

Editorial

Talvez devêssemos dizer sexualidade pós-moderna, que é o que ocorreu e ocorre no mundo após a revolução francesa, do final do século XVIII. Mas o que mudou na sexualidade? O que parece que permanece igual? O importante é tentar entender a sexualidade em nossos dias.

O mundo está cada vez mais acelerado, cada vez fazemos mais coisas em menos tempo, o dia é um dia lotado, em uma tarde, uma noite ou em uma jornada de trabalho a velocidade das coisas é espantosa. Quanto mais realizamos mais temos para realizar, o tempo parece não dar para nada... E quanto tempo sobra para o exercício da sexualidade?

Parece natural ter pressa; se você dorme tarde e tem que acordar cedo, que tempo tem para a cama? E não é na cama que se faz sexo? Aliás usar a cama para fazer sexo é uma coisa que não mudou... Os pródromos sexuais e o coito precisam ser rápidos e o orgasmo idem, não é ato que as mulheres reclamam que os homens não as excitam e os homens que tem ejaculação precoce..

E o desejo? A sociedade é desejante, desejamos sempre e somos levados a desejar tudo, de viagens a automóveis passando por uma infinidade de prazeres possíveis, e então como fica o desejo sexual? O quanto ele passou a uma necessidade fisiológica e perdeu a importância como resultante da vida amorosa? Ou ficou secundário sendo sobrepujado por um automóvel como mostra um anúncio da TV no qual um belo carro é mais desejado que uma bela e atraente mulher. Outro dia uma pesquisa mostrou que em algum lugar do mundo, Estados Unidos, acho, a maioria das pessoas preferiam ficar sem sexo a ficar sem a internet, o computador com seu mundo virtual é hoje o maior instrumento para se satisfazer desejos.

O desejo sexual não está abandonado, pelo contrário, está vulgarizado, ele se realiza associado (muitas vezes em segundo plano) a uma infinidade de coisas que desejamos ter, como carros, TVs, geladeiras, casas, hotéis em viagens, comida sofisticada em caros restaurantes, etc. Os produtos nos são apresentados no marketing, unidos ao desejo sexual, vulgarizando-o, e ele mesmo é usado para o comércio das mercadorias sexuais. O sexo é um dos produtos mais vendidos, a mídia instala o desejo e através dessa mesma mídia vende-se e compra-se a realização dos desejos eróticos. As mercadorias do prazer estão em toda parte, cinemas, televisão jornais e ao vivo nas ruas.

Já a excitação hoje não precisa de esforço há vibradores de todos os tipos, pênis artificiais, máquinas de coito, bonecas sexuais perfeitas, até robôs, e ainda drogas eréticas. O mercado descobriu que a coisa que o desejo desperta a excitação, é a excitação facilitadora do desejo, e assim as empresas se esmeram em por no mercado produtos desejáveis. E tudo isso para sermos cada vez mais rápidos e eficientes.

Filhos? Mas a tecnologia pode providenciá-los sem as incertezas do coito, os riscos de DSTs e ainda evita os transtornos do parto. Hoje a mulher pode alugar uma barriga que cresça no lugar da sua, isso para satisfazer o desejo de materno e paterno, mas sem os riscos do gestar.

Parece que não há hoje coisa mais secundária para a reprodução do que o sexo. A vagina fica preservada para o prazer. E o útero para ser vigiado pelos médicos buscando diagnosticar precocemente eventuais doenças.

Mas não há perigo, o sexo não vai acabar, ele dá prazer, o prazer do coito homo ou hetero é inerente à socialização dos humanos, a sexualidade apenas vai mudar, já mudou, está mudando tão velozmente que confunde e assusta.

Paulo Canella

INTERFERÊNCIA DA SAÚDE BUCAL NA VIDA AFETIVA E SEXUAL DO IDOSO

Carlos Alberto Dias¹; Caroline Magalhães Alcântara²; Lorena Cristina Salgado Dias³; Lucas Napoli dos Santos⁴; Suely Maria Rodrigues⁵; Valquiria Gonçalves Pereira⁶

INTERFERENCE OF THE MOUTHPIECE HEALTH IN THE AFFECTIVE AND SEXUAL LIFE IN ELDERLY PEOPLE

Resumo: O crescimento da população idosa nos últimos anos impulsiona a produção de estudos voltados para essa faixa etária. O presente estudo teve por objetivo investigar a interferência da condição de saúde bucal na vida afetiva e sexual de idosos residentes na cidade de Governador Valadares. Para tanto, utilizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados a partir de um exame clínico da cavidade bucal, auto-avaliação de saúde bucal e entrevista psicológica. A condição de saúde bucal dos idosos participantes é insatisfatória. Tal situação gera impactos negativos referentes à qualidade de vida desses longevos. A maior parte dos idosos entrevistados possui vida sexual ativa. Entretanto, em seus depoimentos revelaram que a baixa condição de saúde bucal na qual se encontram, vem interferindo diretamente em momentos de trocas de carinhos com seus parceiros, afetando assim uma vivência saudável da sexualidade.

Palavras-chave: Idoso. Saúde bucal. Relações afetivas. Relações sexuais.

Abstract: The great growth of the elderly population in recent years have stimulated the production of studies according to the factors associated to this age. The present study had the objective to investigate the interference of the condition of mouthpiece health in the affective and sexual life of elderly residents in the city of Governador Valadares. The data were collected from a clinical examination of the mouthpiece socket, an auto-evaluation of mouthpiece health and psychological interview. We can observe that the condition of mouthpiece health of the aged ones are very unsatisfactory. Such situation generates negative impacts to the quality of life of these elderly people. It was showed in the speech of some elderly people, the low condition of the mouthpiece health in which they are found, interfere in the moments of exchanges affections with their partners, affecting their sexual livelihood.

Keywords: Elderly people. Mouthpiece health. Affective relations. Sexual relations.

Os dados utilizados na elaboração desse artigo fazem parte da pesquisa *Influência da condição de saúde bucal do idoso em sua atividade social*, aprovada e fomentada pela FAPEMIG, conforme Termo de Outorga relativo ao Processo Nº: EDT-3331-06.

¹ 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

² Universidade vale do Rio Doce

³ Universidade vale do Rio Doce

⁴ Universidade vale do Rio Doce

⁵ Universidade vale do Rio Doce

⁶ Universidade vale do Rio Doce

Introdução

Na história das civilizações que precederam a modernidade, envelhecer não era uma constância. O tempo médio de vida do homem era consideravelmente curto. Isso se dava pelo fato das precárias condições de vida em que as pessoas viviam, a baixa resistência às doenças e desconhecimentos das mesmas (DUARTE, 2002).

Diferentemente do passado, a partir do último século o envelhecimento populacional tornou-se um processo que atinge necessariamente todo o mundo. Com efeito, o Brasil vem passando pela mesma situação, já que indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos presentes na população brasileira têm sido cada vez mais freqüentes (CAMARANO, 2002).

A população atual vem se tornando cada vez mais idosa devido a três processos: elevadas taxas de natalidade em meados do século XX; queda das taxas de fecundidade na atualidade e aumento da longevidade. Em decorrência, a terceira idade deixou de ser privilégio de poucos ou até mesmo algo inesperado. Graças aos programas de saneamento e a melhoria de qualidade de vida das populações modernas, o tempo vivido por um indivíduo tornou-se cada vez mais elevado (CAMARANO, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1940 o indivíduo brasileiro nem sempre conseguia atingir os 50 anos de idade, já que sua expectativa era de 45,50 anos. As melhorias no campo da medicina e condições de vida fizeram com que a expectativa de vida ao nascer em 2008, 68 anos depois, elevasse 27,28 anos, atingindo os 72,78 anos. Seguindo essa projeção, o Brasil em 2050 terá uma expectativa de 81,29 anos, nivelando à países como Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20), e Japão (82,60). A esperança de vida ao nascer de indivíduos do sexo feminino é maior. Em 2008, o diferencial entre os sexos foi de 7,60, sendo que a esperança de vida ao nascer para indivíduos do sexo masculino era de 69,06, contrapondo as mulheres com 76,66 anos (IBGE, 2008).

O aumento da longevidade da população brasileira pode ser considerado uma importante aquisição para o País em termos de melhoria das condições de vida. Contudo, tal conquista indica desafios a serem vencidos. Segundo Benedetti; Mello; Gonçalves, (2007) junto a esse aumento da expectativa de vida, tem-se o aumento das demandas e necessidades do indivíduo longo.

Dentre elas, vale destacar a precária saúde bucal dessa população que revela a fragilidade dos sistemas e políticas de saúde que lhe dizem respeito anteriormente implantados.

A Política Nacional do Idoso, apesar do caráter recente de seus maiores avanços como o Estatuto do Idoso, é resultado de um processo que vem se desenvolvendo desde a década de 70. Um exemplo disso é o I Seminário Nacional de Estratégias de Políticas Social do Idoso, ocorrido em 1976. Os eventos posteriores foram se compondo gradativamente de profissionais de Geriatria e Gerontologia e técnicos de Saúde e Previdência Social (GÓES, 2007).

No dia 1º de Outubro de 2003 foi publicado o Estatuto do Idoso, que só passou a vigorar após 90 dias desta data. Góes (2007) afirma que o Estatuto descreve os direitos essenciais tais como a proteção ao direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte.

Segundo Marziale (2003), têm ocorrido capacitações de recursos humanos na área da saúde com vistas a garantir a efetividade do atendimento ao idoso. Tais capacitações se destinam à atuação em unidades geriátricas já que profissionais que atuam nesta área necessitam especializar-se nas áreas de Geriatria e Gerontologia Social, conforme o artigo 18º do Estatuto do Idoso:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p. 6).

Sendo a capacitação um fator indispensável à qualidade dos atendimentos, é importante que seja reavaliado o ensino desses profissionais desde a graduação, dando ênfase ao processo do envelhecimento (Gerontologia) e da saúde-doença dos idosos (Geriatria) (MARZIALE, 2003).

Tal capacitação deve estar aliada a políticas de assistência à saúde. Como vimos, a saúde bucal é um dos setores cuja demanda é de grande extensão. No Brasil, ainda não existe uma política de saúde bucal voltada exclusivamente para a terceira idade. No entanto, nos últimos anos, tem-se visto a criação de políticas de abrangência a todas as faixas etárias. A esse respeito Gilberto Alfredo Pucca Jr. (2006), Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em entrevista à Revista Ciência & Saúde Coletiva afirma:

O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde. É a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que fosse maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002. Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (p. 243).

A valorização da saúde bucal pelas pessoas não tem sido muito comum nas últimas décadas. A prevenção por parte dos cirurgiões dentistas só começou a ser efetiva no final da década de 70. Consequentemente, a terceira idade tem sofrido com isso por estar apresentando uma saúde bucal de baixa qualidade. Os serviços públicos que se destinam ao atendimento odontológico possuem uma restrita capacidade de atendimentos à crianças e adolescentes. Aos adultos e idosos, se restringem apenas à prática da exodontia, ou seja, a extração de dentes. No Brasil, a saúde bucal dos idosos muitas vezes tem sido deixada de lado, e o edentulismo, que é a perda dos dentes, tem sido aceita pela sociedade como algo natural do envelhecimento (ROSA; FERNANDEZ; PINTO; RAMOS, 1992).

Moreira; Nico; Tomita; Ruiz (2005) faz referência ao Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (Projeto SB BRASIL, 2003), em que ficou constatada a precariedade da saúde bucal do idoso brasileiro. O autor sintetiza os resultados desse levantamento nos seguintes termos:

O índice CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas consequências (obturação/extração). No caso dos idosos, ressaltou-se uma maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição porcentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% e 32,4% necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente, sendo a prótese total a que apresentava maior necessidade, entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo (MOREIRA et al., 2005, p. 1666).

Colussi; Freitas; Calvo (2004) verificaram em seus estudos que o número de idosos edêntulos tem tido uma importante redução. Entretanto, os dentes que restam na cavidade bucal fazem com que o risco de se desenvolver novas lesões de cárie seja elevado. Sendo assim, o índice de CPOD não apresenta redução, e sim uma mudança em que o componente "Cariado" e/ou "Obturado" possui uma maior participação do que o componente “Perdido”.

Silvia; Sousa; Wada (2005), entendem que vem aumentando o interesse em estudos que abordem a influência da condição da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Tratam-se de estudos que abrangem não apenas as conseqüências físicas, mas também as sociais e psicológicas (psicossociais). O presente estudo se insere nessa mesma via. Busca-se aqui refletir sobre a influência da condição da saúde bucal do indivíduo idoso sobre sua vida afetiva e sexual partindo-se do princípio de que esta última é fundamental para a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

O estudo racional e científico da sexualidade humana só se tornou possível a partir do advento do Iluminismo. Não obstante, até a década de 60, os mitos e tabus referentes ao domínio sexual ainda se faziam muito presentes na mente dos pesquisadores. Entre o final do século XIX e meados do século XX, Henry H. Ellis (1859-1939) e Sigmund Freud (1856-1936) ousaram abordar a sexualidade a partir de um viés empírico, mas tiveram seus achados repreendidos e censurados na época. Ainda assim, as teorias de Freud resistiram e foram incorporadas à cultura, constituindo-se em um forte referencial para a discussão sobre a sexualidade na contemporaneidade. Nos dias atuais pode-se observar um intenso crescimento de estudos científicos que abordam a temática da sexualidade seja por um prisma puramente epidemiológico seja buscando evidenciar fatores de ordem biopsicossocial relacionados (GIR; NOGUEIRA; PELA, 2000).

Partindo da idéia de que cada indivíduo vivencia sua velhice de forma particular, esboçada anteriormente, a experiência da sexualidade nesta etapa da vida não poderia ser diferente. Entretanto, existem alguns fatores que podem vir a interferir na vivência de uma sexualidade saudável por parte dos idosos. Apesar de toda a evolução que se tem verificado, a sexualidade e tudo que se relaciona a ela, ainda permanece associada a muitos preconceitos, mitos e tabus que impedem o real conhecimento do assunto (GIR et al., 2000).

Pellegrini Júnior (1999) cita em seus estudos alguns preconceitos comuns acerca da sexualidade na terceira idade: (1) possui como único objetivo a reprodução; (2) é algo a ser vivido apenas na juventude; e (3) os idosos são seres sábios, puros, santos e assexuados, e que qualquer demonstração de sexualidade é visto como imoralidade.

Antes dos estudos de Henry H. Ellis e Sigmund Freud acreditava-se que a função sexual era perdida por volta dos cinqüenta anos, e que esse processo era inevitável. Tal crença estava

associada às mudanças fisiológicas ocorridas no ser humano, como a menopausa feminina e as disfunções da ereção masculina. Assim, o sentido da vivência da sexualidade ficava restrito à eficiência e reprodução dando a entender que ao tornar-se idoso o indivíduo deveria conformar-se em abandonar a atividade sexual (VASCONCELLOS et al., 2004).

O desejo sexual, apesar do avançar da idade, dificilmente se acaba em sua totalidade. Embora a capacidade sexual tenda a diminuir, o desejo permanece, e por isso o mito de que o idoso não tem desejo é inválido. A cultura reforça tal mito quando rotula um idoso que manifesta seus desejos sexuais como indecente. A sociedade, então, ao recriminar tais manifestações, faz com que o idoso acabe por não vivenciar sua sexualidade (MADEIRA, 2007).

As alterações fisiológicas decorrentes da idade é outra variável que poder vir a prejudicar a vivência da sexualidade na terceira idade. Vono (2007) afirma que as alterações fisiológicas masculinas que estão diretamente ligadas à vivência de sua sexualidade são: flacidez na ereção; maior tempo para a obtenção do orgasmo e menor tempo de duração do mesmo; redução das ereções noturnas involuntárias; retardo e menor intensidade da ejaculação; aumento do período refratário.

Ribeiro Filho (2006) acredita que a sociedade tem uma idéia muito limitada da sexualidade, principalmente da masculina, acreditando que sua normalidade se restrinja a se ter uma ereção. A vivência da sexualidade tem muito a ver com a interação de fatores tanto culturais como sociais e psicológicos. Algumas doenças podem vir a prejudicar a vivência da sexualidade saudável por parte dos idosos, mas é importante que se enfatize que essas doenças que culminam na perda da qualidade na sexualidade não fazem parte do processo normal de envelhecimento.

No caso da mulher, é preciso considerar que ela atravessa uma fase caracterizada pelo fim da menstruação. Esta etapa é uma condição normal da mulher e marca o fim de seu período reprodutivo, conhecido como menopausa (FREITAS; PIMENTA, 2006). Junto com a menopausa a mulher vivencia algumas mudanças relativas a transformações em seu sistema familiar. Essa família agora vivencia o crescimento dos filhos, e para a idosa, a perda do papel de cuidadora imprescindível reduz sua auto-estima. Associado a esse fator tem-se algumas vezes o sentimento da perda da feminilidade e a perda da resposta sexual. No entanto, tais mudanças podem ser até benéficas para o idoso que permanece casado. A nova situação familiar pode vir a contribuir para

a vivência da sexualidade, visto que com a redução dos compromissos familiares, restará mais tempo para redescobrir os desejos e sensualidades do casal (SEIXAS, 1998).

A mulher na menopausa sofre algumas mudanças em sua fisiologia e anatomia genital e também em todo o organismo uma vez que os hormônios estrógenos e progestágenos diminuem consideravelmente gerando as seguintes alterações: diminuição dos ovários, regressão do útero ao tamanho pré-púbere, atrofia do endométrio e da mucosa do colo uterino, e a diminuição da capacidade de lubrificação vaginal. Segundo Vono (2007) a mulher idosa preocupa-se mais com a perda do seu aspecto jovial do que com a função sexual. Em outros termos a estética facial e bucal passam a ocupar um centro de interesse. Nesse sentido a percepção que o sujeito tem de sua Saúde Bucal torna-se um elemento importante no processo de promoção da saúde.

Poder-se-ia dizer que o alcance de uma saúde de qualidade na terceira idade implica na realização de um processo no qual o idoso seja orientado a estabelecer relações entre: sua real condição de saúde bucal, sua busca por uma melhor estética bucal e sua auto-percepção quanto a esse campo da saúde. Através desse processo o idoso passa a ser um agente pela busca de uma condição de saúde bucal capaz de atender suas expectativas, contribuindo, por conseguinte na elevação de sua auto-estima (HIRAMATSU, 2006).

O conceito de auto-estima possui diversas definições. Vargas; Dantas; Gois (2005) o define como um ato positivo ou negativo em relação ao self. Já Gobitta; Guzzo (2002) vêm afirmar que a auto-estima relaciona-se intimamente com saúde e bem estar emocional do sujeito sendo algo extremamente complexo. Desse modo, pode-se observar que a percepção que o idoso tem de sua saúde bucal muito contribui para sua qualidade de vida. Almeida (2007) ao retratar as teorias sexuais de Freud, relata que a boca é considerada uma zona erógena, ou seja, uma parte do corpo onde há muita satisfação e prazer.

Freud (1905/1996) em seus famosos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, postula a existência de duas fases de organização sexual anteriores a fase genital. São elas: a fase oral e a fase anal. Após a conquista da fase genital, essas fases não são abandonadas por completo. O que ocorre normalmente é que seus resquícios subsistam na vida do indivíduo na forma de comportamentos preliminares ao ato sexual em si. Vem daí o caráter erótico do beijo, por exemplo. Nesse sentido, o cuidado com a boca extrapola a simples manutenção sadia de um órgão do corpo e adquire uma significação erótica (FREUD, 1996).

Foi no intuito de investigar se a condição de saúde bucal de idosos residentes na cidade de Governador Valadares, interfere em sua vida afetiva e sexual, é que foram desenvolvidas as atividades nas quais coletou-se os dados que serão descritos e comentados nesse texto.

Metodologia

Este projeto envolveu uma pesquisa de caráter analítica e descritiva. A metodologia adotada utilizou uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Os dados quantitativos, coletados através de questões fechadas, produziram um banco de dados que permitiram análise estatística das variáveis pesquisadas e verificação de uma hipótese de forma dedutiva. Já os dados qualitativos, coletados através de questões abertas, permitiram conhecer o modo como os sujeitos da investigação experimentam e interpretam suas experiências individuais e o modo como se relacionam com o contexto social em que vivem.

Governador Valadares possui 259.405 habitantes (IBGE, 2008), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. A amostra dos idosos foi censitária, ou seja, constituída por todos os idosos atendidos na disciplina de Estágio Supervisionado em Odontogeriatrics, do curso de Odontologia da FACS/UNIVALE, no ano de 2007 e 2008.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, em qualquer estado funcional, residentes em Governador Valadares (MG), usuários da Clínica Odontogeriatrics da FACS/UNIVALE. Contudo, os idosos que não concordaram em participar da pesquisa foram excluídos do estudo.

Para a condição de saúde bucal, os pesquisadores foram submetidos a um processo de calibração (inter-examinador), de acordo com a metodologia recomendada para levantamentos básicos de saúde bucal. Para verificação da concordância o Índice Kappa foi empregado. Nesta etapa, os pesquisadores examinaram em dois momentos distintos com intervalo de sete dias, uma população similar a do estudo.

Buscando testar o método de trabalho e os processos técnicos envolvidos na execução do experimento, um estudo piloto foi realizado com 10 indivíduos, utilizando todos os critérios de inclusão e exclusão, porém esses indivíduos não foram considerados para o estudo principal. Segundo Marconi; Lakatos (1990), a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de

verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Os dados foram coletados a partir de um exame clínico da cavidade bucal, uma auto-avaliação de saúde bucal (utilizando o GOHAI) e entrevista psicológica estruturada realizada antes do tratamento odontológico.

A condição de saúde bucal foi verificada através de dados subjetivos e normativos. Os dados subjetivos foram coletados por meio do Índice Geriátrico para Avaliação de Saúde Bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI). Este índice foi desenvolvido e empregado por Atchison (1990), e busca conhecer o grau do impacto psicossocial (preocupação ou insatisfação com aparência e os relacionamentos), associado às doenças bucais além de avaliar a eficácia do tratamento odontológico. É composto por 12 questões fechadas a respeito de problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. Os entrevistados responderam se já experimentaram quaisquer dos problemas relatados ao longo dos últimos três meses, em uma das seguintes condições: sempre, às vezes ou nunca, as quais receberam os respectivos escores 1, 3 e 5. Os escores correspondentes às respostas de cada indivíduo foram somados, observando-se que a contagem dos escores correspondente às questões 3, 5 e 7 foi feita inversamente. Desta maneira obteve-se o escore final de cada indivíduo. Foram considerados três níveis de saúde bucal relativo ao escore final obtido para cada sujeito: valores de 57 a 60 corresponderam a um alto escore (boa saúde bucal), valores de 51 a 56 corresponderam a um escore moderado (saúde bucal regular) e valores iguais ou menores que 50 corresponderam a um baixo escore (saúde bucal precária). Boa saúde bucal é definida como ausência de dor e infecção; uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel na sociedade (DOLAN, 1997).

Os dados normativos foram observados por meio de um Exame clínico, que teve por objetivo avaliar as condições de saúde bucal e detectar possíveis alterações. Este exame foi realizado por uma acadêmica bolsista de odontologia, devidamente paramentada, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção.

As condições bucais foram avaliadas utilizando-se os indicadores: CPO-D (que totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados), CPI (Índice Periodontal), alteração de mucosa, uso e

necessidade de prótese. Todos estes dados foram registrados em uma ficha clínica especialmente desenvolvida para este estudo.

A entrevista psicológica constituiu-se de questões abertas e fechadas de múltipla escolha. As variáveis incluídas nestas questões permitiram identificar o perfil dos indivíduos idosos e conhecer suas percepções e sentimentos em relação a sua vida pessoal, familiar e social associados à condição de saúde bucal.

A entrevista foi realizada em uma sala de espera (anexa à clínica de atendimento odontológico), antes do início do tratamento odontológico. Em todas as entrevistas manteve-se o caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para fazer seus relatos.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com os indivíduos idosos, a fim de dar-lhes informações sobre os objetivos do trabalho, bem como os procedimentos aos quais seriam submetidos (preenchimento do GOHAI, exame clínico, entrevistas psicológicas) assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação, reforçando que a pesquisa possuía caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dado se deu em três momentos: aplicação do GOHAI; realização do exame clínico; e entrevista psicológica. Todos esses procedimentos foram executados antes de iniciar o atendimento odontológico (primeiro dia de consulta na Faculdade).

Os dados quantitativos foram processados utilizando-se os softwares SPHINX e SPSS, que organizaram os dados, fornecendo análise descritiva de percentuais e associações previstas entre as variáveis clínicas e subjetivas. Já os dados qualitativos foram apurados a partir da técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2009). As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias e as falas analisadas, dentro de cada tema.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade através do parecer CEP/UNIVALE 73/2006. Todos os idosos que aceitaram participar de tal estudo assinaram o TCLE.

Resultados e Discussão

Participaram do presente estudo 36 idosos de ambos os gêneros, com vida sexual ativa. A idade média dos indivíduos do sexo masculino foi de 68,5 ($\pm 6,3$) e do feminino 63,5 ($\pm 18,7$). Quanto ao gênero, a maioria é do sexo masculino (61,1%). De forma similar, quanto ao estado civil, prevalecem os casados (91,7%) (Quadro 1).

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Idade (anos)		
60-69	63,9%	23
70-79	30,6%	11
80 e mais	5,6%	2
Gênero		
Masculino	61,1%	22
Feminino	38,9%	14
Estado civil		
Casado (a)	91,7%	33
Viúvo (a)	5,6%	2
Separado/Divorciado	2,80%	1
Situação profissional		
Aposentado/Pensionista	80,6%	29
Trabalha por conta própria ou é assalariado	11,1%	4
Do lar	8,3%	3
Grau de instrução		
Sem escolaridade	19,4%	7
Ensino fundamental incompleto	63,9%	23
Ensino fundamental completo	2,8%	1
Ensino Médio completo	5,6%	2
Superior completo	8,3%	3

Quadro 1: Características sócio-demográficas da amostra de idosos (n=36).

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

Devido ao menor número de óbitos femininos tem ocorrido nos últimos anos um processo de feminização da população idosa (NEGREIROS, 2004). Contudo, os dados do presente estudo aparentemente constituem exceção a essa tendência. Essa ocorrência pode estar relacionada ao fato de que nessa investigação foram objetos de estudo apenas idosos com vida sexual ativa. Nesse aspecto em particular estudos tem demonstrado que, em média, os homens têm 1,7 relações sexuais a mais do que as mulheres (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Para avaliar a condição de saúde bucal, foi utilizado o índice de CPO-D. Este índice, segundo Cypriano; Sousa; Wada (2005) tem sido muito utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, e é o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda. Ele tem por

finalidade identificar a média de dentes cariados, perdidos e obturados. Os dados coletados indicam que o índice CPO-D dos entrevistados foi de 26,8. Observou-se também que a maioria dos idosos possui mais de 20 dentes perdidos na cavidade bucal. Gaião; Almeida; Heukelbach (2005), em seus estudos, também verificaram que o índice de CPO-D dos idosos por eles estudados foi elevado, com valor de 29,73. O componente *dente perdido* apresentou o valor mais elevado (28,42), e entre os idosos de sua amostra, quase 90% dos dentes encontravam-se perdidos (Quadro 2).

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Dentes Perdidos		
20 e mais	61,1%	22
Menos de 20	38,9%	14
Edentulismo*		
Parcial	61,1%	44
Total	38,9%	28
Uso de prótese*		
Sem prótese	43,3%	29
Prótese total removível	32,8%	22
Prótese parcial removível	16,4%	11
Prótese fixa	6,0%	4
Prótese parcial provisória	1,5%	1
Necessidade de prótese*		
Prótese parcial	60,3%	35
Prótese total	31,0%	18
Sem necessidade	8,6%	5
Índice de Cariados, perdidos e obturados		
	Valor	
CPO-D	26,8	

Quadro 2: Condição de saúde bucal da amostra de idosos (n=36).

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

*Múltiplas resposta

Na presente pesquisa, observou-se que uma parcela significativa de idosos possui edentulismo parcial (38,9%). Em seus achados, Colussi et al. (2004) verificaram que os estudos epidemiológicos voltados para a população idosa no Brasil evidenciam que em média, 68% desses indivíduos são edêntulos. Narvai; Antunes (2003) verificaram em sua pesquisa, que 83,8% dos idosos entrevistados haviam perdido a metade ou mais dos dentes, e que apenas 0,6% da amostra responderam possuir todos os dentes (Quadro 2).

Um dos fatores que evidenciou a baixa condição de saúde bucal do grupo investigado é o nível de escolaridade dos participantes que em sua maioria (63,90%) possuem o ensino fundamental

· Indivíduos que em função de motivos diversos perderam parte ou a totalidade dos dentes.

incompleto. Esse resultado está de acordo com a literatura (BONAN et al., 2008), segundo a qual tanto o edentulismo parcial quanto o total tem sido comumente observados em indivíduos idosos com baixo nível socioeconômico-cultural (Quadro 1).

Observou-se que embora a maioria dos participantes (91,4%) apresente necessidade de alguma prótese removível, uma parcela significativa (43,3%) não fazia uso de nenhum desse tipo de prótese (Quadro 2). Deve-se atentar para o fato de que apesar do uso de prótese dentária removível solucionar aparentemente os incômodos do edentulismo, esse recurso não é um substituto perfeito para a dentição natural. Sobre este aspecto, Colussi; Freitas (2002) observam:

[...] a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e principalmente, a mastigação. Um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%, em pessoas que usam prótese total, essa capacidade é de 25% (p. 1317).

A autopercepção de saúde bucal medida pelo GOHAI demonstrou que a maior parte (69,4%) dos idosos considerou sua saúde bucal como precária. Dias et al. (2007) também encontraram em seus estudos resultados semelhantes, em que a maioria dos idosos entrevistados (69,6%) considerou sua saúde bucal como precária. Nota-se que a autopercepção dos idosos referente a sua saúde bucal não está distante da realidade. Segundo Silva; Sousa; Wada (2004), a saúde bucal da população longeva tem se encontrado realmente numa situação precária, com muitos idosos edêntulos, e necessitando de próteses. Colussi; Freitas (2002) acreditam que essa condição inadequada da saúde bucal do idoso se deve muitas vezes a falta de políticas preventivas e aos escassos estudos voltados para os problemas bucais de idosos (Quadro 3).

GOHAI	Porcentagem	Freqüência
Precária	69,4%	25
Regular	22,2%	8
Boa	8,3%	3

Quadro 3: Distribuição e porcentagem dos valores totais do Índice **GOHAI**

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

A demonstração de afeto e carinho (Quadro 4) entre participantes do estudo foi relatada como um comportamento rotineiro na vida do casal, revelando assim, um bom relacionamento afetivo. Fragmentos do discurso de dois participantes ilustram essa situação:

Conversamos muito sobre o relacionamento e sobre tudo, [...] nos damos muito bem, nos amamos muito [...]. (S. C. S., 77 anos, sexo masculino).

O meu relacionamento é muito bom. Família unida em função do casal é um servindo o outro, com muito carinho, conversa e amor, sem amor você não faz nada (L. L. S., 70 anos, sexo feminino).

Sabe-se que todas as manifestações de afeto como momentos de carinho se fazem muito importante para um bom relacionamento sexual. Catusso (2005, p. 3) vem nos dizer que “A sexualidade na terceira idade, assim como nas demais faixas etárias, não se refere somente ao ato sexual em si, mas à troca de afeto, carinho, companheirismo [...]”.

Analisando o relato a respeito da iniciativa na hora do sexo (Quadro 4), percebeu-se que tanto os homens quanto as mulheres tem tido a iniciativa para a realização do ato sexual. Tais resultados se mostram contrários ao senso comum de que na terceira idade as mulheres são passivas sexualmente e que apenas o homem toma a iniciativa para a relação sexual. O fragmento do discurso de uma participante exemplifica como ocorre o processo de aproximação do casal antes da realização do coito.

A vida íntima começa desde de manhã, a forma que é tratada. Tem a conversa e o carinho. Os dois têm que tomar a iniciativa, porque sexo são os dois, e não se faz sozinho (L. L. S. 70 anos, sexo feminino).

