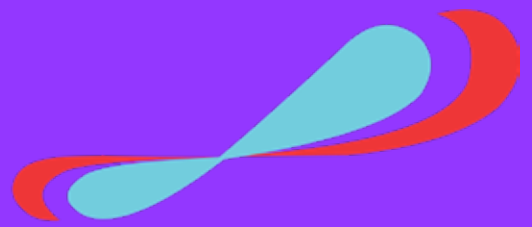


Revista da



ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais  
de Saúde, Educação e Terapia Sexual



*Adão de Rodin*

**Sexualidade  
Masculina**

**n. 2**

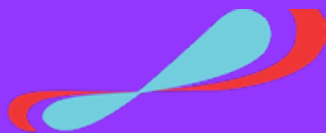
julho 2023

ISSN: 2764-8478

# Revista da

# ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais  
de Saúde, Educação e Terapia Sexual



## **Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual**

n. 2 - Julho de 2023 - Sexualidade Feminina

ISSN: 2764-8478

(publicação anual)

Email: revista@abrasedx.com.br

## **ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual**

Av. Prof. Alfonso Bovero, 1.057, cj. 94

Perdizes - CEP 05019-011

São Paulo - SP, Brasil

Telefone: (11) 3675-0440

WhatsApp: (11) 95647-0824

### **Presidente da ABRASEX:**

Paulo Tessarioli

### **Editora Responsável:**

Regina Figueiredo:

### **Comissão Editorial:**

Regina Figueiredo

Graça Margarete de S. Tessarioli

Antônio Corrêa de Paiva Neto

Lincoln Moreira de Jesus Menezes

Nadja de Figueiredo Araújo

### **Diagramação e Arte:**

Regina Figueiredo

### **Imagem de Capa:**

"Adão" ou "A Criação do Homem"

(modelagem em 1880/81)

Françoise Auguste René Rodin,

Meudon - França

Fundição em 1910

(Museu Rodin, Paris - França)

## Editorial

**N**este 2º número, a **Revista da ABRASEX**, procurando dar complementariedade ao sucesso da edição anterior, aborda a Sexualidade Masculina.

A sexualidade do homem, como objeto de estudo e análise de valores sociais, culturais, psicológicos, orgânicos, é realizada por meio de artigos derivados da ampla produção dos alunos do Curso de Pós-Graduação em Terapia Sexual na Saúde e na Educação, da Rede de Ensino Doctum/Faculdade Doctum, reconhecido pelo MEC - Ministério da Educação, e produzidos em parceria com o CEFATEF - Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família e com o ICT - Instituto Casal Tessarioli.

Tida como tema de "domínio natural" desses indivíduos, a sexualidade masculina também apresenta, de forma geral, tabus em sua abordagem na sociedade atual, que concebe sua discussão como um sinal de fraqueza, falha sexual e feminilidade. Nesse sentido, aprofundar o conhecimento da mesma requer pressupor o público a trata de forma superficial e ancorada em diversos estereótipos, que dificultam aos homens a busca e aprofundamento sobre este tema, a descoberta de uma sexualidade não "falocêntrica" e, até, a procura de apoio profissional quando necessita e/ou apresenta problemas sexuais, seja consigo próprios ou no relacionamento com sua(s) parceira(s) e/ou parceiro(s).

Para tanto, ousamos em explicitar esses elementos, desvendando este universo masculino, a partir de vários olhares:

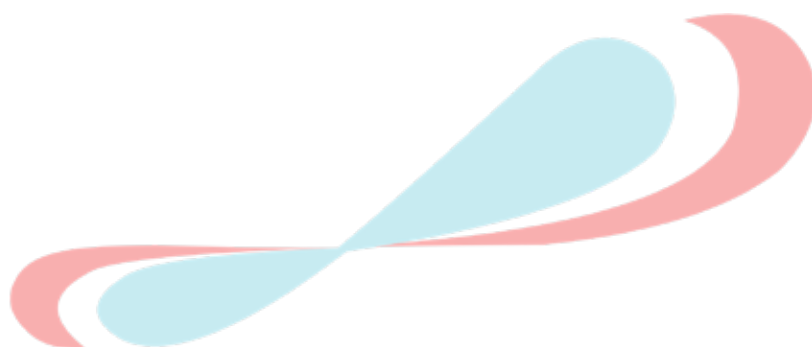
- *Renata Alves Lutz* aborda a formação sociocultural e de gênero masculina recebida pelos homens em relação ao seu corpo e sexualidade;
- *Joaquim Vieira Assunção Neto* nos traz a evolução dos estudos voltados à sexualidade masculina;
- *Marcia Grutcki* enfoca detalhadamente a questão da adolescência que se confronta com a norma dominante da heterossexualidade, apontando vivências e vulnerabilidades enfrentadas pela população *gay*, principalmente entre homens jovens;
- *Lourdes Rosa Filha* aborda o tema da ejaculação precoce e suas causas e efeitos;
- *Cairo Luiz de Campos* complementa, apresentando as técnicas e ferramentas no tratamento da ejaculação precoce;
- *Antônio Corrêa de Paiva Neto* realiza a análise crítica da biomedicalização da sexualidade masculina;
- *Isabella de Moura Duarte* finaliza, apresentando as possibilidades da Terapia Sexual aliada à fisioterapia pélvica no pós-operatório de pacientes prostatectomizados.

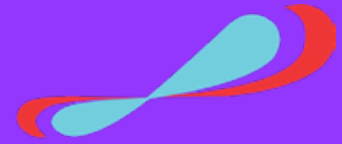
Esperamos, assim, estar contribuindo não só para a promoção da vida e da sexualidade dos homens, como para a atuação de profissionais com este público, quebrando estereótipos de masculinidade que têm prejudicado tanto a vivência corporal, afetiva, sexual e relacional dos homens!

*Graça M. Tessarioli*

*Paulo Tessarioli*

*Regina Figueiredo*





## Sumário n. 2 – Sexualidade Masculina

- A Formação Sócio-cultural do Homem em Relação ao Corpo Renata Lutz	6
- Evolução dos Estudos sobre Sexualidade Masculina Joaquim Vieira Assunção Neto	15
- A Homossexualidade na Adolescência Márcia Grutcki	26
- Análise Crítica das Opções de Tratamento para Ejaculação Precoce Lourdes Rosa Filha	41
- Terapia Sexual: técnicas e ferramentas no tratamento da ejaculação precoce Cairo Luiz de Campos	55
- Uma Análise Crítica do Tratamento Farmacológico da Disfunção Erétil Antônio Corrêa de Paiva Neto	64
- Terapia Sexual e Fisioterapia Pélvica no Pós-Operatório de Pacientes Prostatectomizados Isabella de Moura Duarte	72

# A Formação Sócio-cultural do Homem em Relação ao Corpo

## *The Sociocultural Formation of Man in Relation to the Body*

**Renata Lutz**

[renata@relutz.com.br](mailto:renata@relutz.com.br)

Graduada em Psicologia pela UNIP,  
com MBA em Sexualidade Humana pela CBI Miami,  
Pós-Graduada em Terapia de Casal com Abordagem Psicanalítica  
pela Unyleya e em Terapia Sexual na Saúde e Educação pelo  
Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### **Resumo:**

Faz-se uma análise e discussão bibliográfica a respeito da relação entre o homem e sua sexualidade, passando pela forma como a sociedade encara a masculinidade e a saúde do homem, de forma a pensar a saúde sexual masculina no contexto brasileiro e as questões socioculturais que a perpassam, analisando a relação do homem com sua sexualidade e os cuidados com sua saúde sexual frente às transformações sociais nas últimas décadas.

