

EDITORIAL

A RBSH dá continuidade à sua linha editorial, cujo intento principal é a abertura de um espaço para o diálogo entre sexualidade, saúde, ciência, cultura e sociedade. Não por coincidência, buscamos contemplar esses cinco aspectos, os quais, acreditamos, abrangem a função social desta revista e de nossa entidade, a SBRASH.

Ouso fazer uma alusão ao pentagrama – forma geométrica de cinco lados –, que simboliza, de acordo com o *Dicionário dos símbolos*, a união e a síntese, posto representar a equivalência entre o número de dedos da mão humana e os órgãos dos sentidos. Nesse contexto, oferecemos nesta edição, aos associados da SBRASH bem como à comunidade científica, material diversificado em sua extensão, porém unificado em interesse, proporcionando, assim, a integração entre o saber e o prazer.

Apresentamos artigos de pesquisa, opinativos e de atualização; resenha de tese e de livro; e uma entrevista com profissional de expressão na área da sexualidade. São eles:

- *Perfil sexual de gestantes atendidas em pré-natal de alto risco*: aborda os problemas sexuais mais frequentes em gestantes de alto risco, possibilitando inferir em uma possível via de angústia que se soma à questão delicada da gestação.
- *Impacto da infecção por HIV e da terapia antirretroviral sobre a função sexual feminina*: apresenta dados que sugerem uma maior prevalência de disfunções sexuais em mulheres portadoras do vírus HIV, em comparação com as mulheres não contaminadas. Favorece, portanto, uma reflexão acerca dos dilemas presentes no exercício da sexualidade de pacientes portadoras de HIV.
- *Desigualdades de gênero entre adolescentes de acampamentos do MST, no norte do Paraná*: essa pesquisa procura desvelar as representações sociais relacionadas às desigualdades de gênero em circunstâncias especiais, como um acampamento do Movimento dos Sem Terra. Ela elucida as perspectivas a respeito de um segmento social que se fundamenta na ideologia patriarcal e que, portanto, organiza sua dinâmica de funcionamento nessa referência, traduzindo em micro o que se encontra na base da cultura ocidental – relações heteronormativas e assimetrias relacionadas aos papéis de gênero, modulando, assim, as práticas sexuais.
- *Sexualidade e hanseníase: aspectos biológicos e psicológicos*: esse texto discute um assunto cercado de estigmas. A hanseníase, como salientam as autoras, constitui-se uma condição clínica cercada de preconceitos e com várias complicações de ordem psicológica. Por conseguinte, afetaria a expressão da sexualidade, seja com relação às implicações orgânicas – e não menos importantes –, seja no sentido do contato/com tato por se tratar de uma doença dermatoneurológica.
- *Violência sexual em contexto universitário*: o texto aponta para uma questão extremamente grave: a violência sexual – em especial, no espaço universitário. A autora procura traçar um perfil comparativo entre as dinâmicas norte-americana e brasileira. Cabe salientar que o contexto em que se pressupõe a tutela de jovens que buscam formarem-se profissionais e desenvolverem mais maturidade, é palco de comportamentos que aviltam os Direitos Humanos, principalmente os das mulheres.

O fechamento desta edição apresenta a resenha da tese *Minha vida de ameba: os scripts sexo-normativos e a construção social das assexualidades na internet e na escola*; a resenha do livro *No meu corpo mando eu*, e, por fim, a entrevista com o Dr. Sidney Glina, eminente urologista e atuante na área da sexologia médica.

Esperamos atender às expectativas de nossos leitores, pois a RBSH prima pela qualidade e a pluralidade de enfoques teórico-metodológicos no campo da Sexualidade Humana. Nosso agradecimento aos senhores autores, bem como à equipe editorial. Boa leitura!

Iracema Teixeira
Presidente da SBRASH
Gestão 2014-2015

TRABALHOS DE PESQUISAS

PERFIL SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva¹, Raquel Mazzotti Cavalcanti da Silva², Raisal de Oliveira Pereira³, Marco Antônio Prado Nunes⁴, Antônio Souza Lima Júnior⁵, Júlia Maria de Gonçalves Dias⁶

SEXUAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN AT A HIGH RISK PRENATAL CARE SERVICE

Resumo: *Objetivo:* Avaliar os problemas sexuais mais frequentes em gestantes com gravidez de alto risco e associação entre fatores sociais e comportamentais no período gravídico. *Método:* Estudo transversal, desenvolvido no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, na cidade de Aracaju-SE. Amostra da pesquisa teve um total de 200 pacientes que assinaram o Termo de Consentimento. As diferenças entre proporções foram testadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Para a análise das comparações da média de duas amostras independentes foi utilizado o teste estatístico de associação *t* de Student. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo: CAAE nº 15436913.5.0000.5546. *Resultados:* Em relação à presença de problemas sexuais na gestação, houve mais frequência em mulheres da capital com 66%, maior instrução 67%, com história de aborto 62%, no terceiro trimestre 63%. As entrevistadas relataram ausência de libido em 64%, e ausência de orgasmo em 70%. O problema mais relatado, com 31%, foi dificuldade nas posições sexuais devido ao volume do abdome, o que justificaria a posição mais frequente ser os dois de lado, com 56%. *Conclusão:* Problemas sexuais ocorrem com maior frequência em pacientes gestantes com maior escolaridade, no terceiro trimestre e com algum problema sexual prévio.

Palavras-chave: comportamento; problemas sexuais; gravidez

Abstract: *Objective:* Evaluate the most frequent sexual issues among women with high risk pregnancies and their association with social and behavioral aspects during pregnancy. *Method:* transversal study, developed at the Integrated Women Health Care Center in Aracaju, Sergipe. The sample had a total of 200 patients who signed a consent form. The differences between proportions were analyzed using the Pearson chi-squared test or Fisher's exact test and, for analyzing the averages of two independent samples, the *t* student test was applied. The study has been submitted and approved by the Ethics in Research Committee under the protocol CAAE number 15436913.5.0000.5546. *Results:* Sexual issues during pregnancy were more frequent in women from the capital (66%), with higher education (67%), with previous abortions (62%) and in the third trimester (63%). The interviewed women complained of lack of libido (64%) and lack of orgasm (70%). The most common issue was the difficulty in sexual positions because of the increased abdominal volume (31%), which explains why the favorite position was lying on the side (56%). *Conclusion:* Sexual issues happen more often among pregnant women with higher education, in the third trimester and with previous sexual problems.

Keywords: behavior, sexual issues, pregnancy

¹ Médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Email: jacquelinemazzotti@hotmail.com.

² Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: raquelmazzotti@gmail.com.

³ Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: oliveira.raisa@yahoo.com.br.

⁴ Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: manpn@ig.com.br

⁵ Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: aslj@bol.com.br

⁶ Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: julia.dias@globo.com.

Introdução

O período gestacional traz diversas mudanças físicas, comportamentais e psicológicas tanto para a mulher quanto para as pessoas com quem ela convive, com repercussões na dinâmica familiar (REISDORFER, 2010). Pode ser visto como um período de crise, que exige uma resposta adaptativa e que demanda um reequilíbrio diante das mudanças inerentes dessa fase, como alteração do ritmo metabólico e hormonal e o processo de integração de uma nova imagem corporal (ARAUJO; SALIM; GUALDA; SILVA, 2012).

A manifestação da sexualidade é decorrente de valores e práticas culturais que evidenciam várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida. Pode-se observar que há uma redução da frequência da atividade sexual à medida que a gestação progride (COCKCROFT; PEARSON; HAMEI; ANDERSSON, 2011). Tal indisposição para o sexo pode ocorrer devido a alterações no padrão de sexualidade (BELENTANI; MARCON; PELLOSO, 2011). Algumas causas mais comuns são náuseas, fadigas, dispareunia, preocupação com o bem-estar fetal, dificuldade no coito devido ao abdômen proeminente da grávida, que muitas vezes é responsável pela diminuição da autoestima, motivos culturais ou religiosos, mitos e ou até mesmo em casos de mau passado obstétrico. Entretanto, para a maior parte das mulheres, o interesse pelos aspectos não genitais do encontro sexual (intimidade, proximidade, carícias/ternura) mantém-se inalterado ou aumenta no período gravídico. Esse é um aspecto determinante da satisfação sexual, que tende a ser maior nas mulheres mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal (QUEIRÓS et al., 2011).

A mulher grávida manifesta sua sexualidade de acordo com a fase da gestação em que se encontra. Durante o primeiro trimestre, há a aceitação da gestação pelo casal e há um período de reflexão até a mulher incorporar o papel de mãe, porém o desejo sexual nessa etapa quase não se modifica, mas pode ocorrer uma redução na atividade sexual devido ao medo de abortar, sentimento de rejeição ou desconforto físico (COLMAN, 1994; BRTNICKA, 2009; SAPIÉN, 2011). No decorrer do segundo trimestre, percebe-se que a mulher já aceita a gestação e seu futuro papel de mãe, além disso, muitos desconfortos somáticos que desaparecem durante essa etapa e as transformações corporais levam a novas descobertas durante o contato com o parceiro, o que leva a uma maior valorização do corpo e aumento do desejo sexual (LECH; MARTINS, 2003).

No terceiro trimestre, há uma diminuição na frequência e o desinteresse pela atividade sexual por causa de desconforto físico da gestante, como dispareunia e cansaço, e de fatores psicológicos para o homem, que teme pela saúde do feto (QUEIRÓS et al., 2005).

Na sociedade atual, a mulher tem procurado solucionar os problemas que interferem em sua qualidade de vida, como aqueles relacionados à função sexual, recorrendo a cuidados médicos. Afinal, grande parte das mulheres reconhece o papel do ginecologista em diagnosticar e tratar de disfunções sexuais. No entanto, a prática da sexologia ainda é limitada, uma vez que não é frequente os médicos tomarem a iniciativa de abordar a temática das queixas sexuais de suas pacientes, e algumas destas não buscam assistência médica por frustração ou vergonha (LARA; SILVA; ROMÃO; JUNQUEIRA, 2008).

Existe uma grande diversidade de gestantes no que diz respeito à idade, e isso deve ser levado em consideração. A gravidez na adolescência geralmente envolve riscos não só biológicos e médicos, mas também de naturezas social e comportamental, contribuindo negativamente na qualidade de vida individual, familiar e da comunidade. Tanto que podemos considerar a fecundidade adolescente como um indicador da qualidade de saúde de um país, por exemplo, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse indicador sugere uma educação sexual precária, com iniciação sexual precoce e gravidezes indesejadas (SILVA; SURITA, 2012). No outro extremo, há as mulheres que adiam sua gestação para a quarta ou quinta década de vida para priorizar sua carreira. Recentes avanços nas técnicas de reprodução assistida têm aumentado o sucesso de gravidez nessas pacientes, porém, com declínio da fertilidade, podem ocorrer eventos indesejados como abortos, natimortos e anormalidades cromossômicas (HEFFNER, 2004).

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil sexual de gestantes atendidas em unidade de alto risco e verificar a associação das disfunções sexuais com variáveis comportamentais e sociais.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, na cidade de Aracaju-SE. A amostragem de conveniência foi constituída por todas as gestantes que realizaram o pré-natal no local de estudo, entre os meses de agosto e setembro de 2013, tendo como total 200 pacientes. Foram excluídas aquelas que

se recusaram a preencher os questionários. O recrutamento ocorreu por meio de convite verbal a pacientes na sala de espera do local de estudo, seguido de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entre as pacientes que concordaram em participar do estudo. Essas gestantes foram divididas em dois grupos: o das que relataram dificuldades nessa gestação e o das que negaram.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário, inspirado no protocolo do Estudo sobre a vida sexual do brasileiro, realizado pelo ProSex (Projeto Sexualidade) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, registrando-se características sócio-demográficas (idade e procedência), antecedentes obstétricos (número de gestações, partos e abortos prévios), hábitos de vida, hábitos sexuais e abordagem do tema durante as consultas.

A análise estatística foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas, e por meio de medidas de tendência central e variabilidade no caso das variáveis numéricas, calculados os intervalos de confiança de 95%. As diferenças entre proporções foram testadas por meio do teste qui-quadrado de

Pearson ou teste exato de Fisher. Para a análise das comparações da média de duas amostras independentes foi utilizado o teste estatístico de associação *t* de Student. O nível de significância considerado foi de 0,05.

O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo CAAE nº 15436913.5.0000.5546. Os propósitos do estudo, sua metodologia e o compromisso de confidencialidade dos dados foram explicados às pacientes, as quais não receberam incentivos de qualquer espécie no ato da assinatura do TCLE, conforme resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento foi preenchido em duas vias, ficando uma em poder do pesquisador e a outra entregue à participante da pesquisa.

Resultados

Foram avaliadas 200 pacientes com idade média de 26,6 anos (com desvio padrão de 5,33 anos), as quais se dividiram em dois grupos de pacientes: as que não apresentaram dificuldades sexuais na gestação e as que apresentaram. Foram caracterizadas de acordo com variáveis sócio-demográficas, obstétricas, comportamentais e sexuais (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre variáveis sócio-demográficas e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
Naturalidade							
Aracaju	22	34%	43	66%	65	4,5466	0,015*
Interior de Sergipe	57	55%	46	45%	103	1,0936	0,198
Outro Estado	19	59%	13	41%	32	1,1878	0,240
Procedência							
Aracaju	24	46%	28	54%	52	0,1339	0,681
Interior de Sergipe	68	50%	69	50%	137	0,0131	0,882
Outro Estado	6	55%	5	45%	11	0,1283	0,713
Raça							
Amarela	3	30%	7	70%	10	1,3772	0,229
Branca	16	46%	19	54%	35	0,1287	0,697
Negra	16	52%	15	48%	31	0,0733	0,771
Parda	63	51%	61	49%	124	0,0999	0,687

	Dificuldades sexuais na gestação atual					Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%	Total		
Estado civil							
Casada	23	52%	21	48%	44	0,1545	0,664
Mora junto	61	50%	60	50%	121	0,0602	0,756
Solteira/divorciada	14	40%	21	60%	35	0,9672	0,552
Religião							
Católica	65	50%	65	50%	130	0,0315	0,820
Espírita	1	33%	2	67%	3	0,2904	0,587
Evangélica	18	42%	25	58%	43	0,7231	0,349
Outra	2	40%	3	60%	5	0,1581	0,687
Sem religião	12	63%	7	37%	19	1,3913	0,217
Instrução							
Não estudou	6	46%	7	54%	13	0,0396	0,837
Fundamental incompleto	27	48%	29	52%	56	0,0108	0,906
Fundamental completo	16	43%	21	57%	37	0,4145	0,484
Médio incompleto	19	54%	16	46%	35	0,3329	0,532
Médio completo	26	55%	21	45%	47	0,6079	0,386
Superior	4	33%	8	67%	12	1,1130	0,278
Profissão							
Autônoma	18	51%	17	49%	35	0,0703	0,774
Desempregada	12	44%	15	56%	27	0,1977	0,636
Dona de casa	49	52%	45	48%	94	0,2502	0,544
Outro	12	38%	20	63%	32	1,4632	0,193
Prestadora de serviços	7	58%	5	42%	12	0,3945	0,518

*valores significativos $p < 0,05$.

Na Tabela 1, a maior parte dos pacientes que era da capital (Aracaju) apresentaram problemas sexuais na gestação: 66%. Em relação à raça, 70% das pacientes que se declararam amarelas apresentaram alguma dificuldade sexual, já as negras foram as que menos apresentaram queixas: 52% negaram. Quanto ao estado civil, 60% das solteiras afirmaram possuir alguma dificuldade. Entre as casadas houve queixas em 52% das entrevistadas. Em relação à religião, notou-se associação entre

maior índice de problemas com as gestantes que possuíam alguma religião: 50% católicas, 67% espíritas, 58% evangélicas e 60% outras religiões. Já entre as que não possuíam religião, notou-se que apenas 37% apresentaram alguma dificuldade.

Quanto ao grau de instrução, encontrou-se maior índice de queixas sexuais em gestantes com nível superior 67%. Em relação a profissão, nota-se que as donas de casa apresentaram menos dificuldades, 52%.

Tabela 2. Associação entre variáveis obstétricas e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	Estatística <i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
Número de gestações							
Uma	37	50%	37	50%	74	0,0216	0,863
Duas	32	55%	26	45%	58	0,6852	0,347
Três ou mais	29	44%	39	59%	66	0,8215	0,275
Aborto							
Não	75	55%	64	47%	136	0,8063	0,226
Sim	23	38%	38	62%	61	2,3981	0,078
Idade gestacional							
Primeiro trimestre	19	66%	10	34%	29	2,7653	0,075
Segundo trimestre	46	55%	37	45%	83	0,9679	0,242
Terceiro trimestre	33	38%	55	63%	88	3,2593	0,031*
Total	98	49%	102	51%	200	-	-

*valores significativos $p < 0,05$.

Houve associação significativa entre dificuldades sexuais e o último trimestre da gestação. Observa-se na Tabela 2, que no terceiro trimestre há maiores dificuldades do que no restante da gestação, com 63% das entrevistadas relatando problemas. Notou-se que entre as pacientes que

referiram ter tido aborto prévio, 62% queixaram-se de dificuldades sexuais. Foi encontrada associação significativa entre dificuldades sexuais e número de gestações, sendo que as pacientes que tiveram três ou mais gestações relataram maiores dificuldades (59%).

Tabela 3. Associação entre variáveis comportamentais e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total Geral	Estatística LSD	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
Tabagismo							
Não	94	49%	96	51%	190	0,0002	0,896
Sim	4	40%	6	60%	10	0,3088	0,569
Etilismo							
Não	92	48%	101	52%	193	0,0697	0,711
Sim	6	86%	1	14%	7	3,6467	0,052
Sedentarismo							
Não	76	54%	65	46%	141	0,7948	0,244
Sim	22	37%	37	63%	59	2,5133	0,072
Drogadição							
Não	98	49%	101	51%	198	0,0024	0,921
Sim		0%	1	100%	1	0,9560	0,493
Total	98	49%	102	51%	200	-	-

Na Tabela 3 observa-se que tanto as gestantes etilistas quanto as gestantes tabagistas queixaram-se de dificuldades sexuais: 60%

em ambos os casos. Em relação às gestantes sedentárias, 63% referiram alguma dificuldade sexual.

Tabela 4. Associação entre variáveis sexuais e dificuldades sexuais na gestação atual das gestantes entrevistadas.

	Dificuldades sexuais na gestação atual				Total	<i>t</i>	Significância <i>p</i>
	Não	%	Sim	%			
Média de coitos							
Um	37	39%	57	61%	94	2,3921	0,062
Dois	46	57%	35	43%	81	1,4003	0,161
Três ou mais	15	60%	10	40%	25	1,0756	0,271
Libido							
Com frequência diminuída	15	37%	26	63%	41	2,1058	0,112
Não	23	36%	41	64%	64	3,3323	0,037*
Sim	60	63%	35	37%	95	5,1903	0,006**
Orgasmo							
Com frequência diminuída	14	37%	24	63%	38	1,8946	0,134
Não	17	30%	40	70%	57	6,5969	0,004**
Sim	67	64%	38	36%	105	6,0812	0,002**
Problemas sexuais antes da gestação?							
Não	89	51%	84	49%	173	0,2218	0,520
Sim	9	33%	18	67%	27	2,3432	0,103
Tem feito sexo sem desejo							
Não	71	55%	58	45%	128	1,1447	0,168
Sim	27	38%	44	62%	71	2,5384	0,064
Primeira relação							
Antes dos 12 anos	4	40%	6	60%	10	0,3088	0,569
De 13 a 16 anos	43	47%	48	53%	91	0,0764	0,739
De 17 a 20 anos	38	54%	32	46%	70	0,5795	0,376
Depois de 20 anos	13	45%	16	55%	29	0,1765	0,653
Teve relação na gestação atual							
Não	13	68%	7	37%	19	1,8620	0,137
Sim	85	47%	95	53%	180	0,1199	0,633

*valores significativos $p < 0,05$; **valores muito significativos $p < 0,01$.

Pode-se observar na Tabela 4 que as gestantes que tiveram relações antes dos 12 anos apresentaram mais dificuldades sexuais na gestação em 60% dos casos. Em relação à média de coitos, notou-se que as dificuldades sexuais entre as gestantes que tinham coitos semanais foram em torno de 61%, entre as que tinham três ou mais coitos semanais 40% referiram dificuldades sexuais.

Houve associação significativa entre a presença e ausência de libido e disfunções sexuais $p=0,006$ e $p=0,037$ respectivamente. Também em relação à presença e ausência de orgasmo $p=0,002$ e $p=0,004$. Observaram-se dificuldades nas relações em apenas 37% das gestantes que possuíam libido e em 36% das gestantes que possuíam orgasmos nas relações.

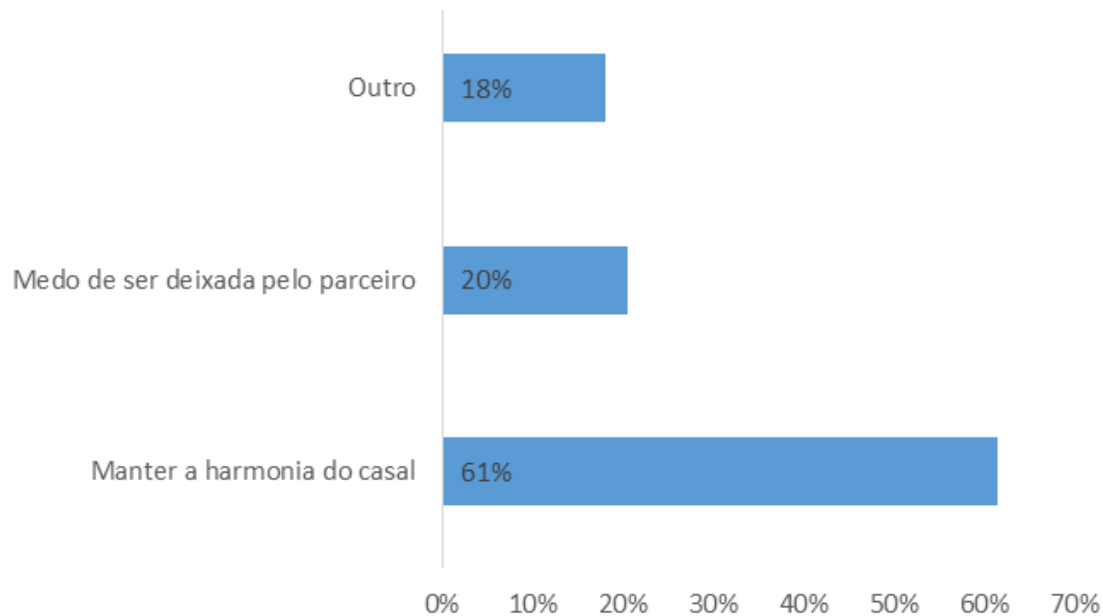


Figura 1. Motivo de ter feito sexo sem desejo entre as pacientes entrevistadas

Em relação às gestantes que referiram ter feito sexo sem desejo, notou-se dificuldades em 62% que assumiram essa prática. Pode-se notar pela Figura 1 que o motivo mais alegado foi manter a harmonia do casal em 61% das entrevistadas. Em segundo lugar apareceu o medo de ser deixada pelo

parceiro, em 20% dos casos. Embora a associação não tenha sido significativa entre a variável supracitada e a variável independente, o valor de $p=0,064$ aproxima-se bastante da significância na associação entre a afirmação de fazer sexo sem vontade e as disfunções sexuais.