Conforme afirma Bento (2001), as revoluções ocorridas na história concernentes à vivência sexual, principalmente a partir da década de 60, fizeram com que o prazer sexual não fosse privilégio apenas dos homens, mas um direito legítimo também da mulher. A partir desse ponto de vista, a reciprocidade do prazer sexual no relacionamento do casal assumiu grande relevância, de modo que atualmente a realização do prazer sexual recíproco é um elemento-chave na manutenção ou dissolução do relacionamento.

Evidenciou-se que uma maior parcela (41,7%) dos entrevistados afirma que raramente possuem alguma dificuldade que possa interferir na relação sexual. Isso pode vir a justificar uma frequência elevada de relações sexuais entre os casais, que, como verificado, ocorrem em média uma vez por semana. Tais dados podem parecer implausíveis considerando as várias mudanças fisiológicas pelas quais passam os indivíduos na terceira idade. Sabe-se que tais mudanças podem vir a prejudicar a função sexual. Entretanto, é preciso atentar para a possibilidade de que tais mudanças possam ser dribladas por meio de adaptações. Dantas; Silva; Loures (2002) entendem que a atividade sexual é uma função fisiológica, como a digestão e a respiração. Apesar das alterações que ocorrem na fisiologia tanto da mulher quanto do homem longo, havendo uma

boa adaptação às mudanças, o interesse sexual pode permanecer por parte desses indivíduos até longas idades.

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Existência de trocas de carinho		
Sim	86,1%	31
Não	13,9%	5
Iniciativa na hora do sexo		
Ambos	52,8%	19
Entrevistado	27,8%	10
Parceiro do entrevistado	19,4%	7
Dificuldade para realização do ato sexual		
Raramente	41,7%	15
Nunca	30,6%	11
Frequentemente	19,4%	7
Nunca	8,3%	3
Frequência de atividade sexual		
Uma vez por semana	50,0%	18
Uma vez a cada quinze dias	19,4%	7
Uma vez por mês	16,7%	6
Outro	8,3%	3
Raramente	5,6%	2
Inapetência		
Digo que não estou com vontade	58,3%	21
Outro	25,0%	9
Tenho relações atendendo às necessidades do meu parceiro	16,7%	6
Descompasso		
Respeito a recusa do meu parceiro e paro de insistir	66,7%	24
Outro	24,3%	9
Procuo pensar em outra coisa até que a vontade passe	5,4%	2
Insisto até conseguir o que desejo	2,7%	1

Quadro 4: Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à vida afetiva e sexual em idosos (n=36)

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

Quando perguntados sobre qual atitude do entrevistado quando este não sente vontade de realizar o ato sexual, mas seu parceiro sim, a maioria relata que simplesmente diz que não está com vontade (Quadro 4). Entretanto, quando é o próprio entrevistado que demonstra tal interesse, mas seu parceiro não compartilha com seu desejo, a maioria respeita a recusa e pára de insistir. Tal respeito entre os parceiros pode ser uma das variáveis que contribui para bom relacionamento que

os entrevistados demonstram em relação a seus parceiros, conforme relatado pela maioria. Bento (2001) evidencia a importância do diálogo em uma relação amorosa. No entanto, segundo o autor, quando se trata da sexualidade, muitas vezes esse diálogo não se concretiza. Frequentemente, a recusa na hora do sexo muitas vezes provoca no outro um grande sentimento de incompreensão, rejeição e angústia. Diante desses sentimentos o diálogo necessário em uma relação dá lugar ao silêncio.

Quanto à interferência da condição de saúde bucal na vida afetiva e sexual, observou-se que numa comparação entre os gêneros, os homens demonstram que há pouca ou nenhuma interferência. Entretanto, as mulheres parecem estar mais atentas aos impactos de uma saúde bucal insatisfatória sobre sua vida afetiva e sexual. Os fragmentos abaixo ilustram tal asserção.

O cartão de visita são os dentes (A. A. T. R., 63 anos, sexo feminino).

Não beijo mais porque sinto muita dor de dente (L. B. A., 66 anos, sexo feminino).

Porque é muito desagradável ficar com mau hálito, e quando não tem é melhor né? Dá para ficar mais a vontade (M. D. S., 67 anos, sexo feminino).

Catusso (2005) observou num estudo realizado com idosos, que o fator físico era um dos elementos que mais interferiam sobre a vida sexual dos casais. Muitas doenças que não são devidas ao envelhecimento, mas são tradicionalmente associadas a esse processo se revelaram como potencialmente prejudiciais à sexualidade.

Apesar do autor não fazer referência à saúde bucal pode-se estender suas conclusões também a esse tema. A condição de edentulismo, no entanto, confere uma aparência desagradável à boca e, por conseguinte, reduzem os atrativos pessoais que induzem à relação sexual. Como exemplo, tem-se duas falas de idosas entrevistadas:

A boca murcha é ruim para beijar (J. J. C., 61 anos, sexo feminino).

Sim, afeta muito. Eu me sinto envergonhada. Atrapalha na troca de carinho e de beijar (C. D. S. 72 anos, sexo feminino).

Com base nos fragmentos apresentados, pode-se afirmar que problemas bucais tendem a incidir diretamente sobre a auto-estima do idoso reduzindo-a e fazendo com que ele se sinta menos capacitado para uma relação sexual. Como afirma Catusso (2005), a auto-estima é um dos fatores que colabora na vivência da sexualidade.

Conclusões

Com este estudo, pode-se perceber que a condição de saúde bucal do idoso nos tempos atuais ainda se encontra bastante insatisfatória. Detectou-se grande número de edêntulos no grupo investigado, sendo que parte significativa necessita de algum tipo de prótese removível.

A baixa condição da saúde bucal dos idosos gera impactos negativos referentes à qualidade de vida desses longevos. Como verificado, o uso de próteses dentárias não substituiu a dentição natural com real precisão. Contudo, além de influir negativamente em diversos aspectos fisiológicos e orgânicos do indivíduo, as próteses má adaptadas e/ou fraturadas, como também o edentulismo exercem impactos negativos sobre a estética do indivíduo. No caso do idoso, que já vem passando por várias mudanças em sua estética, uma saúde bucal debilitada é um forte agravante na queda de sua auto-estima.

O resultado da autopercepção de saúde bucal (medido pelo GOHAI) foi compatível com os dados normativos obtidos entre os idosos entrevistados. Isso demonstra que os idosos conseguem perceber a condição insatisfatória de sua saúde bucal e seus reflexos nos seus relacionamentos afetivos e sexuais.

Os idosos possuem sim vida sexual ativa. Essa vivência tem se dado numa quantidade bem significativa. As mulheres, apesar de todo o preconceito, tem se mostrado ativas sexualmente tomando a iniciativa para o ato. Entretanto, como evidenciado nos fragmentos de alguns idosos, a baixa condição de saúde bucal na qual se encontram, vem interferindo diretamente em momentos de trocas de carinhos com seus parceiros, afetando a vivência saudável da sexualidade.

Para modificar essa situação, se faz necessário a criação e efetivação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade da saúde bucal. Entretanto, essas ações não devem ser somente curativas, mas também preventivas. Só assim os jovens de hoje poderão na terceira idade serem portadores de uma boa saúde bucal capaz de contribuir para que o idoso futuro tenha elevada auto-estima, viva sem constrangimento sua sexualidade e efetivamente goze de uma boa qualidade de vida.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, B. H. P. Pulsão de Morte: Convergências e Divergências entre Sigmund Freud e Wilhelm Reich. **Centro Reichiano**, Curitiba, 2007.

ATCHISON, K. A. The general oral health assessment index. *Community Dent. Oral Epidem*, v. 24, n. 4. p. 385-389, 1990.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta Limitada, 2009.

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 6. p. 1683-1690, 2007.

BENTO, B. A. M. Gênero, sexualidade e poder. **Revista Múltipla**, Brasília, v. 6, n.10. p. 79- 99, 2001.

BONAN, P. R. F.; BORGES, S. P.; HAIKAL, D. S.; SILVEIRA, M. F.; MARTELLI-JÚNIOR, H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 2. p. 115-119, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**, 2003. Brasília.

BRASIL. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**, 2008.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para discussão, nº. 858**, p. 1-31, 2002. , Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2002.

CATUSO, M. C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos Epidemiológicos da Saúde Bucal do Idoso no Brasil: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, v. 18, n. 5. p. 1313-1320, 2002.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Brasileira de Epidemiol**, v. 7, n. 1. p. 86-97, 2004.

CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2. p. 285-292, 2005.

DANTAS, J. M. R.; SILVA, E. M.; LOURES, M. C. Lazer e Sexualidade no Envelhecer Humano. **Estudos Goiânia** v.29, n. 5. p. 1395- 1142, 2002.

DIAS, L. C. S.; CORDEIRO, G. P.; OLIVEIRA, L. S.; PEREIRA, V. G.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A. Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva. In:

XIII Seminário Sobre a Economia Mineira, 2008, Diamantina. **Anais do XIII Seminário Sobre a Economia Mineira. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008.**

DOLAN, T. A. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to Dental Care. **J Dent Educ**, v. 61, n. 1. p. 37-46, 1997.

DUARTE L. T. Envelhecimento: Processo Biopsicossocial. **Biblioteca Virtual de Psicologia Médica**, 2002. Disponível em: < <http://www.psiconica.com/psimed/files/envelhecimento.pdf> >. Acesso em: dez. 2008.

FREITAS, E. V.; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org). Tratado de Gerontologia. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 766-775.

FREUD, S. Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. **Obras psicológicas completas**: Edição Standard Brasileira. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAIAO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. Epidemiol**, v.8, n.3. p. 316-323, 2005.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELA, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2. p. 33-40, 2000.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo Inventário de Auto-Estima (SEI)- Forma A. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1. p. 143-150, 2002.

GOES, T. K. S. O Conteúdo Sociojurídico do Direito de Inclusão Social do Idoso. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 5/6. p. 371-382, 2007.

HIRAMATSU, D. A.; FRANCO, L. J.; TOMITA, N. E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11. p. 2441-2448, 2006.

MADEIRA, M. R. C. Sexualidade na terceira idade e a assistência de enfermagem ao idoso: um estudo bibliográfico. SOBRA-CE, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. **Atlas**, São Paulo, 1990.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6. p. 701-706, 2003.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6. p. 1665-1675, 2005.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. A. (Org.). **O Projeto Sabe no município de**

São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 121-140,

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, v. 5, n. 9. p. 77-86, 2004.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Rev. Latino am. enfermagem**, v.16, n. 4. p. 679-685, 2008.

PELEGRINI JÚNIOR, O. Alterações na sexualidade da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 10, n. 1. 1999. São Paulo

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1. p. 243-246, 2006.

RIBEIRA FILHO, S. T. Disfunção Erétil. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org). **Tratado de Gerontologia**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 746-750.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3. p. 155-60, 1992.

SEIXAS A. M. R. **Sexualidade feminina**: história, cultura, família, personalidade e psicodrama. São Paulo: Senac, 1998.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R. S.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. p. 1251-1259, 2005.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. 2. p. 626-631, 2004.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1. p. 20-27, 2005.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. P.; GIAMI, P. C. A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3. p. 413-419, 2004.

VONO, Z. E. **Enfermagem gerontológica**: atenção à pessoa idosa. São Paulo: Senac, 2007.

CÂNCER DE MAMA – ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS E ENTREVISTAS DE SUPORTE COM PACIENTES EM HOSPITAL PÚBLICO.

Maria do Carmo Andrade-Silva¹; Tereza Fontes Fernanda Stenert²; Roberto Carvalhosa³

BREAST CANCER - ANALYSIS OF PROCEDURES AND INTERVIEWS OF SUPPORT WITH PATIENTS IN PUBLIC HOSPITAL.

Resumo: Análise de procedimentos e dados de entrevistas de 40 pacientes encaminhadas ao Serviço de Ginecologia do Hospital Municipal da Piedade, em 2009, com diagnósticos de câncer de mama. Os dados foram obtidos através dos prontuários e de entrevistas psicológicas. Empregou-se uma análise quantitativa, para os dados objetivos e, para os relatos de falas das pacientes nas entrevistas psicológicas, uma análise qualitativa. Como considerações finais observou-se que: - Metade das pacientes tiveram indicação para mastectomia. - Que a religiosidade forte, auxiliou-as na fé, do poder divino. - Que as percepções positivas de si mesmas, assim como a existência de relacionamentos conjugais e sexuais considerados bons, auxiliaram no apoio e força para a briga pela vida.

Palavras-chaves: Câncer de mama. Suporte psicológico. Falas das pacientes.

Abstract: Review of procedures and data of interviews of 40 patients referred to the Gynecology Service of Hospital Municipal da Piedade, in the year of 2009 with diagnostic of breast cancer. The data were obtained through of patient record, as well as transcriptions of speeches of patients occurred in the psychological interviews. It employed a quantitative analysis for the objectives data and for some content speeches of patients it used qualitative analysis. As last considerations it was observe that: - Half of these patients had indications for mastectomy. -The strong religiosity helped them in the faith, of the divine power. - That positive perceptions of themselves as well as the existence of good marital and sexual relationships were factors that helpers in the support strength for fight for life.

Keywords: Breast cancer. Psychological Supports. Speeches of patients.

Introdução

Ao longo da nossa história, os seios estiveram associados a vários simbolismos. De sagrada fonte de vida vinculada à maternidade e nutrição, aos aspectos afetivos sensuais das relações parentais; além do erotismo das interações dos casais. Assim, em função da importância atribuída aos seios e por constituir parte primordial da identidade feminina, qualquer situação que coloque em risco sua funcionalidade ou seu valor estético/erótico, repercutirá na estrutura emocional da mulher.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Prof^ª da Universidade Gama Filho. Coordenadora do Ambulatório de Sexologia e Psicossomática do Hospital Municipal da Piedade. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

² Médica Ginecologista, Mestre e Dr^ª em Obstetrícia, Prof^ª da UGF.e Coordenadora do Ambulatório de Mama do HMP. e-mail:terezafontes@globo.com

³ Médico Ginecologista, Prof. da UGF e Chefe do Serviço de Ginecologia do HMP. e-mail:roberto@carvalhosa.net

Os seios são os ícones culturais da feminilidade e atratividade, segundo Masters e Johnson e Kolodny (1988). Para Freud (1915-1977), o seio é o primeiro objeto de pulsão sexual, é a fonte mais primitiva de experiência de satisfação, pois é a via que sacia a fome do bebê. No ato de sugar estrutura-se uma relação objetal, onde o seio torna-se fonte e objeto de prazer. As relações de satisfação das necessidades básicas de fome e aconchego serão supridas, pelas interações mãe – bebê, durante a amamentação. Desenvolvem-se relações de prazeres mútuos, através dos sentidos e da fantasia destes momentos, constituindo-se os primeiros elos sensuais, segundo Kaplan (1983).

De forma explícita o Conselho de medicina do Rio de Janeiro (1995), referiu:

“As mamas são seguramente e comprovadamente, tão importantes para a composição da imagem corporal feminina, quanto à própria genitália. Não se pode considerar supérflua sua importância, sobretudo em nossa civilização, para a formação da auto-imagem da mulher.” (op.cit.,p.263)

O surgimento dos seios na puberdade anuncia publicamente a transformação da menina em mulher. Constituindo-se na parte mais significativa dessa metamorfose, pois é uma alteração explícita, contribuindo para a reconstituição da identidade infantil, através do sentimento de estar se tornando e tornar-se percebida, como uma mulher.

Por toda essa valorização aumentá-los ou reduzi-los, quando são considerados antiestéticos, parece ser uma busca constante - tentativa de elevar a valorização e atração sexual. Porém em direta oposição, notícias de nódulos, realizações de pequenas incisões para aspiração destes, cirurgias para extirpação de tumores, retirada de quadrante, esvaziamentos axilares e mastectomias; serão sempre situações, que trarão em seu rastro muita ansiedade, depressão e abalo de autoconceito e autoestima. Uma vez que, autoconceito é uma complexa organização, que a pessoa tem de si mesma, e autoestima, o julgamento que faz de seu valor, sendo a percepção de si mesmo o centro do universo pessoal, influenciando e sendo influenciado pelas relações interpessoais.

O câncer de mama está entre as locações tumorais mais comuns. Dados do Instituto Nacional do Câncer-INCA (2010) referem que no mundo, o câncer de mama (C.50), é considerado o tipo de Câncer mais freqüente entre as mulheres, sendo que mais de 70% das mortes por este tipo de

câncer, ocorrem em países de média e baixa renda e, que a cada ano, cerca de 22% de novos casos são registrados, sendo esperados 49.240 novos casos no ano de 2010.

No Brasil, assim como no mundo, o C.50 (INCA-2010), também é o tipo mais freqüente entre a população feminina. Assinalando-se maior incidência e ocorrência nas regiões Sul e Sudeste do país; sendo que para o estado do Rio de Janeiro, a estimativa de novos casos para este ano é de 7.680 e, de 4.160 especificamente, para a cidade do Rio de Janeiro, local onde se realizou o estudo ora relatado. Apesar de ser considerado um câncer de relativo prognóstico satisfatório no mundo, quando diagnosticado e tratado em seus estádios iniciais, apontando uma sobrevida média, após cinco anos de 61%, em nosso país as taxas de mortalidade continuam altas. Provavelmente em função de diagnósticos tardios e não uso da mamografia de rotina. Anual para as consideradas grupo de risco, a partir dos 35 anos, a cada dois anos para as com idades entre 50 e 69 anos e, exames clínicos anuais das mamas, para as que estão entre 40 e 49 anos.

Quanto ao estadiamento do tumor, clinicamente o câncer de mama é dividido em quatro estágios: - Estágio I – Lesão limitada à mama, conhecido como carcinoma *in situ*,- Estágio II – Os gânglios axilares estão comprometidos, - Estágio III – A neoplasia atingiu as estruturas extramamárias, - Estágio IV – Extensão à distância (mama contralateral, gânglios cervicais, torácicos, abdominais e cérebro).

Em função dos diferentes estádios da doença e sua localização, as técnicas cirúrgicas também serão variadas: Os tipos- Mastectomia Radical ou de Halsted – retira-se a mama, os gânglios linfáticos da axila e músculos peitorais maior e menor, - Mastectomia radical modificada ou de Patey – Técnica intermediária entre a radical clássica e a simples. Ressecção da mama, do músculo pequeno peitoral e dos linfonodos axilares – Mastectomia a Madden-retirada da mama com esvaziamento axilar completo - Mastectomia simples – remoção da glândula mamária com tegumento cutâneo que a recobre, não havendo dissecação da axila, - Quadrantectomia – retirada do quadrante onde se localiza o tumor e a pele sobrejacente. – Segmentectomia que consiste na retirada de uma região da glândula mamária com margem segura de tecido são em torno da lesão suspeita . A abordagem axilar nos carcinomas de mama deve ser, sempre que possível, conservadora, através da técnica de identificação do linfonodo sentinela com corante vital ou tecnésio. Associado ao tratamento cirúrgico, indicam-se como terapêuticas adjuvantes a

radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. (PATEY, DYSON, 1948; MADDEN, 1965; FISHER, ANDERSON, BRYANT, 2002; VERONESI, CASCINELLI, MARIANI, 2002).

Quanto aos fatores de risco relacionados à reprodução (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima de 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), encontram-se bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento de CA de mama. Além destes a idade, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente sua ocorrência se dá de forma mais lenta, processo atribuído à menopausa.

O INC em (2010) relata dois tipos de C.50 relacionados à idade: o primeiro na pré- menopausa, sendo mais agressivo e estrogênio receptor (ER) negativo e, o segundo após a menopausa, associado às características indolentes e principalmente por ser ER positivo. Também as variações morfológicas encontram-se relacionadas ao ER, como os carcinomas medulares em ER negativo e os tubulares e lobulares em ER positivo.

No Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama - Ministério da Saúde, (INCA 2004), consta que as ações interdisciplinares, devem ser iniciadas logo após o diagnóstico, e se estenderem não só aos pacientes, mas também a seus familiares. A equipe deve ser composta de médico, enfermeiro, psicólogo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. E que o atendimento psicológico deve ser iniciado logo após o diagnóstico e definição da conduta terapêutica oncológica.

Assim, nosso propósito inicial com o atendimento as paciente com indicação cirúrgica de C.50, foi o de nos tornarmos via de suporte clínico psicossomático. Apoio para mulheres, que já haviam sido encaminhadas de outros serviços de saúde e estavam ansiosas com as suspeitas diagnósticas recebidas. Entrevistas de apoio e esclarecimentos passaram a ser mais uma rotina do Serviço de Ginecologia. Possibilidade oferecida à paciente, seu companheiro e ou familiar, quando da indicação de cirurgia de câncer de mama. Com o desenrolar dos atendimentos, observou-se que se poderia sistematizar os dados daí advindos e torná-los públicos, objetivando dividir a experiência, como mais uma pequena parcela de contribuição, ao estudo do câncer de mama e, em especial ao entendimento dos sentimentos, atitudes e comportamentos das mulheres, que vivenciam cirurgias para este problema, em ambulatórios de Hospital da Rede Pública.

Métodologia

Este trabalho caracterizou-se por um estudo descritivo, pois seu foco está em descrever a experiência vivida pelas pacientes com indicação cirúrgica, para retirada de nódulos cancerígenos de seus seios. Todavia, também pode ser denominado como elucidativo e terapêutico, já que se analisou o tipo de tumor, estadiamento, idade, escolaridade, naturalidade, estado civil, profissão, número de filhos, autopercepção em geral e atual, religiosidade, sentimentos e atitudes em relação à doença, grau de apoio familiar, relacionamento conjugal/sexual e comprometimento com o tratamento. Objetivando-se oferecer suporte ao enfrentamento do problema.

No que se refere à coleta de dados, estes advieram de dados dos prontuários médicos, especificando: estadiamento clínico e cirúrgico, cirurgia realizada, alta e encaminhamento. Assim como dados advindos de entrevistas psicológicas de suporte terapêutico e de entrevistas semi-estruturadas, com questões objetivas/fechadas como: (escolaridade, profissão, parceiro, tempo de vida conjugal, filhos, frequência ao ginecologista, mamografia de rotina) e, questões subjetivas, abertas ao relato espontâneos. Onde se objetivou explorar sentimentos, atitudes, aspectos da experiência de vida pessoal, social, apoios, religiosidade, vida conjugal e sexual.

Todas as entrevistas foram realizadas com total privacidade, pela mesma profissional, na sala de atendimento do Setor de Sexologia e Psicossomática, do Ambulatório de Ginecologia do HMP. As entrevistas ora transcorreram individualmente, ora em conjunto com o companheiro ou familiar que a acompanhava. Portanto a duração de cada entrevista foi variável, em média de uma hora, transcrevendo-se as narrativas, como de praxe nos atendimentos deste ambulatório. As entrevistas ocorreram com as pacientes, antes e após a cirurgia, porém antes de serem encaminhadas a outro Hospital. Pois muitas darão continuidade aos tratamentos, com sessões de químico e/ou radioterapia. Porém poderiam retornar quando quisessem.

Amostra

A amostra caracterizou-se por ser não probabilística, de conveniência e intencional. Assim, impossibilita-se qualquer tipo de generalização de seus achados para a população geral. Apresentando-se válida, para esta amostra específica. O grupo estudado constituiu-se por 40 mulheres, pacientes dos Setores de Mama e Psicossomática do Ambulatório de Ginecologia do HMP. Pacientes com diagnóstico de câncer de mama e tratamento cirúrgico para tal patologia, no ano de 2009.

Análise dos Dados

Empregou-se uma análise quantiqualitativa dos dados. A análise dos dados objetivos desenvolveu-se por análise quantitativa, utilizando-se o SPSS (*Statistical Package of Social Sciences*). Quanto aos dados não objetivos, estes foram processados, através de uma leitura fenomenológica, tendo como parâmetro a análise dos conteúdos temáticos. Os estudos de natureza qualitativa caracterizam-se pela descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos observados, dentro de um grupo específico. Além de lidarem com dados subjetivos como: sentimentos, valores, percepções e atitudes. Portanto, um universo de significados, só parcialmente quantificáveis. Tais conteúdos foram retirados das falas nas entrevistas. Processo que tornou possível a análise dos discursos, assim como suas categorizações, para a sistematização deste trabalho. Os relatos quanto a percepção de si mesmas e do problema enfrentado, foram categorizados como: - Caracterizações positivas: Forte e decidida, Forte, Alegre e animada, Dinâmica e agitada, Decidida, Alegre, Meio estressada, mas bem, Feliz/abençoada, Feliz, Boa, ajudando aos outros, Simpática, muito querida. - Caracterizações negativas: Triste, Acomodada, Deprimida, Carente, Inferior, Fraca, Dependente, Desorientada, Chocada, Injustiçada, Derrotada, Chata, Sozinha. - Caracterizações de briga pela vida: Difícil, mas vou levando, Sempre foi uma briga, Pé no chão, Brigando pela vida, Quando se tem Deus, tudo dá prá levar.

*Referências quanto à vida conjugal e sexual, assim como de apoio familiar e religioso, foram categorizadas como: Muito Boa – Boa - Média – Ruim – Péssima.

* Diagnóstico e Tratamento - Solicitação de Quimioterapia neoadjuvante. - Cirurgias.

* Estádio Clínico e Cirúrgico: - Estádio I - Estádio II - Estádio III.

*Tipo de cirurgia: – Segmentectomia. - Segmentectomia e linfonodo sentinela. - Segmentectomia e esvaziamento axilar. - Mastectomia e esvaziamento axilar.

Idade da Pacientes.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
20 – 29	1	2,5%
30 – 39	1	2,5%
40 – 49	15	37,5%
50 – 59	11	17,5%
60 – 69	14	35%
70 - 79	2	5%
Total	40	100%

Média - 53,5 Mediana – 53,6 (Mínima 21 - Máxima 79) Desvio padrão 11,16

Pode-se notar, que praticamente em sua totalidade (90%), desta amostra constituiu-se de adultas maduras, com mais de 40 anos, média de (53,5). Quanto à faixa etária dos parceiros, observou-se que (74%) deles, estão acima de 50 anos, sendo em média, um pouco mais velhos que suas parceiras. Brito, C., M.C. e Vasconcellos, M.T.L. (2005), em estudo, sobre a assistência oncológica pelo SUS à mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, referiram que: as distribuições da idade no início do tratamento e no diagnóstico teve média de 56,3 anos ($\pm 13,3$ de desvio-padrão), e intervalo variando entre 18 e 88 anos. Dados semelhantes aos aqui referidos.

A maior parte (28 pacientes) é originária do Rio de Janeiro, perfazendo (70%) da amostra. Quanto à escolaridade, em sua maioria, são pouco escolarizadas, pois (65%) cursou o primeiro grau ou parte deste. Estudos de Guerra, Gallo e Mendonça (2005) em SP, observam que mulheres idosas e com baixa escolaridade, apresentam menores oportunidades de diagnóstico precoce. O que parece confirmar-se neste estudo, pelo grau de severidade cirúrgica que foi necessária.

Praticamente a metade delas (49%), classifica-se como “do lar”, e (27%), referem afazeres não regulamentados como: (faxineira, fazer doces, salgados, etc.). E no que se refere ao estado civil (60%) refere estar casada ou “vivendo junto”. As solteiras, viúvas ou separadas, moram com os pais, irmãs, ou filhos. Dividir a moradia com outros familiares é fato comum no grupo. O que facilita o suporte e apoio, que necessitam.

Tempo de vida juntos

Formas	Anos	Percentual
Sem parceiros	13	32.5%
1 – 10 anos	4	10%
11-20 anos	4	10%
21-30 anos	6	15%
31-40 anos	12	30%
40- 48 anos	1	2,5%
Total	40	100%

Média = 25,37 Mediana = 30 Mínimo de 1 máximo de 48 Desv.Pad = 12,

Quanto aos anos de vida conjunta, 23 pacientes (57.5%), têm mais de 10 anos de vida conjugal e 19 destas (70%), relatam casamentos com mais de 20 anos. Portanto, trata-se de uma parcela da população bastante específica. Das 4 que relatam uniões com menos de 10 anos, 3 estão namorando, mas mencionam viver parcialmente junto. A maior parte delas (87,5%) menciona presença de filhos, sendo que só (10%) têm mais de 3 filhos mas, somente 3 referem filhos menores. Fato coerente com a faixa etária do grupo, e que tem facilitado melhor suporte nos momentos necessários.

Quando se analisou comparativamente coerência entre: casamentos longos (mais de 10 anos) e qualidade de vida conjugal observou-se significativa correlação (0.01), quando, praticamente a metade destas, considera seu relacionamento conjugal como muito bom ou bom e (23%) consideram-no como ruim ou péssimo.

Religião

Religião	Frequência	Praticante	Não Praticante	Força atual Muita/Boa
Católica	19	8	11	7
Evangélica	18	14	4	14
Espírita/Católica	2	1	1	1
Oriental	1	1	1	1
Total	40	24	16	23

Person 0,01

Quanto à religiosidade as pacientes dividem-se, praticamente entre católicas e evangélicas. Porém, quando se abordou a prática religiosa e a força da religião neste momento da vida, observou-se diferença significativa (0,01). Quando as evangélicas manifestam-se mais praticantes e crentes, que as católicas. No entanto, quando se falou da importância da religião neste momento, todas relataram alguma força daí advindo.

Exemplos de falas das pacientes:

Pac. n. 5 - 57 anos. - *Vou retirar a mama e acredito que Deus pode fazer um milagre e o câncer desaparecer. Tanto aborrecimento na vida, que só sendo muito forte e Deus. Além das irmãs da igreja.*

Pac. n. 10 – 48 anos - *Mas hoje respondo com palavras de Deus. Por causa de tanto estresse, fiquei muito nervosa e ingressei na igreja evangélica. E isso tem ajudado muito a agüenta e vai ajudar agora também.*

Pac. n. 23 – 42anos - *Já fiz duas cirurgias e vou fazer outra. Tirou quadrante, fiz esvaziamento da axila e agora vai tirar o resto. Mas tenho fé em Deus. Lá na igreja tem muito testemunho que Deus curou.*

Câncer de mama na família e outras doenças na paciente

Quanto à presença de câncer na família e em especial câncer de mama em mães ou tias, observa-se que: (55%) relatam outros casos de câncer na família como (mãe, tias, irmãos, pai), porém só 3 mencionam câncer de mama na mãe ou tia.

Como a metade das mulheres encontra-se em uma faixa etária, acima de 50 anos, não é incomum que algum outro problema de saúde, já esteja presente, sendo este relatado por (55%) das pacientes. Dentre os mais citados (hipertensão e colesterol alto).

Notou-se que a primeira percepção da existência do nódulo, encontra-se praticamente dividida entre a própria paciente (52%) e o ginecologista (48%). Neste sentido, quando questionadas quanto à frequência ao exame ginecológico observou-se:

Frequência ao ginecologista anteriormente

Rotina	Frequência	Percentual
3 x 3 meses	1	2,5%
6 x 6 meses	1	2,5%
Anualmente	24	60%
Sem rotina	6	15%
Não Fazia	8	20%
Total	40	100%

A maior parte delas (65%) relatou que realizava exames ginecológicos de rotina. Das 24 que realizavam exames anualmente, 15 suspeitas foram achados dos ginecologistas (62,5%). O restante foi percebido pela própria mulher, e por seus relatos notou-se que em vários casos, os exames não eram acompanhados por mamografias. Fato que corrobora os dados do INCA (2007,) quando apontam que: em nosso país as taxas de mortalidade por CA 50, continuam altas e isto ocorre, provavelmente, em função de diagnósticos tardios e o não cumprimento do uso da mamografia de rotina. Das que não tinham rotina para exame ginecológico, ou não o fazia (14 mulheres), 11 foram elas que perceberam o nódulo e procuraram ajuda. Em nosso estudo, das 20 pacientes que foram submetidas à Mastectomia, 16 delas relataram frequência constante, no mínimo anual e, 4 não iam ou não tinham a frequência como rotina.