**Palavras-chave:** Sexualidade masculina, Homens, Saúde do homem, Prevenção.

### **Abstract:**

An analysis and bibliographic discussion are conducted regarding the relationship between man and his sexuality, encompassing how society perceives masculinity and men's health. The aim is to consider male sexual health in the Brazilian context and the sociocultural issues that underlie it, examining the connection between a man and his sexuality, as well as the attention to his sexual health in light of the social transformations of recent decades.

**Keywords:** Male sexuality, Men, Men's Health, Prevention.

## **Introdução**

*"A sociedade humana não é um aglomerado amorfo. É um conjunto de indivíduos que coexistem presos a ideias comuns, embora cada um deles com o seu próprio mundo e o seu próprio destino".*  
(CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997, p. 40)

Este trabalho se centra na análise e discussão bibliográfica a respeito da relação entre o homem e sua sexualidade, passando pela forma como a sociedade encara a masculinidade e a saúde do homem.

A saúde sexual é altamente dependente do sexo e do gênero dos indivíduos. O Sexo é definido biológica e fisiologicamente e determina se um indivíduo é identificado como homem ou mulher. O gênero, por sua vez, é construído por meio de comportamentos e atividades tradicionalmente associadas a um sexo ou outro e determina se um indivíduo é considerado masculino ou feminino. As construções de gênero diferem ao longo e nas regiões do mundo inteiro. Embora esses papéis e normas de gênero sejam social e culturalmente dependentes, com frequência são enquadrados como verdades inerentes ou científicas, insinuando que a biologia de um indivíduo predetermina comportamentos e habilidades. (ABAWI; SMITH; MARNICIO, 2017, p. 31)

Iniciaremos a discussão buscando descrever a forma como o homem constrói, em nossa sociedade, sua masculinidade e se relaciona com ela. Para conceitualizar as questões que hoje são trazidas ao consultório em forma de diferentes disfunções sexuais se faz necessário pensar como a sociedade constrói a imagem da masculinidade e qual o lugar do cuidado com a saúde, principalmente no que tange a sexualidade, ocupa neste cenário.

## O Desenvolvimento do Homem

### - A criança do sexo masculino:

A partir do momento da fecundação, a vida se faz presente e o feto se desenvolve de modo constante e a definição do sexo biológico se dá entre a 12ª e 13ª semana de gestação. A partir daí é possível saber se vai nascer um menino ou uma menina. Ao nascer, a pessoa passa a formar parte de uma sociedade na qual, espera-se que a criança se adeque, sendo o sexo biológico um fator entendido como determinante de alguns comportamentos.

O menino gera, assim, uma série de expectativas relacionadas ao seu comportamento. Nolasco (1995a) salienta que, ao nascer somos colocados diante dos aspectos que a cultura define, desde os planos sociais e psicológicos, como características de um ou outro sexo, sendo a anatomia um ponto de partida para a construção de uma série de comportamentos e crenças que permitem o nosso reconhecimento como homem ou mulher.

Os meninos tem eu seguir as normas próprias do seu sexo, e o mesmo acontece com as meninas. Em muitos aspectos, as regras são opostas: se o menino tem que ser mais agressivo, a menina deverá ser mais delicada; ele será mais ousado e ela mais discreta; ele mais forte e ela mais frágil; ele duro e ela sentimental; etc. Aparentemente cada sexo se define por si, segundo seu código. Mas estes códigos, de onde vieram? Quem os criou e com qual finalidade? (GIKOVATI, 1989, p. 13)

Para além do masculino como expressão do sexo biológico, há a construção de uma masculinidade social e psíquica a partir dos papéis que se espera deste indivíduo. Assim, a construção da masculinidade se dá através da forma com que o homem representa um papel designado pela sociedade, o que dentro do modelo de família nuclear tradicional é a representação da autoridade.

Considerando a família tradicional, a presença de uma criança do sexo masculino representa a continuidade deste grupo social, sendo este indivíduo responsável pela manutenção do sobrenome, propriedades, segurança financeira dos demais membros e perpetuação dos valores familiares. No passado, e em alguma medida na atualidade, as famílias tradicionais desejavam pelo menos um filho do sexo masculino que seria o herdeiro dos negócios, responsável pelo sustento e, conseqüentemente, pelas decisões do lar (FURLANI, 2003).

Assim, uma criança do sexo masculino, desde a infância, se depara com valores que constroem a ideia do que representa "ser homem" dentro da sociedade em que está inserido. Considerando o contexto ser homem se relaciona diretamente com o ser "macho", mesmo que para cumprir este papel o homem se visse obrigado a suprimir seus sentimentos, desejos e aspirações. Estabelecendo "o que é esperado de um menino: virilidade, agressividade e determinação" (NOLASCO, 1995a, p. 18).

Dentro deste universo de expectativas sociais e principalmente familiares esta criança constrói sua personalidade e identidade relacionando os estímulos e expectativas com sua personalidade. Ainda nesta fase, passar a ser cobrados e sua masculinidade está sob constante vigilância sendo estimulados a comprovar sua força, agressividade e determinação como fatores de diferenciação entre eles e as meninas.

Conforme este menino cresce a observação das relações intrafamiliares nas quais ele está inserido reforçam comportamentos. Dentro do contexto de família tradicional, temos a figura da mãe que ama de forma incondicional e, muitas vezes, é mais permissiva; e a figura do pai, chefe de família, mais autoritário. Esta oposição constrói, no plano psicológico desta criança, a ideia do papel feminino e papel masculino perante a sociedade.

O papel masculino é o mais valorizado, o mais prestigiado. Ao mesmo tempo, ser menino é também uma condição mais exigente e significa principalmente não poder se desviar de seu padrão sexual; significa não titubear e aprender desde cedo que os meninos não devem achar graça nenhuma em "coisa de menina". (GIKOVATI, 1989, p. 61)

Assim, desde cedo os meninos constroem a percepção que alguns comportamentos colocam em dúvida seu papel masculino, sendo necessária a reafirmação constante de seu lugar de homem e, conseqüentemente, a manutenção de seus privilégios dentro do círculo social familiar.

Quando aos aspectos fisiológicos da sexualidade, o bebê, independente do gênero, só quer se sentir acolhido e protegido. É através da relação de cuidados que a mãe tem com o bebê, que este começa a tomar consciência de seu corpo, sendo o toque, primeira sensação que gera o acolhimento. O olhar cria a auto-estima e a amamentação supre as primeiras necessidades fisiológicas, proporcionando prazer, constituindo o que Freud (1969) denominou como fase oral, quando o prazer está relacionado à sensação de saciedade pela boca.

O bebê precisa se sentir cuidado pela mãe, ou pelo seu cuidador e isso cria um desejo, o desejo de ser desejado. Esse é o maior prazer que um ser humano pode ter na vida. (CAPELATO, 2014)

Mais tarde, por volta dos quatro anos de idade a criança descobre os genitais e nessa fase, chamada por Freud de “fálica” (1969), começa a dar mais atenção a esta parte do corpo, pois verifica certo prazer, transmitido pela criança como uma sensação gostosa. Os meninos nesta fase começam a provocar ereções, mas ainda não estão vinculadas ao estímulo sexual.

Neste momento, os meninos passam a valorizar o pênis, símbolo da masculinidade, o que os difere das meninas. Segundo Freud (1969), o entendimento dessa diferença causa uma tensão, denominada “ansiedade de castração”, medo de perder o pênis, que o autor define como a representação do poder do masculino verificada no corpo:

É a descoberta da possibilidade de castração tal como provada pela visão dos órgãos genitais femininos que impõe ao menino a transformação de seu complexo de Édipo e o conduz à criação de seu superego, iniciando assim todos os processos que se destinam a fazer o indivíduo encontrar lugar na sua comunidade cultural... (FREUD, 1969, p. 81)

Nesta fase, é possível que a criança queira explorar essa sensação e a intensidade vai depender de como os adultos reagem a esta descoberta infantil. Também, nesta idade, se inicia, segundo Freud (1969), a disputa do menino com o pai pela atenção da mãe; o pai é tido como um rival, representado pelo autor como “complexo de Édipo”.