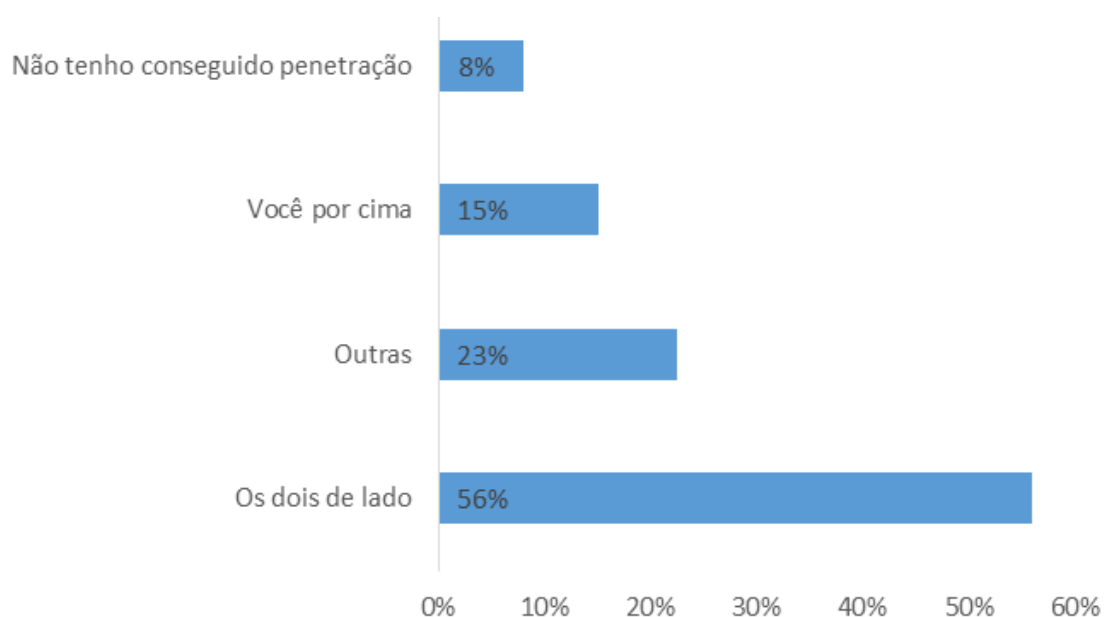


Figura 2. Posições mais adotadas para o ato sexual entre as pacientes entrevistadas.

Pela Figura 2, pode-se notar que entre as posições mais adotadas, 56% afirmaram utilizar a posição os dois de lado, 23% afirmaram usar outras posições e apenas 8% alegaram não terem conseguido penetração.

Discussão

Houve associação significativa entre as gestantes que tiveram problemas sexuais procedentes da capital, nota-se que há um grau maior de dificuldades entre as primeiras. Isso pode ser explicado pelo fato de que mulheres da capital possuíam maior escolaridade, sendo assim, o alto grau de esclarecimento pode ter gerado uma maior percepção dos seus problemas e por isso relatam com maior frequência suas insatisfações.

Quanto à religião, notou-se que houve uma diferença em termos absolutos e relativos sobre a ausência de problemas sexuais entre as que não informavam religião. Provavelmente porque a religião é um fator de supressão ou faz com que as pacientes não consigam verbalizar suas queixas. De acordo com Chauí (2000), a moral, a religião, as ciências e o direito sistematicamente definem as justificativas e a regulamentação das normas sociais. Pode-se observar nas teorias psicanalíticas de Freud que a existência de desejos sexuais inconscientes entra em choque com as normas sociais permitidas e botam o indivíduo em crise interna, fazendo com que este assuma comportamentos defensivos. E estas reações possibilitam o aparecimento da culpa e a instauração do conflito.

Observou-se que quanto maior o grau de instrução da paciente, maiores os índices de dificuldades sexuais na gestação. Em um estudo realizado com mulheres americanas, feito por Nazareth e colaboradores (2003), foi observado que um nível socioeconômico mais baixo se relacionaria com uma predisposição a disfunções sexuais. Entretanto, há estudos que demonstram que nível socioeconômico e disfunção sexual são diretamente proporcionais (PRADO; MOTA; LIMA, 2010). Isso seria justificado por uma maior percepção da sexualidade, levando a mulher a gerar expectativas em relação ao sexo que podem trazer maior insatisfação do que entre as mulheres com menor grau de instrução ou até mesmo fatores de estresse, como competir no mercado de trabalho, o que favoreceria um maior grau de disfunção sexual.

Sabe-se que a função sexual sofre mu-

danças ao longo da gestação, com aumento de sintomas de disfunção sexual (TRUTNOVSKY; HAAS; LANG; PETRU, 2006). O terceiro trimestre foi o período que mais apresentou dificuldades para as gestantes entrevistadas. Nesse período há um maior desconforto devido ao volume do abdômen, cansaço e à fadiga. Além do mais, tratava-se de gestantes de alto risco, em que as patologias tendem a se complicar no último trimestre da gestação e o medo da perda fetal aumenta.

Metade das gestantes afirmou ter problemas sexuais na gestação. Deve-se considerar que o estudo foi realizado com gestantes de alto risco. Na literatura, sabe-se da ansiedade usualmente relacionada à gestação e ao parto vivenciada pelas mulheres durante esse período de vida, e as mulheres com gestação de alto risco enfrentam preocupações adicionais. Para otimizar resultados gestacionais e reduzir o risco de complicações maternas e fetais, as mulheres costumam modificar os hábitos de vida e se submetem a acompanhamento médico rigoroso até o parto. Isso influencia o desejo sexual da mulher e altera a relação da gestante com sua sexualidade (RIBEIRO et al., 2011).

A associação com o uso do álcool mostrou um valor de *p* limítrofe. Sabe-se que a presença de problemas emocionais em gestantes pode contribuir para o uso de substâncias psicoativas, que estão associadas ao aumento do risco de malformações fetais (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). O etilismo é um elemento desagregador na família, um dos motivos da mulher beber pode ser a rejeição que ela tem em relação à gestação, além da falta de estrutura familiar. O uso do álcool por si só constitui um fator de risco para a gestação. Em nosso estudo, não foi estabelecida a quantidade de bebida alcóolica ingerida pelas gestantes, havendo um viés de interpretação quanto às dificuldades sexuais pelo uso do álcool.

Quanto à libido durante a gestação, as pacientes que afirmaram não ter ou a ter com frequência diminuída, apresentaram mais problemas na gestação. A mesma informação foi encontrada em relação ao orgasmo na gestação, as entrevistadas que não tinham orgasmo ou tinham orgasmo em uma frequência diminuída apresentaram maiores índices de problemas sexuais na gestação. Muitas entrevistadas afirmaram que tinham relações sexuais mesmo sem vontade, a justificativa mais alegada foi manter a harmonia do casal, em 61% das respostas. Um estudo feito na

Nigéria mostra dados semelhantes, em que as gestantes, mesmo apresentando queixas como náuseas, desconforto, cansaço, medo de abortar ou de machucar o feto, mantinham a frequência sexual para manter a harmonia entre o casal (ORJI; OGUNLOLA; FASUBAA, 2002).

As que tiveram relações antes dos 12 anos apresentaram, em sua maioria, dificuldades na gestação. Esse número de pacientes com dificuldades diminuiu para as gestantes que tiveram a idade do primeiro coito mais tardiamente. Dado que pode ser justificado pelo fato da maturidade psicológica não acompanhar a maturidade biológica, as adolescentes trazem o medo, a insegurança, a desorientação e a solidão como fatores que influenciam negativamente seu psicológico e sua vida sexual durante a gestação (GOMES; FONSECA; VEIGAS, 2002).

Em relação às posições mais utilizadas durante a gestação, nosso estudo foi compatível com o relatado por Polomeno na literatura (POLOMENO, 2000), encontramos a posição de lado como a mais mencionada, em 56%. Ao indagadas sobre o desconforto nas posições sexuais o volume do abdômen aparece como a causa principal em 31% dos casos, fadiga e náuseas foram mencionados com 23% e 22% respectivamente. Esses dados são compatíveis com o estudo de BELLO; OLAYEMI; AIMAKHU; ADEKUNLE, (2000), em que se observam queixas comuns relacionadas a questões culturais como o medo de o pai machucar o bebê durante a relação, de a ejaculação dentro da vagina afogar o bebê, de o volume do abdome atrapalhar a relação ou o parceiro não sentir atração pelo corpo da entrevistada. Também há o conflito de ver a esposa como um ser sagrado que necessita canalizar toda a energia para ao bebê.

Conclusão

Houve associação significativa entre as gestantes que tiveram problemas sexuais procedentes da capital e as pacientes que informavam não ter religião, elas não demonstraram ter problemas sexuais. Observou-se que quanto maior o grau de instrução da paciente, maiores os índices de dificuldades sexuais na gestação. O terceiro trimestre foi mencionado como o período de maior desconforto sexual. No estudo, não foi estabelecida a quantidade de bebida alcoólica ingerida pelas gestantes, havendo um viés de interpretação quanto às dificuldades sexuais pelo uso do álcool. A ausência de libido esteve associada a dificuldades sexuais na gestação, assim como a ausência de orgasmo. O

início precoce da vida sexual foi associado a dificuldades sexuais entre as gestantes entrevistadas. A posição preferida para o ato sexual foi a lateral e a principal causa de desconforto nas relações foi o volume do abdômen. Foi observada uma frequência elevada de gestantes em unidade de alto risco que referiram dificuldades no ato sexual, como também a piora progressiva do desempenho sexual e desejo com a evolução da gestação. Considera-se que o fato da gestante se encontrar em uma situação de alto risco interfere negativamente em sua sexualidade. Das recomendações, acredita-se que o estudo em questão direciona perspectivas sobre o acompanhamento de gestantes do ponto de vista de sua sexualidade e motiva para que os profissionais que lidam com a gestante, principalmente as de alto risco, possam identificar problemas desta natureza e propor soluções satisfatórias para a mulher.

Referências

- ARAUJO, N.M.; SALIM, N.R.; GUALDA, D.M.R.; SILVA, L.C.F.P. Body and sexuality during pregnancy, *Rev esc enferm USP*, 46(3): p. 552-558, 2012.
- BELTANI, L.M.; MARCON, S.S.; PELLOSO, S.M. Sexuality patterns of mothers with high risk infants. *Acta Paul Enferm.*, 24(1): p. 107-113; 2011.
- BELLO, F.A.; OLAYEMI, O.; AIMAKHU, C.O.; ADEKUNLE, A.O. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *Obstet Gynecol*, 2011.
- BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.*, 110(7): p. 427-431, 2009.
- CHAUÍ M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- COCKCROFT, A.; PEARSON, L.W.; HAMEI, C.; ANDERSSON, N. Reproductive and sexual health in the Maldives analysis of data from two cross-sectional surveys. *BMC Health Serv Res.*, dez.; 11 Suppl 2:S6; 2011.
- COLMAN L.L.; COLMAN, A.D. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, 1994.
- GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, A. J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3): p. 408-414, 2002.

HEFFNER, L. J. Advanced maternal age: how old is too old? *N Engl J Med.*, nov; 351(19): p. 1927-1929, 2004.

LARA, L. A. S.; SILVA, A. C. J. S. R.; ROMÃO, A. P. M. S.; JUNQUEIRA, F. R. R. Abordagem das disfunções sexuais femininas: revisão. *Rev. Bras Ginecol. Obstet.*, 30(6): p. 312-321, 2008.

LECH, M. B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Estud psicol (Campinas)*, 20 (3): p. 37-46, 2003.

ORJI, E.; OGUNLOLA, I.; FASUBAA, O. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J. Obstet Gynaecol.*, 22(2): p. 166-168, 2002.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, [online]. 3(32): p. 139-143, 2010.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.; FURTADO, E. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 39(4): p. 593-598, 2005.

POLOMENO, V. Sex and Pregnancy: A perinatal Educator's guide. *J. Perinat. Educa.*, 9(4): p. 15-27, 2000.

QUEIRÓS, A., CONDE, P.; CUNHA, V.; AMBRÓSIO, P.; MARQUES, F.J.; SERRANO, F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Rev. Port. Clin. Geral*, set; 27 (4): p. 34-43, 2011.

REISDORFER, E. As alterações no desejo sexual durante o período gestacional: um estudo na atenção primária. *Sau. & Transf. Soc.*, 1(1): p. 129-136, 2010.

RIBEIRO, M.C.; NAKAMURA, M.U.; ABDO, C.H.N.; TORLON, M.R.; SCANAVINO, M.T.; MATTAR, R. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 33(5): p. 219-24, 2011.

SAPIÉN, J. S.; CÓRDOBA, D. I. Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: casos em la Ciudad de México. *Ter Psicol.*, 29 (2): p. 185-190, 2011.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na ado-

lescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol. Obstet.*, 34(8): p.347-350, 2012.

TRUTNOVSKY, G.; HAAS, J.; LANG, U.; PETRU, E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obst Gynaecol.*, 46(4): p. 282-287, ago. 2006.

TRABALHOS DE PESQUISAS

**IMPACTO DA INFECÇÃO POR HIV E DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

Daniela Siqueira Prado¹, Sandro Rangel Santos², Gildiane de Melo Rangel², Ryane Vieira Lima², Luciana Alice Santana Teixeira²

IMPACT OF HIV INFECTION AND ANTIRETROVIRAL THERAPY ON THE FEMALE SEXUAL FUNCTION

Resumo: Objetivo: Verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios da função sexual entre grupos de mulheres portadoras do vírus HIV (MP) e de não portadoras (MNP), e apurar se há associação entre disfunção sexual e uso de terapia antirretroviral (TARV). Métodos: Estudo transversal composto por 244 mulheres sexualmente ativas, das quais 123 são MP e 121 são MNP. A função sexual foi avaliada pelo Quociente Sexual-versão feminina (QS-F). Resultados: Houve diferença significativa na prevalência de disfunção sexual entre MP e MNP (25,2 e 9,9%, $p = 0,002$) e nos escores dos domínios da função sexual: desejo ($p < 0,001$) e orgasmo ($p < 0,01$). Não houve diferença significativa na prevalência de disfunção sexual entre as usuárias de TARV e as não usuárias. Conclusões: Houve maior prevalência de disfunção sexual em MP. O uso de TARV não se associou a aumento na prevalência de disfunção sexual.

Palavras-chave: fármacos anti-HIV; síndrome da imunodeficiência adquirida; disfunção sexual; saúde sexual

Abstract: Purpose: Verify if is there any difference between the prevalence of sexual dysfunction and in scores of domains of sexual function among groups of women HIV infected (WI) and of women HIV not infected (WNI), and whether there is an association between sexual dysfunction and use of antiretroviral therapy (HAART). Methods: A cross-sectional study included 244 sexually active women, of which 123 were WI and 121 were WNI. Sexual function was assessed by the Sexual Quotient female-version (QS-F). Results: There was a significant difference in the prevalence of sexual dysfunction between WI and WNI (25.2 and 9.9%, $p = 0.002$) and in the sexual domain scores: desire ($p < 0.001$) and orgasm ($p < 0.01$). There was no significant difference in the prevalence of sexual dysfunction among HAART users and non-users. Conclusions: There was a higher prevalence of sexual dysfunction in WI. The use of HAART was not associated with increased sexual dysfunction.

Keywords: anti-HIV agents; acquired immunodeficiency syndrome; sexual dysfunction; sexual health

¹ Professora Assistente da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.
E-mail: danisprado77@gmail.com

² Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

Introdução

A disfunção sexual é um problema multidimensional, determinada por fatores biológicos, psicológicos e interpessoais, capaz de influenciar a saúde física e mental (BASSON et al., 2000). Há poucos estudos longitudinais sobre disfunção sexual feminina, como o conduzido na Austrália, no qual foram acompanhadas 2.252 mulheres durante 12 meses, das quais 36% relataram uma nova dificuldade sexual no seguimento. As duas maiores dificuldades encontradas foram falta de interesse em ter relações sexuais (26%) e demora em atingir o orgasmo (11%) (SMITH et al., 2012).

No Estudo da Vida Sexual dos Brasileiros (EVSB), realizado entre novembro de 2002 e fevereiro de 2003, com 7.103 indivíduos de 13 estados brasileiros, observou-se frequência de disfunções sexuais de 28,5% entre as mulheres. As disfunções femininas mais encontradas foram dificuldade de excitação (26,6%) e para atingir o orgasmo (26,2%). Dispareunia foi referida por 17,8% das mulheres (ABDO, 2004).

As causas de disfunção sexual na mulher podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurológicas, hormonais e musculogênicas (BERMAN; BASSUK, 2002). A idade, nível socioeconômico e comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e algumas doenças sexualmente transmissíveis, como a infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), podem interferir na função sexual (ABDO et al, 2004; BELL, 2006).

Segundo metanálise conduzida no Brasil, a infecção por HIV pode desencadear disfunção sexual por causas psíquicas, hormonais, condições farmacológicas e condições mórbidas associadas (SCANAVINO, 2011). Causas psicossociais incluem reação de luto após desenvolver a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), ansiedade e depressão (OLLEY et al., 2003). A lipodistrofia destaca e estigmatiza pacientes com HIV em tratamento e pode resultar em isolamento sexual (TIEN et al., 2003). Em estudo recente desenvolvido no Brasil, uma parcela significativa (37%) das mulheres com AIDS referiu inatividade sexual nos últimos 12 meses (TUBINO; ABDO, 2010). Apesar de existirem estudos que demonstrem o impacto da infecção por HIV em aspectos psicossociais (ANDRINOPOULOS, 2011; LOGIE; GADALLA, 2009), são poucos, os que avaliaram tal interferência sobre a função sexual feminina, fato que motivou a realização desta pesquisa.

Método

Foi realizado um estudo transversal no período de julho a dezembro de 2012 com 244 mulheres divididas em dois grupos, o primeiro composto por 123 mulheres portadoras do vírus HIV (MP) e o segundo por 121 mulheres não portadoras do vírus (MNP). As MP foram abordadas no ambulatório de referência para a doença e as MNP foram escolhidas aleatoriamente nos diversos ambulatórios de outras especialidades do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) e Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-SE). Foram critérios de inclusão estar na pré-menopausa, ter parceiro fixo e ter vida sexual ativa, esta caracterizada como atividade sexual nos últimos seis meses. Foram excluídas mulheres em uso de antidepressivos. Duas mulheres do grupo MP se recusaram a responder o questionário por não confiarem no sigilo do estudo. No Grupo MNP, cinco mulheres abordadas não quiseram participar da pesquisa.

Utilizou-se, como instrumento de avaliação da função sexual feminina, o Quociente Sexual-versão Feminina (QS-F), uma escala breve, específica e multidimensional (ABDO, 2006, p. 90). O QS-F pode ser interpretado em termos de escore total, avaliando a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher e, como abrange todas as fases do ciclo de resposta sexual, além de domínios correlatos, é também um instrumento que indica em quais aspectos dessa resposta situa(m)-se a(s) dificuldade(s) de cada paciente (ABDO, 2006, p. 90). Por meio de dez questões autorresponsivas, o QS-F avalia desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Escores baixos (< 2 pontos) para as questões de números 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação sexual. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos (< 2 pontos) para estas questões significam pouca capacidade de envolvimento e pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto (> 2 pontos) para a pergunta sete após subtração de 5 (conforme padronização do questionário), confirma presença de dor durante a relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos (< 2 pontos) para as questões 9 e 10. Para o cálculo do escore total somam-se

todas as perguntas e multiplica-se por dois. Escore total menor ou igual a 60 pontos indica disfunção sexual (ABDO, 2006, p. 90).

O questionário foi aplicado por meio de entrevista, durante a qual um único entrevistador questionava as mulheres em ambiente reservado. Inicialmente, interrogava dados referentes à idade, estado civil, escolaridade e uso de medicações. Estratificou-se escolaridade em ensino fundamental, médio e superior. Em seguida, aplicou-se o QS-F.

As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram utilizadas, para sumariá-las, frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando mais adequado. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Para o teste de hipóteses relativas às variáveis categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. A comparação entre os grupos foi realizada mediante teste t de Student para amostras independentes. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80. Para realizar os cálculos estatísticos, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

Para a estimativa do tamanho da amostra, foram adotados os seguintes critérios: proporção esperada de 50% (dados da literatura); variação esperada de 20%; intervalo de confiança de 95%. O programa utilizado foi o Winpepi versão 2.16 2004/2009. Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE

00069.0.107.000-10). Todas as mulheres recrutadas para o estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Não se observou diferença significativa ($p=0,05$) entre as médias de idades das MP ($34,9 \pm 6,9$) e MNP ($32,5 \pm 8$). Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao estado civil ($p=0,01$), uma vez que entre as MP, 43,9% eram casadas/união estável e 56,1% eram solteiras, ao passo que entre as MNP, 60,3% eram casadas/união estável e 39,7%, solteiras. Foi verificada diferença significativa também em relação ao grau de escolaridade ($p=0,01$). Entre as MP, 39% haviam concluído o ensino médio ou superior, 49,6% o ensino fundamental e 11,4% declararam-se analfabetas. No grupo das MNP, houve uma predominância de mulheres que concluíram o ensino médio ou superior (57,9%), 34,7% o ensino fundamental e 7,4% declararam-se analfabetas.

Foi observada homogeneidade em relação à cor da pele percebida ($p=0,74$). Mais da metade das mulheres pertencentes aos grupos MP (51,2%) e MNP (53,7%) eram pardas. O mesmo ocorreu com o padrão menstrual ($p=0,34$), pois, em ambos os grupos, a maioria das mulheres apresentava ciclos regulares (MP = 59,3% e MNP = 65,3%). A variável idade de início da vida sexual apresentou diferença significativa ($p=0,003$) entre os grupos. Entre as MP, a média de idade foi de 17,4 ($\pm 3,8$), enquanto entre as MNP, 16,2 ($\pm 2,9$) (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre as características epidemiológicas do grupo de mulheres com HIV (MP) e sem HIV (MNP)

	MP (%)	MNP (%)	<i>p</i>
Idade ¹	34,9 \pm 6,9	32,5 \pm 8	0,05
Estado Civil ²			
Solteira	69(56,1)	48(39,7)	0,01
Casada/União Estável	54 (43,9%)	73(60,3)	
Escolaridade ²			
Analfabeta	14(11,4)	9(7,4)	0,01
Fundamental	61(49,6)	42(34,7)	
Médio/Superior	48(39)	70(57,9)	
Cor da Pele percebida ²			
Branca	39(31,7)	33(27,3)	0,74
Parda	63(51,2)	65(53,7)	
Negra	21(17,1)	23(19)	
Menstruação ²			
Regular	73(59,3)	79(65,3)	0,34
Irregular	50(40,7)	42(34,7)	
Idade de início da vida sexual ¹	17,4 \pm 3,8	16,2 \pm 2,9	0,003

1: teste t de Student 2: teste do χ^2 de Pearson

A prevalência global de disfunção sexual foi de 17,6% (IC 95% = 13,5-22,5). No grupo das MP foi de 25,2%, ao passo que entre as MNP, 9,9% apresentaram disfunção sexual ($p=0,002$). Não

houve diferença significativa em relação à disfunção sexual entre as usuárias de Terapia Antirretroviral (TARV) ($n=94$) e não usuárias ($n=29$) (23,4% x 31% de disfunção sexual) ($p=0,41$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da prevalência de disfunção sexual em mulheres segundo os grupos: MP em uso de TARV, MP sem uso de TARV e MNP.

