia puxando outra. As palestras ficarão prontinhas pouco tempo antes de embarcar para São Paulo.

Fui recebido com todas as honras – mais do que eu merecia – e dei minhas aulas. Ao término fui muito aplaudido, respondi todas as perguntas e a Coordenadora ao encerrar minha participação disse textualmente “Eu quero agradecer profundamente as magníficas aulas com que nos brindou o nosso colega **psicólogo** Ricardo Cavalcanti”. Tive vergonha de dizer que eu não era psicólogo. (Se ela ler esta entrevista, meu caro Paulo, estou desmascarado)

Ora, Canela, se a mulher que era especialista, mestra, doutora, pós doutora, titular de Psicologia, e formadora de doutores em Psicologia me disse que eu era psicólogo quem pode me contestar que, embora sem diploma acadêmico, eu não seja um psicólogo... pelo menos um psicomédico. Anos depois eu comentei o fato com o Araguari e ele me disse que eu tinha “cara de pau”. “Mas Arágua o que é que eu vou fazer se a mulher disse que eu sou psicólogo”. Claro que não vou por uma placa no meu consultório nem oferecer serviços de psicologia. Ao que Jean Claude Nahoun acrescentou: “Além de “cara de pau” você seria um fdp curandeiro”. Velhos e queridos amigos. Deus lhes dê o céu inteiro.

O fato é que para suprir minhas limitações na psicologia reuni um grupo de médicos, psicólogos e antropólogos, em Brasília, e fundamos o CESEX (Centro de Sexologia de Brasília. A fundação foi exatamente em 74, mas só foi legalmente instituído em 9 de setembro de 1980.

Todos eram professores universitários e nos reuníamos semanalmente, aos sábados, para falar de sexologia clínica. Era sempre designado um participante para discorrer sobre um assunto que poderia ser de medicina sexual, antropologia ou psicologia. O restante do grupo fazia perguntas, discordava, acrescentava, enfim discutia o tema. Todos estudavam e já vinham preparados. Ao término da reunião um relator fazia um resumo e distribuía com todos os participantes. Assim pouco a pouco, todos nós, médicos, antropólogos e psicólogos íamos adquirindo os mesmos conhecimentos e uma mesma linguagem. Todas as escolas psicoterápicas foram discutidas, nos metemos a estudar os aspectos culturais da sexualidade nos diferentes povos, todos os conhecimentos biológicos de anatomia, fisiologia e patologia ligadas ao desempenho sexual foram abordados.

Depois que adquirimos uma boa base teórica os médicos e os psicólogos do grupo decidiram investir em sexologia clínica. O referencial teórico era comportamental com muita influência das

teorias existencialistas, embora fôssemos bastante ecléticos em relação a aplicação de técnicas formuladas por outros sistemas psicoterápicos.

O CESEX abriu um consultório para atendimento gratuito da população e nele testamos e retestamos procedimentos terapêuticos. Discutíamos os casos clínicos e, aos poucos fomos adquirindo a habilidade no tratamento das inadequações sexuais. Em 1981, portanto 20 anos, eu e a Mabel publicamos o livro Tratamento clínico das Inadequações sexuais (Ed. Roca) fruto de toda esta experiência. Já está na terceira edição (2006) e já começo a pensar numa quarta mais atualizada ainda.

A partir de 1984 passamos a oferecer, sem interrupção, 2 vezes por ano, cursos de preparação em terapia sexual, para médicos e psicólogos. Foi o primeiro curso no Brasil que se propunha a esta formação e o segundo da America Latina. Não fazemos muita divulgação deste curso, mas ele continua vivo porque são os colegas que fazem o curso que se encarregam de divulgá-lo.

Em 1983 foi criada, na FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), a Comissão Nacional de Sexologia. Fui convocado para presidi-la e logo convidei Jean Claude Nahoun, Aulus Plautus de Souza, Nelson Vitiello, Araguari Chalar Silva, Joaquim Lopes, Maria Tereza Maldonado, José Maria Sales, Henrique Augusto Moreira Lima, José Granado Neiva e Rosiris Andrade. Em 1986 esta Comissão foi modificada e acrescida de Mabel Cavalcanti, Maria do Carmo Silva, Maurício Viggiano, Paulo Canela e Heitor Hentschel.