Paralelamente, o homem aprende, já na infância, todas as vantagens físicas de ser homem: na média, maior e mais forte do que as mulheres. As diferenças na educação masculina irão reforçar este sentimento de superioridade.

O comportamento humano segue padrões que podem ser compreendidos de forma mais ou menos nítida pelos chamados arquétipos. Todos os seres humanos, independente de raça ou origem cultural, possuem os mesmos arquétipos, estruturas básicas da mente humana, os conteúdos do inconsciente coletivo, como chamou Jung. (NOLASCO, 1995b, p. 30)

#### - O menino adolescente:

Durante a adolescência, a construção dos valores que representam a masculinidade, socialmente se intensificam, quando passa a ser cobrado o seu papel social de homem. Neste momento, a sexualidade passa a ser o ponto central da relação deste indivíduo com a sociedade e com seu corpo, quando fica também evidente a vigilância contínua a respeito de sua orientação sexual. Nesse sentido, qualquer comportamento tido como “menos masculino” é visto como uma ameaça a sua heterossexualidade, que se impõe como algo determinante na vida do adolescente do sexo masculino (FURLANI, 2003).

Este indivíduo será sexualmente cobrado e há necessidade da constante reafirmação da postura viril, marcada, em nossa sociedade, pela agressividade e pela disponibilidade constante para o sexo. Está demanda está totalmente implícita nos hábitos que, por muito tempo, foram corriqueiros e comuns no que se refere a iniciação sexual masculina, como a iniciação em casas de prostituição tida como rito de passagem para a vida adulta. Essa prática explicita a expectativa de desvinculação do sexo com a conexão sentimental com o parceiro.

Nesta fase, as interações entre os meninos levam em conta, na maioria das vezes, a competência sexual. Como apontado por Gikovate (1989), é na adolescência que se cria uma relação de disponibilidade para o sexo e a valorização do tamanho do pênis, da virilidade, enquanto afirmação de masculinidade, e questionamentos sobre a heterossexualidade serão sempre seguidos apelidos e brincadeiras.

Também nesta fase, que a maioria dos meninos fazem a iniciação sexual; à qual, geralmente, não recebem orientações. Culturalmente, não se tem hábito de levar meninos a urologistas. O homem fica, assim, sem base para cuidar do corpo, para fazer acompanhamento médico e exames preventivos. Portanto, aprende a lidar com sua saúde sexual e reprodutiva, baseando-se apenas na prática sexual, que muitas vezes, se dá por trocas de experiências com outros homens ou por conteúdos pornográficos. Isso o torna mais vulnerável às IST - infecções sexualmente transmissíveis e, até mesmo, à uma partenidade fruto de uma gravidez não planejada, uma vez que ignoram ou prescindem a importância do uso do preservativo.

#### - A vida adulta:

Mesmo adultos, os homens seguem sofrendo pressão social relacionada à sexualidade, o que pode



ocasionar uma série de disfunções e problemas de saúde. Desde a iniciação de sua vida sexual, comumente costumam ter expectativas exageradas sobre o próprio desempenho sexual (FURLANI, 2003). Ao buscar relacionamentos para além do sexo, estes homens se vêem em um cenário para o qual não foram preparados, uma vez que suas vidas sexuais se centraram na afirmação de uma performance que, em geral, não considera a parceira.

O mais grave é que a maioria dos homens se torna muito pouco atento aos desejos e necessidades da mulher, tentando fazer o maior número possível de “acrobacias” sem mesmo saber se são do seu agrado, para que de tudo sobre uma imagem assombrosa dele como macho. Torna-se exageradamente preocupado consigo mesmo e com isso fere um dos princípios fundamentais da relação sexual, que é o maior cuidado com o outro. (GIKOVATE, 1984, p. 139)

Portanto, geralmente será através do relacionamento com uma parceira é que as questões sobre sua sexualidade podem passar a incomodá-lo. Neste ponto, o desconforto ou desconhecimento de procurar profissional especializado acaba por fazê-los recorrer a artifícios apresentados pela indústria pornográfica e pelo mercado erótico, que muitas vezes oferecem soluções enganosamente milagrosas.

## Reprodução para o Homem

Muitas vezes o ambiente familiar não se encontra preparado para lidar com as questões e descobertas sobre sexualidade das crianças devido a tabus sociais e culturais. Quando a criança se sente segura e acolhida no ambiente familiar com relação a este assunto, o desenvolvimento sexual vai acontecendo de forma natural e a tendência é que as crianças se sintam bem com o próprio corpo.

A partir dos 10 anos de idade, o processo de puberdade se inicia (BRASIL, 2010), fase em que, fisiologicamente, o corpo se prepara para as iniciações sexuais. Há aumento de volume dos testículos e surgimento dos pelos pubianos, aumento do tamanho do pênis, o crescimento dos pelos da barba e bigode, além da mudança de voz, que sofre alterações, engrossando.

Apesar dos órgãos sexuais e reprodutivos maturarem, emocionalmente os jovens ainda não costumam estar maduros para lidar com as atividades sexuais e as necessidades de prevenção que essas exigem. O reflexo são as infecções por IST, incluindo o HIV/aids, e ocorrência de uma gravidez não planejada. Nesta fase, os homens exploram muito os estímulos sexuais através da masturbação, que entra na vida deles despertando fantasias e desejos, evidenciando também a vaidade e o autocuidado.

Todas essas mudanças acontecem de forma rápida e podem gerar muita ansiedade e insegurança entre os jovens. É comum a competição, no formato de brincadeiras com amigos, com realação ao de tamanho do pênis, ao controle ejaculatório e a tão esperada iniciação sexual. Na média, homens brasileiros têm a iniciação sexual por volta dos 14 anos de idade e os que perdem a virgindade se sentem mais empoderados perante os outros (FURLANI, 2003).

Na fase adulta, os homens adotam padrões que vão definir seu estilo de vidas pelos próximos anos: uma profissão, busca de estabilidade financeira e busca de uma parceira para constituir uma família. Porém, o comportamento dos homens vêm mudando nas últimas décadas e hoje podemos perceber estão socialmente menos determinados a terem um relacionamento estável no início da juventude.

O conceito com o autocuidado também vem mudando gradativamente e, hoje, podemos observar que alguns homens cuidam mais da saúde e são esteticamente mais vaidosos.

Durante a vida adulta, mas certamente, inexoravelmente com o envelhecimento, as funções orgânicas podem apresentar variações devido às mudanças hormonais. A capacidade sexual dos homens mais velhos varia de homem para homem, não podendo ser generalizada; cada um tem um desempenho de acordo com a saúde, estímulos e estilo de vida.

Por muito tempo, a sexualidade na terceira idade foi simplesmente ignorada, mas, com o aumento da expectativa de vida, verifica-se a importância da atividade sexual, que se faz presente e, devido à experiência adquirida durante a vida, pode tornar o muito mais afetivo e prazeroso. Também o advento do Viagra na indústria farmacêutica modificou a crença de que homens mais velhos não têm mais desejo e atividade sexual.

Paralelamente a este processo fisiológico, durante a vida o homem tem que aprender a administrar mudanças no âmbito social, profissional, cobranças e desafios familiares que lhe são culturalmente atribuídos pelas características patriarcais da sociedade. Essas questões costumam gerar muita sobrecarga emocional para os homens adultos.