Estadio Clínico

Estadiamento Clínico	Frequência	Percentual
I	15	
II	23	
III	2	
Total	40	

Estádio Cirúrgico

Estadiamento Cirúrgico	Frequência	Percentual
I	11	
II	19	
III	8	
Encaminhado para Químio Neoadjuvante	2	
Total	40	

Cirurgia Realizada

Cirurgia Realizada	Frequência	Percentual
Segmentectomia	4	10%
Segmentectomia e linfonodo Sentinela	5	12.5%
Segmentectomia e esvaziamento axilar	9	22.5%
Mastectomia e esvaziamento axilar	20	50%
Estão em Químio Neoadjuvante antes	2	5%
Total	40	100%

Metade das pacientes foi submetida a uma cirurgia radical, mastectomia e esvaziamento axilar, compatível com os dados da literatura em relação ao diagnóstico tardio do câncer de mama no nosso país (Inca 2010). A maior parte das pacientes foi originária de Postos de Saúde, em quase o dobro, das advindas de Hospitais Públicos. Dentre as pacientes estudadas observou-se que (60%), tiveram entre a sua data de ingresso neste Hospital e a realização de seu tratamento nesta unidade, tempo não superior a três meses. Sendo que 50% delas obtiveram resultados em dois ou menos

meses nesta Instituição. As com mais tempo de permanência neste Serviço, são pacientes que já faziam acompanhamento ginecológico e ou de nódulos neste Hospital.

Percepção que sempre teve de si mesma, em geral, e como está se percebendo atualmente, além de como se sente em relação ao câncer que tem

Percepção de si mesma na vida		Percepção Atual		Sentimento Câncer		
Tipo	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Positiva	21	52,5%	3	7,5%	3	7,5%
Negativa	17	42,5%	23	57,5%	15	37%
Brigando	2	5%	14	35%	22	55,5%
Total	40	100%	40	100%	40	100%

Observa-se relatos de percepções positivas de si mesmas na vida, para em torno de metade delas, sendo que a doença parece ter abalado bastante tais sentimentos, pois somente 3 delas, permaneceram com estas percepções, após o evento doentio. Nossos achados condizem com os de Teixeira (1999), quando relata em seu estudo com pacientes mastectomizadas, profundo abalo em sua auto-estima e auto-imagem. Porém, se somarmos as (3) que continuam se sentindo de forma positiva, às outras (7), que relatam agora estar brigando pela vida, pode-se notar que 47,6% destas, apesar da doença, ainda continuam acreditando em suas forças para continuar brigando. Observou-se que as mulheres com percepções positivas de si mesmas, tiveram uma alteração para a luta pela vida, um pouco maior que aquelas com percepções negativas.

Observa-se que do total das mulheres estudadas, (63%) mencionam em seu discurso, que seus sentimentos em relação ao câncer é de luta, ou mesmo conseguem ver algum resquício de positividade em relação à doença. Os suportes e ou motivos mais referidos para suas lutas são: Deus, Jesus Cristo, os filhos, netos e apoio de parceiro. No entanto, quase 40%, relata que se sentem muito tristes, deprimidas e chocadas com o que lhes aconteceu e percebem-se sem forças para lutar. Henson, H. (apud SHEPPARD, L. e ELY, S., 2008), referem que (45%) das mulheres com câncer de mama, apresentam ansiedade e depressão. O temor do tratamento e o pavor da recorrência são fantasmas constantes para muitas destas pacientes. Estudos de Pinto et al.(2007) também mencionam a constante preocupação de recorrência. Os estilos de enfrentamento

(negação, depressão, desesperança, aceitação estóica e espírito de luta foram mecanismos psicológicos, constantes nesta amostra e em vários estudos da literatura.

Exemplos de falas de sentimentos das pacientes em relação à doença

Pac. n. 16 - 67 anos. – *Está muito difícil, (Chora) e meu filho, como vai ser. Nós estávamos esperançosos que não fosse essa doença. Porque essa doença, tira daqui aparece ali. Tirar a mama não é o pior, o pior é que posso durar só mais um ou dois anos, e meu filho ainda está em casa, não tem namorada fixa, vai ficar sozinho. (o filho tem 23 anos) - Paciente acompanhada do filho após a cirurgia – irá fazer químio e a preocupação continua a mesma. E a evolução dessa doença, e as metástases. Isso é o que me preocupa, da cirurgia já estou bem. Nem me importa, ficar sem mama, como disse não tenho marido há muitos anos.*

Pac. n. 4 - 48 anos. - *Queria mesmo era fazer logo a cirurgia. Agora estou bem, pois acredito que tirei a doença. Segundo o parceiro, o que importa é ela ficar bem e sem dor. Depois vou querer fazer a reconstrução, já estou usando prótese. Nós (marido) estamos sempre junto. Ele vai para a quimioterapia comigo e fica lá esperando. Minha preocupação agora é ficar careca. E aí, como vou ficar? Horrível - Tenho que dar um jeito. Marido - Mas eu gosto dela mesmo careca, não me importa nada disso. Eu quero é ela comigo.*

Pac. n. 8 - 64 anos. - *Quero que tire logo tudo. Não é prá ficar tirando só um pedacinho não. É melhor tirar tudo. Já até falei se não é melhor também tirar logo a outra, prá não dar problema também. Nem me preocupo, com isso, quero é ficar livre dessa doença.*

Pac. n. 6 – 43 anos. - *Me sinto derrotada perante a vida. Eu achava que isso só acontecia com o vizinho. Eu às vezes penso igual ao jovem, não caiu a ficha. Mas aí quando a ficha cai, fico muito nervosa, triste (chora). Qualquer coisa que sinto, já acho que passou prá outro lugar. Tenho medo do que pode acontecer, tenho pânico de sofrer. Tinha até medo de fazer o auto-exame. E agora isso, estou sem peito. É uma coisa horrível, um vazio. Estou com enchimento, aí não aparece na roupa. Mas quando vou tomar banho, nem quero olhar. Não quero que ele olhe. Ele quer ajudar, mas olhar não. Não deixo.*

Os sentimentos alternam-se nos diferentes momentos:

Pac. n. 2 – 21 anos. - *Quando no início pensavam que era um cisto foi muito chato, mas tudo bem ficou só uma cicatrizinha. Nem se via direito. Mas agora que vai ter que tirar tudo e os nodos também é demais. Chora..... nem sei estou chocada...Em outra entrevista:- Acho que agente tinha que passar por isso, mas vai passar. Meu pai levou no centro, eles fizeram prece (paciente com um terço no pescoço). Meu pai disse que Deus está iluminando. Se tem que tirar a mama prá acabar com a doença, tudo bem, o resto Deus vai ajudar. Após cirurgia:- Paciente já informada de que irá fazer quimioterapia. Esta de sutiens o que não usava , e com prótese. E aí como eu vou ficar careca. Eles (Noivo e pai) estão brincando comigo que vou ficar bonitinha careca, mas isso está me incomodando muito. Sei que eles estão implicando, prá eu não ficar triste, mais é muito ruim. O peito tá escondido e ninguém nem sabe, mas o cabelo, eu vou ver toda hora.*

Pac. n. 7 - 41 anos. - *Não sei explicar, acho que fiquei no mundo da lua. Ficar sem peito, eu, como? Fiquei meio aérea, parece um sonho, olho para ela e não sinto nada de ruim, como pode ter que tirar, ta bonitinha, nem parece doente. Nem acredito não sinto cansaço, não sinto nada, foi um Choque. Como vou viver sem mama, é horrível. Em outra entrevista: - Acho que estou mais calma, estou até surpresa comigo. Semana passada estava fora de mim. Estou mais forte. Só quero ver minha filha casar e ter meus netos.*

Pac. n. 21 – 44 anos. - *Já estou marcada prá fazer a quimioterapia. Vejo que o câncer não vai me vencer. Já tirei a mama e agora, até já me preparei e Já estou com a cabeça raspada, porque não quero tomar um choque comigo mesma. Agora estou bem e já fiz, as pessoas olham, mas é prá me acostumar. Depois com a fraqueza da quimioterapia não sei posso estar pior. Meu marido está fazendo tudo em casa. Mas ele tem que trabalhar e, minha sogra é que fica com o menino é muito levado, e eu estou firme, vou em frente.*

Pac. n. 17 – 36 anos. - *Sabe, olhar a falta do peito é horrível. ...Acho que seria melhor tirar as duas, ficava melhor, menos feio. Uma grande e outra sem nada é horrível. Penso em depois reconstituir igual à minha mãe. Ela arrumou a outra também, ela é muito vaidosa, eu não sou tanto, mas isso é muito ruim. Mas acho mesmo, que o pior ainda está por vir, a quimioterapia. Isso é vai ser terrível. Em outra entrevista durante a químio –*

Estou bem (sorridente), não estou enjoada, não passo mal, só caiu o cabelo – (estava de lenço), mas não está tão ruim como eu pensei. Acho que vou ganhar dele.

Interação do parceiro ou familiar com a doença

Interação	Freqüência	Percentual
Muito Boa	24	60%
Boa	6	15%
Média	9	22,5%
Pouca	1	2,5%
Total	40	100%

Apesar de algumas não perceberem apoio do parceiro, relatam receberem excelente apoio de algum outro familiar. Somente uma paciente referiu pouco apoio em geral. Ghizzani, Pirtoli, Bellezza e Velicogna (1995) afirmam em seu estudo, que o suporte afetivo e a atenção do parceiro, foi um fator crucial para superar o sentimento de inadequação e resistência, em mostrar-se, após a cirurgia na vida conjugal e sexual, sendo que para a mulher mais jovem, o estresse e a aceitação da mutilação, são mais acentuados, que para as mais velhas.

Relatos das pacientes:

Pac. n. 4 – 48 anos. - *Ele é show de bola, é um porto seguro, me acha linda mesmo assim. Onde vai um vai outro. Marido sempre presente nos corredores do Hospital e sempre que pode, quer entrar e participar (participou das entrevistas). - Ele sofre muito junto comigo. Não deixa eu fazer nada, tudo é ele quem vai fazer, tenho que ficar descansando mesmo quando quero fazer algo.(Paciente com 48 anos e casamento longo 30 anos.)*

Pac. n. 2 – 21 anos. - *Ele é um amor, é muito carinhoso, grudento, ciumento, meu pai diz que ele é meio mole comigo, é que eu sou mandona. Ele é muito participativo e prestativo, está sempre por perto me rondando. Namorado e pai sempre presentes no ambulatório e sempre querendo participar. (Paciente está noiva, mas morando juntos.)*

Pac. n. 32 – 57 anos.- Veio com uma amiga – *Meu parceiro não serve prá nada. Só cachaça. Acho que hoje só posso contar com meus filhos, eles ainda moram em casa e são eles que controlam um pouco o pai. Mas também tenho pena dele, porque se eu botar prá fora vai virar mendigo, vai ficar na rua, não serve mais prá nada.*

Pac. n. 24 – 66 anos - Paciente é viúva a 3 anos – *Tive um excelente casamento e nunca mais pensei em namorar mais ninguém. Moro com a minha filha e a minha neta. Sinto-me muito amada pela família e por todos os meus 7 irmãos.*

Pac. n. 25 – 55 anos. - Vem sempre acompanhada do marido, casamento longo – 28 anos. Segundo ela *ele é companheiro e presente, quer sempre participar mais. Vou tirar a mama, mas acredito que Deus pode fazer um milagre e o câncer desaparecer. O marido concorda e complementa. O importante é ela tirar a doença, o resto agente consegue juntos e com a benção de Deus, tudo vai dar certo.*

Pac. n. 18 – 62anos. -*Moro com a minha filha, mas fico muito sozinha, porque minha filha trabalha. Aí fica tudo muito triste (chora). Tenho medo do que vai ser. Não sabem direito o que é, só na cirurgia, porque não sentem na apalpação. E aí como vai ser?*

Ghizzani et al (1995) estudando mulheres mastectomizadas, casadas com parceiros fixos, mais jovens ou menopausadas, observou que ; a atenção amorosa do parceiro constitui-se elemento fundamental para a superação dos sentimentos de inadequação e resistência à mostrar a cicatriz. Observaram uma correlação positiva entre satisfação conjugal, desejo e gratificação sexual, principalmente entre as mulheres mais jovens. Concluíram que a retomada de vida sexual esteve favorecida pelo compartilhamento existente entre os casais e pelo sentimento de segurança afetiva entre eles.

Vida Conjugal em Geral

Vida Conjugal	Frequência	%
Muito Boa	9	34,6%
Boa	6	23,1%
Média	5	19,2%
Ruim	2	7,7%
Péssima	4	15,4%
Total	26	100%

Quando se comparou a percepção positiva na vida em geral, (21 mulheres) e a satisfação conjugal, notou-se que: para metade destas, a vida conjugal, era avaliada da mesma forma. Uma das pacientes apesar de ter relatado a existência de companheiro, não moram no mesmo lugar e refere, não ter vida conjugal. Duas outras o companheiro (é namorado), mas ficam juntos muitas vezes sendo que uma relata que *agora, ele se mudou prá lá*. As outras 6 com percepções positivas na vida, não tem companheiros.

Falas de pacientes

Pac. n. 36 – 41 anos. - O parceiro e a irmã muito presentes. Está grávida. Vai precisar interromper a gravidez aos 8 meses, porque a quimioterapia não pode esperar mais. O atual companheiro é mais recente e tem uma filha adolescente de relacionamento anterior. A principal preocupação é com o neném. - *Quem vai ajudar a criá-lo, minha outra filha adolescente, não dá. Meu companheiro trabalha. Fica é muita interrogação na minha cabeça. Já nem sei em que pensar. Se no câncer, em mim, no meu companheiro, na minha filha ou neste bebê. É uma loucura.* Após a filha ter nascido e durante a quimioterapia. - *Estou me saindo bem, aliás, estamos nos saído bem. Tenho tido muita ajuda. Dele e até da minha filha. Está dando prá levar a quimio e não me sinto tão ruim como pensei. A preocupação é se conseguirei criar pelo menos um pouco o bebê.*

Pac. n. 12 – 61 anos. - O parceiro a acompanha e está bem presente. - Paciente relata muito bom apoio do marido e filhos. *No início do casamento ele bebia, mais depois parou e aí melhorou tudo. Ajudaram em tudo, conversando, apoiando e até no banho. Todos são bem pertinho. Anteriormente já tirei um pré-câncer do útero. Tratei durante 5 anos e fui liberada. Sempre me cuida, mas essa doença é diabólica, tira daqui aparece ali.*

Pac. n. 38 – 46 anos. - Veio com a irmã. O filho que é auxiliar de enfermagem, também tem acompanhado. *Quando da cirurgia fiquei na casa da minha mãe e da minha irmã. O meu parceiro, já aturei muito, ele mora aqui no Rio e eu com as crianças lá na Roça. E aí quando ele vinha, até era ruim. Digo pros meus filhos: não separei do pai de vocês, porque ele nunca bateu, respeita, mas não tem união. Ele participou economicamente, mas nunca criou, não participou da vida. E agora também não vai participar.*

Pac. n. 27 – 58 anos. - O parceiro acompanhando. Ela relata - *Hoje ele está melhor, mas já foi muito ruim, ele bebia muito e ficava agressivo com palavras, mas não batia não. Mas isso desgastou, por que fora a bebida ele foi bom marido e pai. Hoje está mais acomodado e me ouve, quase não acontece de beber, e tem participado bem mais das coisas da casa.*

Relatos de bebida e outras mulheres são as queixas freqüentemente relatadas pelas pacientes, no que se refere aos problemas conjugais. Assim, pode-se observar que para uma parcela desta amostra, apesar de conviverem em relacionamentos conjugais conflituados, estes permaneceram por longos anos.

Vida Sexual

Vida Sexual	Antes Freq.	Percentual	Depois Freq.	Percentual
Muito Boa	7	31,8%	3	15%
Boa	6	27,3%	7	35%
Média	3	13,6%	2	10%
Ruim	6	27,3%	7	35%
Péssimo	-	-	1	5%
Total	22	100%	20	100%

Do total de pacientes entrevistadas, somente pouco mais da metade, relata vida sexual ativa, mesmo antes da doença aparecer. O que prejudicou a análise do item que se referia ao retorno à atividade sexual. Observou-se pelos conteúdos das falas, que muitas, já não tinham interesse sexual há muito tempo e, algumas relataram atividade sexual, só por interesse do parceiro. As queixas associadas foram: mágoas por frieza, bebida, outros casos sexuais dele, incomodo na penetração por relações mecânicas, dificuldades sexuais deles, dificuldades na penetração após a menopausa.

Ao se analisar de forma comparativa, a qualidade de vida conjugal e sexual, das 15 mulheres (58%), que relatam vida conjugal muito boa ou boa, 12 delas (80%) afirmam coincidência de qualidades com suas vidas sexuais. Assim como as 6 que classificam suas vidas sexuais como ruim ou péssima, também apresentam coincidência de avaliação com sua vida sexual. Abeche e Blochtein (1985) afirmam, que quando o casal vivencia de forma satisfatória, as atividades sexuais, antes do surgimento do câncer de mama, a experiência sexual tende a manter-se sem grandes alterações. Relatam, que a frequência e as satisfações sexuais estão altamente ligadas a satisfação conjugal; assim como ao ajustamento emocional da paciente.

É preciso observar que das 13 mulheres, que afirmaram terem vida sexual muito boa ou boa, antes do problema, 9 delas encontram-se com menos de 51 anos. Duas mencionam como parceiro, namorado, mas referem vida conjugal como muito boa ou boa. No que se refere à

atividade sexual atual, das 13 com este tipo de avaliação, 10 permaneceram com o mesmo relato. Em relação às outras 3, uma está fazendo quimio, outra está grávida e outra relatou 2 meses de cirurgia e, ainda estão sem relações.

Falas sobre reinício de vida sexual

Pac. n. 1 – 65 anos. *A vida sexual foi murchando, no início sexo era bom, mas depois não foi mais. Ele continua querendo, mais eu não tenho vontade. Não sei se era o cheiro da bebida que me magoava, mas não gosto mais. Mesmo agora, que ele quase não bebe, não tenho mais vontade, às vezes cedo prá ele, até às vezes tenho orgasmo, mas não gosto mais.*

Pac. n. 35 – 54 anos. *- Não tem tido não. Com tudo isso a vontade diminuiu muito. E acho que o corpo ficou queimado da quimioterapia e da rádio. Acho que até a vagina ficou queimada.*

Pac. n. 2 – 21 anos. *- Já reiniciaram vida sexual. Mais ou menos um mês depois da cirurgia de mastectomia. Já está usando a prótese mamária. Diz: - Só estranho o aperto, porque antes não usava sutiãs. No início não queria que ele visse, nem ajudasse nos curativos, mas aí ele falou que já tinha visto, quando eu estava dormindo e que não tinha nada haver, que ele queria participar e ajudar. Depois disso mais tarde acabou também rolando sexo – tudo ótimo- a gente só teve cuidado com o peito. Sei lá podia machucar. Mas não conta pro médico, porque ele pode ficar zangado. Mas ele está tão próximo como antes e foi bom como era.*

Pac. n. 29 – 63 anos. *- Não tenho nada de sexo a mais de 20 anos, não quis mais. Nem homem nem sexo.*

Pac. n. 19 – 49 anos. *- Após a cirurgia mais ou menos uns dois meses, já voltamos à atividade. Ele só não toca perto do peito - tem medo de machucar. Mas o resto ta bom como era. Ele gosta e eu também. (casamento longo - 32 anos)*

Pac. n. 14 - 64 anos. *- Já não tenho há muito tempo, sei lá, mais de 5 anos. Também nunca fui muito interessada nisso, fica tudo lambuzado, um horror. Não me faz falta, nem me bate a periquita, não tenho mais vontade. Nem com ele nem com ninguém.*

Considerações finais

Observou-se que metade das pacientes tiveram indicações para mastectomia e esvaziamento axilar, apesar da maioria delas, relatarem frequência de rotina anual ao ginecologista. Porém, em vários casos os exames não foram acompanhados por solicitação de mamografia como rotina. Falha que propiciou a maior incidência da necessidade de uso de condutas cirúrgicas mais radicais.

Observou-se que os sentimentos negativos pela perda parcial ou total da mama, especialmente neste grupo, onde a maioria era de mulheres mais velhas e com casamentos longos, foram progressivamente sendo suplantados, pelo medo da quimioterapia, da perda dos cabelos e principalmente das metástases e ou da morte. Notou-se também, que a religiosidade forte, auxiliou como suporte na fé, de que o poder divino, se faria presente e propiciaria a superação da doença. As percepções positivas de si mesmas, assim como a existência de relacionamentos conjugais e sexuais considerados bons, também parecem ser fatores que auxiliaram no apoio e manutenção de força e briga pela vida. Quando elas e seus parceiros colocaram-se de forma unida, nas entrevistas para o enfrentamento dos tratamentos.

Como nossa amostra constituiu-se em um ambulatório de Hospital Público, referiu-se a uma parte bastante significativa de nossa população mais ampla, composta de mulheres pouco escolarizadas, a maioria do lar ou com profissões não regulamentadas, além de pertencentes a famílias com renda familiar baixa. Pessoas sem dúvida, mais acostumadas com as adversidades da vida, mas que como todos, ao serem confrontadas com notícias de câncer (no imaginário geral associada a sofrimento e morte), sentem-se muito abaladas, confusas e necessitam: além do tratamento médico, de apoios, esclarecimentos mais detalhados e suportes psicológicos e sociais. Fato que ficou evidenciado no transcurso das entrevistas, quando ainda apresentaram várias dúvidas quanto ao andamento do processo, pois mencionavam ouvir vários relatos na sala de espera e ficavam ansiosas e confusas. Parece que por saberem ser uma entrevista com a psicóloga, sentiam-se mais a vontade para demonstrar suas incertezas. Em sua maioria, agradeciam muito e referiam satisfação com o atendimento atencioso neste Serviço.

Referências bibliográficas

ABECHE, A. M. E BLOCHTEIN, C. A. Mastectomia: Abordagem do papel do cônjuge. **Revista AMRIGS**, v. 29 n. 2, 1985. Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul. 1985.

BRITO, C., M. C. E VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência Oncológica pelo SUS à mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública** v. 39 n. 6, 2005. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer da câmara técnica de cirurgia plástica**, n. 27/95, referências: Processo 5139 e 5613. Conselho de Medicina RJ., Rio de Janeiro, 1995.

DOCUMENTO DE CONSENSO- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do câncer de mama. **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**, Rio de Janeiro, 2004.

FISHER B, ANDERSON S, BRYANT J, ET AL. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 347 n. 17, 2002. Massachusetts: Massachusetts Medical Society Inc. 2002.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1915-1977.

GHIZZANI, A. PIRTOLI, L. BELLEZZA, A. VELICOGNA, F. The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**; v. 21 n. 1 1995. New York: Brunner/Mazel, Inc. 1995.

GUERRA, M. R., GALLO, C. V. M. E MENDONÇA. G, A. S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51 n. 3, 2005. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde. 2005.

INCA 2010 – BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE CÂNCER. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. RIO DE JANEIRO: Disponível em URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancermama>

KAPLAN, H. S. **The evaluation of sexual disorders**: Psychological and Medical Aspects. New York: Brunner Mazel Publisher, 1983.

MADDEN JL. Modified radical mastectomy. **Journal of Surgery Gynecology and Obstetrics**, v. 121 n. 6, 1965. Chicago: The American College of Surgeons Publishers, 1965.

MASTERS, W. H; JOHNSON, V. E. e KOLODNY, R. C. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

PATEY DH, DYSON WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. **British Journal of Cancer**, v. 2 n. 3, 1948. London: Macmillan Publishers Ltd. 1948.

PINTO, L. S., CAMPOS, A. C. S., FERNANDES, A. F. S. E LOBO, S.A. Cancer de mama: da descoberta à recorrência da doença., **Revista Eletrônica de Enfermagem**. <http://WWW.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>. Jan-Abr; v.9 n.1: 154-165, 2007.

SHEPPARD, L. A. E ELY, S. Breast Cancer and Sexuality . **The Breast Journal**, v. 14 n. 2. 2008. Florida: John Wiley & Sons Inc. 2008.

TEIXEIRA, I. **Reconstruindo o prazer de viver**; as implicações afetivosexuais da cirurgia de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. Dissertação de Mestrado, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1999.

VERONESI U, CASCINELLI N, MARIANI L, ET AL. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 347 n. 16, 2002. Massachusetts: Massachusetts Medical Society Inc. 2002.

A CONSTRUÇÃO DO AMOR, DA SEXUALIDADE E DAS RELAÇÕES AMOROSAS NA CONTEMPORANEIDADE

Angélica Paula Neumann¹

THE CONSTRUCTION OF THE LOVE, OF THE SEXUALITY AND OF THE LOVING RELATIONSHIPS IN THE CONTEMPORARY TIMES

Resumo: Este artigo tem como objetivo discorrer sobre o amor, as relações amorosas e a sexualidade nos dias atuais, buscando compreendê-los à luz dos fatores psíquicos que constituem os sujeitos e dos fatores sócio-culturais de seu contexto. Toma-se como pressuposto que para falar sobre este tema, é necessário compreender as diversas mudanças que vêm ocorrendo na sociedade desde os tempos modernos. O método utilizado se baseou em revisão bibliográfica e em exploração das publicações atuais sobre a temática. Fica evidente que os valores culturais se destacam como possuindo enorme influência nas concepções sobre o amor e a sexualidade. Apesar disso, percebe-se que a estruturação de relações amorosas saudáveis requer bases sólidas estruturadas ao longo do desenvolvimento humano, o que se configura como a forma mais eficaz de possibilitar às pessoas saberem lidar com as demandas que a cultura impõe.

Palavras-chave: Amor. Sexualidade. Relações Amorosas. Contemporaneidade.

Abstract: This article aims to discuss love, love relationships and sexuality in the current days, trying to comprehend them in light of the psychic factors that constitute the human beings and the socio-cultural factors of their context. It is taken as assumption that to talk about this subject, it is necessary to understand the various changes that have occurred in society since the modern times. The method used was based on literature review and exploration of current publications of the subject. It is evident that cultural values stand out as having enormous influence on ideas about love and sexuality. Nevertheless, it is observed that the structure of healthy loving relationships require solid bases, structured throughout human development, what should be seen as the most effective way of enabling people to be able to cope with the demands that the culture imposes.

Keywords: Love. Sexuality. Loving Relationships. Contemporary Times.

Introdução

Falar sobre amor e sexualidade nos dias de hoje implica em compreender as diversas mudanças que vêm ocorrendo na sociedade. Atualmente vivemos na era da globalização, em que tudo é relacional e integrado, as informações circulam em grande velocidade e as vidas são experienciadas sob um ritmo intenso e por vezes desenfreado. Valores como individualismo,

¹ Acadêmica do quarto ano do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim. e-mail: angelicaneumann@gmail.com

competitividade e satisfação imediata tornaram-se cada vez mais comuns, e os relacionamentos, tão idealizados nos tempos modernos, também não escaparam ilesos a esses novos paradigmas.

Com a velocidade na qual a informação circula, uma pluralidade de concepções e práticas amorosas passou a se tornar conhecida e a coexistir paralelamente. Percebe-se que não se pode olhar para o amor em busca de uma dimensão única que o explique, mas sim que é necessário considerar uma diversidade de fatores na tentativa de compreender esse complexo sentimento, regulado à luz das características individuais de cada pessoa, desde o seu desenvolvimento até os fatores socioculturais de seu contexto.

Na tentativa de compreender como se dá a construção do amor e da sexualidade nos dias atuais, inicialmente buscou-se na literatura um embasamento teórico psicanalítico para explicar os mecanismos inconscientes implicados na edificação dos relacionamentos humanos. Após, realizou-se uma investigação acerca dos fatores contemporâneos que influenciam as relações amorosas, para o que os trabalhos com ênfase na sociologia foram de grande contribuição.

Para compreender as concepções sobre o amor, as relações amorosas e a sexualidade na contemporaneidade, o método utilizado se baseou em revisão bibliográfica e em exploração das publicações atuais sobre o tema na biblioteca eletrônica *Scielo* e no Portal Brasileiro de Informação Científica CAPES.

As bases do amor

Falar sobre amor, de acordo com Kernberg (1995), implica necessariamente em falar sobre sexualidade. De acordo com esse autor, as interações psicossociais que se estabelecem entre o bebê e seu cuidador na primeira infância é um fator essencial na determinação do comportamento sexual e, conseqüentemente, das relações amorosas.

Segundo a teoria freudiana, precursora da compreensão psicanalítica do desenvolvimento humano, o amor está essencialmente vinculado às pulsões libidinais inatas do ser humano. Este sentimento se origina na busca por um objeto perdido – a mãe – que através do seio, é a primeira fonte de satisfação sexual do bebê, quando esta satisfação ainda está vinculada à nutrição. Assim, a imagem da figura materna torna-se o protótipo das relações amorosas posteriores do indivíduo,

pois fica gravada na memória do lactente como sendo o objeto capaz de restabelecer a situação de satisfação original (MENEZES; BARROS, 2008).

Segundo Kernberg (1995), essa satisfação originada nas experiências prazerosas primitivas se associa à excitação sexual, e em etapas posteriores do desenvolvimento se vincula ao chamado desejo erótico, quando é deslocada para um foco específico – o objeto edípico.

Através da interdição, ou seja, da proibição à criança de possuir seu objeto de prazer, processo que se dá ao término do Complexo de Édipo, esse desejo é reprimido e deslocado para objetos substitutos, porém incapacitados de oferecer a satisfação completa almejada. A interdição, desse modo, funciona como um dispositivo que possibilita às pessoas continuarem desejando e buscando outros objetos de prazer para além do objeto perdido (FREUD, [1905] 1996 *apud* MENEZES; BARROS, 2008). É esse processo que permite à excitação sexual culminar no amor sexual maduro, que é a expansão do desejo erótico para uma relação com uma pessoa específica, diferente do objeto primitivo (KERNBERG, 1995).

Na perspectiva de Klein (1975), as relações amorosas são uma reedição da vida familiar primitiva de cada cônjuge. De acordo com a autora, o relacionamento amoroso maduro se dá num jogo contínuo de identificações e projeções inconscientes que se correspondem e complementam, no qual cada parceiro projeta no outro seus desejos e fantasias primitivas a respeito do genitor do sexo oposto.

Sob o ponto de vista da autora supracitada, uma relação amorosa feliz implica em uma profunda afinidade entre os parceiros, assim como na capacidade mútua de sacrifício e compartilhamento do prazer e sofrimento. Segundo Kernberg (1995), no relacionamento amoroso maduro os aspectos inconscientes das relações do passado se combinam com as expectativas conscientes de uma vida futura como casal, formando um ideal de ego conjunto.

Fatores que influenciam as relações amorosas nos dias de hoje

A união que associa amor, sexualidade e casamento é uma invenção da era burguesa. O amor-sexual, amor-paixão, como fundamento do casamento, surgiu na modernidade [...] Nesse cenário, o amor vai percorrer uma longa trajetória até chegar à condição de força “irresistível”, sempre pronta a desembocar no casamento [...] Em torno do novo ideal de conjugalidade instaurado, criaram-se muitas expectativas e idealizações, entre elas a idéia de casamento como lugar de felicidade onde o amor e a sexualidade são fundamentais (ARAÚJO, 2002, p. 70).

Apesar das fortes influências individuais na escolha e no desenrolar das relações amorosas, existem inúmeros outros fatores que, historicamente, interferem nessas relações, tal como Klein já apontava em 1975. Como demonstra o trecho acima, esses fatores se modificam de acordo com os paradigmas predominantes em cada época histórica, mas apesar das mudanças, continuam gerando reflexos nos dias atuais. O amor é uma experiência singular, porém atravessada pelos ideais culturais a seu respeito (PINHEIRO; ANDRADE, 2004).

Da mesma forma que o amor, as ideias sobre sexualidade também sofrem as influências do contexto cultural. Segundo Gozzo, Fustinoni, Barbieir, Roher e Freitas (2000), até a algum tempo, o sexo era visto pela sociedade como unicamente relacionado à reprodução, e o prazer era reprimido por ser considerado pecaminoso e moralmente condenável. Hoje, além de fazer parte do cotidiano das pessoas, o sexo não está mais limitado à reprodução, mas sim relacionado a fatores afetivos e biopsicossociais.

Foucault (1988, apud ARAÚJO, 2002) aponta que a experiência sexual, assim como todas as experiências humanas, é produto de um complexo conjunto de processos sociais, culturais e históricos. Segundo esse autor, ao longo da história a atividade sexual foi submetida a dispositivos de controle com base nos valores e ideologias predominantes na sociedade.