Quem se propuser a escrever a história da Sexologia Brasileira verá que a Comissão Nacional teve uma importância muito grande para a Sexologia de nosso país. Certa ocasião Araguari escreveu que a sexologia em nossa terra pode ser classificada em duas fases: antes e depois da Comissão Nacional de Sexologia.

O fato é que com a Comissão Nacional de Sexologia começaram os “Encontros Nacionais” de Sexologia. Do Primeiro Encontro nasceu o livro Sexologia 1, publicação feita por uma editora criada por Paulo Canela e Nelson Vitiello. A Editora, que se chamava FEMINA, nasceu cheia de esperanças de publicar livros futuros, estando, em sonhos, fadada a ser uma concorrente certa e perigosa da Editora Globo. Ela nunca passou daquele primeiro livro, que, aliás, foi um sucesso

de vendas e um fracasso de distribuição. A editora FEMINA murchou, morreu de esperança, como morrem os sonhos dos loucos, dos bêbados e dos poetas.

Neste passeio pela minha vida, meu caro Paulo não posso me esquecer da insistência de Nelson Vitiello e de Paulo Canela para criar uma sociedade de sexologia que abrangesse todos os que, de alguma forma fazem educação, pesquisa ou sexologia clínica. Uma sociedade multidisciplinar.

Nunca vou me esquecer como foi fundada a Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. – a SBRASH. Na verdade é impossível apagar da memória aquele fim de tarde de junho. Fazia um frio danado. Eu, Paulo Canela e Nelson Vitiello estávamos no “escritório” do Nelson, que era um bar de segunda categoria, na esquina defronte do Instituto de Biologia de São Paulo. Tramávamos a criação da SBRASH, mas eu resistia em acabar com a Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. Canela e Vitiello propunham uma coisa no lugar da outra, e eu defendia a idéia das duas conviverem juntas. Quando os dois já estavam meio bêbados ficou acertada a convivência pacífica das duas entidades. Nasceu a SBRASH, entre goles de pura aguardente e coxinhas de rã.

Tramamos uma possível diretoria. Queriam que eu fosse o Presidente. Claro que eu não aceitei. Era presidência demais para um só indivíduo. No primeiro encontro que foi em Curitiba a chapa eleita foi Presidente Jean Claude Nahoun, Vice-Presidente Araguari Chalar Silva e (sem poder me livrar) Secretário Geral Ricardo Cavalcanti.

Nós éramos realmente três mosqueteiros: Paulo Canela, Nelson Vitiello e eu. Fizemos muitas coisas juntas, nos divertimos muito, gargalhamos por este Brasil afora. Creio que se lembra de nossa peregrinação, pelos Estados, ministrando um curso sobre adolescência, mais tarde convertido no livro Adolescência Hoje. Velhos amigos, velhos tempos. Quanta saudade.

Está bom de tanta entrevista Paulo. Há muita coisa que poderia ainda falar, mas fica para outra oportunidade.

TÓPICOS

VAGINISMO / DISPAREUNIA

Maria do Carmo de Andrade Silva¹

Vaginismo – Contração involuntária, persistente e recorrente da musculatura perivaginal, quando é tentada ou mesmo prevista a penetração vaginal.

Dispareunia – Dor genital associada frequentemente ao intercuro sexual. (DSM-IV-TR 2002).

Dentre as atividades sexuais, a penetração (pênis x vagina), é a prática que caracteriza a própria relação sexual. A vinculação é tamanha, que se alguém tem relação utilizando sexo oral ou manipulações genitais, não se percebe ou é percebido, como tendo tido uma relação, mas sim, que houve simplesmente jogos sexuais.

A valorização histórica dada à penetração é tão intensa, que as pessoas ou casais envolvidos com tais dificuldades, além dos incômodos físicos e impossibilidades reprodutivas, percebem-se como anormais, inseguros e inferiores aos demais. Processo que progressivamente atinge outras áreas da vida relacional e, pela vergonha e sentimentos de incompetência, faz com que se escondam e convivam com tais problemas por anos, sem que procurem ajuda. Tal fato impede que a frequência com que estes transtornos ocorrem na população geral, não tenha sido realmente determinada. Segundo Masters e Johnson (1997), em pesquisa realizada com voluntárias de amostragem não clínica, examinadas nos anos de 1970-1980; com faixa etária entre 21 e 40 anos, apresentou-se vaginismo confirmado por exames pélvicos na proporção de uma em cada 20 delas.