Disfunção Sexual	MP em uso de TARV	MP sem usar TARV	MNP
	N (%)	N (%)	N (%)
Sim	22(23,4)	9(31)	12(9,9)
Não	72(76,6)	20(69)	109(90,1)
Total	94	29	121

*teste do χ^2 de Pearson

**A comparação entre MP com TARV e MNP tem $p=0,007$

***A comparação entre MP sem TARV e MNP tem $p=0,003$

****A comparação entre MP com TARV e MNP sem TARV tem $p=0,41$

Em relação aos escores dos domínios da função sexual, houve diferença significativa no desejo (MP = 10 (6-13) x MNP=12 (10-14), $p<0,001$) e orgasmo (MP = 7 (4-7) x MNP=9 (7-10), $p<0,01$). Não houve diferença significativa nos domínios excitação (MP = 17 (13-20) x MNP = 18 (15,5-19), $p=0,19$) e desconforto sexual (MP = 0 (0-2) x MNP = 0 (0-2), $p=0,25$).

No modelo de análise de razão de chances não ajustadas para fatores associados à disfunção sexual, as MP apresentaram 3,06 (IC95%: 1,49-6,3; $p=0,002$) vezes mais chan-

ces de desenvolver disfunção sexual frente às MNP. As pacientes solteiras possuem 1,47 vezes mais chances de apresentar disfunção (IC 95%: 0,76-2,85; $p=0,26$) em relação às pacientes casadas/união estável. As analfabetas apresentaram 3,17 vezes mais chances de disfunção sexual (IC 95%: 1,17-8,61; $p=0,02$) frente às de nível médio/superior, e as com nível fundamental apresentaram 1,26 vezes mais chances de disfunção sexual (IC 95%: 0,61-2,59; $p=0,53$) frente às de nível médio/superior (Tabela 3).

Tabela 3. Razão de chances não ajustadas para fatores associados à disfunção sexual das amostras

Variável	ODDS não-ajustada	IC 95%	p
HIV – Positivo	3,06	1,49-6,3	0,002
Negativo	1		
Idade	1,05	1,0-1,1	0,04
Estado Civil – Solteira	1,47	0,76-2,85	0,26
Casada/União estável	1		
Escolaridade – Analfabeto	3,17	1,17-8,61	0,02
Fundamental	1,26	0,61-2,59	0,53
Médio/Superior	1		
Idade de início da vida sexual	0,87	0,78-0,98	0,02

Obs: Razão de chances não ajustada estimadas por regressão logística

O aumento da idade elevou a chance de disfunção sexual em 1,05 (IC 95%: 1-1,1; $p=0,04$) vezes. Quanto mais tarde o início da vida sexual, menor a chance de desenvolver disfunção sexual (0,87) (IC 95%: 0,78-0,98; $p=0,02$). Quando analisada a razão de chances ajustadas para fatores associados à disfunção sexual (idade, estado civil, escolaridade, idade de início da vida sexual e possuir ou não infecção por HIV), somente a infecção por HIV mostrou-se como fator independente para influenciar na função sexual, Odds: 3,06 (IC95%: 1,49-6,3; $p=0,002$).

Discussão

A prevalência de disfunção sexual neste estudo foi de 17,6%, inferior à observada na literatura internacional (20% a 50%) (BASSON, 2005). Estudo realizado em Sergipe aponta uma prevalência de disfunção sexual de 20% a 23,4% (PRADO; MOTA; LIMA, 2010) e estudos realizados em São Paulo mostram que pelo menos uma disfunção sexual foi relatada por 49% das mulheres (ABDO; OLIVEIRA; MOREIRA; FITTIPALDI, 2002). Salienta-se, no entanto, que dados relativos à prevalência de disfunção sexual, em geral, apresentam uma grande diversidade entre si, talvez por serem tão diversificados os sistemas classificatórios, os métodos de avaliação e os grupos populacionais em que incidem esses estudos (BEAN, 2002), bem como ao fato de muitas pesquisas serem realizadas inadequadamente (NAZARETH; BOYTON; KING, 2003).

Apesar de os grupos não serem homogêneos no tocante à escolaridade, ao estado civil e ao início da atividade sexual, e destes serem fatores que podem influenciar na prevalência de disfunção sexual (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; ISHAK; LOW; OTHMAN, 2010) após análise multivariada, a infecção pelo HIV demonstrou ser fator independente para influência negativa na função sexual.

Estudo realizado na década de 1990 nos Estados Unidos demonstrou que a taxa de disfunção sexual em mulheres portadoras do HIV foi de 40% (BROWN; RUNDELL, 1993) e nos anos 2000, em estudo desenvolvido no Reino Unido, tal prevalência foi de 50% (BELL, 2006). Trabalhos comparativos utilizando o Female Sexual Function Index nos Estados Unidos (WILSON et al., 2010) e na Itália (LUZI et al., 2009) demonstraram maior prevalência de disfunção sexual entre as mulheres portadoras do vírus

HIV, semelhante ao demonstrado no presente estudo.

No entanto, outro estudo realizado nos Estados Unidos sem a utilização de instrumento validado para avaliação da função sexual de mulheres HIV positivas, demonstrou que mulheres com o vírus não apresentaram piora na função sexual, apesar de salientar que as que estavam em melhores condições psicológicas, orgânicas e apresentavam melhores condições de vida, conseguiram melhores escores de função sexual (BOVA; DURANTE, 2003).

No presente trabalho, os domínios mais afetados da função sexual foram o desejo, fase motivacional da resposta sexual, influenciado por questões psíquicas, e o orgasmo. Estes resultados coincidiram com outros estudos, como um desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1990, que demonstrou disfunção no domínio desejo sexual de 31% (BROWN; RUNDELL, 1993), e outro realizado na Itália, em 2009, que apontou a redução de desejo e a dificuldade para obtenção de orgasmo como as principais causas de disfunção sexual das mulheres (LUZI et al., 2009).

O uso de TARV por pacientes com AIDS manifesta, principalmente os inibidores da protease, pode aumentar a prevalência de disfunção sexual em pacientes em uso da terapia (COLLAZOS; MARTINEZ; MAYO; IBARRA, 2002; RUSSEL, 2011). Entretanto, em estudos conduzidos na Colômbia e na Europa, as pacientes que tinham os seus sintomas controlados por TARV não apresentaram maior prevalência de disfunção sexual (LUZI et al., 2009; VALENCIA; CANAVAL; MARÍN; PORTILLO, 2010) o que também foi demonstrado em nosso estudo.

Estudo realizado no Brasil, com homens e mulheres, demonstrou que a disfunção sexual em pacientes portadores do HIV deve ser interpretada como uma comorbidade, e programas de assistência ao cuidado da AIDS devem ser implementados no país (SCANAVINO; ABDO, 2010). Estudos revelaram ainda a importância do encorajamento quanto à adesão à TARV, de revelar ao parceiro a condição de portador do vírus HIV e de incentivar práticas sexuais seguras (WAMAYI; MBONYE; SEELEY; BIRUGI; JAFFAR, 2011).

Dentre as limitações deste estudo, não foi possível analisar exames laboratoriais das pacientes (Carga viral, CD4+). Dados encontrados na literatura demonstram uma relação entre as alterações nesses exames e pior função sexual

(WILSON et al., 2010). Outra limitação é a estratégia usada para selecionar a amostra. Seleção da amostra por conveniência permite o estudo dos fatores associados às variáveis dependentes, mas impede a generalização dos resultados, pois não é uma amostra representativa. A aplicação do questionário pelo entrevistador também é uma limitação, os mesmos não foram autoaplicados em virtude do baixo nível cultural de algumas pacientes avaliadas. Por fim, apesar do instrumento utilizado não ser multifatorial, inferimos a avaliação de domínios da função sexual tais como desejo, orgasmo, excitação e desconforto sexual a partir das questões específicas, como demonstrado na metodologia, os níveis de corte para disfunção sexual por domínios também não têm validação na literatura.

Conclusão

Houve maior prevalência de disfunção sexual no grupo de pacientes com HIV, especialmente redução de desejo e dificuldade para obtenção de orgasmo. O uso de TARV não se associou a aumento na prevalência de disfunção sexual. Recomenda-se, então, maior investigação da função sexual por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados das pacientes portadoras do HIV, visto que tal afecção demonstrou impacto negativo neste componente tão importante da saúde da mulher.

Referências

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.*, 63(9):, p. 477-482, 2006.

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

ABDO, C. H.; OLIVEIRA, W. M. JR.; MOREIRA, E. D. JR.; FITTIPALDI, J. A. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.*, 16(2):p. 160-166, 2004.

_____. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med.*, 59(4): p. 250-257, 2002.

ANDRINOPOULOS, K.; CLUM, G.; MURPHY, D. A.; HARPER, G.; PEREZ, L.; XU, J.; et al. Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Health related quality of life and psychosocial correlates among HIV-infected adolescent and young adult women in the US. *AIDS Educ. Prev.*, 23(4), p. 367-381, 2011.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; DEROGATIS, L.; FERGUSON, D.; FOURCROY, J.; et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.*, 163(3):p. 888-893, 2000.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10):p. 1327-1333, 2005.

BEAN, J. L. Expressions of female sexuality. *J. Sex Marital Ther.*, 28(1), p. 29-38, 2002.

BELL, C. HIV- associated female sexual dysfunction – clinical experience and literature review. *Int. J. STD AIDS*, 7(10), p. 706-709, 2006.

BERMAN, J. R.; Bassuk, J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.*; 20(2), p. 111-118, 2002.

BOVA, C.; DURANTE, A. Sexual Functioning among HIV-Infected Women. *AIDS Patient Care STDS.*; 17(2), p. 75-83, 2003.

BROWN, G. R.; RUNDELL, J. R. A prospective study of psychiatric aspects of early HIV disease in women. *Gen Hosp Psychiatry*, 15(3), p. 139-147, 1993.

COLLAZOS, J.; MARTINEZ, E.; MAYO, J.; IBARRA, S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *J. Acquir Immune Defic. Syndr.*, 31, p. 322-326, 2002.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7(2), p. 143-150, 2007.

ISHAK, I. H.; LOW, W. Y.; OTHMAN, S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J. Sex Med.*, 7(9), p. 3080-3087, 2010.

- LOGIE, C.; GADALLA, T. M. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21(6), p. 742-753, 2009.
- LUZI, K.; GUARALDI, G.; MURRI, R.; DE PAOLA, M.; ORLANDO, G.; SQUILLACE, N. et al. Body image is a major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antivir Ther.*, 14(1), p. 85-92, 2009.
- NAZARETH, I.; BOYTON, P.; KING, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*, 327(7412), p. 423-429, 2003.
- OLLEY, B. O.; GXAMSA, F.; SEEDAT, S.; THERON, H.; TALJAARD, J.; REID, E. et al. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender. *S. Afr. Med. J.*, 93, p. 928-931, 2003.
- PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 32(3), p. 139-143, 2010.
- RUSSELL, D. B. Sexual function and dysfunction in older HIV-positive individuals. *Sex Health*, 8(4), p. 502-507, 2011.
- SCANAVINO, M. D. T. Sexual Dysfunctions of HIV-Positive Men: Associated Factors, Pathophysiology Issues, and Clinical Management. *Adv. Urol.*, 2011.
- SCANAVINO, M. T.; ABDO, C. H. N. Sexual dysfunctions among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*, 65(5), p. 511-519, 2010.
- SMITH, A. M.; LYONS, A.; FERRIS, J. A.; RICHTERS, J.; PITTS, M. K.; SHELLEY, J. M. et al. Incidence and persistence/recurrence of women's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. *J. Sex Marital Ther.* 38(4):p. 378-393, 2012.
- TIEN, D. C.; COLE, S. R.; WILLIAMS, C. M.; LI, R.; JUSTMAN, J. E.; COHEN, M. H. et al. Incidence of lipoatrophy and lipohypertrophy in the women's interagency HIV study. *J. Acquir. Immun. Def. Syndr.*, 34, p. 461-466, 2003.
- TUBINO SCANAVINO, M. D.; ABDO, C. H. Sexual dysfunctions among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*, 65(5), p. 511-519, 2010.
- VALENCIA, C. P.; CANAVAL, G. E.; MARÍN, D.; PORTILLO, C. J. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 41(3), 2010.
- WAMOYI, J.; MBONYE, M.; SEELEY, J.; BIRUNGI, J.; JAFFAR, S. Changes in sexual desires and behaviours of people living with HIV after initiation of ART: implications for HIV prevention and health promotion. *BMC Public Health*, 11, p. 633, 2011.
- WILSON, T. E.; JEAN-LOUIS, G.; SCHWARTZ, R.; GOLUB, E. T.; COHEN, M. H.; MAKI, P. et al. HIV infection and women's sexual functioning. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 54(4), p. 360-367, 2010.

TRABALHOS DE PESQUISAS

DESIGUALDADES DE GÊNERO ENTRE ADOLESCENTES DE ACAMPAMENTOS DO MST NO NORTE DO PARANÁ.*Luiz Fabiano Zanatta¹; José Roberto da Silva Brêtas²*

GENDER INEQUALITIES AMONG ADOLESCENTS IN MST ENCAMPMENTS IN NORTHERN PARANÁ.

Resumo: O estudo tem como objetivo desvelar as representações sociais sobre as desigualdades de gênero entre adolescentes de acampamentos do MST no norte do Paraná. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, alicerçada nos pressupostos das representações sociais, tendo como suporte para as discussões de gênero as concepções do patriarcado. O estudo foi desenvolvido com 18 adolescentes, sendo dez meninos e oito meninas, em dois acampamentos do MST no estado do Paraná. Constatou-se que, as representações sociais sobre as desigualdades de gênero são compartilhadas e construídas sócio, histórico e culturalmente. Observa-se a presença de uma ideologia patriarcal, que cobre uma estrutura de poder desigual entre a adolescência do MST, demarcando as assimetrias sobre ser *masculino ou feminino*, fato que tem modulado comportamentos e práticas sexuais.

Palavras-chave: desigualdades de gênero; adolescentes; MST; representações sociais

Abstract: The study is aimed at uncovering the social representations of gender inequalities among adolescents in MST encampments in northern Paraná. This is a qualitative study, based on the assumptions of Social Representations, supported for discussions of gender in conceptions of patriarchy. The study was conducted with 18 adolescents, ten boys and eight girls, two MST encampments in the state of Paraná. It appears that the social representations of gender inequalities, are shared and built social, historic and culturally. Note the presence of a patriarchal ideology, which covers an unequal power structure between adolescence MST, marking asymmetries about being male or female, a fact that has modulated sexual behavior and practices.

Keywords: inequalities of gender; teens; MST; social representations

¹ Mestre em Educação e Saúde na Infância e Adolescência e doutorando em Enfermagem, ambos pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Professor assistente na Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP no curso de graduação em Enfermagem. E-mail: Ifzanatta@uenp.edu.br

² Doutor em Enfermagem. Professor adjunto na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Introdução

Iniciamos a escrita deste artigo citando a célebre frase de Simone Beauvoir (1980, s/p): “Que nada nos defina; Que nada nos sujeite; Que a liberdade seja a nossa substância”, com a finalidade de destacar sua histórica contribuição ao criticar o essencialismo tradicionalista, e a rejeitar, já em 1949, a definição de a *mulher* com único destino de ser esposa e mãe³, posicionamento que influenciou marcadamente as líderes do movimento feminista que surgiu entre meados dos anos 1960 e início dos 1970 (PULEO, 2004).

Iniciar este escrito com Simone Beauvoir também tem como objetivo lançar interrogações, amparadas em suas duas primeiras frases “Que nada nos defina; Que nada nos sujeite” e, desta forma, apresentar duas questões que nortearam esta pesquisa, sendo a primeira: Quais são as representações que definem os papéis de gênero entre adolescentes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)?

Ao contextualizar a citação “Que nada nos defina” por meio da primeira questão norteadora deste estudo, busca-se identificar as representações sociais da adolescência do MST sobre como são definidos os papéis de gênero. Neste âmbito, destaca-se que as representações, valores e comportamentos que modelam a construção de gênero vão se consolidando no decorrer da adolescência, tendo sobre esta construção duas agências centrais na transmissão desses valores: a família e o grupo de pares (HEILBORN et al., 2006, p. 23).

Se considerarmos expressões escutadas corriqueiramente, tais como *homem não chora* ou *menina não joga futebol*, assinalamos as modalidades mais cotidianas de designar formas de ser masculino ou feminino, nas quais o controle dos comportamentos, sentimentos e expressão corporal são francamente convencionados e normatizados.

Essas convenções que normatizam modos de ser *homem ou mulher* fazem com que adolescentes externalizem e internalizem os modelos de papéis sexuais expostos objetivamente e subjetivamente através das normativas sociais.

Assim, por meio de uma gramática sexual, o gênero participa da formação do sujeito como outras categorias (classe social e raça/etnia), o que afasta a ideia de sua unicidade, pois ao contrário, ele é múltiplo e contraditório, mas não fragmentado (SAFFIOTI, 1987 e SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995), estando longe de ser um conceito neutro, pois “carrega uma dose apreciável de ideologia” (SAFFIOTI, 2004, p. 136).

Sobre essas normativas sociais e concepções ideológicas que definem os papéis aceitáveis de se ser *homem ou mulher*, retomamos a segunda citação de Simone Beauvoir “Que nada nos sujeite”, que orienta a segunda questão norteadora deste estudo: Quais mecanismos exercem poder sobre as desigualdades de gênero entre a adolescência do MST?

Historicamente observa-se que a *sujeição* nos remete à temática do poder, que encontra-se imbricada na questão relacional de gênero. Saffioti (1992) no escrito *Rearticulando gênero e classe social* reflete sobre três definições de poder oriundas dos pensamentos de Weber, Marx e Foucault. De acordo com a autora, Weber entendia que o poder corresponde à imposição da vontade de um indivíduo ou grupo sobre outros, enquanto Marx enfatizava a distinção de classes como ferramenta de domínio; Foucault defende que o poder é a força do discurso na sociedade, o elemento de injunção.

Entende-se, portanto, que as relações sociais de sexo ou as relações de gênero travam-se também no terreno do poder, onde têm lugar a exploração dos subordinados e a dominação dos exploradores, dominação e exploração sendo faces de um mesmo fenômeno.

Ao refletirmos sobre as relações de força e poder, devemos lembrar que nossa adolescência não é neutra, são os e as adolescentes do MST, o que nos faz pensar, além do próprio Movimento⁴ com sua marcante ideologia socialista, o contexto rural. Ambientes marcados pela *moralidade* e por uma presença ainda forte do modelo de família patriarcal, que confere ainda mais naturalidade à dominação masculina, fazendo com que as diferenças de gênero entre os(as) adolescentes sejam bastante evidentes (SCOTT; CORDEIRO; MENEZES, 2010; VIEIRA, 2004).

³ Dessa perspectiva, da qual só se enxergava o patriarcado, caminhamos para uma visão centrada na mulher, cujo alcance não deixava escapar as diferenças, passando a permitir a consideração e a análise das múltiplas experiências femininas, assim como passou a representar liberdade de olhar as experiências masculinas como diferentes (SAFFIOTI, 2004).

⁴ Adota-se esta grafia no decorrer do texto, tendo presente a perspectiva apontada por Roseli S. Caldart (2004), pois toda vez que usar neste trabalho a palavra Movimento (com maiúscula), estarei me referindo ao MST.

Historicizando o patriarcado, Saffioti (2004) apresenta o momento da década de 1970 em que as feministas o conceituaram na área dos estudos referentes às mulheres, enfatizando como esse conceito domina, oprime e explora as mulheres. Portanto, no patriarcado dois sujeitos atuam: um dominando e o outro sendo dominado/subordinado. O que aponta a existência de certo tipo de consentimento de uma das partes, que é ativado por inúmeras razões: seja por não enxergar a ordem patriarcal da sociedade ou por entender que é algo dado, natural. Se existe a consciência dessa dominação, outras questões podem entrar em foco, como é o caso da violência e da dependência financeira (SAFFIOTI, 2004).

Sobre a perspectiva do patriarcado, apresenta-se outra questão que orienta este estudo: Há uma ideologia patriarcal que cobre uma estrutura de poder desigual entre a adolescência do MST?

Entende-se que a busca pela igualdade e o enfrentamento das desigualdades de gênero fazem parte da história social brasileira, história esta construída em diferentes espaços e lugares com a participação de diferentes mulheres, com maior e menor visibilidade e presença política (BRASIL, 2013), no entanto, mesmo diante de toda a relevância social e política do MST, que em janeiro de 2014 completou 30 anos de luta e resistência, observamos que os estudos de gênero, principalmente os que versam sobre sua adolescência e juventude, ainda não se consolidaram plenamente.

Neste sentido, o estudo tem como objetivo desvelar as representações sociais sobre as desigualdades de gênero entre adolescentes de acampamentos do MST no norte do Paraná, identificando os mecanismos que exercem poder sobre as desigualdades de gênero e como o patriarcado atua neste processo.

Percurso metodológico

Este artigo é produto da dissertação de Mestrado, defendida em 2013 junto ao Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo, com o título "*A sexualidade de adolescentes em Escola Itinerante do MST, no norte do*

Paraná", desenvolvido com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado entre os meses de fevereiro a agosto de 2012, tendo como suporte metodológico as Representações Sociais (RS). As RS têm o objetivo de "abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordens e percepções que reproduzam o mundo de uma forma significativa" (MOSCOVICI, 2003, p. 46). Assim, representação é igual a imagem e significação. Por meio de mecanismos mentais, o sujeito constrói a figura no universo de percepções, às quais dá significado a partir do seu cotidiano e interação social.

Assume-se como cenário de estudo uma Escola Itinerante⁵ do MST, situada na área rural de um município localizado ao norte do estado do Paraná, que acolhe educandos(as) de dois acampamentos do Movimento, que abrigavam, entre si, 110 famílias.

O levantamento documental realizado em fevereiro de 2012 na escola itinerante mostrou a presença de 45 educandos(as) regularmente matriculados(as), e que possuíam idade compatível com a proposta de estudo, na faixa etária de 12 a 18 anos de idade, conforme definição de adolescência do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

Tendo em vista o número de adolescentes compatíveis aos critérios de inclusão, foi necessário convidar todos(as) para um momento de sensibilização e explicação a respeito dos objetivos da pesquisa. Após este momento, 24 adolescentes concordaram em levar os Termos de Consentimento e Assentimento para serem avaliados por seus/suas responsáveis. No entanto, alguns não obtiveram autorização, sendo o pai o principal responsável pela negativa de participação dos(as) adolescentes no estudo.

Desta forma, integra a pesquisa 18 adolescentes, sendo dez do sexo masculino e oito do sexo feminino. Como garantia do anonimato dos(as) participantes, foram utilizados pseudônimos relacionados a pessoas com expressiva relevância e contribuição dentro da história do Movimento.

⁵ Por meio do Processo nº 1344/03 e Parecer nº 1012/03 de 08/12/2003, o Conselho de Estado da Educação do Paraná, autorizou a implantação da Escola Itinerante nos acampamentos do MST no estado, determinando a Escola Itinerante como proposta alternativa que busca atender e garantir o direito à escolarização de crianças, adolescentes, jovens e adultos que vivem em situações adversas e, por isso, não conseguem estudar na forma como a escola está organizada (PARANÁ, 2003).

Para coleta de dados utilizou-se entrevista, observação participante e grupo focal (GF). Para a realização da entrevista, foi elaborado um roteiro semiestruturado contendo 15 questões: dez estruturadas, que versavam sobre caracterização sociodemográfica, e cinco não estruturadas, que buscavam identificar os processos familiares.

O objetivo da entrevista foi traçar o perfil dos(as) adolescentes, possibilitando a identificação desses sujeitos e de como viviam. Ressalta-se que ao utilizarmos a entrevista, como proposta que antecedia a aplicação do GF, foi possível estabelecer uma melhor relação de proximidade com os (as) adolescentes.