## Transformação do Papel do Homem na Família

Com o passar do tempo e todas as revoluções culturais vividas na sociedade Ocidental, o papel do homem foi colocado à prova e as mulheres tomaram outros posicionamentos na sociedade. Isso impactou diretamente os homens, gerando a demanda por um novo modelo masculino (HAJE, 2020). O ambiente de trabalho, dominado pelos homens, assim como o poder sobre esposa e filhos passaram a ser limitados pelas conquistas femininas e os homens tiveram que aprender a lidar com esta nova configuração na família e no espaço de trabalho, com presença e até um maior ganho e mando feminino.

Para os homens, a paternidade tradicionalmente significa uma confirmação pública de sua virilidade e poder de reprodução, embora a alegria da gestação gere, para muitos, um sentimento de rejeição e desvisão da parceira com a gravidez e, depois, com o bebê. Pois, no momento da gravidez, o homem se divide no sentimento de ser pai e filho ao mesmo tempo, uma vez que sabe da responsabilidade que está por vir, mas até então a está experimentando pela ótica de ser filho, já que ainda não é pai e não estabeleceu uma relação direta com o bebê. Isso ocorre diferentemente do período de gestação da parceira, que condiciona a mulher estar em simbiose com o feto, o que vai preparando-a emocionalmente para ser mãe. A conexão com o bebê vai se formar após o nascimento. Ou seja, o homem passa a ser pai quando o filho nasce, momento onde pode realmente participar dos cuidados.

Também, o modelo da paternidade vem mudando ao longo do tempo. No passado, os homens se envolviam muito pouco com o cuidado e educação dos filhos, a sua função era basicamente prover o sustento da família, enquanto a mulher ficava responsável com as atribuições referentes ao lar (FURLANI, 2003). Logo, a relação com os pais era baseada no autoritarismo e na disponibilização de recursos e não no afeto.

No Brasil, com a vida social e extra-lar, que surgiu com a entrada da mulher no mercado de trabalho e mais recentemente, a partir dos anos 1980 com o Movimento Feminista, as relações e papéis familiares tiveram que ser readequados. Isso gerou a exigência da participação dos homens na vida doméstica e nos cuidados com os filhos, na direção de uma maior igualdade entre homens e mulheres.

Homens e mulheres são bastante diferentes, tanto por razões biológicas quanto em virtude das diferentes formas de educação que recebem, das exigências e expectativas que o meio social tem de cada um dos sexos. Estas diferenças foram, ao longo dos séculos, usadas para a afirmação da inferioridade da mulher, óbvia expressão da inveja masculina – se a inferioridade fosse real, não teriam gasto nenhuma energia e tempo para reafirmá-la com a veemência que sempre fizeram. (GIKOVATE, 1989, p. 291)

A licença paternidade frente ao nascimento dos filhos foi homologada em 1988 pela Constituição Federal e passou a ser aplicada para homens que trabalham em regime da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (HAJE, 2020). Inicialmente prevendo 1 dia de falta justificada, atualmente passou a ser de 5 dias corridos (embora ainda seja muito insignificante aos 120 dias aos quais as mulheres têm direito).

A partir de 2016, a implantação do “Programa Empresa Cidadã”, possibilitou que a licença paternidade fosse estendida em mais 15 dias, totalizando 20 dias para empresas que troquem essas vantagens por incentivos fiscais (HAJE, 2020). Vale ressaltar que, em caso de falecimento da mãe durante o parto, o pai automaticamente passa a ter o direito aos 120 dias de licença paternidade, antes destinado à mãe.

De qualquer forma, é indiscutível que essas iniciativas ampliaram o espaço dos homens na vida de seus filhos e a paternidade tem sido alinhada, cada vez mais, a expectativas de cuidado e afetivas.

Muito se fala da depressão pós-parto para as mulheres, mas não se discute a pressão psicológica ou depressão pré-parto que homens podem sofrer frente à descoberta que serão pais. A pressão social cobra desse homem que ele proporcione acompanhamento e assistência à mulher durante a gestação, o que gera desgaste emocional e preocupação com a estrutura familiar e financeira para receber o filho (tamanho da casa, carro, gastos com creches e escolas, saúde, etc).

Também o divórcio, instituído oficialmente somente em 1977 e que tornou possível a extinção total do vínculo de casamento, permitindo novos casamentos proporcionou mudanças drásticas nas relações entre pais e filhos. A quantidade de casais separados aumentou e possibilitou espaços exclusivos de convívio de pais e filhos e de guarda conjunta, agora não mais intermediados por uma mulher. Isso provocou aumento dos laços de afetividade, tornando o homem totalmente participativo na formação e educação dos filhos e não mais apenas um provedor (NOLASCO, 1995a).

Atualmente, verifica-se que, a partir do momento que o homem toma consciência da importância da paternidade, tende a integrar-se maior nos cuidados, minimizando os impactos de papéis socialmente antes designados à mãe. Um dos maiores desafios da paternidade é alinhar os sentimentos e emoções masculinas, quando eles sentem vontade de fazer a diferença na vida do filho, sem se mostrar ser vulnerável. Assim, podemos considerar que a masculinidade está passando por uma fase de ajuste cultural para a construção de

uma paternidade mais saudável. Esta nova configuração também se reflete no ambiente de trabalho (HAJA, 2020).

## As Relações Homem-Mulher

Nas relações sociais, os homens vem sendo realocados frente ao novo posicionamento das mulheres. Os relacionamentos estão cada vez mais fluidos e muitas mulheres fazem questão de deixar claro sobre o quanto os homens são desnecessários à sua vida, o que, de certa forma, causa neles certa fragilidade emocional.

Verificamos também uma disputa de poder entre homens e mulheres, que se torna prejudicial quando afeta as relações entre ambos. Nesse sentido, é nítido o esforço dos homens, em geral, em se posicionar na sociedade sem o peso do patriarcado e de uma cultura machista, modificação lenta e contínua que vai se firmando no decorrer do tempo.

O patriarcalismo absoluto, que nos fala do "confisco de todos os poderes" (Badinter) e pretende negar o enigma da diferença sexual, é uma paixão que nos mostra como a questão do poder, determinante d relação entre os sexos, pode ir da assimetria - como nos demonstra um dos primeiros trabalhos antropológicos de Alfred Adler sobre a distribuição de poder entre os sexos - à exclusão de um dos sexos, podendo se opor, portanto, à complementariedade entre os sexos, e também dizendo implicitamente que a relação "Um e Outro" deixa de ser uma oposição inclusiva, atribuir todo o poder a um dos sexos. (NOLASCO, 1995a, p. 70)

## A Relação do Homem com Sua Saúde

### - Negligência do autocuidado:

Dentro da construção do que é ser homem, alguns aspectos são desestimulados por serem culturalmente vinculados a comportamentos tipicamente femininos (FURLANI, 2003). O cuidado e atenção à saúde e ao bem-estar se apresentam como alguns desses aspectos. Boa parte dos homens reconhece que não se preocupa com a própria saúde, não desenvolvem uma rotinas de exames preventivos ou cuidados, tais como a alimentação balanceada e exercícios físicos. Considerando essa pouca atenção, quando tratamos de aspectos relacionados ao desempenho sexual esta essa falta de cuidados parece se agravar.

Também faz necessário também considerar que a pressão da constante necessidade do homem em ter que se mostrar viril, forte e não frágil colocam os homens à margem de programas preventivos de cuidados com a saúde. Historicamente, as campanhas e ações governamentais de prevenção e cuidado com a saúde têm seu foco nas mulheres e crianças, sendo a saúde do homem pouco explorada e pouco de políticas apenas a partir de 2007, quando se apresentou a proposta que resultou na PNAISH - "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem", instituída em 2008 (BRASIL, 2009).