Na modernidade, as ideias sobre sexualidade estavam vinculadas à noção de amor romântico, ideal que ressoa até os dias de hoje nas concepções amorosas. Segundo esse entendimento, a ideia de amor está baseada na fantasia de completude, na qual o vínculo amoroso é o componente crucial para a felicidade (MENEZES; BARROS, 2008). Essa perspectiva vai ao encontro dos ideais psicanalíticos nos quais, como vimos anteriormente, o amor é o desejo nostálgico de reviver o sentimento de completude vivenciado na infância.

Em uma revisão bibliográfica, Menezes e Barros (2008), encontraram que a presença de resquícios dos ideais românticos nas relações é uma das causas dos desencontros afetivos do nosso século. Da mesma forma, para Giami (2008) estes ideais influenciam até hoje os jovens, pois apesar de eles se voltarem para outros interesses e exigências contemporâneas, ainda associam o amor, a atividade sexual, a vida em casal e o projeto familiar.

Dadas às mudanças culturais ocorridas da modernidade até então, percebe-se que a cultura contemporânea tem propagado valores tanto diferentes quanto relacionados àqueles ideais

românticos. Ao mesmo tempo em que dissemina o ideal de completude, tal como na modernidade, os valores difundidos não sustentam as relações intersubjetivas porque alimentam um modo de subjetivação que não transpõe o modelo narcísico, este associado a ideais de individualismo, consumismo e culto à imagem (RIOS, 2008). Essa posição subjetiva torna-se assim impeditiva do encontro amoroso maduro, pois o relacionar-se com alguém diferente do eu passa a não ser desejável.

Devido à dificuldade de enxergar o outro como um ser completo, diferenciado do próprio eu, sustenta-se um ideal de amor romântico com valores contemporâneos, no qual a busca pelo outro é a busca fantasiosa por alguém capaz de satisfazer as suas necessidades. Deparando-se com a complexidade implicada em construir um amor de verdade, que não acontece rápido nem facilmente – ideais supervalorizados nos tempos atuais – ganha força a ideia de um eu onipotente e autossuficiente, que não tolera as frustrações e procura prontamente substitutos imediatos para a satisfação de seu desejo.

Relacionado a isso, passam a coexistir na sociedade contemporânea vários tipos diferentes de relações amorosas (SILVA, 2006), entre as quais se destaca o “ficar”, comportamento bastante difundido e caracterizado como breve, imediatista, descompromissado e volátil, estando frequentemente associado à descartabilidade e ao consumismo (JUSTO, 2005).

Outros autores, por sua vez, reconhecem a diversidade de práticas e de relações amorosas existentes hoje, mas afirmam que as significações que os indivíduos dão a essas experiências também variam. Assim, se por um lado o “ficar” pode representar a efemeridade dos relacionamentos, por outro, muitas das pessoas envolvidas nesses comportamentos desejam para suas vidas relacionamentos duradouros e com envolvimento afetivo, utilizando o “ficar” como modo de obter maior conhecimento do parceiro desejado antes de um envolvimento emocional sólido (JUSTO, 2005; GIAMI, 2008).

Implicado nesse contexto, nos dias de hoje o amor e a sexualidade surgem como temas continuamente utilizados na sedução publicitária porque são, ao mesmo tempo, forças motivacionais humanas e construções culturais (PINHEIRO; ANDRADE, 2004). A mídia e o mercado de consumo, assim, passam a oferecer inúmeros recursos que prometem atender milagrosamente a essa necessidade de satisfação dos sujeitos.

Observam-se na literatura opiniões divergentes sobre esse tema. Costa (2005) apresenta o trabalho de uma autora, Illouz (1998), segundo a qual existe uma relação de complementaridade entre o amor romântico atual e o mercado de consumo. De acordo com a autora, o consumo dos rituais amorosos propagados pela indústria e pela mídia compõe o núcleo do amor romântico contemporâneo, constituindo uma forma de revigorar tanto o capitalismo quanto os amantes.

Tendo em vista estas considerações, o autor supracitado concorda com as possibilidades que o mercado pode oferecer aos amantes, mas afirma que o que define a relação amorosa não é o consumo desses rituais, mas o estabelecimento de uma comunicação pessoal e particular a cada casal. É a partir desta comunicação, denominada código do amor que os rituais e adereços românticos adquirem sentido (COSTA, 2005). Já para Bauman (2004, *apud* PINHEIRO; ANDRADE, 2004) o mercado de consumo e a mídia geram interferências negativas nas relações amorosas, visto que, se os valores atuais estão calcados em tudo que é de uso instantâneo, o mundo das imagens e da publicidade reforçam estas ideias de prazer passageiro e satisfação instantânea.

Apesar dos pontos de vista diferentes, percebe-se que todos estes autores concordam que a mídia e o mercado de consumo produzem fortes influências na subjetivação, nos ideais de amor e no estabelecimento dos relacionamentos. Calgarotto, Poganski e Goldberg (2009) concordam com essa ideia, e, em uma pesquisa realizada, constataram que um dos fatores determinantes para que os relacionamentos sejam bem sucedidos é a maturidade do casal.

Assim, perpassando o que já foi exposto até aqui, as contribuições de Giddens (1993, *apud* ARAÚJO, 2002) sintetizam as novas formas de relacionamento existentes nos dias de hoje. O autor aponta que as relações atuais têm como base princípios democráticos e de igualdade – tanto de gênero quanto de sujeitos –, e distingue três aspectos desses relacionamentos, denominados por ele amor confluyente, sexualidade plástica e relacionamento puro.

O amor confluyente presume igualdade nas trocas afetivas e no envolvimento emocional. É mais real que o amor romântico e não se pauta nas fantasias de completude, mas no ideal de satisfação emocional e sexual como direito de ambos os envolvidos na relação. A sexualidade plástica, liberta das necessidades de reprodução, refere-se à reivindicação das mulheres ao prazer sexual, e possibilita a emancipação que está implícita no relacionamento puro.

Este último, por sua vez, é centrado no compromisso, confiança e intimidade, provê chances de durar, mas não impõe o comprometimento eterno como condição da relação. O que conta é a própria relação, e a sua continuidade depende do nível de satisfação que cada uma das partes pode extrair da mesma.

Assim, podemos pensar que o que Giddens (1993, *apud* ARAÚJO, 2002) chama de relacionamento puro representa os relacionamentos denominados por Kernberg (1995) de maduros, pois simbolizam a coexistência do desejo inconsciente de reviver a sensação de completude, implícita nos sentimentos de confiança, intimidade e compromisso, e de combiná-los com as expectativas conscientes de uma vida futura como casal.

Considerações finais

De acordo com o que foi visto, percebe-se que no contexto da contemporaneidade, os valores culturais se destacam como um fator de enorme influência nas concepções sobre o amor e a sexualidade. Uma série de mecanismos, tal como a mídia e a publicidade, é utilizada para produzir um modo de subjetivação associado ao imediatismo e ao consumismo, apontando para determinados objetos e modelos como supostamente capazes de oferecer a satisfação e a sensação de completude que as pessoas tanto buscam.

Nesse sentido, o prazer deixa de ser apenas o alvo inconsciente dos desejos humanos e passa a ser o objetivo também consciente das experiências da vida. Descarta-se o sofrimento e a frustração como necessários ao amadurecimento humano, porque estes quebram a ilusão da completude, e passa-se a viver num estado fantasioso e irreal de prazer constante.

Essa promessa de satisfação imediata, por sua vez, resulta em uma profunda ambivalência entre as necessidades de manter os investimentos libidinais no outro e de se proteger voltando-se para si mesmo, o que acaba produzindo nos sujeitos sentimentos intensos de frustração, pois alcançar a satisfação e o prazer postulados se torna um objetivo de alcance impossível.

Nesse contexto, percebe-se que a estruturação de relações amorosas saudáveis, desse amor chamado maduro, adulto ou confluyente, precisa adquirir bases sólidas ao longo do desenvolvimento humano. Essa é a forma mais eficaz de possibilitar às pessoas saberem lidar

com as demandas que a cultura impõe – e isso ocorre tanto em nosso contexto cultural atual como sempre se deu em outros contextos nos quais as demandas da sociedade eram diferentes.

Assim, finaliza-se este artigo se utilizando da consideração de Rios (2008), que afirma que “amar dá trabalho”. Concorda-se com este autor, pois se considera que as relações de amor requerem o amadurecimento egóico de ambos os parceiros do par romântico, envolvendo também uma construção conjunta que demanda tempo, paciência e, essencialmente, disponibilidade afetiva.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, M. de F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2009.

CALGAROTTO, R.; POGANSKI, V. L. e GOLDBERG, K. Cultura narcísica: os impactos na subjetividade conjugal. In: II FÓRUM NACIONAL EM SAÚDE E I SALÃO CIENTÍFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE: Caminhos da Interdisciplinaridade, 2009, Erechim – RS. **Anais eletrônicos**. 1 CD-ROM.

COSTA, S. Amores fáceis: romantismo e consumo na modernidade tardia. **Novos Estudos – CEBRAP**. São Paulo, n. 73, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n73/a08n73.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

GIAMI, A. A experiência da sexualidade em jovens adultos na França: entre a errância e a vida conjugal. **Paidéia (Ribeirão preto)**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200007>. Acesso em: 18 maio 2009.

GOZZO, T. de O.; FUSTINONI, S. M.; BARBIERI, M.; ROHER, W. de M.; FREITAS, I. A. de. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

JUSTO, J. S. O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso na contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia UFF**. Niterói, v.17, n.1, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v17n1/v17n1a05.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

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

KLEIN, M. **Amor, ódio e reparação**: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

MENEZES, J. E. X. de; BARROS, M. J. S. Ressonâncias do romantismo no discurso freudiano sobre o amor. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, n. 31, out. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ep/n31/n31a10.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

PINHEIRO, M. C. T. e ANDRADE, R. G. Leitura psicanalítica da publicidade amorosa. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 4, n. 2, set. 2004. Disponível em: <<http://www.unifor.br/notitia/file/182.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

RIOS, I. C. O amor nos tempos de Narciso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 12, n. 25, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a16v1225.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2009.

SILVA, A. A. O conteúdo da vida amorosa de estudantes universitários. **Interação em Psicologia**. Curitiba, v. 10, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/7685/5480> v>. Acesso em: 18 maio 2009.

PARA UM REPENSAR DA ÉTICA SEXUAL CRISTÃ NA PÓS-MODERNIDADE: EDUCAR O HUMANO SUPERANDO A TIRANIA DO PRAZER E DO CORPO FRAGMENTADO

André Luiz Boccato de Almeida¹

FOR A RETHINKS OF CHRISTIAN SEXUAL ETHIC: TO TEACH TEH HUMAN, OVERCOMING FROM THE PLEASURE TYRANNY AND FRAGMENTED BODY

Resumo: A relação entre corpo, sexualidade e religião nem sempre gozou de muita harmonia e simplicidade em sua relação. Historicamente houve muitos desentendimentos devido ao paradigma antropológico dualista que imperou no Ocidente cristão. Com a modernidade e agora na pós-modernidade, muitos destes paradigmas se tornaram ultrapassados e envelhecidos. O ensinamento oficial da Igreja Católica nem sempre conseguiu com o seu “*magisterium*” uma abertura no trato do tema. Urge um repensar de uma ética sexual cristã num contexto de fragmentações e reducionismos éticos. Mais que resgatar uma compreensão integral da sexualidade humana, vimos por necessário aqui, uma mudança de mentalidade acerca do ser humano, propondo a este, hoje, uma superação da tirania do prazer e do corpo fragmentado.

Palavras-chave: Corpo. Pós-modernidade. Prazer. Sexualidade. Educação.

Abstract: The relationship between body, sexuality and religion has not always been harmonious and natural. Historically there has been many misunderstandings due to the dualistic anthropological paradigm that reigned in the Christian West. With the coming of modernity and now post modernity, many of these paradigms have become outdated and superseded. The official teaching of the Catholic Church does not always succeed with its “*magisterium*” to dialogically address the topic. It is urgent to rethink Christian sexual ethics in a context of ethical reductionism and fragmentation. More than redeeming a full understanding of human sexuality, we need here a change of mindset about the human being; we propose the overcoming of the tyranny of pleasure and of fragmented body.

Keywords: Body. Post-modernity. Pleasure. Sexuality. Education.

Introdução

Vivemos numa época caracterizada por uma grande incerteza e tensão, em todas as esferas da vida, e, principalmente no que se refere à vivência dos valores. Os três elementos que, no passado, ofereciam segurança – família, religião e comunidade – vão perdendo a própria influência frente ao devastador contexto pós-moderno, e o ser humano encontra-se sozinho diante de seus problemas, não sabendo lidar com o prazer, dimensão fundamental de sua vida, e nem

¹ Frade Dominicano (Ordem dos Pregadores). Mestre em Teologia (Moral) pela PUC-SP. Especialista em Educação Sexual (UNISAL-SP). Bacharel em Teologia (EDT-SP). Licenciado em Ciências Sociais (FAFICA-PE). Psicanalista. Professor de Ética Cristã na Escola Dominicana de Teologia (EDT-SP). E-mail: andrebcato@yahoo.com.br

com o seu corpo que, agora fragmentado, também fragmenta sua individualidade e sua percepção como sujeito no mundo.

O prazer, que em décadas passadas era uma dimensão existencial não valorizada, passa a ser, a todo momento e de modo frenético, o centro da atenção da sociedade pós-moderna e pós-moralista. O corpo, manipulado por técnicas, se torna o lugar mais distante para que o ser humano possa alcançar sua individualidade. O humano é lentamente destituído de sua dignidade e humanidade quando sofre as inúmeras consequências de uma corrosiva tirania do prazer e um obstinado culto do corpo fragmentado.

Queremos, mais que denunciar este processo tirânico e fragmentalizador do prazer e do corpo, propor alguns caminhos ético-educativos viáveis, para uma re-significação do humano que clama um corpo individualizado-humanizado e busca um sentido numa forma de prazer plena em comunhão com os outros.

O processo educativo, nessa complexa realidade pós-moderna, não pode deixar de tratar o discernimento enquanto propiciador para uma formação da consciência que visa a autonomia. Sentimos que hoje não basta constatar que se deve buscar o prazer para ser feliz; propomos encaminhamentos que eduquem para o pleno prazer da vida. Por fim, sentimos a necessidade de propor uma educação para a vivência da sexualidade na sua integralidade.

Educar para uma visão integral da corporeidade

A mentalidade pós-moderna impede que o ser humano pense a vida na sua totalidade. O corpo tende a ser visto conforme o foco de quem olha a partir de interesses subjacentes. Sendo assim, torna-se necessário educar o olhar, isto é, educá-lo para uma integralidade que favoreça uma concepção do corpo e do humano que aqui chamaremos de “corporeidade”.

A corporeidade não é um elemento inteiramente acidental, mas uma realidade fundamental, tanto do ponto de vista do ser quanto do existir. Todo indivíduo deve aceitar e amar o próprio corpo e compreender a sua linguagem, já que o corpo fala. Fala a quem o possui e aos outros. A corporeidade é um fator estruturante do nosso psiquismo. A soma das representações do corpo e dos seus órgãos, a assim chamada imagem corpórea, é muito importante para a formação do Eu. (DACQUINO, 1992).

O corpo não é somente uma soma de sensações e de inter-relações psíquicas. É um meio de comunicação, uma via privilegiada para se entrar em relação com os outros. (DACQUINO, 1992).

Somos seres biológicos, psicoafetivos, sociais, éticos e espirituais. O corpo não é só o biológico isoladamente. Ele é esse todo que se manifesta segundo cada uma dessas dimensões. Contudo, não podemos negar que é na materialidade do corpo que se cruzam prazeres e desprazeres. É também na materialidade do corpo que se concentram todos os poderes e saberes. É nele, ainda, que a sexualidade encontra sua sede. O corpo é algo complexo e amplo que necessita estar integrado enquanto corporeidade. (MOSER, 2003). Moser, nos ajuda a pensar o corpo na sua integralidade como corporeidade:

A corporeidade ou corporalidade é, segundo Zilda Ribeiro, própria do humano, ultrapassa o fenômeno físico e não se identifica com ele. (RIBEIRO, 1998).

Durante séculos, fomos devedores de uma concepção de corpo totalmente desprezada em detrimento da alma. Não se falava em corporeidade. Em nossos dias, por outro lado, em que predomina a imagem visual, a televisão, o cinema e os jornais impõem à atenção modelos estéticos um tanto elevados e inalcançáveis, do físico atlético do esportista ao flexível da bailarina, do belo rosto da apresentadora ao imponente jovem ator ou cantor. Tudo isto comporta, para o “indivíduo comum”, uma maior dificuldade em aceitar-se e em valorizar-se, inclusive corporalmente. (DACQUINO, 1992).

Filosoficamente, a categoria de corpo contribui enormemente para uma visão integral de corporeidade. Lima Vaz nos ajuda a compreender que essa categoria filosófica pode ser a possibilidade de superação de todo dualismo, quando relacionada com todas as dimensões humanas e integradas entre si. (VAZ, 1993).

Queremos ressaltar o conceito de corpo que englobe a totalidade do ser humano, como ser aberto e com inúmeras possibilidades e disposições, cujas relações e ações ampliam o próprio corpo. Corpo-relação-consigo-próprio na integridade e, ao mesmo tempo, relação-com-o-Outro-e-os outros.

No processo de educar para uma visão integral da corporeidade, é fundamental elucidar alguns “atentados” contra a consciência humana que impedem uma visão integral. Um primeiro

“atentado” é fruto da cultura “perturbada” que vivemos, que nos manipula, gerando equívocos entre imagem e realidade. (RIBEIRO, 1998).

Portanto, a educação para uma visão integral da corporeidade necessita de um olhar crítico sobre todas as imagens que nos são impostas e pelas quais somos bombardeados por todos os lados. Questioná-las é um exercício de busca da integralidade.

Um outro caminho educativo para favorecer uma verdadeira e integral corporeidade é a consciência de que o corpo humano não existe isoladamente: ele é parte integrante da vida do planeta e de todo o sistema cósmico. (CAVALCANTI, 1992).

Nesse sentido, o corpo não está separado da pessoa que pensa e age. Ele é a pessoa à medida que existe. Não basta apenas falar sobre a importância do corpo mas, sim, resgatar em um processo educativo a longo prazo sua dignidade e integralidade.

Esta integralidade se dá no reconhecimento da ampla importância para a consciência humana da experiência; é através do corpo que a consciência está no mundo, mas também o mundo aparece através do corpo. O corpo indissociável do eu (COMPAGNONI, 1997).

Portanto, percebemos a urgência de uma educação para uma visão integral da corporeidade que possa salvar o humano diante de um mundo fragmentado e dualista. A educação moral e o empenho moral propõem-se o mesmo fim que é a realização do ser humano como pessoa pela interiorização dos valores morais. A corporeidade, enquanto estrutura condicionante da vida pessoal, marca profundamente todo o dinamismo moral da pessoa.

Educar para uma visão integral da corporeidade é buscar a plenitude do humano no cotidiano da vida, pois a pessoa realiza a totalidade do seu projeto ético graças ao fato de existir “na carne”, isto é, por meio da sua condição corporal.

A visão cristã da corporeidade, enquanto totalidade do ser humano, é uma proposta integradora que nos possibilita uma maior busca de equilíbrio e uma superação dos extremismos, principalmente, a tirania do prazer. A corporeidade é o modo específico de existir e de operar próprio do espírito humano (CONGREGAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO CATÓLICA, 1983).

Pelo corpo, portanto, existimos no mundo e revelamos nossa identidade de seres abertos à transcendência e não apenas à imanência. O corpo revelando o homem a ele mesmo e ao outro, também revela o Outro, isto é, Deus: o corpo contribui a revelar a Deus e o seu amor criador,

enquanto manifesta a criaturalidade do homem, a sua dependência de um dom fundamental, que é o dom de amor (CONGREGAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO CATÓLICA, 1983).

Portanto, a educação para um sentido pleno da corporeidade passa pelo cultivo e sentido da dimensão transcendente nas relações consigo e com o outro. Só educa para a integralidade do corpo quem se deixa penetrar por este sentido existencial e de completude como manifesta a visão cristã.

Educar para o discernimento e a autonomia relativa

As novas tecnologias da informação e telecomunicação deram origem a novos tipos de espaço, alterando nossa relação com o mundo físico e com as inúmeras situações complexas. Temos dificuldade de decidir porque perdemos a visão do todo e, assim, não conseguimos discernir. Não conseguindo discernir, sentimo-nos frágeis em nossa autonomia. Já que o discernimento está em função da decisão, esta só se entende a partir da liberdade fundamental do projeto, isto é, uma liberdade situada em diálogo com outras liberdades.

Queremos, então, aqui, considerando a complexidade tanto cultural como humana, propor pistas educativas para o discernimento e para o exercício da autonomia. O exercício do discernimento é importante na formação ética do sujeito, pois exige deste a formação do ser caráter segundo a virtude da prudência (BELLOSO, 1978).

Em se tratando de discernimento, dimensão fundamental da vida moral, três questões devem ser consideradas: qual é o resultado ou a meta a ser alcançada? (consequencialista); qual é a obrigação ou o dever a ser cumprido? (não-consequencialista); qual indicação o contexto ou a situação oferece para se poder assumir uma postura ética? (contextualista). São três perguntas diferentes que orientarão a tomada de decisões de modos diferentes, com resultados diferentes; são instrumentos valiosos para a análise ética e explicam por que as pessoas chegam a conclusões morais diferentes diante de um mesmo fato (MAY, 2008).

Mas qual a ligação entre o constante exercício do discernimento e a busca da autonomia ? O sujeito que discerne não é um absoluto incondicionado, mas o que se encontra já com uma série de influências que escapam do ordinário de sua vontade. Nunca se situa de forma neutra diante de suas decisões, pois já está afetado por sua estrutura psicológica, com todo o mundo de experiências passadas e de sentimentos diante do futuro, que o estão condicionando. Esforçar-se por reconhecer a situação pessoal concreta a partir da qual se efetua é uma condição

imprescindível para não espiritualizar excessivamente o que se explica por outras razões. (AZPITARTE, 1997).

Dentro deste raciocínio, percebemos que o discernimento não se realiza de forma simples e automática. É fruto de um constante exercício de auto-conhecimento. Está engajado e recebe a sua luz não apenas e nem principalmente da fria claridade da racionalidade científica, mas da qualidade humana e espiritual do sujeito (SIMON, 1978).

Para Simon, na doutrina tomista, pode-se designar por discernimento prudencial o julgamento da reta consciência, enquanto esteja sob o dinamismo da virtude da prudência (SIMON, 1978). Para Tomás de Aquino, a prudência é a reta razão no agir, ou seja, a retidão prática que ordena o ser humano ao bem e exige do agente moral a retidão. Nessa perspectiva, são os fins da vida humana que remetem aos valores fundamentais em torno dos quais se organizam as virtudes e a vida humana. A prudência não pode determinar os meios de chegar a estes fins, a não ser que sua intenção habitual esteja assegurada pelas virtudes morais.

O discernimento necessita da prudência. Um auxilia o outro e, ambos, levam à uma autonomia frente às situações da vida. O discernimento prudencial aparece como atividade fundante para o ser humano, levando-o a se confrontar lucidamente com todos os fatores implicados numa determinada situação real (BELLOSO, 1978).

Uma verdadeira educação para o discernimento e para a autonomia, segundo Rupnik, percorre duas etapas fundamentais, que integram em si a dimensão religiosa do ser humano: *“os mestres distinguem duas etapas do discernimento: uma primeira, purificadora, que converge para um autêntico conhecimento de si em Deus e de Deus na própria história, na própria vida, e uma segunda, na qual o discernimento se torna habitus”* (BELLOSO, 1978).

A primeira etapa, purificadora, traz em si um elemento substancial para o exercício do discernimento: a memória. Esta nos coloca em contato com nossa história, desejos, sentimentos, pensamentos e relações (BELLOSO, 1978).

O ser humano pós-moderno, fragmentado e destituído de sua memória histórica, necessita de um processo educativo que leve em conta tanto o discernimento como a memória, em contínua relação com as pessoas que também facilitam, no diálogo, o encontro consigo mesmas, impelindo-as a viverem autenticamente.

Para que o discernimento se torne um *habitus*, além de resgatar a dimensão memorial da história individual e ampla da pessoa em relação, torna-se fundamental aprender a estabelecer relações que sejam significativas (BELLOSO, 1978).

Nesse sentido, necessitamos, além do discernimento, educar e formar o ser humano para para que este seja menos individualista (narcísico) e mais relacional, isto não significando a anulação do sujeito. A pós-modernidade, radicalizando a individualidade, impede que o sujeito cresça equilibradamente nas relações com os outros, correndo o risco de levar a pessoa a se adentrar num verdadeiro ostracismo. Outro risco que advém dessa excessiva cultura racional, tecnológica, habituada a organizar e ordenar, é o de “formatar” regras de discernimento análogas à técnica, tornando-de uma espécie de método para entender a Deus, o eu mais profundo e “decifrar” sua vontade isoladamente de outras dimensões fundamentais do discernimento como a memória, a inteligência e o sentimento.

Educar para a autonomia e o discernimento significa, num contexto pós-moderno, superar a visão de que a consciência precisa, para ter segurança, ser formada por um crivo autoritário. Este esquema educativo e formativo da consciência não funciona mais hoje, num momento em que a autonomia se tornou o grande bem almejado por todos, o seu oposto se torna um empecilho. Sobre a importância da autonomia para a maturidade, vale considerar que, se quisermos viver de modo adulto, não basta a simples obediência à lei, a submissão ao que é mandado pela autoridade, sem sabermos dar uma explicação motivada de nossa conduta. A justificação última sobre a bondade ou a maldade de uma ação nunca poderá ser encontrada no fato de que ela foi mandada ou proibida, mas sim na análise e no estudo de seu comportamento interno (ORDUÑA; AZPITARTE; BASTERRA, 1983).

Portanto, educar para o discernimento e para a autonomia, no atual contexto pós-moderno implica abertura às indagações do tempo presente em comum acordo com as potencialidades que o ser humano traz em si. Uma proposta moral externa e autoritária não educa, mas impede que a pessoa floresça. Por outro lado, somente cultivando a responsabilidade na convivência, é possível respeitar a autonomia de cada ser humano, e assim, erigir o discernimento como a sabedoria que possibilita a reflexão e a vivência prudencial em meio às decisões a se tomar diariamente.

Educar para um sentido pleno do prazer

As novas gerações não se pautam mais pelo dever. Pautam-se pela total vazão e realização imediata do prazer, quase sempre, sem noção das diretas consequências. A extrema valorização do “eros” desestimula o pensar. Estímulos e bombardeios contínuos para a vivência “aqui e agora”, impedem a criação dinâmica de um projeto de vida. Por fim, a desumanização sutil e inconsciente vaga sobre essa égide do total desfrute do prazer.

Oferecemos aqui uma proposta moral educativa que coloque o prazer no seu devido lugar, rompendo com a cultura tirância do total desfrute do “eros” e resgatando seu sentido pleno no atual contexto pós-moderno.

A idéia de educar o prazer em conformidade com a busca da felicidade de forma equilibrada é tão antiga como as formulações éticas. Muitos filósofos já elaboraram este ensejo. Nesta busca de educar o prazer e a vida afetiva em seu todo, pretendia-se dar respostas aos anseios humanos mais profundos (PLÉ, 1984).

Entre a felicidade e o prazer não deveria existir oposição. Mas quando o prazer é tratado de modo absoluto, corre-se o risco de vivê-lo como fim e não como meio, tornando-se incapaz de ajudar a ir além de si mesmo. Podemos dizer que, no contexto pós-moderno, o prazer imediatista é tratado como totalidade, despersonalizando e desumanizando o ser, a ponto de ele perder suas referências rumo a uma felicidade que se realiza como um processo.

A pós-modernidade abandona a idéia da gradualidade da experiência do prazer, como também a de amadurecimento gradativo da pessoa, pois descarta a memória histórica e afetiva, focando-se no indivíduo enquanto sujeito que quer se realizar no imediato momento, mesmo que para isso, deva compensar os vazios existenciais de inúmeros modos segundo o prazer individualizado (DACQUINO, 1992).

Há um lógica atual que tenta seduzir as pessoas ao consumo desenfreado, não se importando em propor a elas uma visão íntegra e integral do prazer.

O desejo, portanto, se reduz e se fragmenta numa vivência restrita do genital e esta é manipulada pela mídia e pelo capital, pois dessa modalidade de vivência muitos podem tirar seus lucros. Por um lado, há o impedimento de uma vivência integral do prazer imposto por esses mecanismos da civilização e da cultura; por outro, há um impedimento ontológico e existencial arraigado na

cultura. A busca pelo prazer se dá mediante contínuos conflitos e nunca se chega à satisfação plena e durável.

O prazer, assim como o desejo, necessita de contínua educação. A criança, por exemplo, necessita de acompanhamento. (JUNGES, 1995).

A pessoa necessita, portanto, desde a infância, de uma educação para o sentido pleno do prazer. Esta será a base ao longo do processo de humanização que se dá durante toda a vida. O processo não deve ter como critério a total satisfação dos prazeres imediatos, muito menos, o seu desprezo, mas sim um devido espaço entre tais posturas. A tensão consequente é benéfica quando o amor é o fim e o prazer, um meio para fortificá-lo.

Constata-se que a impossibilidade de vivenciar e compreender o amor se dá devido aos excessivos dualismos que vivemos e introjetamos. Os gregos, em sua obstinada busca pelo princípio das coisas, por meio de mitos nos ensinam muitas verdades. O mito do amor-eros, talvez, pode nos ajudar a situar esta complexa integração do prazer em um sentido pleno que se efetiva no amor.

Visto que o amor está além das idéias, não é possível dizer claramente o que ele é, recorrendo simplesmente à interpretação racional. Eis por que Sócrates trata de exprimir o que é o amor recorrendo ao mito. (PHILIPPE, 1998).

O nascimento do amor – eros é fruto do encontro extraordinário entre Pobreza e de Engenho. Este, em sua superabundância, não pensa em mais nada senão em repousar. A Pobreza, ao contrário, é toda atenta, sem qualquer direito. É interessante notar algo: como a Pobreza não tem nada, ela não pode ser senão espera, espera daquilo que deve dar um sentido a sua vida. Ela não pode senão roubar a fecundidade, pois nem sequer pode mendigá-la; ela seria rejeitada e ela sabia isso. Engenho tem tudo e está satisfeito, não espera mais nada. Nada pode aperfeiçoá-lo, eis por que ele dorme e gera dormindo.

Philippe quer mostrar que este banquete se dá na casa de Afrodite (beleza) e que Engenho e Pobreza aí estão presentes. Eros, filho dos dois, tornou-se companheiro e escudeiro de Afrodite, porque foi concebido no mesmo dia do nascimento da deusa e também por que Eros é, por natureza, amante do belo, e Afrodite é bela. O amor (eros) implica beleza, porque nasceu à sombra da bela Afrodite. Tal é a originalidade do eros. Ele não é um absoluto e um princípio. Teve um nascimento divino quanto a seu pai e está além do nosso universo e do nosso tempo. No

entanto, devido ao fato de que nasceu, é relativo e dependente; ele é relativo ao belo (PHILIPPE, 1998).

Desse mito grego podemos colher uma proposta educativa para uma vivência plena do prazer no contexto pós-moderno: o prazer necessita, para ser humanizador, estar ligado e integrado num projeto de vida, sendo sempre relativo. Não pode ser vivenciado de modo isolado. O prazer, tendo como referência o desejo e o amor, pode ser vivenciado plenamente com consciência e responsabilidade; porém, nunca deve ser absolutizado em si mesmo.

Educar para o sentido do prazer no contexto pós-moderno não é uma tarefa simples. É um processo a longo prazo, que caminha junto com o exercício do discernimento e a formação da consciência. Requer do educador uma atitude de constante flexibilidade, já que o protagonista não é ele, mas o próprio indivíduo que sente a necessidade de integrar o prazer no todo da sua vida e que tem consciência de que é um ser prenhe de contradições e desejos contrapostos. (AZPITARTE, 1991).