Em nossa prática clínica no Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho, dentre as queixas de disfunções sexuais feminina apresentadas nos últimos 10 anos, o vaginismo/dispareunia correspondeu a 18% das queixas principais, ou apresentou-se como queixa associada, especialmente à Diminuição ou Inibição do Desejo Sexual - disfunção mais constantemente relatada neste ambulatório.

¹ Psicóloga clínica. 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

Tais transtornos sexuais necessitam de um diagnóstico diferencial preciso, no intuito de se avaliar a etiologia do problema para então tratá-lo. Pois as causas podem ter origens físicas, psicológicas ou mistas. Os transtornos podem ser primários (sempre foi dessa forma), ou secundários (instalou-se após um tempo ou um acontecimento), também podendo ocorrer em uma determinada situação, mas não em outra.

Além destes diferenciais, a intensidade com que o problema do vaginismo ocorre também é variada. Em algumas mulheres a reação é extremada, impedindo qualquer possibilidade de exame físico ginecológico ou aproximação sexual. Em outras existe desejo e excitação, mas qualquer manifestação com aproximação genital será evitada. Em várias outras, a aproximação sexual é boa, fazendo ocorrer desejo, excitação e orgasmo (desde que haja nelas a certeza de que não haverá qualquer tentativa de aproximação e/ou penetração vaginal. A relação delas transcorre com manipulações clitorianas, sexo oral e em alguns casos, até mesmo penetração anal. O que é impensável e impossível de ocorrer é exclusivamente a penetração vaginal. Casos que deixam bem nítida a fobia associada exclusivamente à penetração vaginal e não ao sexo propriamente dito.

Os transtornos de vaginismo e/ou Dispareunia são casos típicos de problemas psicossomáticos. Assim, apesar de na maioria dos relatos, especialmente de vaginismo a etiologia estar vinculada a problemas psicológicos, a reação espasmódica e o impedimento à penetração é físico. Já nos processos da dispareunia, as etiologias mais frequentes são orgânicas, no entanto, progressivamente o medo simbólico associado terá representações psicológicas.

Como ainda hoje, algumas mulheres se dispõem a ter relações sexuais porque seus parceiros assim o desejam, vivendo relações voltadas exclusivamente para a satisfação das necessidades deles, pois o que realmente importa-lhes é agradá-los e não perdê-los. Muitas vezes para esse tipo de mulher, seu desejo ou prazer com a atividade sexual, não é o que conta. Algumas por desinformação e/ou até mesmo desvalias, vivem relações com incômodos físicos por muito tempo, sem que se dêem conta, de que não é para ser assim. Incômodos por uma vagina nada lubrificada, por falta de jogos iniciais, por desinteresse sexual por parte delas, por algum tipo de deficiência hormonal. Relações desagradáveis oriundas de coceiras e ardências advindas de fungos, bactéria e/ou infecções, processos que irão marcar as atividades sexuais como algo ruim,

levando futuramente a um possível desenvolvimento de dispareunia, vaginismo ou inibição de desejo sexual.

Por vezes a clínica ginecológica básica, não encontra substrato físico que dê suporte à dor relatada, mas isto não implica que a mulher não a sinta. Assim, um exame mais apurado e detalhado em busca da possível origem da dor, precisará incluir algumas fontes como: infecções, má formações, DST, vaginite senil, lubrificação insuficiente por problemas bioquímicos, laceração traumática do suporte uterino, infecção pélvica e endométrica, dispareunia pós-cirúrgica, adesões sob o prepúcio do clitóris e labial menor, remanescentes de himem irritados.

Se alguns destes problemas existiram ou ainda existem, mesmo que em pequeno grau, algumas mulheres por terem vivenciado essas sensações desagradáveis e dolorosas, podem ter fixado o medo da sensação ruim associada à atividade sexual e, sempre que há a possibilidade de penetração, ocorre o medo mesmo que inconsciente e as sensações apresentam-se como reais, quando a percepção é de dor.