Ela é o resultado de processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, pesquisadores e sociedades científicas. O ponto de partida foi o reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças. Detectou-se, também, que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde, o que remete à importância de um olhar específico para este grupo. O SUS abarca um contingente de mais de 93 milhões de homens em território brasileiro. Cerca de 52 milhões destes estão na faixa etária entre 20 e 59 anos, principal público da PNAISH. O nosso trabalho hoje está voltado, sobretudo, ao desenvolvimento de estratégias e ações que contribuam para o acesso, o acolhimento e a adesão dos usuários homens aos serviços. Os eixos prioritários da Saúde do Homem devem alcançar os homens em sua pluralidade, em suas diversas condições reais de existência, de forma a cumprir com a tarefa de levar resolubilidade às suas demandas em saúde. (CHAKORA, 2014, p.559)

Por ser uma política recente, para a maioria dos homens, a doença ainda é associada à fragilidade, não fazendo-os adotar práticas preventivas e lidar com questões específicas, crônicas e quadros de saúde que poderiam ser facilmente evitados.

## Vulnerabilidades Masculinas de Saúde

Ao considerar que a expectativa de vida dos homens brasileiros está na média dos 72 anos de idade, a preocupação com a saúde masculina precisa ultrapassar aos cuidados da infância e a doenças, integrando o acompanhamento da adolescência e todas as fases da sua vida adulta, inclusive a velhice. A falta da consciência da necessidade deste acompanhamento, deixa clara a necessidade de programas e campanhas voltados para a conscientização e construção de hábitos de autocuidado para a população masculina, infelizmente pouco realizados.

Quanto à saúde sexual. Segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde, 22% dos adolescentes iniciam a atividade sexual por volta dos 15 anos de idade (MALTA *et al*, 2011). Nesta fase, são fundamentais informações sobre a importância e a forma correta de uso de preservativos, métodos contraceptivos, vacinas contra IST (atualmente contra HPV e hepatite B), além de orientações sobre o funcionamento do corpo. A partir dos 40 anos, a diminuição dos hormônios sexuais iniciando um processo da andropausa, gera alterações mais sutis do que as vividas pelas mulheres, podendo gerar alteração de humor, diminuição da libido, crescimento da próstata, etc. Por isso, o acompanhamento de saúde frequente é necessário, além da orientação para comportamentos mais saudáveis.

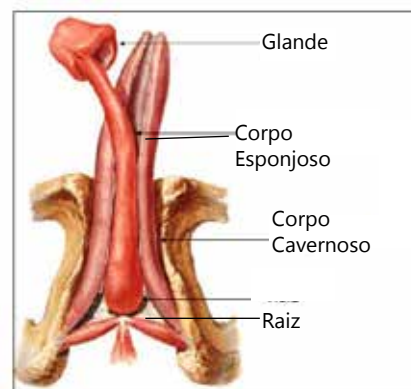
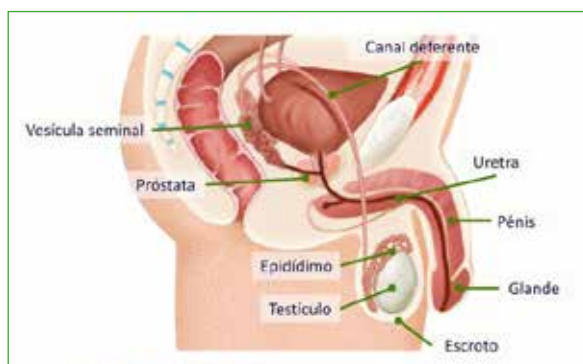
Distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM) é uma síndrome clínica e bioquímica associada ao envelhecimento, com sintomatologia característica e deficiência nos níveis de testosterona sérica. Essa condição pode afetar o funcionamento dos múltiplos órgãos e resultar em deterioração da qualidade de vida. O sintoma mais característico da DAEM é a diminuição da libido. Outros sintomas incluem diminuição da massa muscular e da densidade mineral óssea, fadiga, sudorese, alterações no padrão do sono, mudança de humor, depressão, aumento da gordura visceral, diminuição dos pelos corporais, disfunção erétil e redução da atividade intelectual. Nenhum desses sintomas é específico de insuficiência androgênica, mas levam à suspeita desta condição. Vale lembrar que o DAEM é também denominado hipogonadismo de início tardio, hipogonadismo do adulto ou relacionado ao envelhecimento do homem. (ABDO, 2010, p. 156)

Esta fase na vida também traz incertezas e tabus, que podem fazer os homens temerem ou acreditarem que estão acometidos por uma disfunção sexual.

### - Cuidados sexuais e reprodutivos masculinos:

Para além das questões relacionadas ao autocuidado, muitos homens, devido à forma como são ensinados, desconhecem o funcionamento e anatomia de seus órgãos sexuais e reprodutivos, dando ênfase apenas ao pênis por ser mais “exposto”. Nesse sentido, é preciso ressaltar que o aparelho reprodutor masculino não se compõe apenas da parte externa, fazendo-os conhecer a importância das funções internas para a saúde e sexualidade, através da promoção de uma educação sexual, incentivo ao autoconhecimento e à conscientização sobre a importância dos cuidados em saúde.

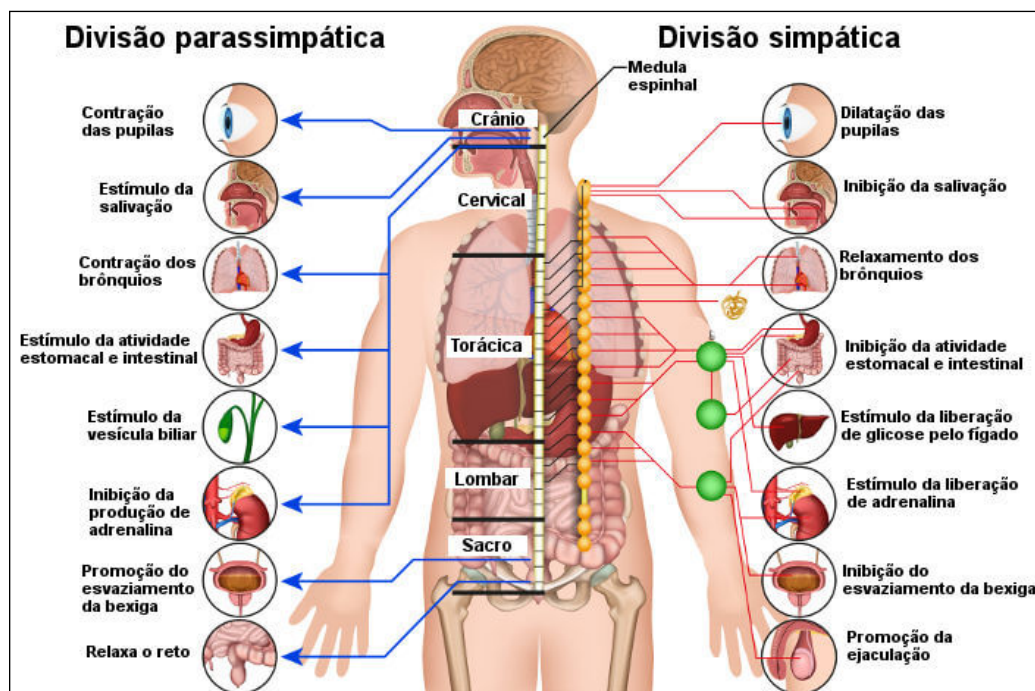
Figura 1 e 2 - Órgãos sexuais e reprodutivos masculinos



O desconhecimento das funções orgânicas também faz com que sejam criados e reforçados vários mitos, pressões e crenças que podem comprometer seriamente a vida sexual do homem. A própria ereção peniana depende de outras áreas do corpo para além do pênis, se dando por impulsos parassimpáticos que passam da região sacral rumo à espinhal, nervos pélvicos e o posterior preenchimento dos corpos caverno-

dos do pênis; assim, a ereção é uma reação aos estímulos sexuais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997). Vale ressaltar ainda, que, por vezes, durante um período de excitação prolongado, o homem pode perder a ereção parcialmente, embora esteja em perfeitas condições de saúde.