Educar para um sentido pleno do prazer é, ao mesmo tempo, questionar a cultura do descartável e desprezível, presente numa concepção ética utilitarista pós-moderna e encontrar elementos humanizadores que possam favorecer um verdadeiro processo de aprendizado eficaz. Por outro lado, educar para o prazer é um processo que deve respeitar a individualidade de cada pessoa e a sua responsabilidade diante das decisões a serem tomadas.

Educar para uma vivência plena da sexualidade

Seguindo apenas os impulsos, não se consegue viver a sexualidade de forma autenticamente humana. Faz-se imprescindível uma educação em todos os sentidos para superar o estágio infantil e egoísta no qual só se busca a satisfação imediata dos próprios apetites e caprichos. Se se quiser alcançar um mínimo de maturidade e equilíbrio humano, a conduta, aberta para qualquer possível configuração, necessita de um esforço ascético e de uma séria dose de renúncia (AZPITARTE, 1991).

Queremos aqui propor uma educação para o sentido pleno da sexualidade no contexto complexo da pós-modernidade. Mas antes de fazer isso, percebemos a necessidade de apresentar alguns critérios norteadores para uma vivência integral da sexualidade, a fim de que possa ser inserida e gerida no atual contexto (AZPITARTE, 1991)

Um dado inicial e importante para se pensar a sexualidade num sentido pleno, é o de que a ética dá sustentação a uma visão integrada de sexualidade à medida que esta é compreendida em um projeto de vida amplo. A ética quer apenas propor um itinerário em nossa aventura humana para obter o que parece digno e desejável.

Um critério norteador para a vivência integral da sexualidade é o de optar por uma verdadeira antropologia unitária e não dualista do ser humano. O dualismo, que historicamente se revestiu ora de rigorismo, ora de permissividade, se fundamenta numa antropologia que separa radicalmente psiquismo e matéria, racional e biológico. O peso que se atribui a cada um desses elementos leva ao rigorismo ou à permissividade (AZPITARTE, 1991).

Portanto, toda tentativa de se aproximar do homem a partir de uma ótica dualista acha-se condenada ao fracasso, pelo perigo de cair em qualquer dos dois extremos. A eliminação do sentido psicológico e transcendente da matéria, ou o esquecimento da condição encarnada do espírito, dá ao ser humano caráter demasiado animal ou excessivamente angélico.

Não podemos negar que vivemos ainda sob o império de um dualismo, no entanto, este agora se centraliza mais na dimensão físico-corporal erótica, dissociando o sexo da sexualidade. (JUNGES, 1995).

Portanto, além do dualismo que precisa ser superado por uma antropologia unitária e integrada, também, vemos a urgência de situar a sexualidade num contexto mais amplo, que é o da relação intersubjetiva e não reduzi-la a uma simples vivência isolada de modo egocêntrico e narcísico.

Por sua vez, o cristianismo nos oferece também não só uma concepção de sexualidade, mas, principalmente um critério norteador que dá embasamento a uma visão relacional, pois “a sexualidade é uma componente fundamental da personalidade, um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano. Ela é parte integrante do desenvolvimento da personalidade e do seu processo educativo” (CONGREGAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO CATÓLICA, 1983).

A sexualidade é situada dentro de um contexto mais amplo, isto é, como “lugar” para uma verdadeira realização no amor. É o amor que humaniza a sexualidade e que deveria, portanto, levar à busca do prazer (CONGREGAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO CATÓLICA, 1983).

No contexto pós-moderno percebemos a necessidade de uma educação para o amor, fonte integradora do humano que busca realização. Somente superando a mentalidade egoísta-narcísica

e vivenciando o amor e a sexualidade como experiência de abertura de si ao outro, é que podemos promover a integração da sexualidade na personalidade.

O ser humano não nasce pronto para amar. É convidado a se abrir e fazer desabrochar suas potencialidades ao longo de sua vida, integrando amor e sexualidade. Entre o amor e a sexualidade, há uma relação profunda, pois ambas são o “espaço” privilegiado para a comunicação e a abertura ao outro. (FROMM, 1964).

Amar está em íntima conexão com ser amado. Para amar precisamos aprender e educar o amor. Ela não se dá uma vez para sempre. O amor necessita, na pós-modernidade, ser continuamente purificado das tendências consumistas e descartáveis, pois, sendo, ele acaba confundido com a busca de um prazer que quer ser realizado de modo imediato sem uma verdadeira relação intersubjetiva. (AZPITARTE, 1991).

Conclusão

Não resta dúvida de que se faz necessária uma educação para um sentido pleno do amor e da sexualidade no contexto pós-moderno. Uma verdadeira desconstrução da mentalidade cultural é benéfica quando o que está em jogo é o humano. Torna-se fundamental resgatar uma visão integral e unitária de ser humano, evitando todo tipo de dualismo.

Só poderemos amar quando superarmos as fragmentações e unilateralismos e quando não perdermos a referência à transcendência que clama no interior de cada um de nós. O termômetro do amor não é o “eu” que é formado para exigir prazer imediatamente, mas o “outro” que se envolve com o “eu” e o chamando-o a se abrir. Neste sentido, uma vivência plena da sexualidade leva em conta a satisfação relacional que o outro sente. O ser humano pós-moderno necessita de um vínculo profundo com o outro para não ser, ele mesmo, a única medida do amor e da sexualidade.

O diálogo, a reciprocidade, a abertura são valores fundamentais que o homem pós-moderno necessita para sair de sua prisão interior. Nesse sentido, o corpo se configura com esses valores éticos quando internalizados com autonomia e discernimento, deixando de ser fragmentado. Enquanto o ser humano estiver fechado em si, a tirania do prazer o seduzirá a viver de modo desintegrado. Para além da tirania do prazer e do corpo fragmentado, o ser humano precisa construir sua identidade de forma autenticamente humana, em conformidade com a sua dignidade e, portanto, de acordo com o sentido mais profundo de sua existência.

Referências bibliográficas

- AZPITARTE, E. L. Discernimento, In: **Dicionário de Teologia Moral**. São Paulo: Paulus, 1997.
- _____. **Ética sexual**. Masturbação, homossexualismo, relações pré-matrimoniais. 2ª ed. São Paulo: Paulinas, 1991. (Nova coleção ética).
- _____. **Ética da sexualidade e do matrimônio**. São Paulo: Paulus, 1997.
- BELLOSO, J. M. R. Quem é capaz de discernir?, In: **Concilium** 139 (1978).
- BENETTI, S. **Sexualidade**. Como vivê-la de maneira criativa. São Paulo: Paulinas, 1996. (Adolescência e Juventude).
- CAVALCANTE, M. **O corpo essencial**. Trabalho corporal integrado para o desenvolvimento de uma nova consciência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- COMPAGNONI, F. Corporeidade, In: **Dicionário de Teologia Moral**. São Paulo: Paulus, 1997. (Série Dicionários).
- CONGREGAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO CATÓLICA. **Orientações educativas sobre o amor humano**. Linhas gerais para uma educação sexual, 1983.
- DACQUINO, G. **Viver o prazer**. São Paulo: Paulinas, 1992.
- FROMM, E. **A arte de amar**. 4ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia Limitada, 1964.
- JUNGES, José Roque. Ética sexual e novos padrões culturais. In: **Perspectiva Teológica** 71 (1995).
- MAY, R. H. **Discernimento moral**. Uma introdução à ética cristã. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2008.
- MOSER, A. **O enigma da esfinge**. A sexualidade. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- ORDUÑA, R. R.; AZPITARTE, E. L.; BASTERRA, F. J. E. **Práxis Cristã**. Moral Fundamental 1. São Paulo: Paulinas, 1983.
- PHILIPPE, M.-D. **O amor na visão filosófica, teológica e mística**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- PLÉ, A. **Por dever ou por prazer**. São Paulo: Paulinas, 1984.
- RIBEIRO, Z. F. **A mulher e seu corpo**. Magistério eclesial e renovação da ética. Aparecida: Santuário, 1998.
- SIMON, R. A lei moral e o discernimento. In: **Concilium** 139 (1978).

VAZ, H. C. de L. **Antropologia Filosófica I**. 3ª ed. corrigida. São Paulo: Loyola, 1993. (Coleção Filosofia – 15).

DIVERSIDADE SEXUAL, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO: NOVOS PARADIGMAS PARA SE PENSAR SOBRE A QUESTÃO

Hugues Costa de França Ribeiro¹

SEXUAL DIVERSITY, PREJUDICE AND DISCRIMINATION: NEW PARADIGMAS FOR THINKING THE ISSUE.

Resumo: O artigo apresenta um panorama das dificuldades que se colocam para que diferentes disciplinas possam dialogar para favorecer a compreensão da construção da sexualidade em sua complexidade, de um modo geral, e suas implicações para a questão do enfrentamento dos preconceitos e discriminação diante da diversidade sexual (LGBT). Revisita a teoria dos “roteiros sexuais” de Gagnon e Simon (1973) e esboça uma visão geral sobre os pressupostos que fundamentam a “Teoria Queer”, com destaque para os autores que a influenciam, na busca de uma nova postura epistemológica para que se possa produzir um novo enquadramento para a questão do preconceito e da discriminação em relação à diversidade sexual.

Palavras-chave: Diversidade Sexual. Preconceito. Discriminação. Teoria dos Roteiros Sexuais. Teoria Queer.

Abstract: The article presents an overview of the difficulties that arise for different disciplines can talk to promoting understanding of the construction of sexuality in all its complexity, in general, and its implications for the issue of confronting prejudice and discrimination on sexual diversity (LGBT). Reviews the theory of "sexual scripts" Gagnon & Simon (1973) and outlines an overview of the assumptions underlying the "Queer Theory", highlighting the influence that the authors in search of a new approach to epistemological that one can produce a new framework for the issue of prejudice and discrimination against sexual diversity.

Keywords: Diversity Sexual. Prejudice. Discrimination. Theory of Sexual Script. Queer Theory.

Ao iniciarmos a incursão sobre o tema desse artigo, faz-se necessário revisarmos alguns conceitos que ajudarão no desenvolvimento de algumas reflexões sobre assunto que tem sido alvo de atenções da mídia escrita e televisiva na atualidade, que seria a explosão de incidentes de violência noticiados no ano de 2010 direcionado a grupos que compõem o que se designou identificar como diversidade sexual (sobremaneira aos homossexuais masculinos) em cidades brasileiras (especialmente nas duas maiores metrópoles do país, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro).

¹ Prof. Assistente Doutor da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP de Marília - SP; Diretor Científico do Centro de Estudos e Pesquisas em Comportamento e Sexualidade - CEPCoS – SP; Líder do Grupo de Pesquisa Estudos Sobre as Sexualidades – GPESS – UNESP de Marília – SP; e-mail: hugues@uol.com.br

Apesar da violência física e psicológica não ser assunto recente em nosso país, contra os LGBT como mostram as estatísticas nacionais, (CARRARA; FACCHINI; SIMÕES; RAMOS, 2006; CARRARA; RAMOS, 2005; MOTT; CERQUEIRA; ALMEIDA, 2002; MOTT, 2000) ainda são subavaliadas acreditam os estudiosos sobre o tema. No Brasil, a estatística de assassinatos de homossexuais computada pelo Grupo Gay da Bahia, desde ano de 1993, só registra os homicídios que tiveram visibilidade na imprensa, já que não existem estatísticas oficiais. As pesquisas recentes realizadas nas Paradas LGBT, em todo o país, permitem a realização de uma nova radiografia de diferentes aspectos do preconceito e da discriminação vividos por essas pessoas. O grupo Gay da Bahia chama a atenção de que a cada dois dias um homossexual é assassinado no Brasil.

De acordo com os dados da ONG SaferNet, entidade que monitora crimes e violações aos Direitos Humanos na internet, as denúncias de conteúdo homofóbico renderam 4.983 queixas nos primeiros nove meses de 2010, 88% a mais do que no mesmo período de 2009.

O conceito de paradigma e suas implicações na teorização

Quando investigamos o conceito de paradigma, constatamos que ele é mais do que um conjunto de ideias, é um conjunto de práticas sociais estáveis (inclui narrativas específicas) que entra em ação quando é definido um problema de determinado tipo, apropriado para uma certa disciplina (GAGNON, 2006, p.314). Desse modo ele transcende a um conjunto de práticas individuais sociais que caracteriza uma coletividade permanente de atores.

A formação que compartilhamos em determinadas áreas do conhecimento (medicina, psicologia, ciências sociais, antropologia, educação, etc.) acabam nos moldando, como membros de uma determinada disciplina, que nos conduz a compartilhar suas regras, principalmente, entre outras, o embasamento de suas explicações (Kuhn, 1970 *apud.* GAGNON, 20006). Desse modo, os membros de uma dada disciplina compartilham entre si em seminários, publicações, apresentações em congressos a legitimação, a reafirmação de regras dessa disciplina, e através desse processo mantém o que Fleck (1979/1935) chamou de uma “coletividade de pensamento”, marcada por um “estilo de pensamento” característico.

Por mais que essas disciplinas sejam necessárias ao que poderíamos chamar de ciência normal (com suas regras e critérios para a descrição e busca de soluções para um problema), temos de tentar resistir a este enquadramento quando pretendemos construir um tipo específico de problema a partir de um distúrbio difuso (GAGNON, 2006, p.315). Quando definimos um distúrbio como um problema apropriado para uma determinada disciplina o que ocorre?

“(...) há um estreitamento significativo das possibilidades de pensamento. Assim, nos momentos iniciais, à medida que um distúrbio é transformado num problema, convém que se faça uma pausa. Um eminente teorizador e pesquisador de campo na ecologia, um campo que se assemelha a sociologia pelo caráter fundamentalmente histórico de seu objeto de estudo, disse certa vez, que a maneira proveitosa de pensar nas perturbações era análoga a desatar um nó numa corda. Disse ele: o melhor procedimento é pegar o nó e sacudi-lo delicadamente, e o pior seria puxar agressivamente as pontas” (ibid. p.315).

Aconselha-se, com base na metáfora citada anteriormente, quando nos defrontamos com um problema, não agirmos de forma precipitada (puxando agressivamente as pontas) ao interpretarmos o problema de maneira simplificada, pois é o complexo que necessita de explicação, e nem sempre é possível remontar o complexo a partir de suas partes simplificadas ou em relações primitivas (BURKE, 1974).

Como Gagnon (2006) enfatiza:

O processo de desatar o nó sacudindo-o delicadamente, ou em resistir ao impulso de interpretar um problema complexo em termos simples, não produz “teorias”, mas efetivamente expressa atitudes ou posturas perante o que nos é apresentado como “problemas” que precisam de teorização... (...) Portanto o primeiro passo num processo de teorização ou resolução de problemas é dar um passo atrás e desvincular-se da definição do problema tal como esta se oferece a princípio (p.317).

A área da sexualidade nos últimos dois séculos tornou-se um campo de saber-poder de diferentes discursos científicos e religiosos. Diversas disciplinas pretendem ditar-lhes as regras, sugerir propostas para a compreensão de fenômenos complexos, pela ótica, muitas vezes, de explicações reducionistas. Entre essas podemos citar a medicina (mas especificamente a psiquiatria), a psicologia, a sociologia, a sociobiologia, as neurociências entre outras. Há uma disputa pelo poder-saber que de tempos em tempos parece oscilar de uma área para outra (FOUCAULT, 1988). Como destaca Vance (1995):

Os trabalhos que têm sido realizados sobre a história da construção da sexualidade na sociedade moderna mostram que a sexualidade é uma área simbólica e política ativamente disputada, em que grupos lutam para implementar plataformas sexuais e alterar modelos e ideologias sexuais. O crescimento do interesse estatal em regular a sexualidade (e o correspondente declínio do controle religioso) transformou, nos séculos

XIX e XX, as áreas legislativa e de políticas públicas em campos particularmente atraentes para as lutas políticas e teóricas em torno da sexualidade (p.15)

Além da disputa, geralmente, não costuma acontecer à possibilidade de se prestar a atenção em contribuições de outras disciplinas, que seriam necessárias para a compreensão de fenômenos complexos na área da sexualidade, principalmente no terreno das atuações práticas cujos resultados dependem do que poderíamos chamar de uma “visão holística”. Costumamos fecharmo-nos em torno de “um disciplinamento” que recebemos em nossa formação, como já enfatizamos. Esse disciplinamento é sempre reforçado em encontros profissionais, diferentes cursos de pós-graduação (cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado), em congressos, em seminários, em simpósios, etc.

A sexualidade e as dificuldades que se colocam com base nos paradigmas

A complexidade da construção da sexualidade de cada pessoa aponta para múltiplas variáveis que interferem nesse processo. Para melhor compreendermos essa construção urge uma atenção à contribuição de diferentes disciplinas com seus saberes no que ficou conhecida por abordagem “interdisciplinar”, que hoje está sendo substituída pela “transdisciplinar”.

Apesar da ênfase, quase unânime, entre estudiosos e pesquisadores da área que a sexualidade para ser mais bem compreendida em seus diferentes aspectos, necessita da abordagem interdisciplinar (ou até transdisciplinar), algumas ideias centrais que compõem os paradigmas de uma dada disciplina funcionam dificultando o diálogo produtivo na tentativa de compartilhamento de explicações e de novas propostas de intervenção, de modo a favorecer, por exemplo, no caso de nosso interesse nesse artigo, o combate ao preconceito e a discriminação contra os grupos que fazem parte da diversidade sexual.

Recentemente surgem novas formas de se compreender diferentes aspectos da diversidade sexual, que introduzem a proposta de um novo enfoque epistemológico, como é o caso da Teoria Queer, que exploraremos adiante e que implica em novos *insights* para a compreensão e construção na pós-modernidade da diversidade sexual na sociedade ocidental. Ou ainda o revisitar outras construções teóricas que passaram despercebidas, principalmente, por profissionais com formação na área da Medicina e Psicologia.

Advertimos que partimos do pressuposto que a melhor maneira de compreender a sexualidade é como um fenômeno social e histórico, construído com base nas relações de poder (FOUCAULT, 1988) e através de mudanças ocasionadas pelas transformações históricas nas questões de gênero nas sociedades modernas (GIDDENS, 1993).

Revisitando propostas para a compreensão do fenômeno sexualidade

Aqui iremos destacar algumas contribuições teóricas de outras áreas que não a Psicologia e a Medicina, que passaram quase que despercebidas e não receberam a devida atenção. Ouso afirmar que tenho observado que a Filosofia, a Antropologia e a Sociologia têm elaborado construções teóricas e reflexões mais interessantes para a compreensão da sexualidade e da diversidade sexual. Antes faremos algumas colocações para contextualizar essas teorias, tendo sempre como pano de fundo suas implicações para a questão da diversidade sexual.

Um problema antigo, mas persistente na atualidade

Apesar de muitos estudiosos da área da sexualidade destacarem que a discussão de afirmação da oposição entre Teoria Essencialista versus Construcionismo Social estar ultrapassada, vale a pena resgatar sua importância capital na maneira como podemos entender as interpretações dadas por essas duas correntes acerca da sexualidade e suas manifestações. Os pressupostos que embasam ambos os modelos, podem representar um dos maiores entraves para a troca de conhecimentos entre diferentes disciplinas.

O Modelo Essencialista interpreta a sexualidade enquanto um impulso, um instinto, determinado biologicamente, que segue seu curso “natural” que culminará no terreno da prática sexual heterossexual (concomitante com desejo sexual hetero centrado). São defensores desse modelo: Freud (1976/1905), Reich (1979/1929; 1988/1932), Ellis (1946) Krafft-Ebing (1998/1886) Masters e Johnson (1981, 1997) entre outros.

O Construcionismo Social compreende a sexualidade em suas diferentes condutas e significações como fruto de aprendizagem e determinado por influências históricas e socioculturais. São defensores desse modelo: Foucault (1988), Vance, (1995), Weeks (2000), Butler (2003, 2000), Sedgwick (2007,1985) entre outros.

O Modelo Essencialista foi criticado por Foucault com a publicação de *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Nessa obra afirma que a sexualidade é uma categoria que é construída

como fruto da experiência humana, sendo que sua origem não é biológica e sim histórica, social e cultural. Foucault pode ser apontado como a figura central que forneceu as proposições principais para o delineamento de futuros desdobramentos do Modelo do Construcionismo Social por outros(as) autores(as).

Segundo Spargo (2006) Foucault afirma que a interpretação da sexualidade como natural é uma crença. No entanto, não descarta toda a dimensão biológica, mas prioriza o papel crucial das instituições e seus discursos na construção da sexualidade.

Como o artigo versa sobre a diversidade sexual, cabe ressaltar que Foucault (1988) destaca que a identidade homossexual foi uma criação da medicina do século XIX. A produção discursiva das perversões teve seu auge no século XIX e começo do XX: “Aconteceram neste período uma dispersão das sexualidades, um reforço de suas formas absurdas, uma implantação múltipla das perversões. Essa época foi a iniciadora das heterogeneidades sexuais” (p.38).

Foucault (ibid) vai ainda sublinhar que é nessa época que se dá o surgimento da dimensão específica do “contra a natureza” no campo da sexualidade. Todos os que violam as normas são julgados tanto pelo aspecto legal, quanto moral. Os que contrariam as normas apresentam uma espécie de “defeito”, que é interpretado como gerado por uma causa biológica ou nas experiências insatisfatórias da pessoa.

Nas culturas ocidentais existe o preconceito arraigado de que a melhor maneira de compreender a conduta das pessoas socialmente problemáticas é interpretá-la como resultado de algum defeito na origem da pessoa. Esse preconceito vigente na cultura popular também parece incorporado por profissionais de diferentes áreas, pois como membros desta mesma cultura não ficam imunes a tal influência (GAGNON, 2006). Essa crença é transferida para a diversidade sexual (LGBT), mesmo por pessoas que não são homofóbicas.

Acredita-se que esse defeito tem causa biológica, e a busca das origens biológicas do desejo afetivo sexual pelo mesmo gênero, está tão fortemente programada na cultura ocidental, que provas negativas e revisões críticas de inúmeros estudos, que caminham nessa direção, não impedem novas tentativas com este objetivo.

Cabe acrescentar que alguns gays e lésbicas principalmente os que estão engajados no movimento homossexual, anseiam pela localização de causas biológicas para seu desejo homo orientado. Tal tendência parece preocupante, pois se por um lado a descoberta poderia amenizar sentimentos de culpa e sinalizar a desconstrução da interpretação amoral que é dada a homossexualidade, esses ganhos poderiam gerar, em contra partida, prejuízos notórios, basta que lembremos o registro histórico nos anos 30 e 40, da emergência a afirmação do movimento eugenista na Europa.

A busca de uma causa primária para a orientação afetivo sexual homoerótica, não teria interferência para minar a “teoria do defeito”, muito pelo contrário, pode reafirmá-la o que poderia ocasionar formas drásticas de intervenções.

Nesse ponto concordamos com Gagnon (1977, 2006) quando sugere que a postura mais adequada da ciência que deve nortear estudiosos(as) e pesquisadores(as) em relação à diversidade sexual, é o reconhecimento da complexidade na construção do gênero e da preferência do desejo afetivo sexual. Ao se assumir essa atitude, optaremos por um caminho muito mais produtivo em termos científicos, do que buscar as causas seja da homossexualidade ou da heterossexualidade.

O que se deduz das colocações de Foucault (1988) em diversas passagens de sua obra *A História da Sexualidade I: a vontade de saber*, é que os que se orientam pela teoria essencialista almejam a busca o desejo do eterno, do universal, de verdades absolutas, uma reedição do pensamento social vigente no século XVIII. A colocação muito pertinente de Califia (1983, *apud* GAGNON, 2006) é lapidar:

“(...) a sexualidade é socialmente construída. (...) se modifica com o tempo, com a cultura circundante. Um século atrás, não havia nada que se assemelhasse a um clone do Castro, uma feminista lésbica ou um Kinsey 6 e, daqui a cem anos, esses tipos estarão extintos quanto os uranistas” (p.178).

A teoria dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon (1973) e sua contextualização em relação à diversidade sexual

Como destaca Gagnon (2006) pode ser identificada uma homofobia científica tradicional ao se tratar da questão da homossexualidade. Inicia-se nos anos 60, mas ainda era marcante no final dos anos 80 e nos 90, a presença de defensores na crença das origens biológicas da homossexualidade ocasionada por causas genéticas, hormonais, por vivências infantis em

determinadas fases do desenvolvimento psicosssexual, por influência na ordem de nascimento, no estresse pré-natal experimentado pela mãe, diferenças comparativas entre homossexuais e heterossexuais em determinadas estruturas do SNC, etc. que produziriam isoladas ou combinados com outros fatores à atração pelo mesmo gênero nas relações afetivo sexuais em pessoas adultas. Em função de adotarem esse paradigma, muitos pesquisadores buscavam em suas pesquisas as causas das origens patológicas da homossexualidade (BIBIER, DAIN, DICE et al, 1962; ELLIS, 1965; DÖRNER, 1968; SOCARIDES, 1969, 1991, 1995; DÖRNER.G.; RHODE,W.; STHAL,F; KRELL,L, 1975; FRIEDMAN; WOLLESEN; TENDLER, 1976; GORSKI, R.A.; GORDON,J.H.; SHRYNE, J.E.; SANTHAM, A.M. ,1978; DORNER; GEIER, T.; AHRENS et al , 1980; KENNEL; KLAUSS, 1982; WHITMAN,1983; MEYER-BAHLBURG, 1984; MONEY; SCHWARTZ; LEWIS, 1984; PATTATUCCI; HAMER, 1985; GREEN, 1987; KONRAD,1987; ALLEN; HINES; SHRYNE; GORSKI, 1989; BAILEY; PILLARD, 1991; LE VAY, 1991; HAMER; HU STELLA; MAGNUSON; HU NAN; PATTATUCCI, 1993; LE VAY; HAMER, 1994; BLANCHARD; BOGAERT, 1996; ELLIS; COLE-HARDING, 2001).

O modelo conhecido como Construcionismo Social, defende a o pressuposto de que o desejo por pessoas do mesmo gênero (podendo-se também usar a expressão “desejo pelo mesmo sexo” – criticada por alguns de seus adeptos que acreditam que a expressão teria um viés ligado a Teoria Essencialista.) é determinado pela influência cultural e histórica (GAGNON; SIMON, 1973, GAGNON, 2006; WEEKS 2000; VANCE, 1995).

A popularização da Teoria do Construcionismo Social implica em atestarmos que vários autores empregam o termo “construção social” de diferentes maneiras. Em comum todos rejeitam as definições de diferentes aspectos da sexualidade extensivas a diferentes culturas e épocas (VANCE, 1995). Por outro lado, os autores que se denominam “construcionistas” divergem quanto ao que poderá ser construído (identidades sexuais, práticas sexuais, orientação do desejo afetivo sexual). Alguns adotam uma postura que poderia ser identificada como “radical”, considerando que tudo que diz respeito à sexualidade é construído socioculturalmente, até mesmo a orientação do desejo afetivo sexual.

Na sua perspectiva mais radical, a teoria construtivista está disposta a considerar que o próprio desejo sexual é construído pela cultura e pela história a partir das energias e capacidades do corpo, não existindo, portanto a ideia de “impulso sexual”, “pulsão sexual” ou “apetite sexual” essencial e indiferenciado, presente no corpo devido ao funcionamento e sensações fisiológicas (ibid. p.17).

A postura radical contrasta com a “moderada”, pelo fato dessa vertente aceitar a existência de um desejo inerente à pessoa independente da influência da cultura, mas que se constroem através de condutas, identidades, escolha do objeto afetivo sexual, etc.

Apesar de algumas diferenças, as duas vertentes compartilham a ideia de que as condutas sexuais fisicamente idênticas podem ter importâncias e significados sociais na dependência da influência de diferentes culturas e períodos históricos. Data dos anos 70 a emergência de estudiosos e pesquisadores que se propõem em pensar a sexualidade como uma construção social.

Na defesa da justificativa da escolha do Construcionismo Social como teoria para a compreensão de diferentes aspectos da sexualidade, enfatiza-se que a preferência afetivo sexual pode não se manter no decorrer da vida, tendo como uma de suas características a instabilidade, além do que, como aponta Foucault (1988), nem todas as preferências sexuais são reativas ao gênero, podendo ser raciais, étnicas, em matéria de beleza, etc.

O modelo conhecido como Interacionismo Simbólico, desenvolveu a ideia de que a construção de nossa sexualidade passa pela construção de Roteiros Sexuais (GAGNON; SIMON, 1973; GIOLA; GREEN; HELLMAN, 1984). A ideia dos roteiros para orientar a construção da sexualidade das pessoas, parece uma proposta bastante interessante, já que remonta a uma preocupação em nível individual (micro), enquanto a contribuição de Foucault nos permite uma visão macro, de como o poder-saber veiculado pela ciência e pelas instituições elaboram normas, legitima certas forma de exercício da sexualidade e patologizam outras. Além de demonstrar como o poder se apropriou da sexualidade para a produção de verdades absolutas, cujos interesses sempre foram políticos, sociais e econômicos.

A teoria da roteirização surge no final dos anos 60 e início dos 70, tendo como objetivo mais amplo a reformulação de ideias importantes sobre o sexual, e defende a rejeição de algumas concepções tradicionais da sexualidade (que alicerçam a teoria essencialista) e propõe interpretações alternativas. Pode-se dizer ser uma das pioneiras no enfoque que ficará conhecido como construcionismo social, antecipando a visão do pós-modernismo das ciências sociais e do comportamento (GAGNON; SIMON, 1973; GAGNON, 2006).

Fundamenta-se para suas proposições na maneira como a conduta sexual é aprendida, pela reconceptualização de alguns pressupostos: a) a sexualidade não é um fenômeno universal, não

sendo idêntica em diferentes culturas e épocas históricas; b) não se podem interpretar suas manifestações e significados atribuídos como simples respostas a um determinismo biológico; c) todos os tipos de condutas sexuais devem ser entendidos como fenômenos locais, situados e datados; d) os sentidos, significados e propósitos das condutas sexuais são específicos de um dado contexto histórico cultural; e) as ciências que estudam a sexualidade são produtos culturais históricos (GAGNON, 1975); o conjunto de explicações, técnicas que compõem os paradigmas da iniciação científica são fenômenos culturais de modo que o mundo não pode ser objetivamente examinado e todo cientista tem um conjunto de interesses e maneira de interpretar o mundo que sofre a influência de sua participação em uma comunidade científica específica e numa cultura mais ampla baseada na ciência (GAGNON, 2006).

Com base nesses pressupostos pode-se inferir que tanto a sexologia (enquanto ciência que estuda a sexualidade), a heterossexualidade e a homossexualidade são fatos sociais inventados, fruto de mudanças que podem ser observadas nos últimos duzentos anos, e que os pesquisadores divulgam através de publicações, da exposição nas mídias, até que possam se tornar do domínio do grande público.

O conceito de roteirização proposto por Gagnon e Simon (1973, p.17) implica em admitir que a conduta sexual envolve um roteiro cognitivo organizado, sendo que é ele quem guia os passos para o desempenho sexual, até mesmo para reconhecer que uma situação é potencialmente sexual, incluindo todos os aspectos envolvidos no comportamento sexual (como por exemplo identificar os sinais fisiológicos, associados a excitação sexual e ao prazer sexual). Para a elaboração desse roteiro individual, os conhecimentos necessários envolvem a interação complexa entre a pessoa e o contexto. Segundo postula a teoria, o comportamento sexual recebe mais influência do contexto sociocultural do que de estados internos (GAGNON, 2006).

Os roteiros ao se construírem implicam: (a) no aprendizado do significado dos estados internos; b) na organização da sequência de atos especificamente sexuais; c) na decodificação das situações novas; d) no estabelecimento de limites para as repostas sexuais e e) na vinculação de sentidos provenientes de aspectos não sexuais da vida à experiência especificamente sexual (GAGNON: SIMON, 1973).

Os roteiros sexuais em seu funcionamento dependem de três níveis que em interação permitem a coordenação das condutas sexuais para as situações cotidianas ou para as novas. O “nível interpessoal” permite que o roteiro possa ser acionado em situações de interação sexual, nesse caso o ator atende as expectativas de outras pessoas; nesse nível o roteiro tem como base a aceitação e utilização de padrões contínuos de comportamento social estruturado.