Outras causas associadas psicologicamente a dispareunia são especialmente: a aversão sexual, condicionamentos familiares e/ou religiosos negativos em relação a sexo, experiências sexuais traumáticas e até aversão inconsciente aos homens. Imagens simbolicamente associadas a sexo como algo ruim e doloroso.

Muitas vezes, a dispareunia traz como conseqüência o vaginismo e, em alguns outros casos, do vaginismo pode-se desenvolver uma dispareunia, sempre que se tente a penetração de maneira mais incisiva. Uma interferindo e retro alimentando a outra.

Como causas mais freqüentes ao desenvolvimento do transtorno de vaginismo, observam-se os problemas psicológicos e dentre estes: condicionamentos negativos vinculados a sexo na família ou pela religião, supervalorização da virgindade, extrema sensibilidade a dor e incômodos associados aos excessivos cuidados com os genitais, fobias às DST, abuso sexual, violência sexual sofrida ou simplesmente acompanhada até mesmo pela mídia, hostilidade aos homens ou ao parceiro, medo de gestação e parto e crenças de que homens não tem controle sobre seus pênis. Porém em uma grande parcela das vagínicas, tais associações não encontram eco consciente. O que relatam é que não conseguem têm medo. Será através do trabalho terapêutico,

que progressivamente por associações poder-se-á reconstituir, ao menos em parte, a rede onde se escondem os perigos reais ou simbólicos destes medos.

Porém, apesar de um percentual muito amplo de casos de vaginismo ter como origem problemas psicológicos, a avaliação ginecológica sempre será necessária. Pois como dissemos, o vaginismo pode ter tido como base primeira a dispareunia e esta, pode estar associada a um problema ginecológico. Assim, apesar do exame físico ginecológico de uma vagínica ser muito difícil e em alguns casos, praticamente impossível, pois mesmo quando elas conscientemente tentam fazê-lo não conseguem, pois assustadas e de forma inconsciente, travam as coxas involuntariamente e escapam pulando para a parte superior da mesa de exame. É preciso que se tenha em mente, que não complicam o trabalho do médico de propósito. Ao contrário sentem-se muito envergonhadas com o que fazem. É a reação fóbica que não lhes permite e, o impulso inconsciente que comanda nesta hora, é a fuga de um perigo iminente.

Assim, uma abordagem inicial mais amena, como avaliações clínicas menos invasivas, no que se refere ao exame do canal vaginal propriamente dito, pode ocorrer. Desde que se restrinja ao relato detalhado da evolução do problema e em alguns casos, somente uma observação inicial da vulva, com a garantia de que não se irá introduzir qualquer coisa no canal. Processo que pode apontar algumas pistas diagnósticas, e garantir o início da formação de um vínculo de confiança, para futuras verificações. Pois a formação de um vínculo forte de intimidade e confiança será básico para que a evolução do tratamento possa ocorrer.

Os principais passos no tratamento do vaginismo/dispareunia são: identificação do tipo de problema apresentado, evolução, associações etiológicas e estado atual, certificação de que não há mais desconforto físico originário de algum problema orgânico, identificação, reflexão e modificação do medo e da intensidade da tensão, descondicionamento progressivo do espasmo involuntário muscular.

Dentre os recursos técnicos disponíveis referimos: anamnese sexual aprofundada, participação do parceiro, sempre que possível em várias etapas do processo de tratamento, reflexão, esclarecimentos e discussão sobre as causas reais ou simbólicas do problema, relaxamento, reconhecimento progressivo do próprio genital, desenvolvimento de percepções, fantasias e sensações genitais, desenvolvimento da percepção da musculatura perivaginal, exercícios de

Kegel, penetração de moldes de silicone progressivamente maiores, penetração de 1 dedo e depois 2 dedos, penetração de dedo do parceiro, penetração de moldes pelo parceiro, filmes, início da penetração peniana sob controle, tipos de posição, penetração livre.

Importante referir que os parceiros destas mulheres, na maioria dos casos, têm características típicas: são muito pacientes, compreensivos e sensíveis a qualquer incômodo manifesto por elas. E talvez, até mesmo por isso, é que elas conseguem se relacionar com eles, pois não a forçam a nada, ao contrário, não suportam vê-las desconfortáveis e contraídas por sua causa.