Figura 3 - Sistema nervoso Simpático e Parassimpático



Também há um desconhecimento sobre a diferença entre o orgasmo e a ejaculação:

O prazer sexual, isto é, o orgasmo está associado ao fenômeno reflexo da expulsão do esperma, que se denomina ejaculação. É necessário, porém esclarecer que embora sejam quase sempre simultâneos, existe orgasmo sem ejaculação e ejaculação sem orgasmo, o que evidencia a independência dos dois fenômenos. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997, p. 113)

Apesar de normalmente ocorrerem ao mesmo tempo, a fase orgástica ocorre durante a excitação, momento em que a sensação de prazer está concentrada não só no pênis, mas também na próstata e vesícula seminal. A ejaculação, por sua vez, acontece com os estímulos de fricção no pênis que ativam os reflexos medulares e emitem impulsos simpáticos levando à liberação das secreções glandulares, momento em que a sensação de plenitude da uretra interna, estimula a medula, que envia sinais de contração muscular aos ísquios cavernosos e ao bulbo cavernoso do pênis, levando à ejaculação (CAVALCANTI; CAVALCANTI; 1997).

## Considerações Finais

Considerando o passado patriarcal de nossa sociedade, hoje, os homens têm procurado estar focados na felicidade e na construção de uma relação saudável de companheirismo e cumplicidade na relação conjugal. Este fato está relacionado às exigências emocionais femininas e a maior inicitiva delas pelo divórcio quando não estão satisfeitas. Isso gera a necessidade dos homens repensarem a forma de se relacionar com as mulheres, considerando tanto questões psicológicas relacionadas à sexualidade, quanto aos comportamentos.

Hoje o homem está descobrindo um novo papel na sociedade, onde participa ativamente da educação dos filhos. O seu papel no cotidiano da casa mudou e por conta disso hoje os homens conseguem perceber o peso da masculinidade nas gerações anteriores.

Neste ponto, pensando nas gerações futuras, torna-se importante o lugar da educação sexual e uma mudança de paradigma no que se refere ao entendimento do homem a respeito do próprio corpo, inclusive a promoção do autoconhecimento, do autocuidado e do cuidado de saúde.

## Referências Bibliográficas

ABAWI, K.; SMITH, M.; MARNICIO, A. Introdução à saúde sexual. In: DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. Sexualidade: Do prazer ao sofrer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

ABDO, C. Sexualidade humana e seus transtornos. 3ª ed. São Paulo: Casa, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.944 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 27 ago. 2009. [Internet]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html#:~:text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.&text=VI%20%D%20intgra%20%C3%A7%20%C3%A3o%20da%20execu%C3%A7%20%C3%A3o%20da,a%20%C3%A7%20%C3%B5es%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html#:~:text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.&text=VI%20%D%20intgra%20%C3%A7%20%C3%A3o%20da%20execu%C3%A7%20%C3%A3o%20da,a%20%C3%A7%20%C3%B5es%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)

CAPELATTO, I. Infância. Café Filosófico. 21 jun. 2018. [Internet]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=UoLrCw0\\_1U](https://www.youtube.com/watch?v=UoLrCw0_1U)

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1997.

CHAKORA, E. S. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 18, n. 4, p. 559-561, 2014. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>

FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

FURLANI, J. Mitos e tabus da sexualidade humana. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GIKOVATE, F. Sexo e amor. São Paulo: MG Editores Associados, 1984.

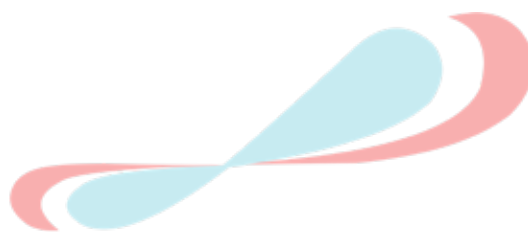
GIKOVATE, F. Homem: o sexo frágil? São Paulo: MG Editores Associados, 1989.

HAJE, L. Projeto assegura a empregado licença-paternidade de 20 dias. BRASIL. Câmara dos Deputados. 19 mai. 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/647040-projeto-assegura-a-empregado-licenca-paternidade-de-20-dias>

MALTA D. C.; SILVA, M. A. I.; MELLO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; PORTO, D. L.; et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev. bras. Epidemiol, v.14, supl. 1, 2011.

NOLASCO, S. (org.). A desconstrução do masculino. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995a.

NOLASCO, S. O mito da masculinidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995b.



# A Evolução dos Estudos sobre Sexualidade Masculina

## *The Evolution of Studies on Male Sexuality*

**Joaquim Vieira Assunção Neto**

[joaquim.40@hotmail.com](mailto:joaquim.40@hotmail.com)

Graduado em Psicologia pela UNINOVE e  
Pós-graduado em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pelo  
Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### **Resumo:**

Este trabalho procura discutir o contexto histórico da sexualidade humana, para que se compreenda a influência do patriarcado sobre a sexualidade masculina e suas crenças limitantes e a importância da masturbação masculina, além da percepção de “infidelidade” entre parceiras fixas frente à ocorrência desta prática. Verifica a influência da Revolução Sexual na vida amorosa, conjugal e sexual, com os respectivos reflexos provocados nas pessoas.

**Palavras-chave:** Sexualidade, Saúde do homem, Influência social.

### **Abstract:**

This paper seeks to discuss the historical context of human sexuality in order to comprehend the influence of patriarchy on male sexuality and its limiting beliefs, as well as the significance of male masturbation. It also explores the perception of “infidelity” among committed partners in light of this practice. The study examines the impact of the Sexual Revolution on romantic, marital, and sexual aspects of life, along with the resulting effects on individuals.

**Keywords:** Sexuality, Men’s health, Social influence.

## **Introdução**

A sexualidade sempre esteve presente no reino animal, tratando-se, em essência, de um componente orgânico básico, por meio do qual macho e fêmea se relacionam durante um período fértil, com os objetivos de reprodução e manutenção dos vínculos sociais. No entanto, o ser humano, desde os primórdios, desenvolveu um conjunto de comportamentos que superou a mera relação orgânica, agregando ao coito a satisfação da necessidade e do desejo sexual, além do desenvolvimento de facetas da afetividade.

Entendendo que a sexualidade humana não se tratava de um mero mecanismo reprodutivo, iniciou-se o desenvolvimento de estudos específicos sobre esta sexualidade buscando compreender este fenômeno. Historicamente, a sexualidade começou a ser analisada como algo estritamente decorrente do poder e da masculinidade.