O “nível intrapsíquico” representa o conteúdo na vida mental e resulta, em parte, do conteúdo dos cenários culturais (o terceiro nível que será descrito adiante) e das demandas da interação (nível interpessoal) e em parte não. Os roteiros intrapsíquicos regulam e organizam mentalmente nossas ações em termos semelhantes a projetos e esquemas na proximidade de uma interação. São nesse nível que são pensados os problemas que resultam quando temos de ligar o significado (cenário cultural) à ação (a interação social). [GAGNON, 2006].

Antes de abordarmos o terceiro nível, é preciso enfatizar que na vida social, os três níveis de roteirização apresentam uma interação dinâmica. A pessoa tem a possibilidade na vida mental privada de trabalhar com os roteiros interpessoal e cultural, a fim de criar alternativas inovadoras. O material dos cenários culturais é importado para os roteiros intrapsíquicos e a pessoa pode se ver nos papéis de ator, crítico e revisor de suas condutas sexuais.

Cabe ainda destacar nas palavras de Simon e Gagnon (1986):

A interação entre os níveis de roteirização têm dimensões históricas, culturais e individuais. Nesse sentido em muitas situações (em contextos sociais aparentemente mais tradicionais) os cenários culturais, raras vezes, preveem o comportamento real. Eles são muito genéricos, em termos abstratos, havendo a necessidade de criação de roteiros interpessoais, que transforma o ator em alguém que deixa de ser exclusivamente um ator treinado em seu papel ou papéis, e lhe acrescenta a tarefa de ser um ator ou um adaptador parcial dos roteiros (p.98-99).

O terceiro nível o Cenário Cultural, foi definido posteriormente a partir das análises iniciais das representações de sexo explícito ou da pornografia. A literatura e os filmes pornográficos e agora também a internet (não analisada pelos autores na época), apesar de terem uma influência limitada; oferecem pistas sociais do que era apropriado para obtenção de excitação e do prazer sexual. Os autores atestaram que além do material pornográfico, existiam instruções culturais (cenários culturais) sobre a sexualidade presentes na literatura científica e que instruções estavam também disseminadas na organização das instituições sociais e nas práticas cotidianas dessas organizações (família, escola, Igreja, organizações empresarias, universidade, na medicina, etc.) [ROBERTS, 1980].

É interessante observar, com implicações dignas de nota para a compreensão de como os grupos que compõem a diversidade sexual na contemporaneidade podem construir seus roteiros sexuais, de que existe uma complexa relação entre os três níveis e que esta difere em diferentes culturas, épocas, mas também dentro de subculturas e entre indivíduos (GAGNON, 2006).

É inegável que a teoria dos roteiros sexuais pode ser fonte de pesquisa e propiciar informações significativas em diferentes aspectos das vidas da população LGBT, visando à implementação de programas para favorecer o aumento da qualidade de vida o combate ao preconceito, à discriminação e a possibilidade de se livrarem de conflitos que podem desembocar em comprometimento de sua saúde mental e sexual.

Nesse sentido muitos trabalhos pesquisa foram realizados em outros países mostrando que transformações sociais e políticas pós- Stonewall (principalmente gays e lésbicas) tiveram repercussões no nível do panorama cultural tais como: o estímulo ao orgulho gay, à criação das comunidades gays nos grandes centros urbanos e o clima de acolhimento, a veiculação na mídia de assuntos ligados a diversidade sexual, sobremaneira com o espaço conquistado durante as fases iniciais da epidemia da AIDS. Esses acontecimentos influenciaram a organização dos roteiros intrapsíquicos das pessoas que pertenciam ao grupo LGBT, culminando como a atitude política de “sair do armário”, em que a afirmação da visibilidade pode ter consequências positivas sobre a autoestima, tornando-se uma das frentes de luta contra o preconceito e a discriminação.

Do ponto de vista de poder minimizar o conflito dessas pessoas diante de um cenário cultural que transmite na educação das crianças mensagens negativas acerca da homossexualidade, pode ser útil aos psicoterapeutas, investigarem como esses roteiros se organizam, como no nível intrapsíquico, se dá o confronto entre o cenário cultural (os roteiros culturais internalizados) e os roteiros interpessoais.

Cabe ainda destacar que gays e lésbicas na construção de seus roteiros são fortemente influenciados pelo cenário da subcultura gay, já que, ainda hoje, a frequência a determinados locais (bares, discotecas, clubes de sexo, saunas, etc.) costumam fazer parte do processo de consolidação de suas identidades. A investigação da influência desse cenário da subcultura na área da sexualidade é de interesse de pesquisadores e de profissionais que atuam em diferentes setores.

Estar a par dessa dinâmica e das transformações no cenário da subcultura gay, pode ajudar muito para que se possa atuar junto aos conflitos gerados por valores veiculados nessa subcultura como, por exemplo, o preconceito e a discriminação dos gays afeminados e das lésbicas masculinizadas, a rejeição de gays que começam a envelhecer (o culto da juventude como algo de importância fundamental no jogo da sedução e na possibilidade de atração entre parceiros). [ERIBON, 2008].

No entanto carecemos de resultados de pesquisa em número suficiente realizadas em nosso país, que retratem como as transformações no cenário cultural mais amplo, e no cenário da subcultura gay, repercutem na organização dos roteiros sexuais de grupos que fazem parte da diversidade sexual.

Partamos agora para a investigação de novos paradigmas elaborados pela Teoria Queer.

Teoria Queer

O que é a Teoria Queer?

A teoria queer não é um quadro de referência singular, conceitual ou sistemático, mas um grupo de intelectuais que compartilham alguns compromissos para uma nova leitura das relações entre sexo, gênero e desejo sexual.

A escolha do adjetivo tem uma conotação de contestação, pois se referia a um xingamento, que significa estranheza, raridade, desvio, anormalidade; ou uma palavra alternativa escolhida por alguns setores da comunidade de homossexual, que criticavam a utilização, quase universal no Ocidente, do termo gay que era considerado como uma referência a uma proposta normalizadora de enquadramento em padrões sociais vigentes e expressam a demanda das pessoas por reconhecimento (MISKOLCI, 2009).

Como sintetiza Spargo (2205):

O termo descreve um leque diverso de práticas e prioridades críticas: leituras da representação do desejo pelo mesmo sexo em textos literários, filmes, música e imagens; análise das relações de poder sociais e políticas da sexualidade; críticas do sistema sexo-gênero, estudos de identificação transexual e transgênero, de sadomasoquismo e de desejos transgressivos (p.8).

Surge como uma crítica ao pensamento vigente na sociologia canônica, que em seus estudos sobre as sexualidades não-hegenônicas (grupos que compõem a diversidade sexual) tinham como tendência reforçar e naturalizar a heteronormatividade. Seu local de origem é os EUA, no final

dos anos 80, nos Departamentos de Filosofia e Crítica Literária, onde seus primeiros teóricos criticavam a supremacia de pressupostos normalizantes que embasavam os estudos sócio-antropológicos da sociologia canônica (MISKOLCI, 2009).

Influências teóricas que servem de pressupostos para a Teoria Queer

A Teoria Queer pode ser vinculada a algumas vertentes do pensamento ocidental contemporâneo, que ao longo do século XX, questionaram as noções clássicas de sujeito, identidade, de agência e de identificação (LOURO, 2004).

Michel Foucault

Michel Foucault pode ser considerado um dos autores mais influentes nos pressupostos que dão sustentação a Teoria Queer. Em sua publicação *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (1988/1976), sem desconsiderar outras de suas obras (que também abordam a temática da exclusão dos indesejados pela sociedade por meio de diferentes mecanismos), apresenta muitas interpretações que servem de sustentação para os teóricos queer.

Nessa obra desenvolve a descrença na “hipótese repressiva”. Questiona se a característica verificada no Ocidente nos últimos duzentos anos, seria de fato a repressão sexual. Defende e fundamenta com suas pesquisas a ideia de que, ao contrário, ocorreu uma incitação para que dela se falasse, através da colocação da sexualidade em discurso. A sociedade ocidental caracterizou-se pela produção de discursos em diferentes áreas.

Foucault (ibid.) destaca ao analisar esses diferentes discursos (com ênfase no discurso da Medicina) como foram produzidos, gerando a multiplicação de classificações e a criação de tipos diversos de sexualidades, acompanhado de mecanismos para suas regulações. Ainda que os dispositivos da sexualidade se apoiem na interdição pela lei, outros mecanismos favorecem a emergência de outras sexualidades. Spargo (2006) nos oferece uma definição precisa do que seria “o discurso” em Foucault:

Na teoria foucaultiana “discurso” não é apenas uma outra palavra para “fala”, mas uma prática material historicamente situada que produz relações de poder. Os discursos existem no âmbito de instituições e grupos sociais, apoiando-os, e são ligados a saberes específicos. Assim, o discurso da medicina produz práticas, saberes e relações de poder particulares. (Notas/sem página).

Foucault (1988) vai fornecer uma das bases teóricas de sustentação cruciais para a teórica queer em sua versão para a *História da Sexualidade*, que seria a “construção discursiva da sexualidade”.

Nessa linha de raciocínio afirma que a homossexualidade é uma categoria moderna, cuja criação parece datar de 1870, logo deve ser vista não como uma “identidade descoberta”, mas como uma “categoria de saber construída”. Os teóricos queer propõem novos enfoques epistemológicos para se investigar como a homossexualidade foi construída como uma categoria não legitimada de exercício da sexualidade.

Toda a análise tanto da homossexualidade quanto da heterossexualidade deve ser realizada como um “produto cultural” mediante uma análise histórica, já que é uma criação, não se podendo analisá-las apenas influenciada pela biologia.

Jacques Derrida

Filósofo francês de origem argelina fornece para a teoria queer outro pressuposto fundamental que é a proposta da “análise desconstrutivista”. O adjetivo “desconstrução” escolhido por Derrida, não se refere metaforicamente a extinção, por abaixo; mas a proposição de um novo enfoque epistemológico, uma nova forma de “conhecimento”, quando a lógica ocidental opera segundo o “binarismo” (DERRIDA, 1973; WOLFREYS, 2009).

Derrida destaca que fomos captados para conceber homossexualidade e heterossexualidade como polos opostos; além de veicular a ideia de que a pessoa heterossexual é figura central, e dessa posição passa a determinar o lugar do outro, em oposição, como subordinado e inferior. Produz-se então uma hierarquização, com base na lógica de uma entidade superior que serve de parâmetro para inferiorizar as demais.

Na proposta de uma nova forma de desconstruir essa hierarquização evoca a “noção de suplemento”, ou seja, enfatiza que não há a oposição consagrada entre hetero e homossexualidade, e sim uma dependência, pois ambos os polos necessitam do outro para poderem existir. O suplemento para a existência do heterossexual seria o homossexual, que na verdade não é uma categoria adicional a heterossexual, pois depende desta para existir.

Através da “desconstrução” das oposições binárias, ficaria notória a interdependência e a fragmentação de cada um dos polos (LOURO, 2004). Cada polo não existe em separado do outro, mais especificamente carrega vestígios do outro.

Cabe aqui uma alusão a essa proposta de Derrida, através dos trabalhos desenvolvidos por Sedgwick (1985, 2007), que se não apontam uma saída para a oposição binária, sugerem como novas análises as maneiras como foram instituídos os enormes privilégios nos discursos para a heterossexualidade, pela imposição compulsória da “heteronormatividade” e da estigmatização da homossexualidade. Sedgwick (1985) aponta como na educação dos homens estão presentes interações sociais que estimulam a hostilidade e a aversão à homossexualidade.

Judith Butler

É considerada uma das referências teóricas mais importantes da Teoria Queer. É filósofa pós-estruturalista estadunidense, pertencendo ao Departamento de Retórica e Literatura Comparada da Universidade da Califórnia, em Berkeley. Butler (2000, 2004) apoiando-se nas contribuições de Foucault, vai com suas proposições reafirmar o caráter discursivo da sexualidade, podendo-se ser considerada uma teórica que amplia a visão do papel dos discursos na construção das sexualidades, aplicando-o na construção dos gêneros, a partir da constatação de como os discursos produzem a “significação dos corpos”.

Nessa linha de argumentação vai apresentar novas proposições acerca da sequência imposta para sexo-gênero-sexualidade. Contesta a visão essencialista dominante de que um determinado sexo (corpo biológico- macho ou fêmea) vai determinar um gênero (masculino ou feminino), e um desejo afetivo sexual (dirigido ao sexo oposto). O determinismo biológico é posto em xeque, postulando que a linguagem vai veicular significações para os corpos, que passam a incorporar suas representações, sempre fundamentadas em normas.

Nesse processo de construção apropria-se do conceito de “performatividade” que toma emprestado da linguística, ao afirmar que a linguagem que se refere aos corpos ou ao sexo, não realiza apenas uma descrição e constatação desses corpos, mas no momento da nomeação os constrói (BUTLER *apud*. LOURO, 2004).

A afirmação da suposta coerência da sequência tem como objetiva a normatização da vida das pessoas e define a forma “normal” de viver os gêneros e por meio da imposição também de um tipo normal de família, sustentada sobre a reprodução sexual e a heterossexualidade (ibid. 88).

Fica implícita nessa política, uma rejeição ou “não lugar” para os que não seguem a sequência. Homens e mulheres que escapam da sequência costumam pagar um preço alto, e acabam sendo

estigmatizados (como no caso dos homossexuais ou outros grupos que compõem a diversidade sexual), lhes sendo negados uma série de direitos enquanto cidadãos. As uniões homoafetivas não são consideradas, no Brasil, vínculos que pudessem ser enquadrados como famílias e como tal, lhes não negados alguns direitos fundamentais, entre esses a adoção de filhos, a compra de bens em parceria, a tomada de decisões quando a parceria corre risco de vida, etc. No Brasil a justiça tem se adiantado e se adaptado à constatação de novos tipos de famílias, de parcerias, como decisões que estão permitindo que o acesso aos direitos de cidadania possa ser extensivo aos LGBT.

É preciso chamar a atenção como destaca Butler (2003) que na definição de homem e de mulher, de gênero e de sexualidade; estamos sempre ingeridos num contexto cultural que estabelece as normas. A pessoa carrega nesse processo de construção da sexualidade as marcas específicas de uma cultura, a influência de uma época, seus valores, a influencia mais marcante de uma área de conhecimento, já que há uma disputa de poder para ditar padrões de comportamento na área da sexualidade, como já enfatizamos anteriormente.

Cabe ainda destacar que essas nomeações e classificações não se mantêm como universais, são transitórias e passageiras, estando em constante modificação, reconstrução e novas criações. Essas normas não podem ser interpretadas tendo como justificativas aspectos universais determinados pela biologia, elas são invenções socioculturais.

Para que as normas do sexo possam produzir seus efeitos, necessitam serem reiteradas constantemente, em diferentes instituições, por diferentes atores sociais e alicerçados pelo poder de determinadas áreas do conhecimento. Essa necessidade de repetição exaustiva que é destacada por Butler, é o que identifica como o caráter “performativo” da construção das normas de sexo, gênero e sexualidade.

As normas que são reiteradas são as normas de gênero na ótica heterossexual, não havendo espaço para a aceitação de outras opções, outras identidades, outras formas de exercício da sexualidade. A uma compulsão para a imposição da heterossexualidade como norma, o que legitima na pessoa heterossexual uma “posição de sujeito” valorizada, natural, prestigiada, digna de usufruir direitos, etc. Quaisquer outras possibilidades vão ser questionadas quanto a sua legitimidade, tendem a ser inferiorizadas, quando não ainda patolizadas, vistas como

anormalidades. Fica ainda evidente que essa estigmatização, supressão de reconhecimento e negação de direitos é perpassada pela influência do nível socioeconômico, pela classe social e pela raça.

Apesar de toda pressão para a imposição da heterossexualidade como a única forma de expressão da sexualidade legitimada e favorecida; existem corpos que não se ajustam, negam-se ao enquadramento das normas, resistem, rebelam-se e constroem novas possibilidades para o gênero e a sexualidade. Essas pessoas travam uma luta constante pelo direito de existir, e geralmente são marginalizadas, inferiorizadas, vítimas de violência psicológica e até de agressões físicas.

No entanto, essas pessoas desempenham um papel fundamental, pois são as sinalizadoras do limite e da fronteira. São elas que apontam e caracterizam os que são excluídos; outras identidades, as diversas possibilidades de construções de gênero, de outras formas de desejo (BUTLER, 2000). Todas as pessoas acabam por travar um enfrentamento com as normas, alguns as aceitam incontestes, outras não se submetem, subvertem-nas, outros ainda recriam novas possibilidades. Aos(as) dissidentes há um custo alto pago na subversão, mas os esforços despendidos, que não são poucos, para suas legitimações também estão na dependência da circulação do saberes por redes de poder (LOURO, 2004).

Algumas sugestões dos teóricos queer para uma nova proposta para estudo da diversidade sexual.

Entres os teóricos e pesquisadores que poderiam ser identificados como “queers” podemos citar: Steven Seidman, Judith Butler, Eve Kosofsky Sedgwick, Teresa Lauteris, Guacira Lopes Louro, Richard Miskolci, Michael Warner, Gayle Rubin; David M. Halperin e Rosi Braidotti entre outros. Embora possa haver pequenas diferenças nas abordagens teóricas desses(as) autores(as), muito concordam com pontos que destacaremos a seguir.

Embora a maioria não desaprove o que se passou a identificar como “Estudos de Gays e Lésbicas”, consideram que esses estudos embora bem intencionados, acabam por reforçar a posição binária. Consideram mais produtivo defender uma nova epistemologia para o estudo da diversidade sexual, que objetiva desvelar como diferentes discursos veiculados por uma série de setores, instituições, disciplinas atuam por meio de diversos dispositivos na imposição da heterossexualidade compulsória e da lógica binária. Essa seria a forma mais produtiva para

desfazer as hierarquizações produzidas pela criação de categorias de pessoas, combater a dominação e a exclusão.

São unânimes de defenderem a proposta de Derrida, na defesa da abordagem “desconstrutivista”, que permitiria compreender que a hetero e a homossexualidade estão integradas num mesmo quadro de referência. A implicação de identidade hetero ou homossexual vai sempre implicar na negação de seu oposto. No caso da homossexualidade este outro é sempre visto como um ser inferior, abjeto, anormal. A negação desse outro (o homossexual) faz parte da identidade negada e é essencial como parte constitutiva do sujeito.

O alvo principal político dos estudos queer, não seria dirigir o foco para desvendar preconceitos e discriminações contra os LGBT; considerando-se mais produtivo orientar os esforços para identificar através de que mecanismos e estratégias instalam-se a imposição da heterossexualidade como a categoria central, valorizada, em torno da qual são organizadas as práticas sociais e as relações entre as pessoas.

Para finalizar, no campo educacional alguns estudiosos da teoria queer , no Brasil, discutem a possibilidade de usar os pressupostos dessa teoria para a colocação em prática de um “currículo queer” (LOURO, 2004; SILVA 1999). Esse assunto, devido ao espaço reduzido que ainda resta nesse artigo, será tema de exposição e discussão em publicações futuras.

Referências bibliográficas

ALLEN, L. S., HINES, M., SHRYNE, J. E.; GORSKI , R. A. Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. **Journal of Neuroscience** ,n 9, p. 497-506, 1989.

BAILEY, J. M.; PILLARD, R. A genetic study of male sexual orientation. **Archives of General Psychiatry**. v.48, n.1, p.1089-1096, 1991.

BIBIER, I.; DAIN, H.; DICE, P et al. **Homosexuality: a psychoanalytic study**. New York: Basic Books, 1962.

BLANCHARD, R.; BROGAERT, A. F. Homosexuality in men and number of older brothers. **American Journal of Psychiatric**. n.153, p .27-31, 1996.

BLOS, P. **Son and father: before and beyond the edipus complex**. New York: The Free Press, 1985.

BURKE, K. **The philosophy of literary form**. Berkeley: University of California Press, 1974.

BUTLER, J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”*. In: LOURO, G. L.(org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-172.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BYNE, W.; PARSONS, B. Human sexual orientation. The biologic theories reappraised. **Archives of Sexual Psychiatric**, v.50, p. 228-239, 1993.

CARRARA, S; FACCHINI, R.; SIMÕES, J.; RAMOS, S. **Política. Direitos, violência e homossexualidade**. 9ª Parada do Orgulho GLBT. São Paulo 2005. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CARRARA, S; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade**. 9ª Parada do Orgulho GLBT. Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

DALLAS, J. **Desires in conflict**. Eugene, Oregon; Harvest House Publishers, 1991.

DERRIDA, J. **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DÖRNER, G. Hormonal induction and preventions of female homosexuality. **Journal of Endocrinology**. N.42, p.163-164, 1968.

DÖRNER, G.; GEIER, T.; AHRENS, L. et al. Prenatal stress as possible aetrogenetic factor of homosexuality in human male. **Endocrinology**, v.75, n.3, p.365-368, 1980.

DÖRNER.G.; RHODE,W.; STHAL,F; KRELL,L. A neuroendocrine predisposition for homosexuality in men. **Archives Sexual Behavior**, n.4, p.1-8, 1975.

ELLIS, A. **Homosexuality causes and cure**. New York: Lyle Stuart, 1965.

ELLIS, H. **The psychology of sex**. London: William Heinemann, 1946.

ELLIS, L.; COLE-HARDING, S. The effects of prenatal stress, the use of alcohol and nicotine exposure on human sexual orientation. **Physiological Behavior**. v.74, n.1-2, p.213-226, 2001.

ERIBON, D. **Reflexões sobre a questão gay**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

FLECK, L. **The Genesis of a scientific fact**. Chicago: University of Chicago Press, 1979 [1935].

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FRIEDMAN, R.C.; WOLLESEN, F.; TENDLER, R. Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. **Journal of Nervous Mental Disorders**, n.163, p.282-288, 1976.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud**, v.VII, 1976 [1905].

GAGNON, J. H. **Human sexualities**. Glenview, Illinois: Scott Foresman, 1977.

_____ Sex research and social change. **Archives of Sexual Behavior**, n.4, p.111-141, 1975.

_____ **Uma interpretação do desejo**. Ensaio sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GAGNON, J.R.; SIMON, W. **Sexual conduct: the social sources of human sexuality**. Chicago: Aldine, 1973.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

GIOLA, D.A.; GREEN, R.; HELMAN, R.E. Scripts in organization behavior. **Academy Management Review**, n.9, p.449-459, 1984.

GORSKI, R.A.; GORDON, J.H.; SHRYNE, J.E.; SANTHAM, A.M.. Evidence for a morphological sex difference within the medial preoptic area of the rat brain. **Brain Research**, n.148, p. 333-346, 1978.

GREEN, R. **The “Sisy Boy Syndrome” and the developmental of homosexuality**. New Haven, CT.: Yale University, 1987.

HAMER, D. H; HU, E.; MAGNUSON, V.; HU, N.; PATTATUCCI, A. M. L. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. **Science**, n.261, p.312-327, 16 of July 1993.

KENNEL, J.; KLAUSS, M. **Parent-infant bonding**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1982.(32)

KONRAD, J. A. **You don't have to be gay**. New York: Pacific Publishing House, 1987.

KRAFFT- EBING, R. **Psychopathia sexualis**. New York: Arcade, 1998 [1886].

LE VAY, S. A difference in the hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. **Science**, 253, p.1034-1037, 1991.

LE VAY, S.; HAMER, D. H. Evidence for a biological influence in male homosexuality. **Scientific American**, v.270, n.5, p.44-49, May 1994.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**. Ensaio sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **A conduta sexual humana**. 4ª ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1981.

_____. **Heterossexualidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MEYER-BAHLBURG, H. Psychoendocrine research on sexual orientation. Current status and future options. **Progress in Brain Research**, n.61, p. 375-398, 1984.

MISKOLCI, R. A teoria queer e a sociologia. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, n.21, p.150-182, jan/jun 2009.

MONEY, J.; SCHWARTZ, M.; LEWIS, J.G. Adult erotosexual and fetal hormonal masculinization and demasculinization: 46 XX Congenital Virilizing Adrenal Hyperplasia (CVAH) and 46 XY Androgen Insensitivity Syndrome (AIS) compared. **Psychoendocrinology**, n.9, p.405-415, 1984.

MOTT, L. **Causa mortis: homofobia**. Violação dos direitos e assassinatos de homossexuais no Brasil. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

MOTT, L.; CERQUEIRA, M.; ALMEIDA, C. **O crime anti-homossexual no Brasil**. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2002.

PATTATUCCI, A.M.L; HAMER, D. Development and familiarity of sexual orientation in females. *Archives of Psychiatric*, n.43, p. 808-812, 1985.

REICH, W. **A irrupção da moral sexual repressiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1988 [1932].

_____. **A revolução sexual**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979 [1929].

ROBERTS, E.J. **Children sexual learning**. Cambridge: Ballinger, 1980.

SaferNet. Indicadores - **Central Nacional de Denúncias**. Disponível em:<
www.safernet.org.br>. Acesso em: 03 de janeiro de 2001.

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. **Cad. Pagu**. Campinas – SP, n.28, p.19-54, jan/jun.2007.

SEDGWICK, E. K. **Between men**: english literature and male homosocial desire. New York: Columbia University Press, 1985.

SILVA, T. T. *Documentos de identidade*: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SIMON, W.; GAGNON, J. H. Sexual scripts: permanence and change. **Archives of Sexual Behavior**, n.13, p.97-129, 1986.

SOCARIDES, C.W. **Homosexuality**: a freedom too far. A psychoanalyst answers 1000 questions about causes and cure and the impact of the gay movement on American Society. Phoenix, Az.: Adam Margrave Books, 1995.

SOCARIDES, C.W. Psychoanalytic therapy of a male homosexual. **The Psychoanalytic Quarterly**, n.38, p.173-190, 1969.

SOCARIDES, C.W. **The homosexualities and therapeutic process**. Edited by Charles W. Socarides and Vanick D. Volkan: Madison, Connect: International University Press, 1991.

SPARGO, T. **Foucault e a teoria queer**. Rio de Janeiro: Pazulin; Juiz de Fora: Ed UFJF, 2006.

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 7-31, 1995.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L.(org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 35-82.

WHITMAN, F.L. Cultural invariable properties of male homosexuality: tentative conclusions from cross-cultural research. **Archives of Sexual Behavior**, v.12, n.3, p.207-226, 1983.

WOLFREYS, J. **Compreender Derrida**. Petrópolis- RJ: Vozes, 2009.

CARACTERÍSTICAS E DINÂMICAS DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

Jimilly Caputo Correia¹; Rhaisa Gontijo Soares²; Ana Cecília Villela Guilhon³; Laíse Navarro Jardim⁴; Lelio Moura Lourenço⁵

CHARACTERISTICS AND DYNAMICS OF CHILD SEXUAL ABUSE GROUP

Resumo: O presente artigo trata do abuso sexual infantil que é considerado questão de saúde pública em muitos países, não só pela alta prevalência, mas também pelos graves prejuízos psicológicos e sociais, tanto da vítima como de pessoas próximas a ela. Esclarece que, mais que o consentimento ou não da vítima, está em causa a falta de maturação desta para tal consentimento. Considerando o abuso como uma experiência e não uma desordem, prevê a impossibilidade de diagnóstico por uma síndrome específica da vítima de abuso. Levanta a dificuldade da obtenção de dados epidemiológicos que ocorre principalmente pela falta de denúncia por sentimentos de vergonha, culpa e medo. Trata, também, pontos importantes sobre fatores de vulnerabilidade, a avaliação e confirmação do caso, a intervenção clínica e as possibilidades de prevenção.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil. Prevenção. Vulnerabilidade. Intervenções.

Abstract: This article deals with child sexual abuse which is considered a public health issue in many countries, not only by the high prevalence but also by severe psychological and social damage on both the victim and the people close to her. It states that, rather than the consent of the victim or not, is concerned the lack of maturity for such consent. Considering the abuse as an experience and not a disorder foresees the impossibility of an specific syndrome diagnosis by the victim of abuse. Raises the difficulty of obtaining epidemiological data that occurs due to the lack of complaint by feelings of shame, guilt and fear. It deals also with important points of vulnerability factors, the evaluation and confirmation of the case, clinical intervention and prevention possibilities.

Keywords: Child sexual abuse. Prevention. Vulnerability. Interventions.

Introdução

O abuso sexual contra crianças e adolescentes tem sido considerado um problema de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil, devido à alta prevalência na população e aos

¹ Mestranda em Psicologia pelo programa de Pós Graduação na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Pós-Graduanda em Geriatria e Gerontologia (Universidade Veiga de Almeida - UVA). E-mail: jimillyc@hotmail.com

² Mestranda em Psicologia pelo programa de Pós Graduação na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e-mail: rhaisags@yahoo.com.br

³ Mestranda em Psicologia – Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Especialista em Psicologia Clínica e Patológica (Universidade de Paris V - Rene Descartes). e-mail: anaceciliavilela@gmail.com

⁴ Mestranda em Psicologia pelo programa de Pós Graduação na Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) e-mail: lala_jardim@hotmail.com

⁵ Pós Doutor em Estudos da Criança pelo Instituto da Criança da Universidade do Minho - Braga, Portugal e-mail: lelioml@hotmail.com; leliomlourengo@yahoo.com.br

prejuízos psicológico e social da vítima e de pessoas próximas a ela (HABIGZANG; AZEVEDO; KOLLER; MACHADO, 2006).

As definições e critérios utilizados pelos diferentes investigadores variam substancialmente, tanto no que se refere às idades-limite consideradas, como quanto ao tipo de atos julgados abusivos, o que gera certa confusão conceitual e problemas na comparabilidade de números encontrados nos estudos sobre o tema.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1999), o abuso sexual contra crianças e adolescentes é entendido como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual que essa não compreende totalmente, para a qual é incapaz de dar consentimento, ou não está preparada devido ao estágio de desenvolvimento. O abuso sexual viola as leis ou tabus da sociedade e se expressa em qualquer atividade entre uma criança e um adulto ou outra criança que, pela idade ou estágio do desenvolvimento, está em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. A atividade sexual é destinada para gratificação ou satisfação das necessidades desta outra pessoa. Isto pode incluir, mas não se limita, à indução ou coerção de uma criança para engajar-se em qualquer atividade sexual, a exploração de uma criança em sexo comercial ou outra prática sexual ilegal, o uso de crianças em performances ou materiais pornográficos.

A questão relevante no caso do abuso que pode ser identificada em todas as definições não é a do consentimento, ou não, da vítima ou da sua coação pela força ou intimidação, mas sim, da sua imaturidade desenvolvimental e incapacidade de consentimento, visto que o abuso sexual infantil é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução e duas desigualdades básicas: de gênero (na maioria das vezes) e geração.

O contexto de ocorrência também influencia na definição do abuso sexual. Fora do ambiente familiar o abuso sexual pode ocorrer em situações nas quais crianças e adolescentes são envolvidos em pornografia e exploração sexual. No entanto, a maioria dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa e são perpetrados por pessoas próximas, que desempenham papel de cuidador destas. Nesses casos, os abusos são denominados intrafamiliares ou incestuosos. Dessa forma, as relações sexuais, mesmo sem laços de consangüinidade, envolvendo uma criança e um adulto responsável (tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança) são consideradas incestuosas. Isto inclui madrastas, padrastos,

tutores, meio irmãos, avós e até namorados ou companheiros que moram junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam a função de cuidadores. A familiaridade entre a criança e o abusador envolve fortes laços afetivos, tanto positivos quanto negativos, colaborando para que os abusos sexuais incestuosos possuam maior impacto cognitivo-comportamental para a criança e sua família (HABIGZANG; KOLLER; AZEVEDO; MACHADO, 2005).

O abuso sexual, portanto, supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo (ARAÚJO, 2002).

Características do abuso

1.Dados epidemiológicos

Alguns estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos com os objetivos de investigar a incidência e a prevalência do abuso sexual, bem como analisar indicadores psicológicos e sociais associados a este fenômeno. Os resultados têm apontado que a maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorre dentro das casas da vítima e configuram-se como abusos sexuais incestuosos, sendo que o pai biológico e o padrasto aparecem como principais perpetradores. Ocorre, também, uma maior prevalência em meninas, principalmente entre os abusos incestuosos. A idade de início é bastante precoce, sendo que a maioria se concentra entre os 5 e os 8 anos de idade. A mãe é a pessoa mais procurada na solicitação de ajuda e a maioria dos casos é revelada pelo menos um ano depois do início do abuso sexual (HABIGZANG et al., 2005). Estes resultados são relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes para prevenção e tratamento.