Em alguns casos, quando o problema, é vivenciado por muito tempo, conseqüentemente pode desenvolver-se neles, a diminuição ou inibição de desejo, a falha de ereção ou mesmo a ejaculação precoce. Em outros casos, é o homem que tem problemas sexuais e por isso, de forma defensiva consciente ou inconscientemente, esconde-se enquanto pode por traz do problema dela, o que impede o reconhecimento e desvendamento de seu próprio problema, além de prejudica a evolução do dela.

Muitas destas mulheres se escondem e evitam inconscientemente contatos com homens mais firmes, que de alguma forma possam representar ameaças. Só se vinculam em relacionamentos com parceiros menos incisivos, que entendem e toleram seu impedimento sexual para penetração. Vivem relacionamentos afetivos – sexuais (casadas ou não), por anos sem que haja penetração vaginal, satisfazendo-se com sexo oral, manipulações mútuas ou sexo anal. Muitas relatam terem tido muita dificuldade em saber que existiam tratamentos específicos para seus problemas. Outras só procuram tratamento, quando o casamento está desabando, porque o marido já não agüenta mais, ou quando o casal ou a mulher quer engravidar.

A maioria das mulheres e dos casais com esse tipo de transtorno, passa despercebida, apresentam-se socialmente como qualquer outro casal, já que não conversam sobre o problema com outras pessoas e/ou profissionais. Têm vergonha de já estarem casados ou relacionando-se durante anos e, ela permanecer virgem, ou mesmo tento tido raríssimos episódios de tentativas frustrantes de penetração dolorosas e desagradáveis. Ela sente-se anormal, menos mulher e inferior, pois não consegue algo que todas fazem e, além de tudo dizem que é ótimo. Ele se sentindo incompetente, por não conseguir despertar nela “tesão” suficiente, para que queiram a

penetração. Mas como isso acontece entre os dois, fica restrito à sua intimidade, sendo a discrição sua constante forma de ser.

Em nossa experiência clínica no Ambulatório de Sexologia anteriormente citado, assim como em nossa clínica particular, observamos que após iniciarem o tratamento para o transtorno de vaginismo/dispáreunia, estas pacientes e seus parceiros, são os casos de menor incidência de não retorno ou abandono do tratamento. Participam assiduamente das etapas do processo e, até mesmo a aparência das mulheres, a vaidade e o relato de maior segurança, vão se desenvolvendo simultaneamente ao progresso do crescimento sexual delas, quando do enfrentamento e êxito nos crescentes passos em direção a penetração completa. Na grande maioria dos casos, o êxito do tratamento é a norma e, o casal apresenta-se progressivamente mais seguro, sorridente e feliz por seu novo “*status* de normalidade sexual”.

O DIÁLOGO ENTRE OS GÊNEROS

Paulo Roberto Bastos Canella¹

Como nos instalamos no nosso gênero? Como nos comunicamos? Pelo diálogo, pela comunicação não verbal e principalmente pela leitura do implícito após identificação do sexo da pessoa a quem nos dirigimos.

Nós funcionamos como receptores/transmissores compostos de uma unidade dividida, mente/corpo, assim os sentidos, olfato – tato - visão – gustação – audição e seus órgãos de expressão, nariz – pele – olhos – boca – ouvido, e com eles estabelecemos comunicação e contato. Nesse processo está sempre implícito sexo e sexualidade. Vamos do ver, identificar o sexo da outra pessoa e passando pela aproximação verbal abrindo sempre a possibilidade de um projeto de união sexual. Tudo se apresenta da perspectiva do sexo ao qual nos instalamos para o sexo no qual supomos nosso interlocutor instalado.

O quadro abaixo de Gellman (GELMAN & GELMAN, 1983)² é uma tentativa de esquematizar o encontro entre pessoas que pode levar ao relacionamento sexual.

SEXUALIDADE - O ENCONTRO

COMUNICAÇÃO - HETERO/HOMO

INTEGRIDADE PSICOSSOMÁTICA

COMUNICAÇÃO - INCONSCIENTE

VERBAL

FÍSICA

REAÇÕES SEXUAIS

ATIVIDADE SEXUAL (ORGÁSMICA?)