A observação participante teve como objetivo refletir sobre questões apreendidas, percebidas e vivenciadas pelo pesquisador, quando inserido no campo de estudo, demonstrando as descobertas que emergem no cotidiano destes(as) adolescentes. Para José M. Pais (2003) a observação do cotidiano nas pesquisas sociais é de extrema importância, por entender que:

[...] se é verdade que o social não existe senão através dos indivíduos, estes, por sua vez, não podem ser sociologicamente estudados senão a partir das regras, das normas, das instituições, dos valores e das concepções que interiorizam ou que, pelo menos, reproduzem, como um habitus, nos seus comportamentos (p. 110).

A observação participante ocorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2012. Durante esse período foram realizadas 18 visitas à Escola Itinerante, totalizando 100 horas de observação. Para orientar a observação, foi delimitado um roteiro contendo quatro eixos norteadores: impressões em relação ao ambiente; impressões em relação à organização social; aspectos das rotinas diárias; contribuições para os métodos de estudo.

Considera-se que as duas técnicas de coleta de dados relatadas anteriormente foram essenciais para a aplicação do último método de pesquisa, o GF, pois facilitaram a elaboração dos significados das RS, ao contribuírem na transformação simbólica do “não familiar em familiar” (MOSCOVICI, 2003).

O GF é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar,

a partir do diálogo e do debate “com e entre eles”, informações acerca de um tema específico (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Para aplicar o GF, formaram-se dois grupos homogêneos, sendo um grupo composto por dez adolescentes do sexo masculino e outro, por oito adolescentes do sexo feminino. Foram realizados três encontros de, no máximo, 50 minutos com cada grupo, evitando a dispersão dos participantes. Os GF aconteceram no mês de abril de 2012, em uma sala de aula da Escola Itinerante.

Para a condução dos GF foi elaborado um roteiro de debate, que possuía três questões norteadoras: Como se relaciona com os outros no contexto da sexualidade? Quais são os cuidados com sua sexualidade e prática sexual?; Quais espaços de lazer vocês frequentam? Ressalta-se que para a formulação do roteiro de debate, foi realizado o pré-teste, com a primeira proposta de roteiro. As percepções deste momento colaboraram para a reestruturação do instrumento, não sendo seu conteúdo utilizado na análise dos resultados desta pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – CEP/UNIFESP, sob o número 1997/11 e atendendo às orientações da Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Representações sociais sobre as desigualdades de gênero entre adolescentes do MST.

Para a apresentação do território central das RS emergentes dos resultados da pesquisa, foi elaborada a Figura 1, na qual se visualiza a presença de um *núcleo central* das RS, que foi fortemente estabelecido e sustentado sobre as desigualdades de gênero.

Percebe-se, através do estudo, que o núcleo central das RS dos(as) adolescentes sobre as desigualdades de gênero firma-se nas representações através de *símbolos*, demonstrando sua organização em torno do consenso, da estabilidade, da rigidez e da homogeneidade de ideias do grupo, possibilitando emergir um sistema periférico composto por heterogeneidades e contradições que circulam e se perpetuam. Portanto, a elaboração da Figura 1 visa estabelecer toda esta organização entre os sistemas centrais e periféricos no material coletado.

Na Figura 1 observa-se que, sobre o núcleo central, estão integrados quatro *núcleos figurativos* (MOSCOVICI, 2003; SPINK, 2010),



Fonte: Dados da Pesquisa – Desigualdades de Gênero entre adolescentes do MST no norte do Paraná, Brasil, 2013.

todos fortemente ligados ao núcleo, e que reproduzem visivelmente o complexo de ideias emergentes que diretamente associam-se entre si. Ressalta-se que as narrativas dos (as) adolescentes que sustentavam os núcleos emergentes, em sua maioria, carregaram todos os núcleos figurativos imbricados entre si.

Desta forma, o trabalho na análise de dados, foi justamente observá-los, de tal forma que compreendê-los em seus pormenores possibilitaria emergir as singularidades e subjetividades que sustentavam cada núcleo figurativo. Para tanto, define-se, pela apresentação de cada núcleo figurativo isoladamente, no decorrer desta discussão.

○ saber sobre a sexualidade

Uma importante constatação deste estudo, e que imprime desigualdades de gênero quanto ao saber sobre a sexualidade, foi constatada logo no início da pesquisa, durante o recrutamento dos(as) participantes. Destaca-se que a composição do grupo de adolescentes do sexo masculino aconteceu de forma imediata. No entanto, para a composição do grupo feminino, vários convites tiveram que ser feitos para que fosse possível sua formação, pois as meninas encontravam resistência para obterem

a autorização de seus responsáveis para participarem da pesquisa.

Ressalta-se que a figura familiar citada como responsável pela proibição à participação no estudo é a do pai das adolescentes. Sobre esta constatação, apresenta-se o relato de Sônia:

“Eu queria muito participar da pesquisa, mas meu pai é muito rígido. Eu nem tive coragem de entregar o papel para ele, deixei lá na sala. Ele leu o papel um monte de vez antes de assinar e quase não deixou eu vir. Eu fiquei morrendo de vergonha dele, não consegui ir nem lá na sala.” (Sônia, 18 anos.)

No caso de Sônia, seu pai permitiu que ela participasse do estudo, mas outras seis meninas que procuraram o pesquisador interessadas em integrar o grupo foram proibidas pelo pai, como descrito na verbalização de uma das adolescentes:

“Meu pai disse que não quer eu misturada nestes tipos de conversas não. Falou que ainda num é hora de ficar sabendo dessas coisas. Ficou bravo, pegou o papel e rasgou!” (uma adolescente de 15 anos, anotações do diário de campo.)

Observou-se, nos relatos apresentados, posicionamentos incisivos quando as adolescentes

solicitaram autorização de seus pais. No relato anterior, constata-se que o pai da adolescente chegou a rasgar o termo de consentimento. Ressalta-se que o motivo dos pais para que suas filhas não participassem do estudo atrelava-se ao direcionamento dos assuntos: Falar sobre sexualidade.

Sobre as negativas de participação em discussões sobre sexualidade, fica explícito que a experiência da sexualidade, que representa iniciação, socialização e função sociais, está fortemente orientada pela coletividade, de tal forma que são instituídos sistemas de controle da sexualidade dos indivíduos (FOUCAULT, 1988), e no caso do presente estudo, o controle direciona-se ao sexo feminino.

Verifica-se, nos resultados, a subordinação das adolescentes frente ao pai. Portanto fica nítido o quanto as relações sociais da sexualidade ou as relações de "gênero travam-se também no terreno do poder, onde têm lugar a exploração dos subordinados e a dominação dos exploradores, dominação e exploração sendo faces de um mesmo fenômeno" (SAFFIOTI, 1992, p. 185).

Entre os assentamentos e acampamentos do MST é perceptível a influência das famílias enquanto agentes de socialização para a sexualidade, principalmente no controle sobre a sexualidade feminina (VIEIRA, 2004). Fica evidente o papel do gênero sobre a responsabilidade ou participação na vida sexual das meninas entre pais e mães. Pois mães "cuidam", repassando cuidados com higiene e saúde, informando, levando ao médico e por vezes controlando. Já os pais, sobre a responsabilidade do "cuidado", assumem o posicionamento de somente "controlar" o exercício da sexualidade das meninas.

Corroborando as constatações desta pesquisa, cita-se o estudo de Elisa G. de Castro (2006), com tema *Juventude rural e a reprodução social das hierarquias*, por constatar que ser jovem rural carrega o peso de uma posição hierárquica de submissão. Mas ser jovem rural e mulher representa uma situação de *inferioridade* na hierarquia social ainda maior. Pode-se inferir que a sexualidade em contextos rurais, tanto quanto nas áreas urbanas, ainda é tratada como um tema tabu, imposto por um "*habitus* da família rural patriarcalista" (PAULO, 2010, p. 363).

Destaca-se que a raiz camponesa do MST tem a ver especialmente com a dimensão dos lutadores sociais do campo, misturando na herança pessoal da maioria de seus (as) integrantes os traços do que podemos chamar do *modo cotidiano de vida camponesa*, que é naturalmente

impregnado pelo modelo da família patriarcal, e que carrega elementos fortes da tradição de conservação, e "ao mesmo tempo de rebeldia social" (CALDART, 2004, p. 45).

Neste viés, embora avanços significativos tenham surgido frente aos papéis e diferenças de gênero, principalmente sobre a possibilidade de dialogar e conhecer sobre sexualidade, ainda se encontra um importante caminho a ser percorrido, quando voltamos a atenção às meninas integrantes do MST. Os relatos das adolescentes garantem essa constatação:

"Não tem como conversar com meu pai, não. Ele é daqueles antigão, cara, se falar que ficou já tem que casar!" (Dorothy, 13 anos.)

"Nossa, eu não posso falar nada com meu pai, não... Ainda mais se ele souber que rolou (referindo ao sexo), daí eu apanho!" (Rose, 13 anos.)

"Eu jamais conversaria nada disso (sobre sexualidade) com eles, jamais. Eu morro de vergonha e meu pai é muito rígido." (Sônia, 18 anos.)

"Quando meu pai vem falar comigo alguma coisa disso (sobre sexualidade), a única coisa que ele fala é que num quer eu envolvida em bagunça aqui com meninos, não, fala que eu não posso namorar ainda, que sou muito nova." (Solange, 13 anos.)

Ressalta-se que todas as falas apresentadas são expressões das adolescentes, pois esse sentido controlador e até mesmo repressivo direcionado à figura do pai, sobre o *falar* em sexualidade, não foi constatado entre os meninos. A única exceção foi o relato de Arnildo (13 anos), que traz o *controle* e a *repressão* expressos em sua fala, sendo o único adolescente que manifestou a presença de valores religiosos, influenciando na construção de sua sexualidade.

"Tenho mais liberdade de falar com minha mãe... mas não falar de tudo, né, ela é crente... (risos) Se ela ficar sabendo que fiz alguma coisa, eu apanho!" (Arnildo, 13 anos.)

No estudo desenvolvido por Dulce Gualda e Lúcia Ressel (2003, p. 86) com título *A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais*, as autoras apresentaram constatações que corroboram com os resultados desta pesquisa, pois também observam que "os pais conversavam pouquíssimo com suas filhas

sobre a sexualidade e as orientações eram dadas como alertas ou proibições, por meio da repressão, dando vazão ao controle social e cultural”.

A desigualdade de gênero para o *saber sobre a sexualidade* também é reafirmada nas verbalizações dos meninos, que de certa forma, atribuem e culpam as meninas pela desinformação, e conotam a elas a responsabilidade pela prevenção da gravidez, conforme observado nos relatos:

“O homem é mais liberal que a menina, por um lado, né. As meninas têm vergonha de conversar com os pais. Conversam entre elas, irmãs e com as amigas. Quando já vê, aparecem ‘buchudas’ [grávidas]. Por mais que a menina seja presa, a mãe leva nas rédeas, na ponta mesmo... A menina sai ali na frente, dali a pouco aparece grávida. Se tivesse falado, explicado para usar preservativo, não tinha acontecido.” (José Roberto, 16 anos.)

“Meninas não falam com os pais... Se falassem, as coisas não aconteceriam, ou aconteceria bem mais para frente.” (Francisco, 14 anos.)

É possível verificar, entre os relatos dos adolescentes que, por razões culturais e sociais, nos acampamentos pesquisados, a sexualidade tem sido tratada como tabu, um tema moralmente condenável, principalmente quando se trata da sexualidade feminina. Notou-se que, na concepção da maioria dos pais das adolescentes do MST, a sexualidade não é assunto *decente* para ser falado com as filhas, portanto: “‘Moça séria não fala dessas porcarias’ é o que ainda se ouve da boca de muitos homens e até mesmos de mulheres em muitas comunidades rurais” (CAMBRUZZI; RUBIM, 2012, s/p).

Assim, as desigualdades de gênero condicionam os indivíduos a assumirem padrões de comportamento distintos, que serão normativamente permitidos para homens ou mulheres. Percebe-se, portanto, que os(as) adolescentes dos acampamentos estudados são culturalmente direcionados a *conhecer, pensar e agir* de acordo com a natureza de seu sexo.

As relações que se estabelecem na família e no grupo de pares se entrelaçam na construção da sexualidade dos(as) adolescentes e, como já vem sendo elucidado nesta pesquisa, fortemente marcada por relações de poder, expressas principalmente sobre a figura do pai, e que vão determinando os papéis de gênero.

Os espaços de socialização

Constatou-se, através da RS dos(as) adolescentes, que as relações intergeracionais, que delimitam os espaços de socialização no contexto dos acampamentos pesquisados, são extremamente conflitantes e impregnadas de tabus e preconceitos historicamente construídos, que marcam principalmente as desigualdades de gênero.

As RS que emergiram deste estudo delimitaram os espaços destinados para *homens e mulheres*, e que indicam construções culturais, ou seja, “a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos *homens e mulheres*” (SCOTT, 1995, p. 75) no contexto da socialização dos (as) participantes desta pesquisa.

As RS dos(as) adolescentes dos acampamentos sobre os espaços de socialização demonstram que as construções culturais que dela emergem são baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e constituem a base sobre a qual se assenta a forma primeira de significar relações de poder.

A importância desta RS, que marca uma conceituação de gênero, reside no fato de oferecer um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos às mulheres e aos homens, isto é, enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1995).

A socialização, que ocorre por meio dos ensinamentos sobre formas de vestir, pensar, do agir *masculino* e *feminino*, leva a crer que as regras arbitrárias ligadas aos corpos são naturais (portanto, inquestionáveis), naturalizando, assim, a divisão sexual. Portanto, a ordem social ratifica, por vias simbólicas, a dominação masculina sobre a qual estão alicerçadas a divisão social do trabalho e a estrutura do tempo e espaço, o que acaba reservando às mulheres o espaço doméstico, da casa (BOURDIEU, 2003, p. 18).

Sobre esse processo de socialização, fortemente marcado por diferenças entre gêneros nos acampamentos, cita-se Vilênia Aguiar e Luiz Stropasolas (2010), que exemplificam as constatações deste estudo:

Os rapazes têm acesso a formas mais variadas de lazer e saem para se divertir mais que as moças. Isso se dá, fundamentalmente, por duas razões que se encontram atreladas: a primeira delas encontra-se no fato de os rapazes, pela própria condição de ser do sexo masculino, possuírem maior liberdade de ‘ir e vir’; a segunda reside no fato de eles terem maior mobilidade do que as moças,

pois, normalmente, têm acesso ao carro do pai ou possuem moto, ou, ainda, em última instância, podem contar com a carona dos amigos. (p. 176)

Nos acampamentos pesquisados, observou-se como ponto *de/para* encontro dos(as) adolescentes, a escola (o principal), o campo de futebol e a própria vizinhança, ou seja, o entorno do acampamento. Ressalta-se que as adolescentes, por sua vez, possuem uma menor liberdade de circulação entre os espaços de lazer existentes. Para frequentarem esses espaços de socialização, elas necessitam da autorização dos pais, no entanto nem sempre a obtém.

Maria das Graças Rua e Miriam Abramovay (2000) também verificaram, na maioria dos assentamentos pesquisados por elas, uma significativa assimetria nas relações de gênero relativa ao lazer, sendo que os homens têm mais possibilidades de acesso, especialmente às atividades que implicam deslocamento para espaços extradomésticos.

Verificou-se que, para as adolescentes dos acampamentos investigados, o único espaço de lazer fica condicionado ao ambiente escolar e o doméstico, conforme expresso nas verbalizações:

“Aqui é muito ruim né... Num tem nada pra fazer, é da casa pra escola! (Marina, 16 anos.)

“A gente vai pra escola, volta, ajuda nas coisas da casa e depois fica por aí na casa das vizinhas, batendo papo e tal... É só, mesmo. Acho que na cidade as pessoas têm mais opção, né. Aqui a gente num tem pra onde ir. (Sônia, 18 anos.)

A falta de espaços para a interação com outros adolescentes tem implicações para a constituição de práticas e parcerias sexuais, uma vez que diminui as possibilidades de cenários para o desenvolvimento dos roteiros afetivo-sexuais (OLIVEIRA, 2004). Desta forma, a escola surge como o principal cenário para a construção das relações amorosas e sexuais, tanto das meninas como dos meninos.

Por vezes, há nos acampamentos *bailes*, o que promove uma maior oportunidade de conhecerem outros(as) parceiros(as). No entanto, percebe-se que os *bailes* também possuem maior participação masculina e vinculada à faixa

etária, recorte não imposto para todos(as), sendo variável de acordo com as normas dentro do ambiente familiar, conforme demonstrado por Arnildo: “Eu ainda não posso ir em baile, não... minha mãe diz que sou muito novo pra ficar até tarde nessas bagunça.” (Arnildo, 13 anos.)

Para os(as) adolescentes os *bailes* surgem como uma opção a mais, para o processo de socialização, e uma oportunidade para se conhecer novas pessoas. Porém durante este momento, há uma maior vigilância do Setor da Disciplina⁶ sobre eles(as). Fato verbalizado sempre impregnado pelo descontentamento deste posicionamento assumido pelo MST, conforme demonstram os relatos:

“Tá loco, meu, num sei porque são assim. Fazem o baile aqui, aí por onde você olha tem alguém da disciplina te olhando, ficam tudo cuidando da gente!” (Marina, 16 anos.)

“É difícil hein... se é pra gente se divertir porque que fica todo mundo em cima?” (Ademar, 16 anos.)

“Até num baile aqui tem que ter disciplina pra tudo quanto é lado!” (Solange, 13 anos;)

Destaca-se que a vigilância é maior nos *bailes* dos acampamentos, dos quais participa toda a comunidade e talvez por isso as meninas tenham maior possibilidade de frequentá-los. Ou seja, podem ir, pois estarão sob constante vigilância.

Retomando os locais de socialização, destacou-se nos acampamentos pesquisados o campo de futebol. Os adolescentes dos acampamentos citam o futebol como principal atividade de lazer, no entanto, identifica-se que esta atividade é representada socialmente como *esporte masculino*. Esta RS simboliza o senso comum da própria história do esporte no Brasil que, até o ano de 1979, proibia as mulheres de jogarem futebol, atividade incompatível com o que se considerava adequado às mulheres (BRASIL, 2013).

Perpetuando esse comportamento histórico e cultural, observou-se nos acampamentos que as meninas, mesmo gostando de futebol, só podem praticá-lo longe dos olhares dos meninos, conforme afirmado por Marina:

“Aqui os meninos são tudo machista! A gente gosta de brincar de bola, só que se eles

⁶ Responsabiliza-se por garantir os princípios ideológicos do Movimento, manter a ordem/disciplina pautadas nas normativas internas, promover o envolvimento e cumprimento das tarefas no acampamento.

ver a gente jogando, eles num deixa. Ficam atrapalhando e tomam até a bola. Falam que isso não é coisa para mulher.” (Marina, 16 anos.)

Constata-se a presença de estereótipos de gênero, pois, como historicamente foi construído, jogar futebol é algo para homens, o que acaba sendo reproduzido através das representações dos meninos. Verifica-se que há neste processo a *generificação de corpos*. Entende-se por corpos generificados os produzidos culturalmente a partir de lugares preestabelecidos para a *mulher e para o homem*, dentro de uma lógica heteronormativa (LOURO, 2007).

O estudo evidencia que há diferenças entre meninas e meninos no processo de socialização, fato que promove desigualdades de gênero no acesso a formas de lazer e na liberdade de circulação, de modo que são as meninas que mais se ressentem da falta de lazer nos acampamentos pesquisados.

Ressalta-se que, no acampamento, ser adolescente do sexo feminino é carregar o peso da autoridade paterna e vivenciar um controle social dentro e fora da família, exercido também pela comunidade e pelo setor de disciplina. Há pressões para que a menina mantenha um *comportamento adequado* frente às manifestações e expressões de sua sexualidade, para que não se torne *mal falada*, fato que envergonharia a família.

As relações de gênero no acampamento, ao mesmo tempo em que definem o lugar do feminino e do masculino, classificam as meninas a partir da moralidade, resignificando assim o seu pertencimento àquela coletividade (SCOTT; ATHIAS; QUADROS, 2007). Em contraposição, esta moralidade não é verificada para o comportamento dos meninos, ao contrário, até os valoriza, pois promove afirmação de sua virilidade, motivo de orgulho para os pais.

Portanto, dentro dos espaços de socialização dos acampamentos investigados, os estereótipos sobre o comportamento sexual feminino e masculino parecem se perpetuar e são *heteronormatizadores*. Isto devido à construção social em que o homem é ser ativo e forte, seu apetite sexual é estimulado e premiado por toda a família, principalmente pelo pai, e a mulher é elemento passivo e frágil, sua sexualidade é *negativada* e mensurada, fortemente associada à honradez e, ao contrário do homem, é desestimulada e controlada, muitas vezes tida como motivo de vergonha e desonra (CAMBRUZZI; RUBIM, 2012)

Essas considerações confirmam todo um arcabouço histórico, social e cultural, justaposto às concepções do patriarcado, que modulam as desigualdades de gêneros, em que, sobre o processo de socialização, conjugam-se comportamentos e papéis sexuais legitimados e aceitáveis com a sociabilidade entre pares e a coletividade.

A paquera

Quanto à *paquera*, observa-se que esta expressão, para os (as) adolescentes participantes do estudo, direciona-se aos jogos afetivos que antecipam o *ficar*. Para os(as) adolescentes, a paquera leva ao ficar, que, além de não envolver compromisso entre os parceiros, funda-se na imprevisibilidade: pode resumir-se a um encontro, com ou sem ato sexual, ou raramente desembocar em um namoro (HEILBORN et al., 2006).

Destaca-se que entre os(as) 18 adolescentes do estudo, apenas três relataram já ter namorado sério. Quanto ao *ficar*, três adolescentes (dois meninos e uma menina) que nunca tiveram esta experiência afetivo-sexual.

Verificou-se que para os(as) adolescentes dos acampamentos, o *ficar* se estabelece como um marco dos relacionamentos, correspondendo a diferentes práticas, não tendo um significado único. A experiência de *ficar* é vivenciada de forma diferente por meninas e meninos, uma vez que, para eles há uma naturalidade na experimentação e busca da experiência sexual, que é inclusive aceita e vivenciada pelos dois sexos (BOURDIEU, 2003).

Igualmente, no estudo de Vieira (2004), realizado com jovens assentados o *ficar* se estabeleceu como um marco dos relacionamentos juvenis, correspondendo a diferentes práticas, não tendo um único significado. No estudo da autora, o *ficar*, em alguns depoimentos, aparece associado ao primeiro beijo, em outros, o primeiro beijo é o próprio *ficar*, em outros, o beijo inaugura um período de *ficar*.

Observaram-se sentidos diferentes para a manifestação afetiva do *ficar*, que se apresentou impregnada por assimetrias de gênero entre os(as) adolescentes participantes. Para os meninos a palavra *ficar* é constantemente substituída por expressões como *catar* ou *pegar*. E conforme os relatos, *ficar* direciona sempre à possibilidade de uma prática sexual descompromissada.

“Começa com frescura pro nosso lado a gente cata, mesmo.” (Ademar, 16 anos.)

“Elas são mais safadas (risos)... Come-

çam com frescura... daí vêm pro nosso lado esfregando, daí a gente faz o serviço, cata, mesmo! (José Roberto, 16 anos.)

“Os meninos só vêm atrás da gente com segunda intenção, só querem sexo e mais nada!” (Sônia, 18 anos.)

Destaca-se que, na percepção dos meninos, as meninas seriam mais paqueradeiras do que eles. Esta particularidade sobre a paquera foi constantemente reafirmada nos discursos dos meninos:

“As mulheres são mais paqueradeiras porque os homens são mais tímidos. Elas têm mais coragem de chegar.” (Ademar, 16 anos.)