No Brasil, algumas pesquisas vêm sendo conduzidas para estimar a epidemiologia de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Em uma pesquisa desenvolvida na região metropolitana de Porto Alegre foram estudados 1.754 registros de crianças e adolescentes de zero a 14 anos que sofreram algum tipo de violência, entre 1997 e 1998; e foram consultadas 75 instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes, tais como conselhos tutelares, casas de passagem, hospitais, órgãos do Ministério Público, entre outros. Com relação aos abusos sexuais, os números apontam que 79,4% das vítimas são meninas e 20,6% são meninos. Também foi

investigado o local de ocorrência destes abusos, e foi constatado que 65,7% ocorreram na residência da vítima, 22,2% na rua, 9,8% na residência de terceiros e 2,4% em instituições públicas (KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999).

Entretanto, estes resultados revelam apenas parcialmente o problema, uma vez que a maioria dos casos de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes não é denunciada, devido aos sentimentos de culpa, vergonha e tolerância da vítima (HABIGZANG et al, 2006a).

Outros fatores contribuem para o pouco conhecimento do abuso sexual, são os chamados *sistemas de ocultação* (Sánchez, 1997). Suas expressões vão do *complô do silêncio* por parte da família, que apenas revela o abuso quando o agressor é desconhecido; da vítima que esconde o abuso, às vezes durante anos, por medo e vergonha; passando pela contradição entre o papel esperado de apoio e proteção da família e a violência que se vivencia no âmbito doméstico, até a rede social, cujas instituições não atuam de modo adequado. Outro fator a destacar é o alto índice de subnotificação dos casos pelas instituições que recebem esta clientela, apesar da obrigatoriedade da notificação em vários países do mundo (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002).

Estes fatores evidenciam que o montante de casos registrados representa apenas uma parte do número real, dificultando ainda mais a compreensão do fenômeno. As instituições de saúde são, em muitos casos, o primeiro local de contato para o diagnóstico e tratamento. No entanto, tais instituições ainda não se encontram preparadas para uma abordagem adequada deste problema de caráter psicossocial. Os profissionais de saúde devem estar atentos para reconhecer os sinais e sintomas do abuso sexual, para romper com o ciclo de violência e ajudar as vítimas.

As instituições encarregadas de tratar o abuso sexual geram, às vezes, o chamado *maltrato institucional* que engloba os atos de omissão, condições ou ações permitidas no contexto organizacional que ameaçam o desenvolvimento da criança. Fatores como escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho e falta de apoio psicológico que permitam enfrentar diariamente estes casos, interferem de maneira importante no resultado do tratamento (SOUZA et al, 2002).

2. Fatores de vulnerabilidade ao abuso

Muito comumente, as crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais no contexto familiar são também vítimas de negligência, abusos emocionais e físicos. Isto se confirma através dos relatos das vítimas que revelam as ameaças e agressões físicas sofridas durante o abuso sexual, bem como as sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor e a falta de amparo e supervisão dos cuidadores. As famílias incestuosas apresentam relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, nas quais há uma desigualdade e/ou uma relação de subordinação. Alguns fatores de risco vêm sendo constantemente verificados em famílias incestuosas. Estes são: pai e/ou mãe abusados ou negligenciados em suas famílias de origem; abuso de álcool e outras drogas; papéis sexuais rígidos; falta de comunicação entre os membros da família; autoritarismo; estresse; desemprego; indiferença; mãe passiva e/ou ausente; dificuldades conjugais; famílias reestruturadas (presença de padrasto ou madrasta); isolamento social; pais que sofrem de transtornos psiquiátricos; doença, morte ou separação do cônjuge (HABIGZANG et al., 2005).

No que se refere aos fatores de vulnerabilidade da própria criança, estudos têm analisado as estratégias de seleção da vítima utilizadas pelos abusadores, verificando que estes tendem a identificar e abordar crianças menos supervisionadas pela família (que andam sós) e mais carentes emocionalmente (infelizes, tímidas, socialmente isoladas), que podem ser mais facilmente cativadas pela atenção que lhes é oferecida (MACHADO, 2002).

3. Impacto Desenvolvimental do abuso

Ao considerar o impacto nas vítimas, há que salientar que o abuso é uma experiência e não uma desordem (MACHADO, 2002). Assim, não existe uma síndrome clínica específica das crianças abusadas.

Deste modo, o abuso sexual pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diferentes formas, uma vez que algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem graves problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (HABIGZANG et al., 2006a).

O impacto do abuso sexual está relacionado a fatores intrínsecos à criança, tais como, vulnerabilidade e resiliência (temperamento, resposta ao nível de desenvolvimento neuropsicológico) e a existência de fatores de risco e proteção extrínsecos (recursos sociais,

funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso ao tratamento). Algumas conseqüências negativas são exacerbadas em crianças que não dispõem de uma rede de apoio social e afetiva. Os fatores que influenciam o impacto do abuso sexual são: saúde emocional prévia, crianças com saúde emocional positiva antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos; tipo de atividade sexual, alguns dados sugerem que formas de abuso mais intrusivas, como a penetração, resultam em mais conseqüências negativas; duração e freqüência dos episódios abusivos; reação dos outros, a resposta negativa da família ou dos pares à descoberta do abuso acentuam efeitos negativos (família, amigos e juízes atribuindo a responsabilidade à criança); dissolução da família depois da revelação; criança responsabilizando-se pela interação sexual; e, quando a vítima recebe recompensa pelo abuso e o perpetrador nega que o abuso aconteceu (HABIGZANG et al., 2005).

As crianças tornam-se mais vulneráveis frente a situações de risco, tais como abuso sexual, demonstrando suscetibilidade individual, quando não contam com uma rede de apoio social e afetivo que seja eficaz e efetiva na prevenção de doenças e de características desadaptativas. Essa vulnerabilidade potencializa os efeitos negativos de situações estressantes. Por outro lado, a criança que é capaz de superar adversidades é definida como resiliente, ou seja, capaz de buscar alternativas eficazes que a auxiliarão a enfrentar de forma satisfatória os eventos de vida negativos. É importante ressaltar que a resiliência possui bases tanto constitucionais quanto ambientais, sendo o resultado da interação das características individuais com a complexidade do contexto social (HABIGZANG et al., 2006a).

Apesar da complexidade e da quantidade de variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual na criança, esta experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias. A literatura aponta que crianças ou adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares, dissociativos, hiperatividade e déficit de atenção e transtorno de personalidade borderline. Entretanto, a psicopatologia decorrente do abuso sexual mais citada é o transtorno do estresse pós-traumático (HABIGZANG et al., 2005; HABIGZANG; HATZENBERGER; CORTE; STROEHER; KOLLER, 2006).

Além de transtornos psicológicos, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais. Entre as alterações comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar,

furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como se machucar e tentativas de suicídio. As alterações cognitivas incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, tais como percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais referem-se aos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (HABIGZANG et al., 2006b).

Avaliação das situações de abuso

Um dos maiores problemas defrontado por profissionais que lidam com o abuso sexual é a comprovação deste, principalmente, quando faltam evidências (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

A avaliação da história colhida em momentos diferentes com outras pessoas envolvidas e pela vítima, procurando notar se há incoerências e contradições, pode conduzir a um diagnóstico definitivo. Deve-se levar em conta a possibilidade de falsa denúncia, na qual a criança ou adolescente é induzido ou convencido a acusar outra pessoa, encobrendo, assim, o verdadeiro agressor. Habitualmente, essas histórias contadas pelas vítimas não são consistentes e não se sustentam frente a uma argumentação mais detalhista. E quando passam a confiar no profissional essas vítimas conseguem revelar o abuso (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Há um conjunto de preocupações relacionadas à prestação de falsos relatos, tais como: evitar perguntas fechadas e diretivas, repetições de perguntas por vários profissionais, além do uso de linguagem apropriada à faixa etária (SOUZA et al., 2002).

Normalmente a identificação do abuso é feito somente por exame físico e do depoimento da criança. Nota-se que há uma valorização maior no relato da criança, já que o abuso pode não deixar marcas físicas, no entanto, há também o argumento de que o uso isolado do relato como fonte de comprovações pode incorrer em erro – falso relato ou a má interpretação dos fatos pelos adultos.

Para o Conselho Federal de Psicologia (2009) o primeiro atendimento tem como objetivo o acolhimento da criança, do adolescente e de sua família, assim como o levantamento das informações sobre a situação ocorrida. Após o levantamento de dados o profissional de psicologia procede com as entrevistas psicológicas iniciais. Estas têm por objetivo a obtenção de

informações a respeito dos danos emocionais conseqüentes da violência, as reações da criança, do adolescente e da família.

Na entrevista com o responsável pela criança é importante buscar informações a respeito do seu papel em relação a ela, o histórico de situações de violência na família, a sexualidade no contexto familiar, além das relações entre os membros da família (CFP, 2009).

Todo o trabalho com crianças/adolescentes vítimas de violência sexual não deve ser restringido apenas a elas, já que normalmente os problemas da família dizem respeito a todos os familiares, e como tal deve ser trabalhado no seio da própria família. Portanto, faz-se necessário a atenção continuada e especializada, por profissionais capacitados, para identificar e diagnosticar os casos de violência sexual, promovendo intervenções preventivas e terapêuticas para as crianças/adolescentes e suas famílias.

Intervenção Psicológica com vítimas de abuso

Existem diversos modelos de intervenção com crianças abusadas e seus familiares. Estes podem diferir em termos de extensão dos objetivos propostos, modelo teórico, quanto à estratégia terapêutica e quanto ao alvo predominante (MACHADO, 2002). Entretanto, alguns pontos parecem úteis na discussão sobre todas as formas de intervenção. São eles: a intervenção na crise, a intervenção com a criança e a intervenção familiar.

1. Intervenção na crise

A revelação do abuso é, notadamente, um momento de crise para a criança e seus familiares rompendo o precário equilíbrio anterior à revelação, gerando uma demanda de intervenção específica com instrumentos apropriados. Segundo Machado (2002), a literatura indica três pontos que devem ser fundamentalmente levantados.

O primeiro e mais importante deles é a cessação do abuso; o segundo ponto a ser trabalhado é deixar claro para criança e para a família que a responsabilidade é do abusador, evitando a estigmatização da criança, que pode ocorrer tanto por parte da família quanto pela comunidade; e, como terceira questão fundamental nesta fase de intervenção indica-se o apoio aos pais. Sem dúvida, o abuso sexual da criança, gera nestes uma gama de sentimentos intensos, e, por vezes, aparentemente, contraditórios como raiva, pena, vergonha, tristeza, mágoa, sensação de fracasso, cuja dificuldade de enfrentá-los também afetará a criança envolvida assim como o equilíbrio da

família. A intervenção com os pais, no momento de crise, pretende que estes possam conviver melhor com o fato ocorrido e assim poder apoiar a criança.

Além destes três principais objetivos, Machado (2002) ainda propõe alguns outros como: romper com a idéia de caso único, evitar pressões para o silenciamento, lidar com a busca por explicações, minimizar as fantasias catastróficas dos pais, evitar a hiperproteção parental e promover a esperança na recuperação. Sugere-se nesta fase uma atitude compreensiva, mais diretiva do terapeuta de forma a responder a necessidade de estrutura da família.

2. Intervenção com a criança

Nas intervenções com as crianças vítimas de abuso sexual, uma parte do trabalho de intervenção segue no sentido de minimizar os sintomas secundários gerados em função do abuso (ex: enurese, agressividade, apatia), notadamente com recursos de modelos teóricos como o cognitivo-comportamental. Porém, uma outra parte, bastante polêmica, diz respeito à exposição da criança às memórias do abuso que podem vir carregadas de bastante ansiedade.

Se por um lado a proposta é uma dessensibilização da criança, expondo-a as memórias de abuso, após uma fase inicial de construção de competências e técnicas de relaxamento; por outro, poderá ocorrer que a criança entre no que designou jogo traumático: uma recriação *ad eternum* da experiência que não provoca qualquer forma de resolução ou controle (MACHADO, 2002), podendo reforçar seu caráter doloroso e as estratégias de evitamento usadas pela criança.

Poucos estudos levam em conta os efeitos de uma excitação física, possivelmente experimentada, pela criança, durante o abuso, cuja ela própria não consegue compreender e pela qual se sente culpada e impotente. Desta forma, reativada pela exposição das memórias de abuso, esta excitação evidenciaria cada vez mais, para a criança, o conflito gerado por ela.

As peculiaridades das questões da sexualidade colocam em cheque as possibilidades de dessensibilização, deixando ainda mais complexas as discussões sobre os métodos a serem utilizados nos casos de abuso sexual, notadamente agravados no caso de crianças e ainda mais em casos de incestos.

Ao trabalhar com a situação de violência sexual com crianças e adolescentes têm-se diversos instrumentos que podem auxiliar no diagnóstico, tais como os testes projetivos, as *bonecas anatomicamente detalhadas* e os jogos. Muram (1995) afirma que tanto o jogo como as bonecas

são técnicas que têm sido desenvolvidas para superação das habilidades verbais quando as crianças são pequenas, e considera que elas se expressam melhor através dos jogos.

Há estudos, tais como os de Villardi (2001), que apontam para a importância no trabalho com grupos, pois ajuda as crianças e adolescentes a superar a situação de violência, há maior interação, reinserção social e autonomia. Ou seja, o discurso do outro pode causar modificações na forma de agir e pensar da outra criança/adolescente, e proporciona a troca e a busca por um objetivo comum.

No entanto, há a necessidade de capacitação de profissionais para que possam lidar de forma adequada nestes casos em que a sexualidade, a violência e questões culturalmente fortes como o incesto se fazem centrais. Os profissionais devem estar aptos, podendo falar abertamente destes temas e dos efeitos gerados por eles, na criança, nos familiares e no próprio profissional habilitado para intervenção.

3. Intervenção Familiar

Levando em conta a gravidade destes efeitos, a literatura mais recente enfatiza cada vez mais a necessidade de alargar o processo terapêutico aos progenitores não abusivos visando otimizar os efeitos terapêuticos e a diminuição dos sintomas na criança e nos próprios, visto que também são atingidos pelo problema.

A proposta de intervenção familiar é análoga à intervenção proposta à criança, recorrendo-se igualmente a estratégias educacionais, grupos e atendimentos individuais. Sessões separadas para os pais ou em conjunto com a criança também são uma ferramenta correntemente utilizada (MACHADO, 2002).

Porém, nos casos em que o abusador é, também, progenitor, existe grande polêmica em relação à sua participação no processo terapêutico. Mais uma vez, é preciso salientar a importância da preparação do profissional inclusive para lidar com emoções negativas, suscitadas no próprio profissional, que poderão ser causadas pela presença do abusador, que também é o progenitor.

Formas de prevenção ao abuso sexual infantil

Para além das formas e dados epidemiológicos pelas quais crianças são abusadas sexualmente, é de suma importância que haja discussões sobre a criação de políticas públicas que levem a formas de prevenção destes abusos. Para Brino e Williams (2008) “a discussão sobre como reconhecer,

denunciar e lidar com suspeitas ou confirmações de que uma criança esteja sendo abusada sexualmente ainda parece tímida e não faz parte, consistentemente, das esferas da educação e da saúde” (p. 210).

Essa situação parece se dever a um descaso dos órgãos públicos no enfrentamento do problema, agravado pela ausência de capacitação dos profissionais envolvidos com a questão do abuso sexual, o que origina um “jogo de empurra” entre os profissionais e as instituições, ao se depararem com uma suspeita de abuso sexual (ARAÚJO, 2002).

De acordo com Casanova e Moura (2010), existem muitos mitos em relação ao abuso sexual infantil, e estes acabam por ocasionar o não reconhecimento das situações de risco e de possíveis abusadores. É importante enfatizar que para combater o abuso sexual é necessário aceitar que ele é freqüente, que pode ocorrer em qualquer família, classe social, e em todo o país.

A elaboração do *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil* (2000), a criação do *Programa Sentinela* (2001) e a publicação, pelo MEC, do *Guia Escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes* (2003), são algumas das medidas criadas pelo governo, contra o abuso infantil (BRITO, 2007).

O Guia Escolar tem como objetivos principais: noticiar informações sobre abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes para as comunidades escolares (professores e equipes pedagógicas/gestores, funcionários, alunos e suas famílias); e expor aos profissionais da educação, principalmente os professores, como eles podem contribuir para prevenir o abuso ou exploração sexual, como podem identificar sinais de abuso que possam estar ocorrendo e como devem proceder de forma eficiente e sem causar danos à vítima em caso de suspeita ou confirmação (BRITO, 2007).

Segundo Sánchez (2001), os programas de prevenção do governo a respeito deste assunto têm-se focalizado em sua maioria, nos menores, ensinando-os a protegerem-se dos abusos. Mas o abuso sexual é um problema social, de amplas proporções. Portanto, as campanhas de prevenção devem ser dirigidas também, à população em geral, especialmente aos pais e professores e não exclusivamente aos menores.

A escola é uma instituição social muito importante para prevenção, identificação e notificação de casos de abuso sexual infantil. Os professores e diretores de escolas têm o dever legal de comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso contra crianças ou adolescentes. Porém, os desafios para que a escola cumpra seu papel são vários e vão desde a falta de informações e de engajamento por parte dos profissionais da educação, até questões socioculturais complicadas, como o “tabu” existente em torno do tema da violência sexual, principalmente a de caráter incestuoso (BRITO, 2007).

A participação dos educadores como agentes de proteção e prevenção é um aspecto importante, pois muitas vezes a criança tem dificuldade em revelar a ocorrência do abuso sexual para os membros da família e, considerando-se que em muitos dos casos de abuso sexual infantil é intrafamiliar, muitas vítimas podem recorrer à ajuda ou suporte fora da família (BRINO; WILLIAMS, 2008).

De acordo com Brito (2007), a escola pode e deve desempenhar um papel mais expressivo e incisivo para tentar cessar ou reduzir significativamente as taxas de abuso e de violência sexual de crianças e adolescentes, e minimizar o sofrimento causado pelos ferimentos físicos, psicológicos e sociais que se inscrevem sobre as jovens vítimas, através de encaminhamentos aos serviços adequados de atendimento. Para isto, a escola precisa informar-se e capacitar-se, mudar concepções, superar tabus, aprender com e envolver-se com as instituições que previnem, desvela e detêm o abuso e a exploração sexual e que oferecem suporte às vítimas. Ela deve também, integrar-se à comunidade e trazê-la para seu lado nesse combate, uma vez que o empoderamento desta é essencial para o sucesso das ações de prevenção ao abuso sexual promovidas pela escola, para que as ações ultrapassem os muros escolares.

A colaboração entre pais, professores e outros profissionais em programas de intervenção na prevenção ao abuso sexual infantil aumenta o nível de conhecimento destes sobre o assunto e faz com que eles hajam de forma preventiva e assertiva em relação ao abuso de crianças. E uma vez que estes passam a possuir habilidades para trabalhar este problema com as crianças, estas podem tornar-se capazes de reconhecer o comportamento inapropriado do adulto, reagir rapidamente, deixar a situação e expor o fato para alguém (BRINO; WILLIAMS, 2008). Ou seja, esta criança torna-se mais fortalecida, menos vulnerável e mais prevenida no que se refere ao abuso sexual.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.

BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. **Educação e Realidade**, v. 33, n. 2, p. 209-230, 2008.

BRITO, F. B. A escola em face do abuso sexual. Considerações sobre prevenção e responsabilização. **Anais da Escola de Aplicação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo**, 2007. Disponível em: http://www.eventus.com.br/ofensas/fabio_bezerra_de_brito.pdf. Acesso em: 26 set. 2010.

CASANOVA, M. L. M.; MOURA, C. B. de. Orientações para prevenir o abuso sexual infantil. **Revista Brasileira de Medicina**, 2010. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4025. Acesso em 10 jun. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo. **Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: DF, 2009.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P. X. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.

HABIGZANG, L. F.; HATZENBERGER, R.; CORTE, F. D.; STROEHER, F.; KOLLER, S. Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 2, p.163-182, 2006b.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H.; MACHADO, P. X. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006a.

KRISTENSEN, C. H.; OLIVEIRA, M. S.; FLORES, R. Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre. Parte B: Pode piorar? In AMENCAR (org.), **Violência doméstica**. Brasília: UNICEF, 1999, p. 104-117.

MACHADO, C. Abuso sexual de crianças. In C. Machado, R. A. Gonçalves, **Violência e Vítimas de Crimes: crianças**. Coimbra: Quarteto, Vol. 2, 3ª Ed, 2002, p. 40-93.

MURAM, D. Child sexual abuse. **Obstet Ginecol Clin North Am**, v. 17, p. 372-375, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Child maltreatment**, 1999. Disponível em: http://www.who.int/topics/child_abuse/en/. Acesso em: 15 maio 2010.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.

SÁNCHEZ, F. L. Abuso sexual: um problema desconhecido. In J. C. FLORES, J. A. D. HUERTAS; C. M. GONZÁLES (Orgs.) **Niños maltratados**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997, p.161-167.

SÁNCHEZ, A. C. Conhecimentos e atitudes dos pais, menores e professores em relação ao abuso sexual. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 2, p. 253-259, 2001.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; ALZUGUIR, F. C. V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**, v. 2, n. 2, p. 105-116, 2002.

VILLARDI, R. Desarrollo de habilidades de lectura: los beneficios de la tecnología. In: **Jornadas Multimedia Educativo: nuevas aprendizages virtuales**. 3 Anais. v. único. Barcelona: Res Telemática Multimedia, p. 458- 476, 2001.

RESENHA

Ana Cristina Canosa Gonçalves¹

LEIBLUM, Sandra R. **Princípios e Prática da Terapia Sexual**. São Paulo, Roca, *no prelo*.

Esta é uma obra que está em sua quarta edição (2007) nos EUA, sendo a primeira lançada em 1980. A organizadora, a Psiquiatra Sandra R. Leiblum foi uma renomada terapeuta sexual conhecida internacionalmente, Professora universitária, Diretora do Centro para a Saúde Sexual e de Relacionamentos em New Jersey, autora de centenas de artigos sobre sexualidade. Faleceu recentemente e repentinamente, em 2010, deixando uma belíssima e sólida carreira. O grande mérito de Sandra Leiblum neste livro foi mantê-lo atualizado durante as últimas 3 décadas, sendo a quarta edição traduzida para o português publicada pela editora Roca em 2011.

A obra é voltada a terapeutas sexuais, especialistas ou em formação, e a todos profissionais que se deparam com queixas sexuais de seus pacientes ou que estão envolvidos com o estudo da sexualidade. Como o livro tem a participação de 22 colaboradores, todos especialistas das áreas da Psicologia, Medicina, Fisioterapia, entre outros, sua contribuição é inegável. Em se tratando da realidade brasileira, muitas questões abordadas vêm ao encontro de necessidades já detectadas, como pensar o atendimento de determinadas populações culturais, estudar questões sexuais específicas (como por exemplo, as conseqüências para a vida sexual daqueles que sofreram abuso e violência sexual). Outros assuntos são de grande interesse por lançarem luz aos desafios das novas questões que temos recebido em consultório: o trabalho com diversas parcerias amorosas (como as pessoas que se designam *poliamorosas*, os transgêneros, entre outros), com aqueles que gostam de práticas sexuais específicas ou com os que apresentam problemas que ainda nos são pouco conhecidos, como no caso da PSAD (*Síndrome da Excitação Sexual Persistente*).

O livro está dividido em 4 partes: Introdução, Disfunções Sexuais Femininas; Disfunções Sexuais Masculinas e Assuntos Especiais. Cada parte contém diversos capítulos que apresentam,

¹ Baseada da *Apresentação da edição Brasileira* da obra supracitada, escrita pela autora dessa Resenha.

¹ Psicóloga, Pós-graduada em Educação e Terapia Sexual Humana pela SBRASH e pela Faculdade de Medicina do ABC. Diretora da SBRASH. Editora da Revista Brasileira de Sexualidade Humana. Coordenadora do Curso de pós-graduação em terapia sexual do Centro Universitário Salesiano (UNISAL). e-mail: acanosa@uol.com.br

abordagens teóricas, técnicas variadas, uso de farmacologia, além de uma série de dados de pesquisas e observação clínica acerca do diagnóstico e tratamento dos transtornos sexuais. Cada capítulo tem uma breve apresentação escrita pela organizadora que sintetiza os principais pontos desenvolvidos pelo(s) autor(es). O interessante é que, juntos, os capítulos acabam formando uma rede de compreensão sobre o atendimento de queixas sexuais, cujos pontos importantes são: a necessidade de o profissional ser aberto o suficiente para compreender com amplitude a queixa de seu paciente e entendê-lo como universo particular e lançar mão das especialidades de seus colegas para auxiliar o tratamento, absorvendo o caráter multidisciplinar.

Além da contribuição teórica e prática desta belíssima obra, ainda há que se evidenciar a veracidade da proposta científica dos autores quando admitem que nem todo caso que se apresenta ao terapeuta sexual é de fácil resolução como se acreditou nas décadas de 70 e 80. O leitor encontrará, em diversos capítulos, exemplos de casos não solucionados ou parcialmente resolvidos. E isto se deve à perspectiva que perpassa todo o livro, isto é, a de saber avaliar quando um caso pode ser considerado bem sucedido ou quando uma queixa pode ser caracterizada como uma disfunção. O ponto a não perder de vista é essencialmente a condição humana: é na escuta do paciente e na visão de sua integralidade que poderemos ajudá-lo a decidir quais os objetivos da terapia e até onde é possível e se deseja chegar para restaurar um ajustado funcionamento sexual.

Pela abrangência de seus assuntos e a maneira como foi organizado por Sandra R. Leiblum, *Princípios e Práticas da Terapia Sexual* é uma obra atual que servirá como valiosa fonte de consulta e estudo.

COMO UMA PSICÓLOGA, SE TORNOU SEXÓLOGA

Entrevista com a Professora *Maria do Carmo de Andrade Silva*

AS A PSYCHOLOGIST BECAME SEXOLOGY

Por *Paulo Canella*

Maria do Carmo Andrade Silva é Psicóloga, Sexóloga e tem uma trajetória das mais importantes na sexologia brasileira. Esteve desde o princípio participando da estruturação dos movimentos que resultaram na criação da SBRASH. É Mestre doutora em psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana de Sexologia pela UGF, foi presidente da SBRASH em 1999-2001, ocupou inúmeros cargos na diretoria da Sociedade, organizou inúmeros eventos em especial o IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana no Rio de Janeiro em 2003. Coordenou o Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho de 1994 até a sua desativação em 2004. É autora de mais de uma centena de trabalhos em sexualidade humana e foi responsável na área de Psicologia pelo Ambulatório de Sexologia da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ de 1994 - 2007. Atualmente é Prof^a. de Sexologia do Curso de Medicina da UGF e Coordena o Ambulatório de Sexologia e Psicossomática do Hospital Municipal da Piedade/UGF.

Como você, psicóloga, se tornou sexóloga?

Trabalhando desde o início de minha formação em Psicologia – 1975, com Terapia Cognitivo-Comportamental, os problemas sexuais já surgiam como queixas clínicas e eram relatados na literatura nesta área, daí meu interesse pelas dificuldades enfrentadas pelas pessoas com esse tipo de problema. Assim, em função de melhorar meus conhecimentos na área da sexologia, que nesta época, era praticamente inexistente nas Instituições Acadêmicas de nosso país, cursei meu Mestrado com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento e foquei em desenvolvimento da Identidade e, em 1983 concluí meu trabalho, produzindo uma dissertação sobre Desenvolvimento da Identidade Sócio-sexual. Em 1992 fiz um Concurso de Livre Docência em Psicologia e mais uma vez foquei em Sexualidade, com Tese sobre, Sexualidade e Direito ao Prazer: um estudo sobre a identidade da mulher.

Como o Mestrado em Sexologia da UGF foi criado e desativado?

Como minha trajetória profissional acadêmica esteve muito vinculada à Universidade Gama Filho, já durante minha graduação de 1970 -1975, existia para o ano de formação profissional, uma disciplina de Terapia Cognitivo Comportamental, nesta época ministrada pelo Prof.

· Título dado pelo entrevistador Paulo Roberto Bastos Canella, editor assistente da RBSH

Araguari Chalar, onde a temática sexual já estava presente, daí meu primeiro interesse, na área e posteriormente no próprio. Mais adiante me tornei Prof^a. da casa e pelo interesse cada vez maior dos alunos no tema da sexualidade humana, solicitaram e foi aprovado em 1986, um Curso de Pós Graduação *Lato Sensu* em Sexualidade Humana por mim coordenado e do qual fizeram parte boa parte dos fundadores da SBRASH, tais como você, Paulo Canella, Jean Claud Nahoum, Araguari Chalar, Jorge Serapião e outros. Tal Curso desde então funcionou até 1993, quando pensamos e Araguari organizou e enviou para aprovação o Projeto de Mestrado em Sexologia, posteriormente aprovado pela CAPES para funcionamento em 1994, quando realmente teve seu início. Infelizmente nestes últimos anos tivemos duas grandes perdas, Jean e Araguari se foram e tivemos que tocar nosso projeto, sem a presença física de dois grandes incentivadores disso tudo. Assim fizemos, incorporamos outros como Marize Jourberg, Maria Luiza Macedo, Márcio Shiavo, Pedro Jourberg e nosso Mestrado viveu grandes momentos durante seus 10 anos de funcionamento. Anos em que produzimos a Revista do Curso - *Scientia Sexualis de 1995 à 2002*¹, quando no final deste ano tivemos a notícia de que o Curso começaria a ser desativado, 9 Encontros Científicos a que chamávamos de Fórum do Mestrado, sempre com vários convidados de outras Instituições e Estados, os alunos e seus orientadores, produziram mais de 100 Dissertações e com muito orgulho vimos nossos filhotes, mestrandos desse Curso, implementarem disciplinas de Sexologia em outras Universidades, Cursos de Pós Graduação *Lato Sensu*, Projetos de Educação em diversas Instituições, escreverem Livros e artigos em Revistas e, alguns posteriormente partiram para seus doutorados. Porém por sérias dificuldades financeiras da UGF que o sediava, infelizmente foi desativado em 2005.

O que você tem a dizer de sua experiência com o Ambulatório de Sexologia da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ?

Nossa experiência neste Ambulatório foi riquíssima. O convênio do Curso de Mestrado da UGF com o Instituto de Ginecologia da UFRJ, fez florescer ainda mais, nosso espírito de equipe multi e interdisciplinar que a Sexologia exige. Acredito que muitos dos trabalhos clínicos que esta parceria nos possibilitou, enriqueceram e muito nosso próprio conhecimento, assim como dos alunos, médicos e psicólogos, que trabalhando juntos, participaram destes 12 anos de atendimento e trabalhos de pesquisa. Se você lembra, foi por essa parceria, e pela experiência

¹ Índices da “Scientia Sexualis” e resumo de toas as teses do mestrado estão a disposição do sócios na área restrita do portal WWW.sbrash.org.br (nota do entrevistador)

com outros tipos de problemas orgânicos de má formação genital, que já tínhamos nos casos do Instituto, que pudemos implementar em 1998 o Projeto Experimental de Gênero e Transgenitalização, assim como realizarmos as primeiras cirurgias desse porte, no Rio de Janeiro, com o auxílio do cirurgião plástico Dr. Jalma Jurado em 1999. Tenho certeza que todos nós aprendemos muito uns com os outros, com a forma de trabalho interdisciplinar. Tudo isso só deixa muita saudade.

Masters e Johnson ainda tem influencia na sexologia nos dias de hoje?

Acredito que assim como Freud na Psicologia, a referência aos grandes desbravadores e iniciadores de novas formas de pensar e atuar, nunca pode ficar esquecida. O trabalho deles foi amplo, contínuo e crescente, até bem pouco tempo, possibilitando a outros acrescentar e desenvolver novas facetas à área da sexualidade e das relações interpessoais.

Diz-se que a ejaculação precoce é a disfunção masculina mais frequente nos dias de hoje, é verdade? por que?