Nesse sentido, nos mais antigos registros, inclusive quando o termo ‘sexualidade’ sequer existia (já que foi concebido no Século XIX, na sociedade moderna), o órgão genital masculino recebia maior ênfase, já tendo sido idolatrado como símbolo de fertilidade e liderança. Assim, os primeiros registros sobre o dão enfoque ao pênis, conforme se observa na arte rupestre, sugerindo que os hominídeos já destacavam as relações sexuais como algo importante. Nessas representações, o homem aparece desenhado com um traço pontiagudo na região referente à virilha (Imagem 1):

### Imagem 1: Homem rupestre



Fonte: Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/572027590155264404/>

O pênis parecia tão idolatrado que, por isso por muito tempo, a concepção dominante, foi a do one-sex-model, ou monismo sexual, que acredita que a mulher era um 'homem invertido', ou seja, o útero equiparava-se ao escroto feminino, os ovários aos testículos, a vulva a um prepúcio e, por fim, a vagina se equivalia ao pênis, porém de forma espelhada, ou 'virada' para dentro do corpo.

Em várias sociedades, a regra fálica, portanto, determinava o ser dominante. O homem, por ter a anatomia pura, era entendido como superior, enquanto a mulher, invertida ou espelhada, era vista como um sujeito menos desenvolvido. Essa concepção masculina dominante, entretanto, teria sido desconstruída, segundo registros, ainda na Idade Antiga e a cultura de adoração foi sendo substituída pelo politeísmo, quando as forças naturais foram substituídas por entes divinos associados à figura humana, gerando um panteão de deuses (FRANCO, 2006).

Porém, segundo a mitologia grega e sua crença politeísta, o próprio surgimento do Universo resultou da sexualidade, diante da união entre dois deuses do Olimpo, Zeus e Hera, irmãos e esposos, a exemplo de seus pais Cronos e Réia. Nessa essa, do século VIII a.C, chegam até os escritos de Platão sobre o amor e o apetite sexual, que apontavam que Eros, o deus do instinto básico da vida, seria o responsável pela atração sexual:

Eros é um grande deus maravilhoso não apenas para os homens, mas também para os deuses, pois seu domínio se estende a todos os seres do cosmos [...] O Eros é um deus velho, por este motivo é mais sábio, cósmico, força primeva que dá coesão interna ao cosmos, que sustenta seu ser de beleza e harmonia [...]. (FRANCO, 2006, p. 38).

A "maravilha" descrita em "Fedro", de Platão, se refere a Eros não está relacionada propriamente ao estereótipo masculino, mas é a capacidade deste se relacionar, desenvolver o amor e o apetite sexual e, assim, estabelecer conexões carnis e espirituais, tanto entre os deuses, como entre os humanos (BARBOZA, 2007):

### Imagem 2- Eros segundo Romanos



Fonte: <https://artrianon.com/2018/11/07/obra-de-arte-da-semana-psique-reanimada-por-um-beijo-do-amor-de-canova/>

Através da descrição de Eros, Platão destaca o amor, o prazer (apetite sexual), a atração e os sentimentos mais íntimos, como pertencentes somente a seres com capacidade de discernimento, ou seja, aos humanos.



O amor e o sexo assumem um papel tão central na filosofia, que muitos vão enxergar no autor um pan-sexualista, precisamente porque a coisa- em-si do mundo, a Vontade, manifesta-se da maneira mais fiel nesse cego impulso de acasalamento. E a faculdade de razão, com a consciência, é simplesmente impotente para gerenciá-lo. Todo enamorar-se, por mais etéreo que pareça, enraíza-se no impulso sexual. Já no encontro de dois olhares apaixonados, acende-se a chama do amor, mola impulsora do homem, ao lado do apego à vida. (BARBOZA, 2007, p.228)

O mundo ocidental passaria por mudanças posteriores, substituindo cultura politeísta pelo monoteísmo judaico, adotando agora Javé como um único deus, porém assexuado. Neste momento, a sexualidade perde sua relação sagrada com a criação da humanidade, com o prazer e com a atração, passando a ser alvo de reprimendas e tratada, meramente, como um mal necessário para a reprodução. O prazer representado por inúmeros deuses antigos (Eros - deus do erotismo; Afrodite - deusa da sexualidade e do amor; seus filhos Eros e Himeros (deuses do desejo sexual), deixam de ser um fundamento para a sexualidade.

O "sexo-prazer", assim, passou a ser malvisto e a esterilidade considerada a maior das maldições. A anticoncepção, em qualquer modalidade, passou a ser uma ofensa aos conterrâneos e a religião, sendo Onã (Gênesis, 38:8) fulminado por Javé por haver usado de subterfúgios anticonceptivos. A masturbação e a homossexualidade masculina eram abominações terríveis, enquanto a homossexualidade feminina era um crime tão horrível que nem sequer era cogitado. (VITIELLO, 1996, p.16)

Os debates, assim, passam a ser vedados e recriminados, acentuando-se, à crença do patriarcado e do homem como um ser dominante, tal como descrito na Bíblia em Gênesis, em que se atesta a criação da mulher apenas à atenuação da angústia do primeiro homem, Adão, por viver sozinho.

A mulher na cosmologia judaica foi criada a partir da costela do homem, para aplacar a solidão do homem se encontrava, ou seja, para servi-lo.

Imagem 3 – Criação da Mulher



Nesse sentido é a cultura judaica, que depois seria expandida para o Ocidente pelo cristianismo que adota sua ancestralidade, a responsável por fundamentar, até hoje, a sexualidade masculina (VITIELLO, 1996).

### **Transformações no Papel Sexual Masculino**

Apesar da ampliação do tema, promovida por Freud, a partir do início do século XX, seguido por tantos outros pesquisadores (Kinsey, Masters e Johnson, Kaplan, etc), o tema da sexualidade esteve ainda está envolto por tabus derivados da cultura patriarcal e judaico-cristã ancestrais:

Embora nossa civilização tenha, nos últimos séculos, vivido alguns momentos de maior liberalidade, essa visão distorcida da sexualidade foi a tônica principal, mantida durante todos esses séculos em que ela vem se cristalizando. Diga-se de passagem que, mesmo em seus momentos de mais liberdade, o exercício pleno da sexualidade sempre foi apanágio das pessoas adultas, que vêm com maus olhos a sexualidade dos adolescentes, ridicularizam as manifestações sexuais da terceira idade e negam - ao menos negaram até a poucas décadas

- a sexualidade na infância. De fato, foi necessário que surgisse um Freud, no apagar das luzes do século XIX, para que “descobrissemos” que a sexualidade existe e se manifesta, ainda que de formas diferentes, durante toda a duração da vida humana.

O machismo, como instrumento do patriarcalismo que herdamos de nossos antecessores culturais, tem pelo menos seis mil anos de história registrada, e possivelmente muitos milênios a mais... (VITIELLO, 1996, v.55)

Na cultura patriarcal, que vê o homem como reprodutor e dominante torna-se, a esfera da emoção é isolada, provocando a dissociação da sexualidade dos sentimentos.

“[...] a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietação do que a feminina porque os homens separam a sua atividade sexual das outras atividades da vida, onde são capazes de encontrar um direcionamento estável e integral. Essas inquietações cada vez mais vêm deixando de ser encobertas”. (GIDDENS, 1993)

Segundo Romeu Gomes,

No final do século 20, ainda eram percebidas tensões na construção da identidade sexual masculina. Estudos [...] apontavam para tensões masculinas diante de padrões tradicionalmente construídos. (GOMES, 2003, p. 2)

A sociedade patriarcal representa o homem como um ser solitário e reservado ou, quando muito, superficial e prático quanto às experiências pessoais. Para a afirmação da identidade masculina, certos marcos deveriam ser superados, como a iniciação sexual, a negação da homossexualidade, a referência de um padrão comportamental e o desejo de atender às expectativas da sociedade, principalmente de amigos e mulheres. Portanto sexualidade não deveria ser um assunto debatido entre os homens.