“As meninas daqui são muito mais asanhadas que os meninos. Elas chegam, mesmo!” (Francisco, 16 anos.)

“Elas têm mais safadeza.” (João, 14 anos.)

Através dos relatos dos meninos, constatase que a menina, ao manifestar seu desejo de se aproximar dos rapazes, acaba sendo vista como *mais assanhada*. Esta RS está diretamente relacionada à construção masculina em que a mulher deve ser recatada e submissa e jamais deve querer ganhar *campos masculinos* (SAFFIOTI, 2011).

Ainda que, para ambos os sexos, o ficar venha se tornando uma possibilidade, de certa forma, fluida para a iniciação dos jogos amorosos e sexuais da adolescência, nele persistem códigos restritivos, preconceitos e interdições (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004). No entanto, neste estudo, não foram verificados entre os(as) adolescentes códigos restritivos sobre os papéis de gênero, pois são as meninas quem tomam a iniciativa sobre o *ficar*, o que aponta para uma tendência de abertura à revisão de papéis sociais e sexuais.

Verifica-se, portanto, entre a adolescência participante do estudo, uma maior democratização dos corpos, no sentido de que as mulheres também podem hoje, com tanta liberdade quanto os homens, viver a sua sexualidade e expressarem seus desejos (GOLDENBERG, 2006).

Virgindade

As RS dos(as) adolescentes participantes do estudo sobre a virgindade demonstram que, “os sentidos diferenciados por gênero na virgindade é condicionada pela construção da masculinidade, amparada por rituais de socialização, como a pressão exercida pelos pares” (CASTRO;

ABRAMOVAY; SILVA, 2004, p. 74).

Destaca-se que, historicamente, a ideia de virgindade se constitui como uma proibição social da *defloração* da mulher antes do casamento. No entanto, para a adolescência participante do estudo, confirmam-se influências imbricadas sobre essa construção, como também novas concepções sobre a virgindade.

Entre os meninos participantes do estudo, as RS sobre virgindade demonstram que ela se formula como uma *preocupação*, pois perder a virgindade faz parte de um *ritual de passagem* que comprovará a masculinidade e virilidade do menino entre o grupo. Nota-se que o grupo exerce pressão para a concretização deste ritual:

“Se o menino for virgem vai começar a ser zuado. Chegou nos 14 anos, não perdeu ainda, tá perdido com a gente (risos).” (Natalino, 16 anos.)

A verbalização de Natalino foi acompanhada de diversas manifestações que comungavam de sua fala, seguida por frases como: “*Ixi, tá morto com a gente*” (Marcos Tiaraju, 17 anos); “*Fica ruim pra ele, hein*” (José Roberto, 16 anos).

Os adolescentes delimitam prazo para que os meninos se mantenham virgens, ou seja: *Você tem até os 14 anos para perder sua virgindade!* Portanto, a perda da virgindade, entre os meninos participantes do estudo, marca um *rito de passagem*, não somente entre infância e adolescência mas sobre *confirmar-se homem*, estereotipando um momento de afirmação da masculinidade. Tal caminho conduz à afirmação da virilidade, que interfere também sobre a busca por autonomia, o que no senso comum se traduz por *tornar-se homem*.

Para exemplificar as RS da virgindade entre os meninos participantes da pesquisa, será utilizada a verbalização de João, que apresenta o senso comum expresso por todo o grupo de meninos:

“Num tem nada a ver, a virgindade. A diferença é só a experiência mesmo. Quem já fez, sabe mais, né! (João, 14 anos.)

Destaca-se que, algumas meninas possuem a mesma RS sobre virgindade que os meninos, conforme descrito nos relatos:

“Não significa nada... Só uma palavra, mesmo!” (Rose, 13 anos.)

“Ah num tem nada haver, cara, esse negócio de ser virgem... Num significa nada, não,

única diferença é a experiência, mesmo. (Dorothy, 13 anos.)

“Cada um faz o que quer né... Mas pra mim num significa nada, não, quem perdeu ou num perdeu! (Solange, 13 anos)

Observou-se, portanto, que entre o grupo de meninos e para a metade das meninas (04), a virgindade não traz consigo nenhum simbolismo de *valor*, pois para eles(as) é algo que “não significa nada”. Essas adolescentes que se posicionam pelo direito de decidir por perder ou não sua virgindade, para a qual não atribuem *valor simbólico*, rompem com o cristalizado conceito de virgindade imposto pelo modelo patriarcal. As RS das adolescentes expressam que elas não são propriedades e poder dos homens, e buscam romper com o paradigma vigente neste contexto social, histórico e cultural.

No entanto, da mesma forma que para os meninos, entre as meninas quem *perder* a virgindade ganharia mais *experiência/aprendizado*, e estaria se preparando para uma prática sexual mais satisfatória, como manifestado nos relatos:

“É só uma palavra. A mulher num precisa se manter virgem, não, mulher que perde fio sabe mais cara! Se pegar um homem mais evoluído, daí, se ela perdeu cedo, já sabe mais.” (Dorothy, 13 anos.)

“Isso aí que a Carla falou, mesmo. Tem homem aqui que não gosta de ensinar. Daí vai que eu cato um homem que não tem paciência de me ensinar... hé meu Deus do céu... (Rose, 13 anos.)

Percebe-se, entre as adolescentes, que a perda da virgindade anteciparia a aquisição de experiência e aprendizado, garantindo um bom desempenho sexual com seu parceiro. No entanto, não se observa, entre as adolescentes que já tiveram sua primeira prática sexual, preocupação com o *prazer*, mas sim com o seu desempenho frente ao seu parceiro.

Observou-se que a forma como estas adolescentes se posicionam ao assumirem seu papel sexual confirma representações sociais que alimentam um discurso sexista e uma nítida assimetria de gênero. Ao posicionarem sua prática sexual preocupada somente com o prazer do parceiro, transformam-se em um simples objeto para desfrute masculino, que imprime nestas adolescentes uma relação de dominação-exploração, em que são utilizadas como objetos sexuais (SAFFIOTI, 2004).

Entre os (as) participantes do estudo, o desejo feminino é visto como condicionado ao masculino e a ideia de *perda da virgindade* remete à uma condição feminina apenas de objeto de dominação, conotando uma importante desigualdade de gênero, pois o ato sexual remete à uma relação de dominação na qual as mulheres são possuídas e submetidas ao poder do homem (BOURDIEU, 2003). Para estas adolescentes há a crença de que, quanto melhor o desempenho sexual da mulher, e maior for o prazer proporcionado ao seu parceiro, maior será o tempo de relação com ele.

Entende-se, neste estudo, que a sexualidade destas adolescentes e suas concepções sobre práticas sexuais circulam em uma dimensão na qual fica explícita a *passividade/subjugação* feminina, de tal forma que existe um poder masculino moldando suas vontades, desejos e projetos de vida para uma lógica da domesticação dos seus corpos, ou seja, cria-se uma crença que se deve *servir bem sexualmente ao homem*.

Essa constatação evidencia que a ideologia patriarcal, que marca o empoderamento do homem sobre a mulher, está tão inserida neste contexto que as meninas participantes do estudo acabam assumindo a reprodução de pensamentos e ações conservadoras que instituem o machismo, que produz diversos tipos de violências, mas que são cobertas pela cortina que esconde a agressão deste ato e acabam disseminando os mesmos valores patriarcais em suas vidas (SAFFIOTI, 2004).

Retomando o sentido de *aprendizagem/experiência* trazido pela perda da virgindade, Maria de F. Alves (2003) acrescenta outro fator: a falta de conotação romântica na primeira relação sexual. Na pesquisa da autora, tal percepção foi constatada entre homens rurais. Destaca-se que, no presente estudo, a ausência de conotação romântica na primeira relação sexual foi percebida entre a maioria dos(as) adolescentes que já tiveram sua primeira relação sexual.

No entanto, para quatro meninas, há RS diferentes sobre a virgindade, conforme as transcrições:

“Tem que ter a pessoa certa né... Os dois têm que se gostar.” (Iraci, 12 anos.)

“Pra mim é isto, representa uma honra. Pois pensa, se você chegar a casar com um cara, ele vai falar assim: Olha, peguei uma menina virgem, pura!” (Sônia, 18 anos.)

“Acho que a menina tem que se respeitar e se guardar.” (Marina, 16 anos.)

“Acho que vai muito da menina, né... confiar mesmo para poder se entregar, tem que ser a pessoa certa.” (Roseli, 14 anos.)

Percebe-se no relato destas adolescentes, contrapondo-se aos anteriores já discutidos sobre virgindade, a presença de significados como *honra*, *pessoa certa* e *guardar*. Todas essas palavras demonstram que, para estas adolescentes, sua virgindade (res)guarda o respeito que ela terá diante da sociedade e do seu namorado ou futuro cônjuge. Destaca-se que “quando se guarda algo é porque é precioso, pois se não tem valor, não precisa ser guardado” (OLIVEIRA, 2004, p. 183).

Entende-se que a *entrega* pode relacionar-se a um ritual, um sonho, e a fantasia de se entregar ao noivo, vestida de branco, no altar. Assim, permite-se destacar elementos simbólicos em uma linguagem metafórica, que imprime significações culturais para os sentidos da virgindade.

Quando interrogadas se a família também exercia papel sobre manterem-se virgens, as respostas conduziram ao *medo*, exemplificado pelo relato de Sônia: “Tenho medo de perder e minha mãe descobrir, daí eu apanho” (Sônia, 18 anos). Sobre o relato da adolescente, mais uma vez percebe-se a influência da família sobre a construção da sexualidade deste grupo de adolescentes, e os reflexos de concepções da família patriarcal, em que a *honra* é símbolo necessário para o matrimônio (SCOTT; CORDEIRO; MENEZES, 2010), com pressões direcionadas somente ao sexo *feminino*, demarcando outra assimetria de gênero.

Os guardiões desta *honra* são os pais, que devem garantir que suas filhas simbolizem objetos preciosos nas trocas matrimoniais. Romper com a imposição desta manifestação de poder é sujeitar-se a represálias, conforme ficou expresso na verbalização de Sônia.

Observa-se que, no exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Portanto, no patriarcado, “a execução do projeto de *dominação-exploração* da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência” (SAFFIOTI, 2001, p. 115).

Considerações finais

Ao iniciar a escrita deste artigo, apresentamos as questões que norteavam sua construção, e quais hipóteses estavam sendo testadas, que eram: Quais são as representações sociais

que definem os papéis de gênero entre os(as) adolescentes do MST?; Quais mecanismos exercem poder sobre as desigualdades de gênero entre a adolescência do MST? Há uma ideologia patriarcal que cobre uma estrutura de poder desigual entre a adolescência do MST? Para tecermos considerações, que de forma alguma são finais mas demonstram os resultados que responderam aos nossos objetivos, novamente utilizaremos as questões norteadoras, trazendo as respostas obtidas para cada uma delas.

Ao retomarmos a primeira questão, sobre *quais seriam as representações sociais que definem os papéis de gênero entre os(as) adolescentes do MST*, observamos que os papéis sexuais foram construídos social e culturalmente e estão sendo reafirmados, com pouca resignificação no processo histórico da vivência da adolescência participante do estudo. Assim, as desigualdades de gênero condicionam *meninos* e *meninas* a assumirem padrões de comportamento distintos, sendo culturalmente direcionados a pensar e agir de acordo com a natureza de seu sexo.

Portanto, as relações que se estabelecem na família e em todo o contexto da coletividade do acampamento se entrelaçam na construção da sexualidade dos(as) adolescentes, fortemente marcada por relações de poder expressas principalmente sobre a figura do pai, e que determinam os papéis de gênero produzindo desigualdades marcantes sobre as meninas.

Nessa direção, cabe destacarmos a restrição imposta às meninas do acampamento para *falar sobre a sexualidade*. No entanto, defendemos que independentemente do contexto histórico, social, cultural ou político da vivência do indivíduo, a educação sexual deve ser uma das missões a ser transmitida no ato de educar os(as) filhos(as), pois proporcionar momentos de diálogo sobre sexualidade no ambiente familiar, livre de tabus e preconceitos torna-se peça chave na formação da identidade de gênero e no desempenho saudável dos papéis sexuais dos(as) filhos(as).

Sobre a segunda questão norteadora deste estudo, que interrogou *quais mecanismos exercem poder sobre as desigualdades de gênero entre a adolescência do MST*, constatamos que várias agências exercem poder sobre as desigualdades. Destaca-se o papel da família, principalmente marcado sobre a figura do pai; as normas sociais vigentes e que moldam os ambientes de socialização; e o próprio setor de disciplina do acampamento, que age oprimindo os(as) adolescentes.

Os resultados ressaltam a perpetuação de um modelo de família patriarcal, em que não há mudanças sociais no âmbito da família dos acampados, principalmente sobre a figura da *mulher* adolescente. As relações intergeracionais são extremamente conflitantes e impregnadas de tabus e preconceitos historicamente construídos, que marcam principalmente as diferenças sobre os papéis de gênero. Com esta contextualização, também respondemos a terceira questão norteadora do estudo: *Há uma ideologia patriarcal, que cobre uma estrutura de poder desigual entre a adolescência do MST? Com base nos resultados, podemos responder que sim.*

No entanto, ao falarmos sobre os acampamentos do MST, devemos nos remeter ao mundo rural, e pensar que este, em sua grande maioria, é marcado pela *moralidade* e por uma presença ainda forte do modelo de família patriarcal, que confere ainda mais naturalidade à dominação masculina, fazendo com que a diferença de gênero na vivência da sexualidade entre os(as) adolescentes seja bastante evidente.

Cabe lembrar que estes adolescentes vivenciam a condição de acampados, sendo a fase do acampamento um importante momento na constituição de novas relações de gênero, que significam construções sociais do ser *homem* ou ser *mulher*. Em função dessa construção, serão atribuídos a estes adolescentes, de *um ou de outro sexo*, papéis sociais a serem desempenhados em determinados lugares.

A distinção de gênero emerge como umas das principais características sobre a construção da sexualidade dos(as) adolescentes da pesquisa. Essas distinções entre gêneros se fizeram presentes nos contextos de interação cotidianos e também no que se refere à sexualidade, pois os adolescentes *homens* têm mais acesso a atividades de lazer, maior autonomia para saírem sem os pais, mais possibilidades de socialização e também em relação à sexualidade.

Devemos destacar, conforme verificado nas RS dos(as) adolescentes deste estudo, que as assimetrias de gênero entre adolescentes do sexo *masculino* e *feminino* manifestam-se significativas na forma com que vivenciam sua condição de adolescentes e sua sexualidade.

Entende-se, portanto, que os hábitos e costumes mais comuns e rotineiros expressos dentro de uma determinada sociedade registram a impressão coletiva e manifestam princípios e valores socialmente elaborados, entre os quais a questão do gênero, pois, a socialização

dos papéis *feminino* e *masculino* se verifica a partir das posturas impostas ao corpo.

Devemos lembrar que estamos às voltas com a construção social não apenas do gênero, mas também do espaço, o acampamento, onde, em um movimento simultâneo, um e outro vão sendo moldados. As relações sociais dão forma e contorno aos lugares ao mesmo tempo em que os lugares acabam formatando as relações. Assim, na divisão sexual, observamos entre o grupo pesquisado distinções entre espaços e comportamentos heteronormativos, ditos como *femininos* e *masculinos*.

Desse modo, é possível sintetizar que as representações sociais sobre as desigualdades de gênero entre a adolescência dos acampamentos pesquisados, são compartilhadas e construídas sócio, histórico e culturalmente. Considera-se, no entanto, que os efeitos da difusão dos conhecimentos é que estão guiando seu comportamento e práticas sexuais, repassando essas assimetrias sobre ser *masculino* ou *feminino* ao longo da história de vida destes(as) adolescentes.

Devemos destacar que as RS encontradas neste grupo de adolescentes não são generalizáveis a outros grupos e acampamentos do MST. Entende-se que as representações são construídas em contextos macro e micro; este estudo refere-se a um grupo muito particular, com experiências individuais e coletivas muito diferentes entre si.

No entanto, os resultados desta pesquisa suscitam a necessidade de outros estudos, que avancem com mesma profundidade no entendimento das relações de gênero e suas assimetrias em outros acampamentos do MST.

Referências

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. *Juventude, juventudes: o que une e o que separa*. Brasília: Unesco, 2006.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 426p.

AGUIAR, V. V. P.; STROPASOLAS, L. As problemáticas de gênero e geração nas comunidades rurais de Santa Catarina. In.: SCOTT, P.; CORDEIRO, R.; MENEZES, M. (Orgs.) *Gênero e geração em contextos rurais* Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

ALVES, M. F. P. Sexualidade e prevenção de DST/

AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. In: *Gênero, sexualidade e saúde Reprodutiva: a constituição de um novo campo na saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, 2003.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo: A experiência vivida*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

CALDART, R. S. *Pedagogia do Movimento Sem Terra*. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004. 440 p.

CAMBRUZZI, C.; RUBIM, L. A sexualidade da mulher rural: Rupturas e continuidades. In: VI Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da ABEH. *Anais*. 2012.

CASTRO, E. G. de et al.. *Os Jovens estão indo embora?: juventude rural e a construção de um ator social político*. Mauad X. Seropédica: EDUR, 2009.

CASTRO, E. G. de. As jovens rurais e a reprodução social das hierarquias. In: WOORTMANN, E. F.; HEREDIA, B.; MENASHE, R. (Org.) *Margarida Alves: coletânea sobre estudos rurais e gênero*. Brasília: MDA, IICA, 2006. p. 245-275.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R., SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. *Ser Social*, Brasília, n. 9, p. 159-186, 2001.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998.

GOLDEMBERG, M. O discurso sobre o sexo: diferenças de gênero na sexualidade carioca. In: ALMEIDA, M. I. M.; EUGÊNIO, F. (orgs.). *Culturas jovens: Novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

GUALDA, D. M. R.; RESSEL, L. B. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*,

São Paulo, v. 37, n. 3, p. 82-87, set. 2003.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Org.) *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 7-34.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, R. A. P. *Sexualidade e adolescentes: um estudo de representações sociais*. 2004 f. 213. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, 2004.

PAIS, J. M. *Vida cotidiana: enigmas e revelações*. São Paulo: Cortez, 2003.

PARANÁ. Conselho Estadual de Educação do Paraná. *Parecer 1012/03*. Curitiba: 2003.

PAULO, M. A. L. Juventude rural, sexualidade e gênero: uma perspectiva para pensar a identidade. In: SCOTT, P.; CORDEIRO, R.; MENEZES, M. *Gênero e geração em contextos rurais*. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010. p. 345-368.

PULEO, A. H. Filosofia e gênero: da memória do passado ao projeto de futuro. In: GODINHO, T.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Políticas Públicas e Igualdade de Gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004. p. 13-34.

RUA, M. G.; ABRAMOVAY, M. *Companheiras de luta ou "coordenadoras de panela"? As relações de gênero nos assentamentos rurais*. Brasília: UNESCO, 2000.

SAFFIOTI, H. I. B. (in memoriam). A questão da mulher na perspectiva socialista. *Lutas Sociais*, São Paulo. n. 27, p. 82-100, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São

Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa, A. O; Bruschini, C. (Orgs.) *Uma questão de gênero*. São Paulo; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. v. 20, n. 2, p. 71-99, jul.-dez. 1995.

SCOTT, P.; ATHIAS, R.; QUADROS, M. T. *Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas*. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2007.

SCOTT, P.; CORDEIRO, R.; MENEZES, M. *Gênero e Geração em contextos rurais* (Org.). Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção dos sentidos no cotidiano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

VIEIRA, R. S. *Juventude e sexualidade no contexto (escolar) de assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*. 2004. 113f. Dissertação de Mestrado (Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina (PPGE/CED/UFSC); Santa Catarina, 2004.

ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO

SEXUALIDADE E HANSENÍASE: ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Elleina Gonçalves Bonfante¹; Ana Caludia Bortolozzi Maia²

SEXUALITY AND LEPROSY: BIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Resumo: O artigo apresenta uma revisão que discute as questões biológicas e psicológicas relacionadas ao tema da sexualidade em pessoas atingidas pela hanseníase, uma doença dermatoneurológica na qual o componente neural é preponderante e as manifestações cutâneas evidentes. A hanseníase pode afetar a expressão da sexualidade do ser humano, seja pelo comprometimento testicular, no homem, seja pelo seu caráter estigmatizante em homens e mulheres. Todavia, a relação da sexualidade e hanseníase ainda demanda discussões e estudos.

Palavras-chave: hanseníase; sexualidade; estigma

Abstract: This article presents a review that discuss the biological and psychological issues related to the theme of sexuality in people affected by Hansen's disease, a dermatological disease in which the neural component is predominant and the skin manifestations are evident. Leprosy can affect the expression of sexuality of human beings, whether by testicular involvement in the case of men, or in men and women because of its stigmatizing nature. However, the relationship between sexuality and Hansen's disease still requires further discussion and study.

Keywords: leprosy; sexuality; stigma

¹ Psicóloga. Aprimoramento Profissional – PAP – FUNDAP pelo Instituto Lauro de Souza Lima. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Docente na Faculdade Sudoeste Paulista (FSP, Itapetininga e Tatuí). Endereço para correspondência: Rua Ronald Otto Giorgi, 390 – Cond. Colorville, Shangrila, Itapetininga, SP – CEP 18208-560.. E-mail: elleinagb@hotmail.com

² Psicóloga. Doutora em Educação. Pós-doutorado em Sexualidade. Docente na Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP, Bauru). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Sexualidade, Educação e Cultura, GEPESEC e coordenadora do LASEX – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Sexualidade Humana. Endereço para correspondência: Av. Eng Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01. Vargem Limpa. CEP 17033-360. Bauru, SP. E-mail: acludia@fc.unesp.br

Introdução

Embora seja uma das doenças mais antigas da humanidade, a hanseníase é considerada ainda hoje um grande problema de saúde pública. Essa doença milenar continua endêmica nos países em que a pobreza e o baixo desenvolvimento social ainda são crônicos. A relevância de seu controle como um problema, nos países emergentes, não ocorre apenas quanto ao número expressivo de casos, mas ao fato de que a hanseníase pode gerar deficiências e deformidades físicas com consequências sociais graves. O Brasil ostenta uma das maiores prevalências em hanseníase, disputando o primeiro lugar com a Índia, país com o maior número de pacientes. Juntos, os dois países representam 81,43% da prevalência mundial (VIRMOND, 2003).

A hanseníase é uma doença dermatoneurológica na qual o componente neural é preponderante, ainda que as manifestações cutâneas sejam mais evidentes (VIRMOND; VIETH, 1997). Admite-se que as vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de transmissão do bacilo. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor e secreção vaginal, podem transmitir bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção. (TALHARI; NEVES, 1997; VAN BEERS et al, 1996). Caracterizada pela sua cronicidade, infeciosidade e transmissão preferencial pela via aérea superior, a hanseníase tem como agente causador o *Mycobacterium leprae*, que foi descrito em 1874 por Armauer Hansen (VIRMOND, 2003).

O bacilo da hanseníase é capaz de infectar um grande número de pessoas (alta infectividade), mas poucas adoecem (baixa patogenicidade). O poder imunogênico do bacilo é responsável pelo alto poder incapacitante devido ao acometimento do sistema nervoso periférico (HIGA; PAPA, 1998).

A diversidade de sinais e sintomas clínicos varia de lesão dermatológica simples, àquelas de comprometimento nervoso periférico, ósseo, ocular, do aparelho genital masculino e até de órgãos vitais, podendo se manifestar desde alguns meses a muitos anos pós-infecção. Devido à sua predileção pela pele e nervos periféricos, que lhe confere características peculiares e torna seu diagnóstico simples, o dano neurológico é o responsável pelas sequelas físicas e emocionais que podem surgir (ARAÚJO et al., 2003), sendo que, quanto maior for o dano neurológico, maior a sequela física e consequentemente psíquica apresentada pelo indivíduo.