EVENTUAL REPRODUÇÃO

¹ Prof. titular de ginecologia da UFRJ. Responsável pelo ambulatório de sexologia do Instituto de ginecologia – UFRJ. Diretor da SBRASH. e-mail: sbrashprov@gmail.com

² GELLMAN, C.; GELLMAN, J. **Les Therapies Sexuelles**. Paris: Les Editions ESF, 1983.

Nos instalamos em nosso sexo por disjunção, isto é, a incorporação do feminino se faz pelo reconhecimento e descarte do que é masculino e vice versa. Isso não ocorre necessariamente em acordo com nosso sexo genético, gonadal e somático, embora a sociedade e os costumes pressionem pela harmonia que parece privilegiar as uniões reprodutivas.

O reconhecimento do outro sexo se faz basicamente pelo rosto, segue-se o corpo e o olhar. O aparelho genital só surge como realidade na intimidade. O diálogo, portanto é desenvolvido com as pessoas desde o seu sexo e usando os sentidos com a primazia do olhar. Os sentimentos como Inveja, ironia, humor, desejo, amor, ódio são esperados desde um sexo reconhecido.

A razão humana é feminina/masculina, a diferenciação de gêneros revela que temos dois ângulos de visão dos mesmos, fatos, situações e sentimentos e assim nos comunicamos aceitando nosso sexo psico-social e nos comportando com papéis sexuais estereotipados e policiados pelos costumes e pela cultura da sociedade em que vivemos, há profunda variações nos papéis sexuais nas diversas sociedades. Nos dias atuais cada vez mais ficam frouxos as características femininas e masculinas e a comunicação e as uniões se fazem por complementaridade.

O que era sexualmente feminino ou não masculino e o que é hoje?

O homem devia ser dominador, provedor, protetor, assertivo, agressivo e ter uma imagem positiva de honradez, serenidade, comedimento, experiência, sabedoria, fidelidade. A imagem negativa do homem passava pelo improdutivo, inútil e portanto pesado a sociedade, parasitário. Ser hipersexuado (satiríase) imoderadamente passava pelo doente, insano, lúbrico e o assexuado, ou o celibatário pela pecha de homossexual. Sempre se tolerou que o homem obtivesse sexo através do dinheiro, de influências e pelo uso do poder.

A mulher devia ser sensível, intuitiva, frágil, passiva, reflexiva, dependente.

A imagem positiva feminina é a de honrada, paciente, virtuosa, fiel, hipossexuada, maternal. Quanto ao comportamento sexual livre é ele que rege a imagem negativa da mulher, a hipersexuada (ninfomania) é dita prostituta, alcoviteira, interesseira, lúbrica, ridícula (quando exhibe sexo fora da dita “idade de reproduzir”. A mulher sem honra é a que trai e se relaciona

sexualmente com vários homens, assinala-se que com o homem a perda da honra liga-se a traição política ou comercial, ao roubo, ao crime.

A grande ameaça feminina é a perda da sedução, da atratividade, é quando ela deixa de ser objeto da sexualidade do outro, não é desejável e não deseja.

Espera-se sempre da mulher a resignação.

Hoje vivemos o afrouxamento dos papéis de gênero, cabelos, curtos ou compridos, calças compridas, brincos, tarefas da casa, trabalho fora, maternar e paternar, a iniciativa sexual, e o poder aquisitivo maior podem estar em qualquer um dos dois sexos. O despotismo e a crueldade não é mais coisa de homem e a cada dia o afrouxamento se alarga.

O mundo atual torna cada vez mais problemático o diálogo entre os gêneros, problemático ou não homens e mulheres buscam sempre se entender, bem ou mal o equilíbrio social acaba por se instalar e nortear a preservação da espécie.

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E ANUIDADE

SBRASH Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana

SÓCIOS ANTIGOS

Todos os socios antigos devem ATUALIZAR OS SEUS DADOS - Entrar no Portal www.sbrash.org.br clicar em “SOCIOS” e depois em “ATUALIZE SUA SITUAÇÃO” preencher o formulário e enviar.

NOVOS SÓCIOS

Entrar no Portal www.sbrash.org.br clicar em “FILIE-SE” preencher o formulário e anexar.