Pela pesquisa da Carmita de 2002, com população não clínica, se considerados todos os graus de leve, moderada e severa é isso que se conclui (56,8%) enquanto disfunção erétil (46%). Dos últimos levantamentos que fizemos no Ambulatório de Sexologia do Instituto de 1996 até 2008, em população clínica a ejaculação precoce foi queixa em (24,5%) dos casos, enquanto a disfunção erétil em (26%); no entanto a associação entre as duas foi de (49%). Claro que a necessidade de satisfazer a parceira, preocupação não muito antiga, é fator de maior preocupação e, propiciam maior incidência de queixa, por parte deles e delas em relação a eles. Além de que as medicações atuais, para as falhas de ereção, tem sido eficientes ao que se propõem e estão bastante em moda e uso. O fato é que para os homens que tem ejaculação precoce como consequência de medo de falha erétil, isto fica assegurado, porém para os que não têm problemas de ereção e só se queixam de descontrole ejaculatório, o problema permanece, só proporcionando a possibilidade de uma segunda vez, garantida pela segurança da ereção medicamentosa. Só restando para os que têm descontrole ejaculatório os antidepressivos, com seus efeitos colaterais de retardo da ejaculação, o horror dos anestésicos locais e o álcool, processos que não têm propiciado muita eficácia e trazem outros efeitos não muito desejados.

Qual o papel que a família tem hoje nas disfunções sexuais?

Muitas vezes pensamos, que todos já vivem em famílias onde a sexualidade é percebida e vivenciada de forma liberal, no entanto, ainda preceitos religiosos e morais persistem em alguns grupos, impondo como antes, uma série de restrições e ameaças de desagrado a Deus, ou as normas do amor familiar, no que se refere à expressão sexual. Processos que temos acesso, através das queixas clínicas, que nos chegam ao consultório. Quando problemas como: anorgasmia, inibição de desejo, vaginismo, dispareunia, descontrole ejaculatório e ou falhas de ereção, encontram ancoras em uma criação, em que sexo foi internalizado como algo inferior, ameaçador, ou mesmo em preceitos religiosos e morais, que vinculam sexo a pecado e imoralidade. Por outro lado, em função da exacerbada e explícita produção das mídias, no que se refere ao sexo propriamente dito e da frágil presença participativa da família; muitas vezes crianças e jovens adolescentes, têm sido expostos às mais variadas temáticas, sem qualquer esclarecimento ou reflexão crítica de seu conteúdo. Por vezes, a família com a sobrecarga de afazeres que têm hoje, não toma conhecimento do que seus filhos fazem, vem ou interagem pela internet. Processo que pode propiciar possibilidades de risco, para jovens sem apoio, educação e esclarecimentos, quanto à expressão sexual saudável e prazerosa.

Qual o papel da SBRASH no ensino da sexualidade?

Penso que o propósito inicial que tivemos quando da criação desta Sociedade em 1986, foi o de através da congregação de alguns membros iniciais, crescer e promover a difusão de conhecimento na área, e principalmente, propiciar a possibilidade de reflexão crítica, sobre os conteúdos referentes à sexualidade humana. Já nesta época, pensávamos uma visão multidisciplinar, como algo necessário ao entendimento da sexualidade e suas problemáticas. Assim nos dirigimos aos diversos profissionais principalmente (médicos, psicólogos e educadores), dos diferentes estados, com o propósito de dividir e somar experiências na área.

Como anda a pesquisa em sexologia?

Os estudos e pesquisas em sexologia parecem oscilar ao vento. Ora tomam um rumo reprodutivo, ora do prazer, ora são problemas genéticos, hormonais, medicamentosos; ora ambientais, sociais, culturais e ou psicológicos. Como se somente uma das vertentes científicas pudesse englobar toda a dinâmica que a sexualidade impõe. No momento parece que estamos vivendo um momento mais medicalizado, onde pela urgência resolutiva do mundo acelerado em que vivemos; as

soluções mais imediatas, mesmo que resolvam só a parte do icebergue à mostra, são bem vindas e usadas. O que para alguns resolve, porém para outros, as tormentas são mais amplas e continuam alfinetando. Como em muitas áreas, as pesquisas de ponta em sexologia, também não estão presentes em nosso país. São processos longos e caros. Na maioria das vezes, ficamos com os estudos restritos a pequenas amostras de conveniência, ou até mesmo grandes amostras, porém sem envolvimento de equipamentos de ponta e, pessoal especializado - processos mais caros e de longo curso. Ainda distantes de nossa realidade cotidiana.

Como você vê o futuro da SBRASH?

Não sei. Gostaria de dizer algo entusiasmado, mas acho que não estou em um momento muito otimista quanto ao estudo, o trabalho e a pesquisa levada a sério, no que se refere à sexualidade em nosso meio. Penso que educação e saúde sexual, só têm servido aos discursos e textos políticos, pois na hora de fazer acontecer, aí tudo fica difícil.

Você pode dizer alguma coisa sobre seu parceiro, o prof Araguari Chalar Silva que perdemos precocemente?

Como não podia deixar de acontecer em uma entrevista comigo, sobre Sexualidade e SBRASH, o nome dele já apareceu em uma de suas perguntas anteriores. Araguari foi alguém muito especial, na minha vida pessoal e profissional, mas acho que não só para mim, como para muitas outras pessoas e para a Sexologia em nosso país. Alguém inteligente, simpático, carismático, focado e apaixonado pelo que fazia na clínica e como Prof. de (psicologia, sexualidade e relações de casais). Se empenhou muito pelo desenvolvimento da temática sexual na SBRASH, na Revista Sexus, na organização de encontros, artigos e Congressos da área, na academia e na clínica. Não só no particular como no social, quando do trabalho com você, lá no Moncorvo. Acho que deste 1986 não é ? Onde vocês também tinham um curso de especialização e prática clínica na área. Que depois por associação comigo, virou a Pós Lato Sensu em Sexualidade Humana da Gama e, posteriormente o Mestrado em Sexologia. Processo que se deu progressivo, após Araguari ter terminado seu Mestrado na FGV, com foco em Sexualidade e posteriormente seu doutorado em São Francisco onde foi buscar mais suporte teórico na área e titulação específica na temática sexual. Nesta época, já haviam loucas ruminções especialmente dele e do Jean, quanto ao sonho de algo maior que a Pós. Por que Não um Mestrado diziam?

O moço tinha grandes e brilhantes idéias e enquanto não as botasse em prática, não sossegava.

Assim, cumprindo todas as exigências da CAPES e, de forma segura, estruturou e implementou o primeiro Mestrado Acadêmico em Sexologia em nosso país em 1993.

Aí é que a confusão maior teve início, primeiro o Jean havia nos deixado, e como se não bastasse, ao final de 1994, Araguari com seus 47 anos, também encheu o saco desse mundo e se foi. Nos deixaram sozinhos (Você e Eu), para tocar toda a loucura profissional na área, da qual eles eram os principais mentores. Quanto a mim pior ainda, fiquei sem meu grande companheiro de vida e, só restava um imenso vazio. Um horror, um sentimento indescritível, tudo muito rápido e muito louco, foi embora em um mês. Mas a tal de vida tinha que continuar, tínhamos 2 filhos que precisavam mais que nunca de mim e, o tal Mestrado, que era um bebê e exigia muitos cuidados. Nada podia esperar minha falta de vontade de tudo. Só que eu tinha uma mãe extremamente forte, batalhadora e durona, que verdadeiramente me empurrou prá fora e prá frente, mesmo que como uma máquina de deveres e afazeres, pois estes não faltavam. E assim lá fui eu...

Como contava com grandes amigos e excelentes companheiros de trabalho no Mestrado, nos unimos mais que nunca, em torno do sonho e demos continuidade ao trabalho.

SEXUALIDADE E CÂNCER DO COLO UTERINO

Paulo Roberto Bastos Canella¹

SEXUALITY AND CERVICAL CANCER

A medicina estabeleceu como fatores de risco para o câncer do colo uterino condições direta ou indiretamente ligadas à sexualidade feminina: início precoce de intercurso sexual, prostituição, promiscuidade, infecções cervico-vaginais freqüentes em especial pelo HPV (*Hominis Papova Virus*), pelos *Herpes Virus Hominis* tipo I e II, teste imunológico positivo para o HIV, e ainda, primiparidade precoce, falta de higiene pessoal, e nunca ter realizado o exame preventivo. Os fatores de risco para esta doença não excluem o dano que o parceiro pode causar a mulher, assinala-se a relação entre esmegma peniano e o câncer cervical e há relatos de menor incidência em judias. Tem-se como explicação para estas observações a circuncisão, preceito religioso obedecido pelos homens judeus, o que facilitaria a higiene e a eliminação do esmegma. Pode-se inferir que o homem pouco higiênico e com muitas parceiras representa risco.

O consumo de fumo e de álcool, além de se correlacionarem a aspectos sociais e culturais do comportamento sexual humano tem implicações mais estreitas com o câncer de pulmão, da cavidade oral, esôfago, fígado e pâncreas. Há ainda o fato de muitos verem relação entre neoplasias cervicais, concepção oral, álcool e tabaco em função de uma ligação indireta com o comportamento sexual. As mulheres que romperam barreiras, as que fumam e bebem nos dias de hoje, tem estereotipadamente o fumar, o beber e a apilula ligados a um comportamento mais livre no que tange a sua sexualidade.

O uso da anticoncepção oral pode ser considerado como fator de risco por causar ectopia cervical em algumas mulheres e por ser aceita por muitos como facilitadora da atividade sexual. Não há comprovação de que os hormônios que ela contem protejam ou facilitem o câncer cervical.

Há, outrossim, uma obvia identidade entre o comportamento sexual feminino considerado de risco de contrair as DSTs e o de vir a ter câncer do colo uterino. Além do mais este câncer está associado às DSTs, deste a sífilis no passado até à condilomatose e AIDS nos dias atuais.

¹ Prof. titular de ginecologia da UFRJ. Responsavel pelo ambulatorio de sexologia do Instituto de ginecologia – UFRJ. Diretor da SBRASH. e-mail: sbrashprov@gmail.com

As relações entre sexualidade e comportamento sexual feminino (como fator de risco) e câncer cervical devem ser examinadas considerando a evolução da idéia de prevenção dentro da assistência médica (medicina preventiva), o conhecimento tecnico-científico sobre o contágio nas DSTs e, atualmente, na AIDS.

O termo “risco” refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, venham a adquiri-la.

Contrariamente, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger contra a aquisição de determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção. A interação entre os fatores de risco e de proteção a que essas pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem.

A medicina, em especial a que se preocupa com a prevenção, esmera-se em encontrar, catalogar e controlar o comportamento e as ações consideradas capazes de aumentar o risco das doenças. A idéia de medicina preventiva ligada ao conceito de que “mais vale prevenir do que remediar” teve início há muito tempo, mas tomou corpo no princípio do século passado. E a sexualidade é um dos principais fatores ligados a riscos de doenças femininas.

A previsão nasceu com o conhecimento humano, cedo os humanos aprenderam a prever através da ciclicidade da natureza e das relações causais naturais, dia e noite, sol e estrelas, ventos, nuvens e chuvas. O humano nasceu no tempo e possivelmente o percebe como percebe o espaço, as substâncias e os corpos, instâncias cuja existência e controle é básica para a sobrevivência. Foi prevendo o futuro que o humano aprendeu a prevenir os males vindouros, só reconhecendo os fenômenos que oferecem proteção ou perigo isso seria possível. A prevenção surgiu portanto da previsão sendo a precisão das causalidades mecânicas fundamental para prevenir e reduzir riscos. A exatidão é claro, não era a mesma quando o humano pretendia reduzir riscos em suas ações dentro da organização social tão ligada a sexualidade. A evolução do conhecimento humano trouxe o recurso do tratamento estatístico, probabilístico e hoje sabemos com forte precisão as probabilidades pelas quais determinados eventos produzem o aumento de uma condição mórbida como acidentes, catástrofes e doenças, mas este cálculo só é preciso para a

pluralidade, para os números aplicados a massa, a sociedade. O que a prevenção não faz com precisão é identificar, é prever qual indivíduo singularmente será vítima do dano esperado.

Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, serem herdados ou representarem hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural, sem, é claro, esquecermos o aspecto econômico que está intimamente ligado todas essas condições descritas anteriormente.

Esconde-se sob a denominação de fatores sócio-econômicos culturais toda uma gama de situações que agem sobre o ambiente e sobre o indivíduo, determinando, influenciando ou alterando o comportamento e o estilo de vida no relacionamento deste com seus semelhantes e com o meio-ambiente. A inter-relação existente entre estes vários fatores é feita de uma completa interdependência, desta forma a existência de um subentende a existência dos demais como num círculo vicioso. É sem dúvida de alta complexidade avaliar o comportamento sexual.

No caso do câncer do colo do útero o esforço para prevenir iniciou-se há dois séculos com a observação de que freiras pouco ou nada padeciam de câncer de colo uterino. Este foi o primeiro fator de risco, possivelmente ligado a sexualidade, identificado para o cancer cervical

Os estudos epidemiológicos mais recentes sobre o câncer cervical reconhecem o que se poderia chamar “condições pré-cancerosas”, Idade, raça, condições sócio-econômica, antecedentes familiares, genética, doenças prévias, antecedentes obstétricos e sexuais, são consideradas significativas. A ênfase é dada a atividade sexual precoce, o número de parceiros e a promiscuidade como fatores fundamentais predisponentes para o câncer cervical, Souen e Salvatore em 1981, dizem: “É enfadonho, mas importante lembrar que o carcinoma cervico-uterino é assíduo em mulheres com precocidade e promiscuidade sexual”. E frisam: “as mulheres promíscuas, múltiplas e de baixo nível econômico social, são candidatas potenciais ao câncer cervical mesmo que não hajam lesões cervicais comprobatórias de displasia cérvico-uterina, sendo o inverso também verdadeiro”. Haveria, assim, um padrão feminino clínico e morfológico que caracterizaria a predisposição ao câncer cervical.

A anticoncepção pela pílula que não revelou ação causal direta de risco, é indiciada pelos puristas como fator ligado ao câncer cervical por possibilitar maior atividade sexual. Existe a possibilidade de hormônios favorecerem o desenvolvimento de certos tipos de câncer como o da

mama e o do corpo uterino (endométrio), mas não o câncer do colo uterino. Mesmo indiretamente não há participação dos hormônios, pois salvo nas deficiências acentuadas eles pouco ou nada influem no comportamento sexual.

A mais enfatizada relação entre fatores sociais, religiosos e raciais e o câncer de colo, é a reduzida incidência da doença nas judias. Além de fatores genéticos raciais explica-se a menor incidência pela circuncisão do homem ou pelas regras de abstinência do coito durante os dias da menstruação e por 7 dias após seu término. Segundo Coppleson e Reid, entre os “Amish” os adventistas do sétimo dia e algumas seitas mulçumanas com baixa atividade sexual e quase ausência do carcinoma cervical, poderia ser relacionada a baixa frequência do coito e o início tardio da vida sexual. O coito teria papel relevante através da “irritação mecânica”, da má-higiene e dos agentes biológicos patogênicos introduzidos pelo ato sexual.

A atividade sexual atribuída as mulheres como capaz de facilitar o aparecimento do câncer cervical é aceita e vista pela sociedade como um exercício sexual genital inadequado ao comportamento feminino. Mesmo nos dias liberais que hoje vivemos, há uma expectativa do médico de que na investigação necessária ao diagnóstico da doença configure-se uma atividade sexual moralmente classificada como “fácil, liberada e sem pudor”. De certa forma apresenta-se um estigma do qual muitas vezes o ginecologista não escapa ou mesmo endossa e que está alicerçado na liberdade de comportamento cada vez mais freqüente na mulher.

Deve o clínico também considerar fatores como a baixa condição econômica e social assim como a negligência em procurar assistência preventiva periódica.

Mas serão hoje corretas estas assertivas? Até que ponto seria não o comportamento, mas sim a ausência de cuidados em vive-lo com proteção e segurança? Qual o papel da inoperância dos sistemas de saúde em proporcionar uma assistência preventiva adequada?

Parece necessário uma verificação para confirmar estas premissas, as de que exista um padrão específico de atividade sexual nestas mulheres. Ou que estas expectativas sejam substituídas por outras certamente capazes de apurar o diagnóstico deixando não de considerar o real, mas separando-o de posturas preconceituosas. Possivelmente uma verificação do comportamento em mulheres com câncer do colo uterino, comparado ao das mulheres livres da doença, seja a forma de conhecer as peculiaridades atuais dos fatores de risco da neoplasia.

É recomendável que os ginecologistas sejam capazes de verificar, entender, e se possível influenciar na sexualidade feminina com a intenção de reduzir o risco do câncer cervical além das outras doenças ligadas a sexualidade. É preciso saber o quanto o ponto de vista da paciente (objeto) sobre sua atividade sexual pode ser diversa da ótica do clínico (sujeito). Julgamos que o conhecimento da sexualidade das clientes possa abrir ao especialista um novo campo de estudo com a intenção de estreitar a integração entre sujeito/objeto e facilitar medidas preventivas. Mas, é importante não esquecer que a privacidade do comportamento sexual, necessária ao equilíbrio social, torna imprecisa as verificações destes fatores de risco.

CORPO E SEXUALIDADE

Jorge José Serapião¹

BODY AND SEXUALITY

Corpo, Sexo e Gênero

Em relação à sexualidade humana o corpo é elemento fundamental na distinção entre os sexos não só em relação às diferenças biológicas, como também em relação às diferenças de gênero. Aqui, como já se percebe, começamos a utilizar as palavras sexo e gênero.

As correntes feministas foram responsáveis pelos novos significados desses termos. A sociologia encampou muitas das questões feministas que, no meio acadêmico, passaram a ser discutidas num novo e palpitante capítulo denominado *women studies*.

Assim, sexo passou a referir-se às diferenças biológicas do corpo, entre os seres humanos mas que ocorrem também entre muitas outras espécies através dos quais os indivíduos, costumam ser identificados como masculinos e femininos e os animais, como machos e fêmeas.

Tais aspectos se relacionam às diferenças nos cromossomas, nas goladas, nas genitálias, nos hormônios, nas enzimas etc.

Na prática entretanto não costumamos examinar enzimas, hormônios, cromossomas ou muito menos a genitália de um indivíduo para caracterizar seu sexo. Tendemos a observar, seu comportamento, suas roupas, seu estilo de corte de cabelo, sua maneira de andar e uma série de outras características não necessariamente conseqüências do biológico. Na prática é o gênero de uma pessoa que costumamos utilizar para identifica-la como homem ou como mulher.

Portanto: “Gênero refere-se ao modo pelo qual, numa determinada sociedade, as pessoas são construídas para comportar-se e experimentar-se a si mesmo, como homem e como mulher”. (CROWLEY & HIMMELWEIT, 1992).

Embora todas as sociedades tendam a tratar homens e mulheres de forma diferente e assim desenvolvam um padrão, essas diferenças variam enormemente de uma sociedade para outra. Nas

¹ Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ. Ambulatório de Sexologia do IG – UFRJ. e-mail: serapius@unisys.com.br

sociedades modernas atividades profissionais que demandem esforço físico são, por exemplo, exercidas preferentemente por homens embora no Brasil quem leve “lata d’água na cabeça” seja a Maria. Entretanto exceções como essa não invalidam a participação dos fatores físicos na conformação dos papéis de gênero.

E tudo começa desde o nascimento. O corpo de menino é maior e mais pesado que o corpo da menina. Ele também exibe um metabolismo basal mais elevado. Os movimentos dos recém nascidos são mais vigorosos e agora já não sabemos mais até que ponto em decorrência de um maior estímulo.

Com os brinquedos, as meninas tendem a sentar-se e colocá-los diante de si. Os meninos, ao contrario, puxam, esfregam no chão lançam no espaço etc. Esse tipo de atividade lúdica prepara as forças e músculos masculinos para a atividade adulta onde, em algumas culturas se perpetuam nos esportes.

Entre os adultos o corpo masculino será trinta por cento mais forte que o da mulher com duas vezes mais o peso da massa muscular. Em média uma mulher pode carregar metade de seu peso corporal enquanto que um homem em média pode carregar duas vezes o seu peso.

Ao que todo indica, os homens têm uma acuidade visual e auditiva mais desenvolvida o que será importante na sua função ancestral de caçadores.

Também a disposição espacial do corpo é influenciada pelas diferenças sexuais. Diferenças na estrutura osteo-articular fazem com que as mulheres andem com passos menores e tenham uma rotação interna das pernas que funciona como uma sinalização sexual bastante atraente como o andar das gueixas no mundo oriental ou o “doce balanço a caminho do mar” da Garota de Ipanema.

Mas se o corpo é muito atraente em movimento o é também, ainda que em menor proporção, quando em repouso. Em função de peculiaridades anatômicas as pernas se cruzam de forma diferente entre homens e mulheres sendo que, algumas vezes, de forma especificamente femininas, como por exemplo nas chamadas pernas torcidas. Isso não impede que algumas mulheres sentem-se de pernas abertas “como um homem”.

Os grupos feministas tendem a exagerar a contribuição do social afirmando que os papéis de gênero não dependem do biológico mas são construções do social e portanto, havendo interesse político, podem ser alterados. Mais ainda, ao nível individual afirmam que a identidade de gênero não é determinada pelo sexo e os trabalhos de MONEY E ERHARDT (1972), hoje muito questionados, tentaram defender esse ponto de vista. Ao extremo questionam se os papéis de gênero não são totalmente construídos pela sociedade Argumentam que, hoje por exemplo, o hímen é somente um detalhe anatômico sem o valor social que lhe era conferido na idade média até os tempos recentes.

Tal postura, definida como um construcionismo, se opõe ao determinismo biológico no qual homens e mulheres desenvolvem suas características masculinas e femininas porque são programados biologicamente assim.

Uma posição intermediária entre deterministas e construtivistas admite que a biologia proporcione as bases sobre as quais o social tem certo espaço de ação.

Corpo e atratividade sexual

Alguns detalhes de diferenças físicas são muito importantes sob o ponto de vista de sinalização sexual. Os mais recentes e curiosos trabalhos de DESMON MORRIS (1997) mostram isso com muita precisão.

A mama feminina, por exemplo, esta longe de representar uma estrutura corporal produtora de leite capaz de despertar o interesse somente das criancinhas. Afinal se considerarmos que cerca de 2/3 da mama são constituídos por gordura que lhe dá formas arredondadas e graciosas, teremos que admitir que boa parte dela, pouco tem a ver com produção de leite. Por outro lado esta forma é mantida ao longo de quase todo o período fértil da mulher (o que explica sua função como estrutura de erotização) ao contrario das mamas das primatas que ficam planas e menos perceptíveis quando não estão aleitando.

Mas o corpo humano tem também um eficiente sistema de atratividade sexual para os homens: a estrutura muscular, a distribuição de pelos, etc.

Portanto homens e mulheres nascem com diferentes mecanismos de sinalização de suas sexualidades que a cultura acentua, aprimora ou destaca. O volume dos lábios, bem como sua

coloração, é um excelente exemplo. E aqui entra a participação do social. Se ter lábios grossos é *sexy* porque não acentuar essa característica como é feito entre os botocudos ou acentuar sua coloração, como faziam as prostitutas do Egito Antigo através do uso de batons que enriquecem, na modernidade, as indústrias de cosméticos?

Corpo e sexo e sociedade

Ao longo da história da humanidade o corpo, sempre reverenciado, serviu de modelo para a criação artística. Embora a curiosidade e a admiração tenha sido o corpo feminino, no mundo grego e romano o corpo masculino teve especial destaque. Discordando do que afirmou SHILLING (1997), que o corpo teve uma “presença silente” na Sociologia clássica lembramos que MARX e ENGELS, por exemplo, fazem referência às condições do corpo das classes trabalhadoras inglesas, corpos esses que se deformavam pelas condições de trabalho impostas pelo capitalismo. WEBER chama a atenção para o espírito calvinista valorizador de uma predestinação que levava a uma subordinação voluntária do corpo a uma rotina severa. Essa quase secreta história do corpo na sociologia clássica vai ter um discurso mais explícito com Nietzsche, Marcuse e Foucault.

Na modernidade o corpo passa a ser reconhecido como uma posse individual embora ainda bastante ligado ao estado. A partir dessa estruturação se entende que a vida, e conseqüentemente o corpo, é legalmente uma propriedade do estado daí advindo como delituosa a ação de automutilação, suicídio, aborto, etc.

Mais recentemente destacam-se os grupos de mulheres que reclamam seus corpos e das pessoas em geral que querem defini-lo como uma propriedade individual.

Na pós modernidade e de forma didática podemos identificar um interesse pelo estudo do corpo a partir dos seguintes acontecimentos:

A segunda onda do feminismo nos anos 60 coloca na agenda de suas discussões o controle da fertilidade, o direito ao abortamento e o repúdio a violência sexual que na verdade são partes de uma reivindicação maior que é um basta às submissões do corpo feminino ao controle dos homens.

Também grupos feministas relacionaram o patriarcado e a submissão feminina à exploração do corpo das mulheres na pornografia, na prostituição e na maternidade de aluguel etc.

Mas o pensamento feminista não se concentrou sobre o corpo feminino com exclusão do masculino. Afinal esses dois aspectos estão relacionados de forma irreduzível; por exemplo: foi o poder e a força do corpo masculino o instrumento de controle do corpo feminino.

Seguiram-se assim importantes trabalhos sobre homossexualidade masculina. É claro que a questão do homossexualismo masculino não é exclusivamente corpo mas há alguns aspectos específicos nestes tempos de AIDS relacionados ao significado cultural dado a um comportamento específico envolvendo penetração e a troca de fluidos.

Um aspecto interessante nos trabalhos sobre o estudo do corpo masculino é como a imagem masculina tem sido descrita nessas diversas análises. Nota-se uma preocupação entre os homens de conquistar a imagem corporal por eles idealizada - muscular mesomórfica -.

As academias estão oferecendo o espaço para essas conquistas. Nelas observamos o decréscimo do estereótipo do homem gay como homem que falhou , que não deu certo e a substituição do estereótipo do desmunhecado *Sissy* pelo estereótipo do gay macho que constrói seu corpo.

Por outro lado o aumento da participação das mulheres na esfera pública tem levado a uma retomada da necessidade de músculos na medida em que é pelo corpo que voltaram a diferenciar-se numa sociedade em que as outras diferenças estão se diluindo (cognitivas, afetivas, ocupacionais, estilo de vida etc.).

Finalmente se observa um decréscimo da importância do papel do homem como ganhador do pão aumentando a ênfase no consumo e na auto-imagem o que faz sobressair o território do corpo. A prova de que os homens passaram a se preocupar com o tipo de imagem do corpo masculino é ressaltado no livro “A remasculinização da América” de JEFFORD (1987) ou na descrição do “Metrossexual” por MARK SIMPSON (1994).

A sexualidade e a natureza dos corpos

Podemos admitir que temos diversas naturezas de corpos.

Corpo real.

Corpo imaginário

Corpo virtual

Corpo idealizado

Corpo desejado

O Corpo real é o que se vê no espelho ... embora seja quase sempre um corpo refletido. Afinal muitas partes do corpo nunca são vistas diretamente. Vemos nossos braços e nossas pernas mas nunca vemos diretamente nossas costas e ou nossa cabeça.

O corpo imaginário é aquele criado, como sugere o termo, por nossa imaginação. È, por exemplo, o corpo do neném que a grávida constrói antes do nascimento e que algumas vezes não vai corresponder a realidade. Quantas mães rejeitam o recém nascido prematuro cujo corpo esquelético não correspondeu ao corpo imaginário de um bebe lindo e gorduchinho com o que fantasiou durante toda sua gestação.

O corpo virtual é o construído pela tecnologia. É a imagem da ultrassonografia do bebê dentro do ventre materno. É a imagem do interior do útero visto pela videolaparoscopia. Em outras circunstancias, e através da racionalização, tendemos a virtualizar esse nosso corpo. Eu e o meu corpo nos tornamos entidades separadas. Este tipo de reflexão pode ser aplicado a um contexto de doença ou disfunção : Não sou eu , mas é o meu fígado quem esta doente, meu dente que dói ou meu pênis que é impotente etc.

Outro conceito de virtualidade em sociomedicina é o de desmaterialização do corpo durante o ato médico.

A medicina utilizou no passado artifícios que buscavam a desmaterialização do corpo ao longo do ato médico. Os lençóis fenestrados para exame ginecológico (que por sinal não são diferentes daqueles utilizados nas relações sexuais da cultura judaica) são um exemplo . Também os lençóis que cobrem as pernas das pacientes em posição ginecológica na verdade isolam-nas de qualquer

interação com o médico durante seu exame ... Lembro-me de uma cliente que se negava a ficar coberta durante o exame ginecológico e o quanto que me custou aceitar seu pedido de examiná-la sem nenhum tipo de cobertura...

O corpo é também isolado no ato cirúrgico. O ritual do teatro cirúrgico vai, à título de assepsia, isolando mais e mais o paciente de tal forma que ao final somente uma pequena área daquele corpo será o cenário de sua atividade; como se estivéssemos trabalhando somente num segmento do corpo. É mais aceitável trabalhar-se com as partes do que com um corpo vivo inteiro.

A vídeo laparoscopia completou a virtualização do corpo no ato cirúrgico, transformando-o num vídeo-game que só indiretamente se relaciona com o paciente. Aqui a virtualidade se confunde com o jogo, o game, o faz de conta... Não é acidental que os meninos, de há duas décadas, ávidos desse tipo desse tipo de diversão, tenham se transformado, hoje, em hábeis laparoscopistas, alguns até cirurgiões virtuais.

Corpo idealizado (aquele que gostaríamos de ter em função de ditames sociais). É o corpo perfeito capaz de atender plenamente as exigências de nossa idealização.

O corpo real jamais será capaz de satisfazer essa expectativa remetendo-nos sempre a uma falta existente em cada um de nós, seres humanos. Ilusoriamente imputamos a esse corpo a responsabilidade de não estar correspondendo ao padrão externo exigido, acreditando que reparando esse corpo estaremos reparando essa falta. E aí recorreremos muitas vezes à cirurgia plástica buscando contornar os primeiros sinais de envelhecimento ou as imperfeições percebidas no corpo real. Se não... não seremos capazes de atrair o outro ou perderemos o que temos conquistado... seremos gordos, velhos, feios e tudo mais que é reprovado.

Partiremos pelo atalho da busca ansiosa da felicidade como se ninguém fosse capaz de amar o gordo o velho ou o feio. Buscaremos um corpo virtual na tentativa da superação da falta esquecendo que na verdade ela é a responsável pela saída da inércia e que nos faz crescer e nos tornarmos ricos como pessoas. Essa busca se faz em função da necessidade de alcançarmos uma imagem corporal idealizada.

Mas a imagem corporal é componente muito importante da estruturação da identidade dos indivíduos. PYTANGUI (1992) acredita que a imagem corporal de uma pessoa é formada pela

imagem idealizada ou aquela que se deseja ser muito influenciada pela impressão de terceiros (informações externas) e a imagem objetiva que a pessoa vê, olhando e sentindo seu próprio corpo. O equilíbrio consistiria fundamentalmente na superposição da melhor maneira possível dessas imagens. Assim um bom grau de equilíbrio psíquico conduziria um indivíduo a se ver mais ou menos como os outros o vem e não muito distante da imagem que gostaria de ter.

Quando estas imagens se distanciam demasiadamente estaremos diante de variados quadros de desequilíbrio emocional geradores de maior ou menor grau de angustia.

Os cirurgiões plásticos deverão ficar muito atentos aqueles pacientes nos quais a imagem objetiva esteja de tal forma afastada de sua imagem idealizada que fatalmente represente um fracasso qualquer tentativa de restauração cirúrgica.

Situação peculiar é vivificada pelas pacientes que sofrem uma mastectomia. Sua auto-imagem fica comprometida pela realidade da amputação da mama.. Aqui a imagem gerada pela impressão de terceiros, principalmente representados por pessoas amadas, terá efeitos moduladores na recomposição da auto-imagem dessas pacientes reduzindo as distâncias entre a realidade da amputação e a idealização da mama feminina como estrutura de forte apelo de atratividade.

Corpo desejado . É o corpo visto pelo olhar desejanste do outro. O “olho desejanste” tem o poder de diminuir as distâncias entre corpo idealizado e o corpo real. Para quem ama o feio bonito lhe parece !