A hanseníase é caracterizada como uma doença que pode ocasionar a deformidade física, acarretando um forte traço de estigma social. Para

Goffman (1988) estigma é uma característica socialmente desvantajosa: quando o seu efeito de descrédito é muito grande, chegando a ser considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem, isso constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual (aquilo que o outro acha) e a identidade social real (aquilo que o indivíduo é). O autor complementa dizendo que estigma se refere aos sinais corporais relacionados aos julgamentos morais, isto é, aqueles sinais com os quais as pessoas evidenciam alguma coisa de "extraordinário" ou "mau" sobre o *status* moral daquela pessoa que os apresentava. Atualmente, o termo, segundo o mesmo autor, é usado como referência a um atributo profundamente depreciativo em relação a um estereótipo.

Diversas variáveis atuam na conduta do enfermo no seu papel social que vai influenciar na interação de vários fatos: o estado real de saúde; a saúde tal como é percebida; a maneira como é avaliado o estado de saúde percebido e a decisão tomada com base nessa percepção. Daí, então a probabilidade de que o indivíduo, aceitando seu papel social de doente, ficará na dependência da intensidade da ameaça percebida e da conotação valorativa ou atrativa da conduta enferma. Um dos fatores importantes que torna difícil a reabilitação do hanseniano é o comum desenvolvimento de desvios emocionais (VIRMOND, 2003).

Para Rotberg (1979) os aspectos psicológicos da hanseníase são os mais graves, pois podem levar a complicações psiconeuróticas e de rejeição, induzindo ao que chama de "ostracismo". Devido ao seu poder de destruição do nervo, o que altera a sensibilidade tátil e consequentemente leva a deformidades e incapacidades, a hanseníase quando em estado avançado e por sua própria história, embute esse traço estigmatizante aos seus portadores, implicando em mudanças em suas relações sociais. Nesse sentido, Rojas et al. (1993) lembram que, ao se abordarem as características psicossociais da hanseníase, as pessoas mantêm diversas crenças e atitudes acerca da enfermidade, que são influenciadas tanto pelo nível educacional quanto por seus antecedentes socioculturais em que, quanto maior o tempo da doença, maior será a probabilidade de o doente desenvolver alterações psíquicas.

Dentro deste contexto, Singh (2012) afirma que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum vivenciado pelos pacientes com hanseníase, seguido pelos transtornos de ansiedade, sendo que ambas comorbidades apresentam uma intensa desordem psíquica no paciente a ponto de interferir e prejudicar a forma como a sexualidade é vivenciada por eles.

Afora toda a segregação causada pela doença, outro ponto de suma relevância a se considerar são as deformidades e incapacidades físicas que a hanseníase provoca, trazendo alterações na autoimagem que podem afetar o esquema corporal do paciente e reduzir sua autoestima, ou seja, o forte estigma social e as lesões corporais modificam a autoimagem, tornando difícil a própria aceitação e a relação do indivíduo com os outros (CRISTOFOLINI, 1989). Budel et al. (2011, p. 943), comentam que, pelo seu próprio processo, a doença provoca atitudes de rejeição e discriminação, com possível exclusão do convívio social, e complementam que as “lesões cutâneas e o acometimento neural, que levam às principais incapacidades físicas, pioram ainda mais a autoestima dos doentes, provocando uma queda da qualidade de vida e interferindo em diversos aspectos da vida dos mesmos”.

Segundo Oliveira, Gomes e Oliveira (1999 p. 56) “a hanseníase ocasiona alterações e transtornos, não só na vida pública, mas também na esfera privada, acarretando consequências negativas na vida afetiva e sexual”. A instabilidade emocional dos pacientes desencadeia um estado de crise que gera tensões e conseqüentemente modificações psicológicas e sociais de comportamento, que resultam na desestabilização do relacionamento familiar e social.

Para Elsen et al. (2002), dificuldades no relacionamento podem ocorrer tanto nas relações mais íntimas como na família e nas relações sociais mais distanciadas. O conflito da pessoa atingida pela hanseníase pode ocorrer pelo medo tanto do contágio, quanto pela exclusão social, ou ainda por questões religiosas, que tornariam a pessoa atingida pela hanseníase uma pecadora.

Sexualidade e hanseníase

Uma esfera importante na vida que sofre alterações diante do adoecimento do sujeito é a sexualidade. Segundo Hogan (1985, p. 10), “a sexualidade humana é definida como uma parte intrínseca de nossa existência”. Por sua vez, é envolvida por aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (CHAUÍ, 1991; KOLODNOY; MASTERS; JOHNSON, 1982; MAIA; RIBEIRO, 2011). Os autores Maia e Ribeiro (2011 p. 75) ainda consideram que, embora a sexualidade apresente-se como conceito amplo, ela traz consigo componentes “biológicos, psicológicos e sociais e ela se expressa em cada ser humano de modo particular, em sua subjetividade e em modo coletivo, em padrões sociais”.

Estudos mostram que a sexualidade está re-

lacionada com a qualidade de vida (RAPOSO, 1996; CARVALHO; TELES, 2001). Hughes (2000, p. 478) apud Filibert et al. (1994) relata que “o relacionamento sexual tem uma significativa contribuição para a qualidade de vida de todos nós”. Sabemos que a qualidade de vida inclui, segundo Molassiotis e Morris (1998), estar dentro dos padrões de normalidade, ser capaz de apreciar a vida, ser realizado profissional e amorosamente, e possuir recursos materiais para sua própria sobrevivência.

A sexualidade faz parte da vida de todo o ser humano e apresenta uma dimensão pessoal que além de compreender a genitalidade (caracterizada por fenômenos fisiológicos que satisfaz o instinto, superando os limites do impulso genital) é um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte e inclui tudo o que acontece nesse decorrer (BLACK; MATASSARIM-JACOBS, 1996; COSTA, 1994; LOPES, 1993).

Ressel (2003) defende que a sexualidade é universal a todos os indivíduos e é o produto de uma “construção única”. Chauí (1991) acredita que a sexualidade envolve nossas relações com o outro, com o nosso corpo e o alheio, com os objetos e situações que nos agradam ou desagradam, nossas esperanças, medos e sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes.

Saito (1996) defende que a manifestação da sexualidade se apresenta sob três vertentes: a histórica – revela a visão da sexualidade sendo formada através dos tempos vinculada aos interesses político-econômicos, cultural, social, religioso, moral e ético – a cultural, – que envolve os aspectos cognitivos, crenças, tabus, mitos, rituais, símbolos e valores com suas influências, convertendo determinado aspecto em aceitável ou não – e, por fim, a de cunho social, – que envolve o processo de socialização, no qual o ser humano interioriza normas, valores e atitudes, incorporando a sua própria personalidade – sabe-se que o aspecto sexual faz parte da dimensão deste processo.

Historicamente, a manifestação da sexualidade ocorreu conforme o interesse da sociedade, sendo a família e a religião, consideradas por Chauí (1991), fortes mentoras desse processo. A religião chegou a preconizar a extinção do desejo e a valorizar o casamento exclusivamente para procriação. A sexualidade passou a ser regulada por questões sociais.

Neste sentido, a sexualidade humana é um fenômeno complexo composto por três dimensões – biológica, psicológica e social – inter-relacionadas e inseparáveis. Destarte, qualquer tipo de alteração em uma das fases conseqüentemente produzirá al-

teração em outra, por exemplo, uma mudança na função sexual decorrente de um processo de adoecimento produzirá mudança na saúde sexual do indivíduo.

Durante todo o ciclo vital do ser humano, fisiologicamente, o organismo passa por transformações físicas e psicológicas que comprometem os aspectos biopsicossociais que envolvem a sexualidade. O aspecto biológico que envolve a sexualidade refere-se à capacidade de um indivíduo dar e receber prazer sexual, portanto, engloba o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; HOGAN, 1985). Durante todo o ciclo vital do ser humano, fisiologicamente, o organismo passa por transformações físicas e psicológicas que comprometem os aspectos que envolvem a sexualidade. O aspecto biológico que compõe a sexualidade engloba o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana e isso, somado ao contexto emocional e social leva a capacidade de dar e receber prazer sexual (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; HOGAN, 1985).

O aspecto psicológico refere-se à identidade de gênero, o que para GOMEZ (1993) diz respeito a um conjunto de traços da personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, por meio do processo social, diferenciam o homem da mulher. Para o referido autor, o gênero não se restringe apenas ao campo fisiológico e inclui também outras dimensões ligadas ao sexo, predefinidas pelos valores culturais e atribuídas ao homem e à mulher, estabelecendo relações entre si, fazendo emergir papéis, necessidades e acesso a recursos de acordo com diferenças pessoais, e a autoimagem sexual que se caracteriza por imagens que as pessoas apresentam de si próprias como homem e mulher, influenciados pela imagem mental do corpo físico que possuem (HOGAN, 1985).

O aspecto sociocultural, por sua vez, remete ao envolvimento do papel social de gênero (comportamento de uma pessoa em relação ao seu grupo pertencente) e o sexual (forma como a identidade masculina ou feminina é percebida por si e pelos outros). Nesta perspectiva, inclui-se o relacionamento sexual que é caracterizado pelas relações interpessoais que temos com os outros e em pelas quais partilhamos a atividade sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTER; JONHSON, 1982).

A partir dos pressupostos expostos, pode-se dizer que a função sexual se manifesta sob a forma

de uma resposta fisiológica. Nesta função, podem ocorrer mudanças em diferentes fases da resposta sexual. A disfunção sexual, para Kaplan e outros autores, se caracteriza por um desajuste total ou parcial em qualquer uma das três fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983). A hanseníase, que por sua vez acomete os nervos periféricos, pode, assim, influenciar na sexualidade do ser humano, não só pelo seu caráter estigmatizante, mas inclusive pelo seu comprometimento da sexualidade do homem no que se refere ao comprometimento testicular.

Em 3 de Agosto de 1985, o volume 291 do *British Medical Journal*, noticiou, a partir de pesquisas realizadas por Pareek e Tandon, (1985) o que na época foi considerado o primeiro caso de lesão no epidídimo em hanseníase tuberculoide. Leal (1997) nos coloca que as alterações endócrinas relacionadas com a hanseníase são conhecidas de longa data, sendo divulgado em 1937, na *Revista Brasileira de Leprosia*, um artigo intitulado "Ginecomastia³ na lepra", pelo então Dr. Baptista. Entretanto, este quadro era compatível, em razões de suas características morfológicas, com a hanseníase virchowiana. Em seus estudos, Leal (1997) nos mostra que o comprometimento testicular na hanseníase virchowiana foi amplamente documentado na literatura, com incidência de até 50% dos casos.

Os efeitos da hanseníase sobre os testículos foram inicialmente estudados por Grabstald e Swan, em 1952. Esses autores classificaram os achados patológicos em três fases: vascular (orquite lepromatosa ativa), intersticial e obliterante. Por outro lado, Job (1963) descreve quatro estágios: invasão, reação inflamatória aguda, resolução e atrofia. O bacilo atinge o testículo seja por via linfática, sanguínea ou por invasão direta através do tecido cutâneo adjacente. A predileção do bacilo pelo testículo é pouco esclarecida, mas parece estar relacionada à baixa temperatura local, que é favorável ao seu desenvolvimento. Esta hipótese é enfatizada pela raridade do envolvimento ovariano (GRABSTALD; SWAN, 1952; BERNARD; VAZQUEZ, 1973; BRAND, 1959).

O acometimento testicular na hanseníase ocorre quase que exclusivamente na forma virchowiana, podendo, inclusive, ser sua manifestação inicial, (GRABSTALD; SWAN, 1952; AKHTAR et al., 1980; REA, 1988). Entretanto, há relato isolado de aparecimento de granuloma tuberculoide no testículo, na forma "borderline" (dimorfa) em reação

³ Ginecomastia: aumento das glândulas mamárias no homem.

(REA, 1988). As manifestações clínicas decorrentes do envolvimento testicular incluem impotência, redução dos caracteres sexuais secundários (distribuição de pelos e atrofia testicular), ginecomastia e infertilidade (GRABSTALD; SWAN, 1952; JOB, 1961; SAPORTA; YUKSEL 1994; SHILO et al., 1981; DASS et al., 1976). Nesse mesmo sentido, para os autores Saporta e Yuksel, (1994), Réé et al., (1981) e Kumar et al., (1973) a infertilidade está presente em aproximadamente 50% dos casos da forma virchowiana, associa-se à progressão da doença e precede o quadro de hipogonadismo.

Na hanseníase a ginecomastia é achado frequente nos casos bacilares. No estudo de Roy et al. (1984) refere ginecomastia em 19,24% de um grupo de 790 pacientes. A ginecomastia é mais prevalente no polo virchowiano do espectro, podendo ser encontrada com muito menos frequência nos casos dimorfos, próximos ao polo tuberculoide. Além do incômodo estético e psicológico, clinicamente a ginecomastia pode se manifestar com dor (VIRMOND, 1997).

Dentro dos aspectos ligados à psique humana, as alterações emocionais repercutem de formas diferentes. Sentimentos como a autoaceitação, a autoestima e a autoimagem em uma doença mutilante como a hanseníase, provoca alterações na qualidade de vida das pessoas não só portadoras da moléstia, como aquelas que convivem com a doença. Neste sentido, Claro (1995) afirma que, uma vez que a hanseníase é uma doença curável em todas as suas formas, o seu maior problema não se encontra no âmbito médico, mas no psicossocial.

Ao se avaliar a qualidade de vida desses indivíduos, encontramos em Martins et al. (2008), que embora a sua maior morbidade associa-se aos estados reacionais e ao acometimento neural, que podem causar incapacidades físicas e deformidades permanentes, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes, com autoestigmatização e vergonha. Esse problema se agrava pelo fato de a enfermidade estar historicamente associada a estigmas, o que mantém na representação social a ideia de doença mutilante e incurável, provocando atitudes de rejeição e discriminação ao doente, com sua eventual exclusão da sociedade.

Considerações finais

A hanseníase é caracterizada como doença infecciosa crônica transmissível principalmente pe-

las vias aéreas superiores, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Apresenta predileção pela pele e nervos periféricos, o que lhe confere características peculiares, tornando seu diagnóstico simples. Em contrapartida, o dano neurológico causado por essa predileção é o responsável pelas sequelas físicas e emocionais que podem surgir (ARAÚJO et al., 2003), e quanto maior o dano neurológico causado por ele, conseqüentemente maior será a seqüela física e psíquica apresentada pelo indivíduo. Pode-se concluir que, além de todo o dano físico característico dessa enfermidade, a hanseníase traz consigo alterações emocionais extremamente intensas, devido ao estigma da doença e à falta de sensibilidade tátil.

Pacientes acometidos pela hanseníase em estado avançado da doença e que apresentam deformidades físicas demonstram algumas reações emocionais que influenciam negativamente em mudanças de atitudes no seu cotidiano, como sentimentos de humilhação, culpa, medo, mágoa, inutilidade, solidão e inferioridade (OLIVEIRA, 1990). Além desses aspectos, a sexualidade, como uma das muitas formas de demonstração de afeto, também se torna prejudicada. Macário et al. (2003) nos coloca que quando se fala em sexualidade, nos referimos ao ato sexual, esquecendo-nos que ela envolve uma série de outros sentimentos e desejos, como o olhar, as carícias, a sensualidade, o toque, o respeito, entre outros. Oliveira, Gomes e Oliveira (1999) constataram que quando ocorre um diagnóstico de mal de Hansen⁴ (MH) e o casal opta por manter-se unido, a sexualidade de ambos pode ficar bastante prejudicada.

A Psicologia, enquanto área da saúde, vem, por sua vez, ampliando seus horizontes no sentido de promover a humanização acerca do processo saúde-doença, caminhando ao lado do saber médico, buscando a compreensão de aspectos que podem influenciar a forma de os indivíduos se relacionarem com o seu processo de adoecimento, trabalhando estigmas, medos, inseguranças. Neste sentido, estudos que ampliem a compreensão de como a hanseníase afeta a sexualidade dos pacientes acometidos pela doença e como profissionais da área da saúde podem contribuir para esse processo de reestruturação, poderão apontar que assegurem melhor qualidade de vida para esses indivíduos, gerando um ambiente mais satisfatório para o exercício da vida afetiva e sexual.

⁴ Mal de Hansen (MH):– sinônimo de hanseníase.

Referências

- AKHTAR M. et al. Lepromatous lerosy presenting as orchitis. *Am J Clin Pathol.*, 73: p. 712-715, 1980.
- ARAUJO, M. G. Hanseníase no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina Tropical*, 36(3), p. 373-382, mai-jun 2003.
- ARAUJO, R.R.D.F., et. al. A Irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. *Hansen. Int.*, 28(1), p. 71-78, 2003.
- BERNARD J.C; VAZQUEZ C.A.J. Visceral lesions in lepromatous leprosy. Study of sixty necropsies. *Int. J. Lepr.*, 41, p. 94-101, 1973.
- BLACK, J. M.; MATASSARIM-JACKOBS,E. Sexualidade Humana. In: BLACK, J. M. *Enfermagem médico cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. v.1, cap. 7, p. 95-102.
- BRAND, P. W. Temperature variation and leprosy deformity. *Int. J. Lepr.*, 27, p. 1-7, 1959.
- BUDEL, A. R.; RAYMUNDO, A. R.; COSTA, C. F; GERHARDT, C.; PEDRI, L. E. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *An. Bras. Dermatol.*, 86(5), p. 942-946, 2011.
- CARVALHO, M. J. C.; TELLES, S. R. A. Considerações sobre queixas de pacientes em triagem de clínica-escola. *Psikhe*, São Paulo, v. 6. n. 1, p. 7-14, jan. 2001.
- CHAUÍ, M. *Repressão sexual – essa nossa (dês)conhecida*. 12. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 234 p.
- CLARO, L. B. L. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- COSTA, R. P. *Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo: Gente, 1994.
- CRISTOFOLINI, L. Dinâmica da prevenção e tratamento das incapacidades na hanseníase. *Salusvita*, 8(1), p. 9-13, 1989.
- DASS J et al. Androgenic status of lepromatous leprosy patients with gynecomastia. *Int. J. Lepr.* 44, p. 469-474, 1976.
- ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. et al. *O viver em família e sua interface com a saúde-doença*. Maringá: UEM, 2002.
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GOMEZ, E. G. Género, muyer e salud en lãs Americas. *Publicación Científica*, 541. Washington: OPS/OMS, 1993.
- GRABSTALD H.; SWAN L. L. Genitourinary lesions in leprosy with special reference to the problem of atrophy of the testes. *JAMA* 149: 1287-1291, 1952.
- HIGA, C. D.; PAPA E. C. *Recursos fisioterapêuticos utilizados na Hanseníase*. Projeto de Graduação. 1998.
- HOGAN, R. M. *Human sexuality: a nursing perspective*. United States of America: Appleton-Century-Crofts, 1985. 747 p.
- HUGUES, M. K. Sexuality and the survivor. *Cancer Nursing*, Nova York, v. 23 n. 6, p. 477- 482, 2000.
- JOB, C. K. Gynecomastia and leprous orchitis. A preliminary study. *Int. J. Lepr.* 29, p. 423-441, 1961.
- JOB, C. K; MACADEN V. P. Leprous orchitis in reactional borderline cases. *Int. J. Lepr.*, 31: p. 273-279, 1963.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.
- KAPLAN, H. S. *O desejo sexual: e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. 231 p.
- KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de medicina sexual*. St. Louis: Manoele, 1982. 640 p.
- KUMAR, A. et al. Impact of lepromatous leprosy on fecundity. *Fertil Steril*, 24, p. 324-325, 1973.
- LEAL, A. M. O. Alterações endócrinas na hanseníase. *Medicina*, Ribeirão Preto, 30: p. 340-344, jul.-set. 1997.
- LOPES, G. *Sexualidade humana*. 2. ed. São Paulo: Medsi, 1993. 364p.

- MACÁRIO, D. P. A. P. et al. Considerações psicossociais sobre a pessoa portadora de hanseníase. In: OPROMOLLA D. V. A.; BACCARELLI, R. E. Col. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase*. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. Instituto Lauro de Souza Lima. Bauru, p. 25-30, 2003.
- MAIA, A.C.B; RIBEIRO, P.R.M. Educação sexual: princípios para ação. *Doxa*, v.15, n.1, p. 75-84, 2011.
- MARTINS B. D. L; TORRES F. N.; OLIVEIRA, M. L. W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An. Bras. Dermatol.*, 83(1), p. 39-43, 2008.
- MOLASSIOTIS, A.; MORRIS, P. J. The meaning of quality of life and the effects of unrelated donor bone marrow transplants for chronic myeloid leukemia in adult long-term survivors. *Cancer Nursing*, Nova York, v. 21, n. 3, p. 205-211, 1998.
- OLIVEIRA, M. H. P. Reações emocionais dos hansenianos portadores de deformidades físicas. *Hansenologia Internacionalis*, v. 15, n. 1-2, p. 16-23, 1990.
- OLIVEIRA, M. H. P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C. M. Hanseníase e sexualidade, convivendo com a diferença. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 85-91, jan. 1999.
- PAREEK, S. S; TANDON, R. C. Epididymal lesion in tuberculoid leprosy. *British Medical Journal*, v. 291: 313, 1985.
- RAPOSO, T. C. S. Grupo de mulheres: uma perspectiva feminista na terapia sexual. *Rev. Bras. Sexual. Humana*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 43-51, jan. 1996.
- REA, T. H. A comparative study of testicular involvement in lepromatous and borderline lepromatous leprosy. *Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.*, 56: p. 383-388, 1988.
- RÉE, G. H. et al. Hormonal changes in human leprosy. *Lepr. Rev.*, 52: p. 121-126, 1981.
- RESSEL, L. B. *Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural*. 2003. 316f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2003.
- ROJAS, V.; GONZÁLES, J. R. B.; HERNANDEZ, O. *La lepra em ciudad de la Havana: Las enfermedades tropicales em la sociedade contemporanea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, Consorcio de Edición Carriles, 1993.
- ROTBERG, A. *Noções de hansenologia*. Fundação Paulista contra a Hanseníase. p. 21-22, 1979.
- ROY, R. G.; KAR, H. K.; MURTHY, N. N. Gynecomastia in leprosy in three districts of Tamil Nadu. *Indian Journal of Leprosy*, 56: p. 578-582, 1984.
- SAITO, M. I. Sexualidade, adolescência e orientação sexual: reflexões e desafios. *Rev. Med. (São Paulo)*, v. 75, n. 1, p. 26-30, jan. 1996.
- SAPORTA L.; YUKSEL A. Androgenic status in patients with lepromatous leprosy. *Br. J. Urol.*, 47: p. 221-224, 1994.
- SHILO, S. et al. Gonadal function in lepromatous leprosy. *Lepr. Rev.*, 52: p. 127-134, 1981.
- SINGH, G. P. Psychosocial aspects of Hansen's disease (leprosy). *Indian Dermatol. Online J.*, 3, p. 166-170, 2012.
- TALHARI, S.; NEVES R. G. *Dermatologia tropical: Hanseníase*. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.
- VAN BERRS, S. M; DE WIT, M. Y. L; KLASTAR, P. R. MiniReview: The epidemiology of *Mycobacterium leprae*: Recent insight. *FEMS Microbiology Letters*, 136, p. 221-230, 1996.
- VIRMOND, M. Ginecomastia em hanseníase In: DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. *Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase*. Bauru: ALM Internacional, 1997. p.189-194.
- _____. Ações de controle na hanseníase. In: OPROMOLLA, D. V. A. et al. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. 2003. p. 8-11.
- VIRMOND, M.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. *Medicina*, Ribeirão Preto, 30: p.358-363, jul.-set. 1997.

VIOLÊNCIA SEXUAL EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO*Mônica Saldanha Pereira¹*

CAMPUS SEXUAL VIOLENCE

Resumo: Este trabalho buscou lançar luz à questão da violência sexual em contexto acadêmico, tendo em vista a recente emergência do assunto nas universidades brasileiras, bem como o reconhecimento de sua importância para o pleno exercício dos direitos humanos da mulher. Foram reunidos estudos acerca da violência sexual e suas especificidades no que tange ao contexto universitário, comparando os resultados obtidos na América do Norte aos dados gerais sobre violência sexual no Brasil, com o objetivo de delinear as discrepâncias e similaridades entre os cenários e vislumbrar possibilidades, assim como estratégias de prevenção e solução.

Palavras-chave: vitimização sexual; direitos humanos; violência de gênero; mulheres universitárias

Abstract: This work aimed to shed light on the campus sexual violence issue, in view of the subject's recent emergence in Brazilian universities, as well as the acknowledgment of its relevance to the full exercise of women's human rights. Have been gathered previous studies addressing sexual violence and the specific features of sexual victimization of college students, and paralleled the results obtained in North American colleges to Brazilian general sexual violence collected data, in order to outline discrepancies and similarities between the two scenarios and anticipate possibilities and handling strategies.

Keywords: sexual victimization; human rights; gender violence; college women

¹ Graduada em Letras pelo Centro Universitário UniSEB e Pós-Graduada em Educação Sexual pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL). E-mail: saldanha.msp@gmail.com

Introdução

Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos – documento inaugural sobre o assunto no âmbito internacional – tenha sido assinada em 1948, os direitos sexuais e reprodutivos entraram em discussão vinte anos depois. O primeiro instrumento a abordar os direitos reprodutivos femininos publicou-se em 1975, após a Conferência Internacional do Ano da Mulher, ocorrida na Cidade do México. A mudança de paradigma ocorreu em virtude do crescimento do “movimento internacional das mulheres”, cuja filosofia defendia o direito de todas as mulheres à autonomia em relação ao seu corpo, sua sexualidade e sua vida reprodutiva (FREEDMAN; ISAACS, 1993, p. 23).

À Declaração de 1975, seguiram-se a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979) e a Recomendação Geral n. 16 do Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (1992), respectivamente, o primeiro documento a mencionar explicitamente a violência doméstica e o primeiro a proibir a violência contra a mulher, citando a violência, o assédio e a exploração sexual.

O Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Saúde da Mulher (Pequim, 1995) reconhecem o assédio sexual – bem como o estupro e outras violências derivadas da desigualdade histórica entre os gêneros – como comportamento incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana. O Brasil, na condição de país signatário dos referidos instrumentos, compromete-se a desenvolver programas e procedimentos tendentes a eliminar as várias formas de violência sexual.

Duas inovações que se apresentam nos instrumentos citados requerem especial atenção, devido às possibilidades de abordagem à violência contra a mulher que acarretam: o reconhecimento do medo da violência como constrangimento permanente e limitador do exercício de direitos (FROSSARD, 2006, p. 190); e a caracterização das mulheres universitárias como população especialmente vulnerável à exploração (FROSSARD, 2006, p. 51).

Shadow of sexual assault

Ao reconhecer o medo da violência como constrangimento permanente para a mobilidade da mulher e o assédio sexual como afronta à dignidade da mulher que trabalha, impedindo-a de contribuir à altura de sua capacidade (FROSSARD, 2006, p. 206), as Nações Unidas abrem espaço para que se aborde o que se chamou *Shadow of sexual assault* (FERRARO, 1996) e as suas implicações no exercício dos direitos humanos. Destaca-se, portanto, a importância que assume a percepção de violência no contexto dos mecanismos que visam assegurar os direitos humanos da mulher.

As mulheres experimentam violência sexual em quantidade seis vezes maior do que os homens (SCHRAIBER, 2005, p. 40); estima-se que 527 mil casos de estupro tentado ou consumado ocorram anualmente no Brasil, dos quais apenas 10% são reportados². Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o ano de 2011 teve 12.087 casos de estupro registrados no país através do Sistema de Informações e Agravos de Notificação (Sisnan), do Ministério da Saúde (MS), dos quais 88,5% têm vítimas do sexo feminino. Se forem analisados apenas os casos ocorridos com pessoas adultas, o índice de vítimas do sexo feminino sobe para 97,5%. O perfil dos agressores é marcadamente masculino, representando entre 92,5 e 96,7% do total, dependendo da idade da vítima (CERQUEIRA; COELHO, 2014, p. 8).

Em 2007, a socióloga Jennifer Truman relacionou gênero e percepção de violência em um estudo junto aos alunos da University of Central Florida; em 2009, Dobbs, Waid e Shelley empreenderam estudo semelhante com estudantes de diferentes regiões dos Estados Unidos. Ambos os estudos concluíram que as mulheres sentem-se mais vulneráveis a crimes do que homens, devido ao medo relacionado à violência sexual (TRUMAN, 2007; DOBBS; WAID; SHELLEY, 2009). Os resultados corroboram aqueles obtidos em 1996 por Kenneth Ferraro: a possibilidade de estupro afeta diretamente a percepção de risco das mulheres.

A presente investigação mostra claramente que o medo do estupro influencia o medo de outros tipos de crime. O efeito é maior sobre o medo de formas de vitimização pessoais ou violentas [...] Ou seja, sempre que um confronto direto, face-a-face, é provável, a maioria das mulheres teme o estupro; e este

² A estimativa foi feita pelo IPEA em 2013, a partir de dados coletados através do Sistema de Indicadores de Percepção Social (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

medo explica em grande medida o motivo pelo qual mulheres também apresentam maior temor em relação a crimes cujo índice de vitimização é menor entre elas do que entre os homens. (FERRARO, 1996, p. 686, tradução minha.)³

O autor conclui que quando mulheres confrontam a possibilidade de um crime, a probabilidade de que o estupro se some à agressão inicial faz com que o medo da violência em geral seja maior entre elas, embora homens sejam vítimas prioritárias dos outros tipos de violência estudados por Ferraro; ao fenômeno, deu-se o nome de “*Shadow of sexual assault*”.

Muito embora as Nações Unidas refiram-se ao assédio sexual apenas no contexto relacionado ao mercado de trabalho, ao identificá-lo como afronta à dignidade e impedimento para que mulheres contribuam à altura de sua capacidade (FROSSARD, 2006, p. 206), resta evidente a preocupação da comunidade internacional com a inclusão da mulher na sociedade, no gozo pleno de seus direitos e livre de violências baseadas no seu sexo ou gênero.

O texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, ocorrida em Belém do Pará no ano de 1994 (FROSSARD, 2006, p. 140-146), destaca as instituições de ensino – bem como o ambiente de trabalho e os serviços de saúde – como locais de incidência de assédio sexual nos quais o Estado deve intervir. O Relatório do Cairo, por sua vez, identifica as estudantes do sexo feminino como “população em situação potencialmente explorável” (FROSSARD, 2006, p. 51), reconhecendo sua vulnerabilidade, ao lado de mulheres migrantes e trabalhadoras domésticas. Dito isto, a adoção de medidas preventivas contra o assédio, abuso e exploração deste grupo é citado como diretriz para a erradicação da violência de gênero e salvaguarda dos seus direitos.

Entre dezembro de 2014 e março de 2015, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)⁴ da Assembleia Legislativa do Estado de São Pau-

lo (Alesp) – chamada CPI das Universidades – esteve responsável por investigar violações dos direitos humanos ocorridas nas Universidades do estado durante trotes⁵, festas e no cotidiano acadêmico. Entre as práticas observadas pelos parlamentares durante as investigações destacam-se diversos casos de estupro ocorridos no ambiente acadêmico, agravados pelas falhas dos mecanismos de apoio às vítimas e pela negligência das autoridades competentes.

Os estudos acerca da violência sexual em contexto acadêmico são ainda incipientes no Brasil, o que dificulta a análise do cenário nacional no que tange este tipo de violação; entretanto, podem-se observar aproximações entre os resultados obtidos em instituições de ensino norte-americanas (especificamente dos Estados Unidos e do Canadá) e os índices de violência observados no contexto nacional, bem como as estruturas de violência observadas pela CPI das Universidades.

A experiência norte-americana

Conforme estudos conduzidos por Bonnie Fisher, cientista política estadunidense que se dedica à pesquisa do tópico desde a década de 1990, o interesse acerca da violência sexual universitária nos Estados Unidos cresceu em virtude da preocupação com o tema em geral, do aumento nos registros de violência nas universidades – até então vistas como *ivory towers*⁶ –, bem como pelos casos que ganharam a mídia, em que a administração é acusada de má gerência (apud KARJANE; FISHER; CULLEN; 2002). Observou-se que o índice de estupro contra mulheres entre 16 e 24 anos (idade acadêmica) é quatro vezes maior do que a média, e o risco acentua-se entre universitárias: no período de um ano, 2,8% das alunas de uma instituição deverão sofrer estupro tentado ou consumado, sendo este o crime violento mais comum nos *campi* (FISHER; CULLEN; TURNER, 2000; SAMPSON, 2003).

³ “The present investigation shows clearly that fear of rape influences fear of other types of crime. Its effect is stronger for fear of the personal or violent forms of victimization [...] That is, whenever face-to-face confrontation is likely, most women fear rape, and such fear explains much of why women are more afraid of crimes for which they have low rates of victimization relative to men.”

⁴ O Relatório Final da CPI está disponível para consulta no site da Alesp, disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3092.pdf/>.

⁵ A relação entre os trotes universitários e a perpetuação de valores e comportamentos discriminatórios que suscitem a violência no ambiente universitário foi analisada pelo Prof. Dr. Antônio Ribeiro de Almeida Junior, em artigo transcrito no Relatório Final da CPI.

⁶ Expressão da língua inglesa que remete tanto ao estudo acadêmico quanto à noção de espaço utópico, fora do alcance da realidade, dedicado ao exercício intelectual; torre de marfim.

Os estudos canadenses apontam realidade semelhante: segundo DeKeseredy e Kelly, 41% das estudantes sofreram algum tipo de abuso sexual durante encontros românticos, enquanto 19,5% dos universitários afirmaram ter cometido abuso neste mesmo contexto (apud SCHWARTZ et. al., 2001).

As pesquisas norte-americanas revelaram que, além do assédio verbal recorrente, o contexto acadêmico envolve diversas formas de abuso sexual, destacados: estupro cometido por conhecidos da vítima (*acquaintance rape*); estupro cometido por pessoa estranha à vítima; estupro com consumo induzido de drogas⁷; coerção verbal para o sexo; assédio sexual; abusos ocorridos durante encontros românticos (*date rape*⁸) e *stalking*⁹. Os casos de *acquaintance rape* somam 90% do total; sendo apenas 10% das vítimas do sexo masculino; enquanto casos de *date rape* somam 13% dos estupros consumados, 35% dos tentados e 22,9% das ameaças. (SAMPSON, 2003). Esta característica agrava a situação das mulheres universitárias vítimas de violência, já que os agressores são usualmente pessoas de seu convívio diário, o que aumenta a sensação de vulnerabilidade e dificulta o processo de recuperação psicológica e emocional (KARJANE; FISHER; CULLEN, 2002).

A violência sexual cometida por conhecidos da vítima carrega características e desafios únicos no que tange aos programas de prevenção e à possibilidade de punição; o mito do estupro perpetrado por um estranho e a naturalização da violência contra a mulher fazem com que vítimas, agressores e comunidade em geral não identifiquem este tipo de violência como real ou impactante na vida da vítima.

[...] em geral, estudantes universitários, administradores, policiais, promotores, juízes e jurís ainda veem e tratam as ocorrências de es-

tupro por parte de conhecidos da vítima como uma forma menor de agressão, comparada ao estupro por parte de estranhos; deste modo, sustenta-se o mito de que o estupro perpetrado por estranhos é "estupro de verdade", enquanto aqueles praticados por conhecidos são menos graves e nocivos. Estudos realizados nas universidades ainda denotam que tanto homens quanto mulheres sabem pouco sobre o estupro praticado por conhecidos (SAMPSON, 2003, p. 9) ¹⁰.

A atitude geral em relação ao estupro é negativa; um terço dos universitários entrevistados por Fisher e Sloan declarou que estuprariam uma mulher se jamais fossem condenados (apud SAMPSON, 2003, p. 11). Soma-se a este contexto o fato de que o crime mais comum nos *campi* – o estupro por conhecido da vítima – costuma apresentar menor número de evidências, como ferimentos visíveis (encontrados em apenas 20% das vítimas), do que outros tipos de violência sexual. Entre os fatores de risco estão o uso de álcool e drogas, comportamento sexual considerado "menos conservador" e relacionamento com homens que adotam atitudes predatórias em relação à mulher. (SAMPSON, 2003). Aliado a fatores socio-culturais, esses traços tornam a violência sexual universitária praticamente invisível.

Contexto sociocultural

Entre os valores sociais que influenciam a questão encontram-se: a visão estereotipada sobre o comportamento sexual feminino; a visão masculina do sexo como uma conquista; a tolerância social ao uso do álcool como ferramenta para induzir o consentimento feminino para o sexo; a percepção equivocada sobre quais comportamentos constituem estupro; e a culpabilização das mulheres por adotar comportamentos considerados de risco (SAMPSON, 2003;

⁷ Indução, por parte do agressor, para que a vítima consuma drogas (conscientemente ou não), com o objetivo de incapacitá-la e facilitar a violência.

⁸ Considerado uma modalidade específica de *acquaintance rape*; os fatores de risco incluem uso de drogas (principalmente álcool), parceiros desconhecidos, discrepâncias na percepção de interesse sexual entre homens e mulheres (MUEHLNARD; LINTON, 1987).

⁹ Perseguição persistente, causando sensação de insegurança e vulnerabilidade na vítima; comumente assumindo *status* de ameaça velada. É recorrente nos casos de violência doméstica e violência de gênero.

¹⁰ Na lingual original "[...] in general, college students, campus administrators, police, prosecutors, judges and juries still overwhelmingly view and treat acquaintance rape less seriously than stranger rape, sustaining the myth that stranger rape is "real rape", while acquaintance rape is less serious and less harmful. College studies still find that many on campus, both men and women, have little understanding of acquaintance rape."

SCHWARTZ et. al., 2001). Há relevante aproximação entre essas colocações e os resultados da pesquisa realizada pelo IPEA no Brasil em 2014: segundo os dados levantados pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), a tolerância à violência contra a mulher tem relação mais próxima com a adesão a determinados valores do que com características do indivíduo.

No que toca a violência sexual, a maioria das pessoas continua a considerar as próprias mulheres responsáveis, seja por usarem roupas provocantes, seja por não se comportarem “adequadamente” – o que geralmente quer dizer “como uma respeitável mãe de família”. [...] Assim, aqueles que consideram, por exemplo, que o homem deve ser a cabeça do lar, têm uma propensão maior a achar que a mulher é responsável pela violência sexual, independentemente de outras características, como ser evangélico (OSÓRIO; FONTOURA, 2014, p. 25).

Analisando os dados colhidos em universidades canadenses através de uma abordagem feminista da Teoria das Atividades Rotineiras¹¹, levantou-se que o apoio dos colegas é determinante para a adoção de posturas sexualmente violentas por parte de universitários. Foi observada, especialmente em *campus* que apresentam grupos exclusivamente masculinos de estrutura patriarcal (por exemplo, as fraternidades, chamadas de *Greek System*¹²), a presença de uma cultura que perpetua e legitima a exploração sexual das mulheres, inclusive incentivando o uso de técnicas para induzir o consentimento feminino para o sexo (SCHWARTZ et. al., 2001). Um dos argumentos apresentados pela pesquisa é a existência de uma cultura geral, que integra os discursos sociais e influencia homens, mulheres e instituições a adotar valores de tolerância à violência sexual contra a mulher.

Uma cultura que endossa o estupro pode ser definida como aquela que dá aos homens o aporte social do qual eles precisam

(mesmo na ausência de colegas homens, especificamente) para vitimizar mulheres. Ao mesmo tempo, mulheres vivem nessa mesma cultura e a internalização dessas estruturas sociais pode contribuir para a disponibilidade de “alvos adequados” e para a falta de estruturas de dissuasão que possam agir como tutela eficaz (SCHWARTZ et. al., 2001, p. 630)¹³.

Consequências culturais e óbices ao enfrentamento

Como subproduto do patriarcalismo, a cultura do machismo, disseminada muitas vezes de forma implícita ou sub-reptícia, coloca a mulher como objeto de desejo e de propriedade do homem, o que termina legitimando e alimentando diversos tipos de violência, entre os quais o estupro. Isto se dá por dois caminhos: pela imputação da culpa pelo ato à própria vítima (ao mesmo tempo em que coloca o algoz como vítima); e pela reprodução da estrutura e simbolismo de gênero dentro do próprio Sistema de Justiça Criminal (SJC), que vitimiza duplamente a mulher (CERQUEIRA; COELHO, 2014, p. 2).

Conforme salientado, o Estado – incluindo o Poder Judiciário nacional – não está isento da influência cultural que naturaliza a violência contra a mulher (LACERDA, 2014). Do mesmo modo, pesquisa realizada no Brasil confirma a reprodução de valores sociais negativos e degradantes para a mulher dentro do SJC, afirmando que, na prática, mulheres são julgadas em conjunto com o agressor nos casos de estupro; têm sua vida íntima exposta para apreciação, a despeito de previsão legal para tanto (PIMENTEL; SCHRITZMEYER, 1998). A conjuntura não é diferente no cenário norte-americano: em 1998, a polícia registrou 8% do total de denúncias de estupro como falsas; entretanto, Sampson aponta que casos em que a vítima e o agressor tiveram relacionamento sexual anterior, consumiram álcool ou drogas, em que as vítimas não identificaram a agressão como estupro, ou em

¹¹ *Routine Activities Theory*; teoria adotada nos estudos de criminologia que relaciona três fatores de análise: a existência de um agressor potencial; a disponibilidade de alvos adequados e a inexistência de guardiães eficazes (SCHWARTZ et. al., 2001).

¹² Fraternidades universitárias nomeadas através do alfabeto grego; apresentam estruturas, símbolos e ritos próprios.

¹³ Na língua original “The concept of a rape-supportive culture can be viewed as giving men some of the social support they need (even in the absence of specific male peers) to victimize women. At the same time, women live in the same culture as men, and their internalization of social structures can contribute both to the availability of “suitable targets” and to the lack of deterrence structures to act as effective guardianship.”

que a vítima declara sentir-se culpada pelo ocorrido são considerados “denúncias falsas” (2003, p. 5). Portanto, pode-se afirmar que o total de denúncias falsas é consideravelmente menor do que o – já pequeno – percentual apresentado pela polícia.

Como exposto anteriormente, o crime de estupro mais comum no ambiente universitário é cometido por conhecidos da vítima, em situações nas quais a violência não é flagrante, usualmente envolvendo consumo de álcool e drogas, bem como comportamento sexual não conservador por parte da vítima. Portanto, os crimes observados no ambiente universitário são justamente aqueles nos quais ocorre julgamento moral maciço e a culpa do agressor é dirimida através da alegação de “comportamento de risco” por parte da vítima.

Casos mal geridos pela administração das universidades também têm peso no cenário de violência. Segundo Karjane, Fisher e Cullen, a repercussão desses casos no ambiente acadêmico desencoraja as denúncias, causa trauma às vítimas e reforça a ideia de que a violência sexual é tolerada pela instituição (2002, p. 12). Adiciona-se às falhas no trato de casos de estupro por parte da administração a obrigatoriedade de que as vítimas participem do processo de averiguação e punição do agressor; em instituições em que se observa esta prática, as vítimas relutam em reportar violências por medo de sofrer represálias, isolamento social, assim como exposição da vida íntima. Neste contexto, se insere a questão do índice de denúncias levantado pelas pesquisas norte-americanas: 95% das estudantes vítimas de abuso sexual não denunciam seus agressores à polícia; entretanto, grande parte delas revela a violência a colegas próximas (FISHER; CULLEN; TURNER, 2000; SCHWARTZ et. al., 2001). As estudantes entrevistadas declararam diversos motivos para não reportarem às autoridades os casos de violência dos quais foram vítimas. Nos casos de estupro, entre os motivos recorrentes chamam a atenção: não querer que a família e os amigos saibam (respectivamente, 44,4 e 46,9%); não estar certa de que a agressão constituiu crime ou foi intencional (44,4%); e acreditar que a polícia seria hostil ou não levaria a denúncia a sério (respectivamente, 24,7 e 27,2%).

Outra das razões apontadas para a recusa em denunciar o abuso destaca-se tanto pela

recorrência quanto pela gravidade do fenômeno: entre 65,4 (vítimas de estupro consumado) e 88,4% (vítimas tentativa de contato sexual sem uso de força) das estudantes declararam não acreditar que o incidente fosse grave o suficiente para que fosse relatado à polícia (FISHER; CULLEN; TURNER, 2000, p. 24). Este mesmo estudo apresenta outra estatística marcante: 48% das mulheres que viveram situações criminalmente tipificadas como estupro não souberam caracterizar o incidente como crime. Diana Scully explica que, em uma cultura que naturaliza o estupro, homens recebem validação social para praticar violência sexual contra mulheres sem que isto seja visto como crime, independente da tipificação (apud SCHWARTZ et. al., 2001, p. 629).

Fisher afirma que há uma diferença visível entre o número de ocorrências relatadas quando se nomeiam os crimes em relação às relatadas quando o pesquisador questiona a entrevistada quanto a experiências de contato sexual não desejado (FISHER; CULLEN; TURNER, 2000, p. 30). Estudo nacional conduzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) obteve resultados bastante semelhantes: entre as mulheres que relataram ter sofrido episódios de violência doméstica, apenas 46,5% nomearam o episódio como violência e 43% justificaram o ocorrido com banalização do comportamento do parceiro (ciúme, imaturidade, discussão do casal) ou de forma autorreferida (estresse da gravidez, impaciência por parte da vítima):

Quando indagadas se consideravam ter sofrido violência na vida, adulta ou não, das 322 entrevistadas, poucas mulheres (27%) responderam positivamente. De outro lado, ao cotejarmos esta resposta com o total de entrevistadas que haviam respondido ter sofrido algum tipo de agressão ou abuso na vida adulta (224 mulheres), apenas 36,6% destas (82 mulheres) consideraram ter sofrido violência, ou seja: 63,4% das entrevistadas que vivenciaram algum desses episódios não perceberam o vivido como violento (SCHRAIBER et. al., 2003, p. 48, grifos no original).

O mesmo fenômeno foi explicitado na pesquisa “Violência contra a mulher: o jovem está ligado?”¹⁴, de 2014, promovida pelos institutos Avon e Data Popular. Embora, na teoria, os jovens entrevistados tenham expressado alto grau

¹⁴ Disponível para consulta no endereço eletrônico: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens_versao02-12-2014.pdf/.

de consciência em relação à assimetria de gênero e suas consequências no contexto de violência contra a mulher (96% concordaram com as propostas da Lei Maria da Penha e declararam perceber a sociedade brasileira como machista), os entrevistados demonstraram incapacidade de reconhecer violência nos comportamentos cotidianos. Ameaças, coerção, restrição de liberdades individuais, por exemplo, não foram identificados como violência; somente ao levantar questionamentos sobre comportamentos específicos, foi possível para os pesquisadores medir a tolerância à violência.

Conforme dito anteriormente, mulheres também vivem nesta cultura e incorporam os valores, tornando-se incapazes de identificar as violências que sofreram, muito embora apresentem as mesmas consequências psicológicas – depressão, insônia, transtornos de estresse pós-traumático –, o que dificulta sobremaneira a denúncia e o tratamento médico necessário (KARJANE; FISHER; CULLEN, 2002). Cria-se, portanto, um ciclo de perpetuação da violência: a naturalização dos comportamentos abusivos impede que a vítima reconheça o crime e a desacredita perante a justiça e as autoridades, que terminam por julgar a vítima e não o agressor; desse modo, reforça-se a naturalização da violência.

Propostas e perspectivas

Posto que as questões socioculturais desempenham papel tão marcante no que tange à perpetuação e naturalização da violência, gerando obstáculos para o pleno exercício dos direitos da mulher, a educação sexual assume posição central no contexto de prevenção, assim como na condução dos casos de violência ocorridos. A partir dos estudos realizados, Karjane, Fisher e Cullen (2002; 2005) propuseram uma série de ações possíveis de serem tomadas pela administração universitária, bem como projetos de prevenção que objetivam alterar o contexto de violência observado.

A fim de reduzir a influência negativa do apoio e tolerância à violência entre os colegas, propõe-se que sejam criados programas de conscientização e educação junto às comunidades majoritariamente masculinas, como coletivos de atletas. Propõe-se que, uma vez que as estudantes apresentam relutância à denúncia, desencorajadas pela pressão social, pelo contexto de culpabilização da vítima e pela exposição de sua vida sexual, sejam disponibilizadas opções

de denúncia anônima – ou pelo menos garantias de proteção à identidade da vítima –, de modo a aumentar o índice de relatos e, conseqüentemente, as possibilidades de investigação e estudo. Também visando ao aumento das denúncias, propõe-se que sejam promovidos treinamentos para os alunos, de modo a capacitá-los a receber denúncias de colegas e apoiá-las. Deste modo, vislumbra-se, ainda, melhorar as possibilidades de atendimento médico e psicológico das vítimas. Ainda levando-se em consideração que as vítimas usualmente relatam as violências sofridas aos colegas, propõe-se que seja autorizada a participação de testemunhas no processo de denúncia, o que poderá, inclusive, reduzir o impacto da escassez de evidências materiais, característica dos *acquaintance rapes*.

De modo geral, o estudo propõe a adoção de medidas educativas e de coordenação acerca dos procedimentos posteriores à violência tenham como foco o bem-estar da vítima, garantindo sua segurança e confidencialidade.

Conclusão

Os estudos acerca da violência sexual em contexto universitário norte-americano demonstraram o quão específico e característico é este fenômeno. A gravidade do crime acentua-se em razão da naturalização da violência, da invisibilidade do crime – causada tanto pelas peculiaridades do cenário quanto pelo despreparo das autoridades e, principalmente, pelas dificuldades de obtenção de dados estatísticos e qualitativos relacionados ao tema. Comparativamente ao cenário norte-americano, a realidade nacional como um todo apresenta semelhanças consideráveis: o contexto de tolerância à violência, o despreparo da justiça e das autoridades administrativas, bem como o tipo de relato por parte das vítimas. Sendo assim, faz-se necessário empreender esforços de compreensão da realidade nacional, que nos possibilitem elaborar programas de prevenção efetivos, adequados às especificidades das universidades brasileiras.

As especificidades da violência sexual em contexto acadêmica, no Brasil, ainda não são foco de estudos sistemáticos; contudo, a conscientização da população universitária e o engajamento em movimentos sociais de combate à violência fizeram com que o tema ganhasse atenção suficiente e fosse alvo dos trabalhos da CPI das Universidades. Há que se aproveitar a oportunidade aberta pela referida Comissão

para ampliar as averiguações e abordar a temática com a responsabilidade e a atenção devidas, com vistas à promoção dos direitos humanos da mulher e à construção de uma sociedade igualitária, segura e inclusiva.

Referências

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21842/>. Acesso em: 31 de março de 2015.

DOBBS, R. R.; WAID, C. A.; SHELLEY, T. O'C. Explaining fear of crime as fear of rape among college females: an examination of multiple campuses in the United States. *International Journal of Social Inquiry*, v. 2, n. 2, p. 105-122, 2009.

FERRARO, K. F. Women's fear of victimization: shadow of sexual assault?. *Social Forces*, v. 75, n. 2, p. 667-690, 1996.

FISHER, B.; CULLEN, F.; TURNER, M. *The sexual victimization of college women*. Washington, D.C.: US. Department of Justice, National Institute of Justice and Bureau of Justice Statistics, 2000. Disponível em: <<http://secure.energyhomestudyce.com/articles/100186/SexualVictimizationCollege100186/>>. Acesso em: 01 de maio de 2015.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice. *Studies in family planning*, v. 24, n. 1, p. 18-30, 1993.

FROSSARD, H. (org.). *Instrumentos internacionais de direitos das mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

KARJANE, H. M.; FISHER, B.; CULLEN, F. T. *Campus sexual assault: how America's institutions of higher education respond*. Final Report, NIJ Grant #1999-WA-VX-0008. Newton, MA: Education Development Center, Inc., 2002.

_____. *Sexual assault on campus: what colleges and universities are doing about it*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 2005.

LACERDA, M. M. de. *A naturalização da violência contra a mulher como uma construção sócio-histórica passível de*

desconstrução. 2014. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Paraíba, 2014.

MUEHLENHARD, C. L.; LINTON, M. A. Date rape and sexual aggression in dating situations: incidence and risk factors. *Journal of counseling psychology*, v. 34, n. 2, p. 186-196, 1987.

OSÓRIO, R. G.; FONTOURA, N. *Tolerância social à violência contra as mulheres*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf> Acesso em: 04 de maio de 2015, às 13:45h.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L. P. Estupro: direitos humanos, gênero e justiça. *Revista USP*, n. 37, p. 58-69, 1998.

SAMPSON, R. *Acquaintance rape of college students*. Public Health Resources, 2003. p. 92.

SCHWARTZ, M. D. et al. Male peer support and a feminist routine activities theory: understanding sexual assault on college campus. *Justice Quarterly*, v. 18, n. 3, p. 623-649, 2001.

SCHRAIBER, L. B. et. al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comum Saúde Educ.*, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

_____. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. UNESP, 2005.

TRUMAN, J. L. *Fear of crime and perceived risk of victimization among college students*. (Tese de Doutorado). Orlando, FL: Univeristy of Central Florida, 2007.

UNITED NATIONS. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, 1979. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>> Acesso em: 10 de junho de 2015.

_____. *Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation N. 19*, 11th session, 1992. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

_____. *Report of the world conference of the internatio-*

nal women's year. New York, 1976. Disponível em: <<http://observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/documentos-internacionais/>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

_____. *The universal declaration of human rights*, 1948. Disponível em: <<http://un.org/Overview/rights.html>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

_____. *Report of the international conference of parliamentarians on population and development*. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/documentos-internacionais/>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

_____. *Report of the fourth world conference on women*. Beijing, 1995. Disponível em: <<http://observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/documentos-internacionais/>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

RESENHA DE TESE

“MINHA VIDA DE AMEBA”: OS SCRIPTS SEXO-NORMATIVOS E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS ASSEXUALIDADES NA INTERNET E NA ESCOLA.*Thais Gava¹*

OLIVEIRA, E. R. B de. **“Minha vida de ameba: os scripts sexo-normativos e a construção social das assexualidades na internet e na escola.** 2014. 225 p. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Sociologia da Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo: s.n., 2014.

A tese de doutorado defendida por Elisabete Oliveira apresenta a assexualidade como um componente da diversidade sexual, na qual é definida como “uma forma de viver a sexualidade caracterizada pelo desinteresse pela atividade sexual, podendo ser ou não acompanhada pelo interesse em relações amorosas” (p. 15). Esse posicionamento coloca em cheque alguns postulados históricos que têm permeado as construções sociais de sexualidade e gênero em nossa sociedade – a centralidade das relações amorosas e sexuais na experiência humana e universalização do interesse sexual e/ou amoroso e consequente compulsoriedade da atividade sexual nas relações amorosas entre as pessoas.

Por meio de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa e de perspectiva sociológica, Oliveira estudou o processo de autoidentificação de indivíduos assexuais, com destaque para suas interações sociais na escola, durante a educação básica – ensino fundamental e médio. Foram entrevistadas 40 pessoas autoidentificadas como assexuais – 8 delas em entrevistas presenciais e 32 por e-mail. Esse material foi analisado à luz da literatura de base construcionista social, com destaque para a Teoria dos Scripts Sociais de John Gagnon e William Simon, em articulação com os estudos de sexualidade, gênero, diversidade sexual e educação.

Historicamente, a falta de desejo sexual e/ou amoroso foi considerada como um distúrbio de ordem psicológica ou fisiológica na literatura médica, bem como um problema no senso comum. Todavia, o desinteresse sexual e/ou amoroso – ou pelo menos uma parcela deste – ganha novo significado com a intensa produção das comunidades virtuais e sites criados para a discussão e disseminação da identidade assexual.

Neste novo paradigma – reforçado pelos assexuais – o desinteresse sexual e/ou amoroso é compreendido como parte do espectro da diversidade sexual humana, sendo característica de uma forma distinta de vivência da sexualidade, que não se fundamenta no pressuposto do interesse sexual compulsório, como ocorre com as sexualidades mais estudadas.

Ao propor uma pesquisa sobre a assexualidade, Elisabete transcorre por caminhos até então pouco explorados na literatura científica e acadêmica do país. Este contexto acarretou em estratégias metodológicas que a fizeram se aproximar dos sujeitos da pesquisa a partir da criação do blog *Assexualidades*², que se tornou uma ferramenta de pesquisa e um canal de interação com indivíduos e comunidades assexuais do Brasil. Já no Capítulo 1 ela apresenta o relato da construção desta investigação e faz uma importante reflexão acerca dos rumos da pesquisa após a criação do blog, já que este instrumento promoveu a divulgação da pesquisa e trouxe como consequências diversas entrevistas à mídia sobre o tema, que contribuíram diretamente para a produção de discursos sobre a assexualidade no Brasil, impactando também no próprio universo pesquisado.

No Capítulo 2, a autora delimita a escola como um espaço importante de enfrentamento da discriminação às sexualidades não normativas. Além disso, este capítulo apresenta as bases teóricas para a discussão da assexualidade como um componente da diversidade sexual, a partir da discussão sobre o que a pesquisadora denomina como sexo-normatividade, ou seja, “o conjunto de normas sociais que estabelece a universalidade do interesse sexual e a compulsoriedade da atividade sexual nas relações amoro-

¹ E-mail: tmgava@gmail.com

² Para saber mais, acessar < <http://assexualidades.blogspot.com.br/>>

sas” (p. 16).

Já no Capítulo 3 há o detalhamento dos procedimentos metodológicos do trabalho de campo. O Capítulo 4 traz as biografias das 8 pessoas entrevistadas presencialmente, buscando oferecer um panorama geral das vivências destes participantes, com destaque para o histórico de autoidentificação como assexual e de que maneira essa identificação impactou as relações nos diferentes contextos – familiar, escolar e comunitário.

O Capítulo 5 apresenta a análise do material empírico coletado durante o trabalho de campo, com destaque para os processos de autoidentificação da assexualidade – percepção das diferenças, buscas identitárias e encontro com o conceito da assexualidade. O estudo também se deteve nas experiências dos(as) entrevistados(as) com a educação sexual escolar, suas expectativas e opiniões sobre a inclusão da assexualidade nas ações da escola no campo da educação sexual.

As Considerações Finais apresentam as principais conclusões da análise do material empírico, com destaque para os resultados relevantes para a área de educação. Uma primeira consideração está relacionada às novas configurações das instâncias socializadoras tradicionais e o papel do espaço virtual na mediação da autoidentificação com pessoas assexuais. Esta constatação abre espaço para a reflexão do papel da escola na discussão da sexualidade além de seu aspecto biológico ou preventivo. A escola – e as outras instituições de socialização – não responde as dúvidas e questionamentos dos(as) entrevistados(as), o que os(as) fizeram buscar respostas sobre suas identidades no ambiente da internet. Todo esse processo encontra similaridades com outros estudos sobre a diversidade sexual, já que o pano de fundo dessas trajetórias é a identificação com sexualidades não normativas.

Muitas pessoas entrevistadas revelaram que, antes de conhecer o conceito de assexualidade, sentiam-se “alienígenas” no planeta, pois a visibilidade da assexualidade ainda é limitada. Portanto, enfrentam uma dupla tarefa identitária: em primeiro lugar, conhecer a si mesmo(a); em segundo lugar, mostrar para a sociedade que sua sexualidade é compartilhada por muitas outras pessoas no mundo, tratando-se, portanto, de uma sexualidade legítima. (OLIVEIRA, 2015, p. 204)

Todavia os(as) entrevistados(as) ainda veem a escola com um importante espaço na formação para a vida em sociedade, mas que pode representar um espaço reprodutor de preconceitos e discriminações de suas diferenças. Neste momento, Oliveira chama a atenção para a necessidade da ampliação das discussões que advêm das rupturas propostas pela identidade assexual, no que se refere ao desejo sexual e/ou amoroso e envolvimento sexual, para a diversidade sexual no que se refere à construção de políticas educacionais que incidam no preconceito e na discriminação vivenciados por pessoas com identificações não normativas no ambiente escolar.

Pode-se dizer que o trabalho de Elisabete Oliveira é pioneiro ao propor indagações e reflexões que corroboram para o enfraquecimento das teorias essencialistas sobre as sexualidades que ainda permeiam boa parte da ciência, dos cenários culturais e das relações sociais. Ele é inovador, pois se propõe a discutir teoricamente essas indagações criando espaços para outros estudos, não só em educação, mas em outras áreas das ciências humanas.

RESENHA DE LIVRO

NO MEU CORPO MANDO EU

Débora Brandão Bertolini¹

EGYPTO, Antonio Carlos; com versos de EGYPTO, Marga Moura. **No meu corpo mando eu**. São Paulo: Editora Cuore, 2013. 1. edição. **ISBN:** 9788564370876. p. 39

O livro "No meu corpo mando eu", de Antonio Carlos Egypto, composto por versos de Marga Moura Egypto, tem como propósito apresentar o corpo humano à faixa etária de 7 a 10 anos, ensinar o autocuidado, o respeito pelo próprio corpo, a diferença do sexo genital masculino e feminino e, desta forma, a prevenção ou até mesmo a denúncia do abuso sexual infantil. Há ilustrações realizadas por Alecsandra Fernandes ofertando uma maior didática ao volume.

Na introdução da obra, Antonio Egypto apresenta uma nota sobre "Como entender este livro", em que sugere uma leitura realizada não apenas pela criança, mas com a companhia de educadores, pais, mães e/ou outros familiares, para que os adultos possam proporcionar abertura ao diálogo, esclarecimentos complementares e compreensão de eventuais palavras. Enquanto leitora e educadora sexual, aponto esta sugestão como algo fundamental para a finalidade que tal livro propõe.

Ao longo dos versos os autores apresentam as mudanças ocorridas ao longo da vida como, por exemplo, gravidez, menstruação e relação sexual com ênfase de que tudo ocorrerá no seu devido tempo, sem que ocorra ausência de etapas.

Assim como o título nos aponta, o livro é esclarecedor de que o corpo pertence apenas à própria pessoa e que somente esta pode tocá-lo à vontade, e de que o respeito alheio por esse corpo se faz necessário. No nono verso é abordado o desrespeito em relação às filmagens e fotografias do corpo nu das crianças e ensina como se comportar e buscar ajuda no caso de possíveis abusos sexuais, inclusive com abusadores familiares que pedem segredo.

O livro é didático e uma grande contribuição para prevenção e denúncia do abuso sexual infantil, pois realmente oferece ferramentas para que crianças possam se proteger e até mesmo denunciar um desrespeito sofrido.

¹ Enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e mestre em Educação Sexual pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". E-mail: debora.bertolini@usp.br

ENTREVISTA

Entrevista com o Dr. Sidney Glina
Por Raquel Varaschin

Sidney Glina é urologista, formado pela Faculdade de Medicina da USP; doutor em Medicina, diretor de andrologia do Projeto ALFA; fellowship em infertilidade masculina na Cleveland Clinic Foundation; professor livre-docente da Faculdade de Medicina do ABC; Diretor do Instituto H. Ellis, ex-presidente da International Society of Sexual Medicine (ISSM), da Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS) e da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

1. A terapia da disfunção erétil teve seu grande avanço há cerca de 20 anos, quando foram lançados os medicamentos de ação inibidora da fosfodiesterase 5. Atualmente quais são as terapêuticas adotadas em disfunção erétil?

R- As terapias para a disfunção erétil são: as diversas formas de psicoterapia, os inibidores da fosfodiesterase tipo 5, as drogas intracavernosas e a prótese peniana. Aqui no Brasil temos pouquíssima experiência com o uso das bombas de vácuo.

2. O que é o Projeto ALFA (Aliança de Laboratórios de Fertilização Assistida), fundado em 2003, e o Projeto Beta, fundado em 2005?

R- O Projeto Alfa nasceu de uma ideia de otimizar o uso dos laboratórios de Reprodução Assistida. Em vez de cada médico ter o seu laboratório particular e fazer um pequeno número de casos, nós optamos por ter um laboratório de altíssimo padrão, utilizado por dezenas de médicos. Hoje o Projeto Alfa tem perto de 50 sócios que utilizam suas instalações; isso permite que realizemos mais de 2000 ciclos de fertilização in vitro por ano. O Projeto Beta surgiu da ociosidade inicial do laboratório do Projeto Alfa; uma vez que os custos operacionais eram cobertos pelas receitas proveniente dos casos do Alfa e o laboratório não era utilizado em toda sua capacidade, nós poderíamos ofertar os tratamentos de infertilidade a um custo mais baixo para pacientes com menor poder aquisitivo. Os casais passam por uma triagem socioeconômica e pagam de acordo com sua capacidade financeira. Nestes 10 anos o Projeto Beta já atendeu perto de 9000 casais em uma área que o SUS oferece poucas possibilidades de atendimento e os planos de saúde não cobrem estes tratamentos.

3. Como avalia a formação de Profissionais de Saúde no tratamento de disfunções sexuais e o Programa de Educação Continuada?

R- Atuo nesta área há 35 anos e a formação institucional de profissionais da área da saúde, pelas faculdades de medicina e psicologia, continua muito ruim, tendo evoluído muito pouco. Nas escolas médicas e mesmo nas escolas de psicologia existem poucos cursos obrigatórios que colocam os alunos frente às funções e disfunções sexuais. Os profissionais que atuam na área acabaram se formando em cursos de pós-graduação ou de especialização que realizam após a faculdade e com um gasto pessoal muito grande. Essa carência faz, por exemplo, que cursos de terapia de casal não abordem a sexualidade do casal e que os médicos em geral não se interessem pela saúde sexual dos seus pacientes, o que acaba fazendo com que o atendimento ao indivíduo fique incompleto.

4. Sobre seu artigo, escrito em 2012: Tudo orgânico ou tudo psicológico ou tudo muito pelo contrário? O que diria a respeito?

R- Naquele artigo eu mostrava a evolução dos conhecimentos sobre as disfunções sexuais. Para os antigos autores (Freud, Havelock Ellis e outros), todas as disfunções sexuais tinham causas psicológicas; nos anos 70 do século passado o pêndulo começou a pender para o lado orgânico com os trabalhos de Michal e mais tarde Tom Lue e outros.

Apesar de meu interesse na área surgir pelas descobertas no campo da fisiologia da ereção e das possíveis doenças que a atrapalhavam, desde o início da minha atuação como urologista na área das disfunções sexuais eu aprendi a importância da esfera emocional na gênese da disfun-

ção erétil. Por esta razão nós criamos um grupo multidisciplinar, primeiro no Hospital das Clínicas em São Paulo e depois no Instituto H. Ellis.

No H. Ellis o Moacir Costa coordenava a área psicológica e nós fazíamos reuniões semanais com a participação de todo o grupo (José Mario Reis, Pedro Puech Leão, Osvaldo Rodrigues e eu) e avaliávamos todos os casos e definíamos a conduta juntos. Hoje, quase 40 anos depois, ainda vejo alguns pacientes, por outras razões, que foram tratados e fizeram psicoterapia naquela época e têm uma vida sexual absolutamente normal agora.

Sempre foi muito difícil convencer os médicos, principalmente os urologistas, da importância da esfera emocional como geradora das disfunções sexuais, principalmente pela falta de evidências publicadas de que os tratamentos psicológicos funcionavam.

O surgimento dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 em 1998 fez com que o tratamento da disfunção erétil ficasse mais medicalizado ainda, pois agora tínhamos uma medicação efetiva e segura, que resolvia todos os problemas. Entretanto, logo chamou a atenção que muitos homens que usavam a medicação e tinham boas ereções não voltavam a comprar a medicação; mesmo a indústria farmacêutica passou a se interessar muito em explicar este comportamento. Afinal os homens tinham a chance de resolver o problema da sua ereção e não o faziam.

Na minha prática comecei a ver que muitos desses homens vinham em busca de resolver o problema, não queriam tomar remédio para sempre, queriam entender o porquê da sua disfunção e queriam uma cura definitiva. Esses pacientes aderiam e aderem mais facilmente à proposta de um tratamento psicológico.

É importante entender que para os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 funcionar é fundamental que o estímulo erótico seja transmitido ao pênis pela inervação, que as artérias possam aumentar o fluxo sanguíneo adequadamente, que a musculatura dos corpos cavernosos se relaxem e que o sistema veno-oclusivo funcione, ou seja, o pênis seja normal. Assim, a grande maioria dos homens que tem boa resposta erétil a essas medicações não têm problemas orgânicos e em muitos, causas emocionais podem ser a razão da sua disfunção.

Continuo achando que as disfunções sexu-

ais devem ser tratadas de forma multidisciplinar, mas continuam faltando pesquisas robustas que convençam a comunidade médica desta realidade. Estudos multicêntricos, randomizados, controlados, são caros e difíceis de fazer e as evidências são baseadas neste tipo de pesquisa.

5. Quando se diagnostica um Ca de próstata, quais são os tratamentos inicialmente indicados antes de uma prostatectomia radical?

R- O tratamento de um Ca de próstata depende de quanto o tumor se desenvolveu. Nos casos onde ele está confinado à próstata o tratamento pode ir desde o acompanhamento clínico (tumores menos graves em pacientes com mais de 65-70 anos) até a prostatectomia radical ou radioterapia. Nos casos mais avançados, mas ainda confinados à região da próstata, pode se fazer o tratamento multimodal que inclui a prostatectomia radical, a radioterapia pós-operatória e o uso de bloqueadores da produção ou da ação da testosterona, que produzem uma castração química. Nos casos onde há metástases normalmente se usa a castração química ou cirúrgica, pois o tumor depende da testosterona para crescer.

Importante lembrar que todos os tratamentos têm importante impacto negativo na função sexual masculina e isto deve ser abordado antes de fazê-los.

6. Sobre a participação da(o) parceira(o) nos processos médicos, qual é a orientação e intervenção adequada?

R- A parceria pode ser sempre de grande ajuda. É muito melhor enfrentar qualquer doença amparado, pois esta é uma situação de fragilização e o apoio pode ajudar a recuperação mais rapidamente.

Nos problemas sexuais o papel da parceria é muito variável, principalmente porque a relação pode ser a razão do problema. Por exemplo, na falta de desejo pela parceria, que é um problema difícil de resolver.

Raquel Varaschin
Psicóloga, Terapeuta Sexual
e Terapeuta de Casal
Diretora de Relacionamento
da SBRASH – Gestão 2014-2015