Homens e mulheres, na verdade, não devem questionar os pormenores da sexualidade, mas apenas se restringir a seus papéis sociais de macho e fêmea, determinados biologicamente. Para o homem, muitas vezes, abordar a sexualidade é visto como feminilização.

Porém, sabemos que a sexualidade, quando tratada de forma complexa, atinge questões como identidade de gênero, orientação e preferência sexual, erotismo, desejos, crenças sociais e religiosas, atitudes, valores, fantasias, envolvimento emocional, dentre outros. Os comportamentos sexuais constituem um complexo sistema, alimentado não só por comandos cerebrais específicos, mas também por vivências sexuais e afetivas (MAIA, 2015).

A década de 1980, nos Estados Unidos, e na de 1990 no Brasil, desencadeou certa mudança neste padrão, reconstruindo o papel masculino e gerando, a que vem sendo denominada “crise da masculinidade”. Alguns homens passaram a questionar o padrão da masculinidade patriarcal antigas e puderam aceitar a reflexão sobre sentimentos e sonhos em torno da sexualidade.

Talvez o machão esteja realmente em crise, mas é possível que até ele consiga sobreviver, só que será obrigado a coexistir com outras formas de ser homem. O que não sobrevive mais é um modelo hegemônico de masculinidade com base na força, poder e virilidade, embora homens (e mulheres!) continuem alimentando esse ideal. (GOLDENBERG, 2000 *apud* GOMES, 2003, p. 2)

A partir daí, estudos sobre o gênero masculino começaram a ser realizados, alçando o homem a uma nova qualidade frente a sua condição anterior de macho viril intocado. Agora pode se mostrar emotivo, com fraquezas e fragilidades latentes; ou seja, a sensibilidade antes associada às mulheres, passou também a integrar a subjetividade masculina.

Diante dessa verdadeira mudança, estudos sobre a sexualidade masculina têm ressoado em áreas como a Psicologia, procurando integrar profissionais desta área nesses conflitos.

Com a diversidade de culturas, crenças e a pluralidade de identidades psicológicas, sociais, de gênero e sexuais na contemporaneidade, é simplesmente impossível conceber uma hegemonia frente às nossas identidades, porque elas não são fixas, imutáveis, pelo contrário, elas estão constantemente sofrendo mudanças, e a cada década, podemos perceber que cada vez mais a cultura, os modos de vida, de se comportar, de ser e de estar, vão se alterando, adequando-se às exigências do próprio tempo. (SILVA, 2000, p. 3).

## A Sexualidade Masculina em Debate

Superado o histórico patriarcal, a sexualidade masculina passou efetivamente a ser debatida, o que impactou na saúde do homem.

O câncer de próstata passou a ser combatido com maior eficácia, pois o toque retal, antes totalmente execrado, tornou-se assunto de debate aberto e aceito por vários homens, que receavam antes uma suposta perda da masculinidade. Apesar de ainda ser tabu para muitos, seja em razão do medo da dor, ou da ereção diante do toque, atualmente a aceitação ao exame e o conhecimento de sua importância, estão bem mais difundidos.

Também ganhou espaço a masturbação como experiência sexual masculina, que representa muito mais que a mera reprodução de um padrão de reafirmação da masculinidade patriarcal, mas um autoconhecimento. O mesmo ocorreu com tratamentos em face à impotência, à infertilidade e de outros problemas ligados à próstata.

Aqui se considera que a saúde do homem não se restringe à ausência de doenças, mas inclui a prevenção e os cuidados. Prevenção, inclusive, da saúde psicológica do homem, para que quede perdido em conflitos de masculinidade, mas entenda a naturalidade das manifestações psíquicas e emocionais, várias vezes dissociadas do mero contexto biológico. A saúde do homem deve ser compreendida como uma engrenagem complexa, em face da qual deve ser implementado um conjunto de ações para recuperação, promoção e assistência à saúde geral do corpo e da mente, executadas nos mais diversos níveis de atenção.

O profissional da educação (e da saúde) precisa estar ciente de sua responsabilidade na construção de tais saberes e conhecimentos interdisciplinares, considerando as demandas e contextos dos atores implicados nessas práticas, assumindo uma atitude transdisciplinar, ou seja, considerando os aspectos que transversalizam qualquer prática educativa – a formação (e o cuidado) integral do cidadão, a atitude ética, a visão global de ser humano. (LAGES, 2009, p. 24).

Os debates e tratamentos propostos devem, portanto, atingir o íntimo do indivíduo, não se limitando aos resultados superficiais comumente disponibilizados em consultas pela Internet:

Em sites da Internet, quando se busca informações com as palavras “saúde sexual masculina”, comumente observa-se que o assunto é reduzido à disfunção erétil e à ejaculação precoce. Por vezes, as matérias acerca dessas expressões consistem em explicações sobre o que elas significam ou em orientações de como proceder no caso de um homem ter esses problemas. (GOMES, 2011, p. 146).

No que tange à sexualidade, deve-se considerar toda a evolução histórica deste campo, fazendo com que o homem compreenda que a reação biológica de seu corpo não determina a sua condição de existência. Nesse sentido, o toque retal, por exemplo, que representa importante fator na prevenção ao câncer de próstata, não pode continuar sendo visto como um tabu. Qualquer eventual ereção decorrente de sua execução não representa nada relacionado à orientação sexual, mas apenas uma reação corpórea a um estímulo que não tornará o homem mais ou menos macho.

Fazer o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”. Esse medo pode se desdobrar em inúmeros outros. O medo da dor, tanto física como simbólica, pode estar presente no imaginário masculino. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso quase sempre se associa à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita. (GOMES, 2003, p. 828)

Caso o médico responsável pelo exame solicite ao homem que relaxe ou se descontraia durante o procedimento do exame de próstata, para que este seja menos invasivo e traumático, deve-se entender este pedido como uma preocupação com a própria saúde e, jamais, pensá-la como referência a um sinal de atração sexual, ideia arcaica e superada no modelo de masculinidade patriarcal e vitoriana.

Com relação a preocupações com tamanho do pênis, deve-se esclarecer que estão não deve ser vista como um problema para a sexualidade, mas apenas uma condição anatômica.

Assim, os estudos da sexualidade masculina devem se fazer cada vez mais presente na sociedade, de maneira a promover discussões capazes de contrapor o senso comum e rechaçar definitivamente crenças e tabus.

Neste ensaio apenas pontuamos possíveis questões ligadas à saúde do homem que, para serem devidamente abordadas, devem ser examinadas à luz de referências da sexualidade feminina que integram o imaginário social. No entanto, a discussão precisa ser mais amadurecida. Falta-nos ainda desvendar mais esse imaginário, tentando compreender os conteúdos e a construção dos discursos que fala de tais questões. (GOMES, 2003, p. 829)

Cabe ao estudo da sexualidade masculina, ainda, demonstrar e difundir práticas de autocuidado que cientificamente já se mostram eficazes na prevenção de doenças, como a própria masturbação e a adoção

do sexo seguro, distanciando essas práticas de antigos imaginários negativos ou culpabilizantes.

Se desejarmos caminhar no enfrentamento de impasses que configuram a partir da dimensão simbólica, torna-se necessário que descubramos as imagens e os significados atribuídos pelos sujeitos, a partir de permanências culturais que se estruturam em torno da sexualidade masculina.

Para isso, estudos com homens de diferentes estratos sociais e profissionais de saúde precisam ser desenvolvidos para que possamos ancorar o debate num campo empírico e, a partir daí, caminharmos na produção de conhecimentos que possam instrumentalizar as práticas de saúde. (GOMES, 2003, p.829)

#### - Autocuidado masculino e influência social:

A partir dos anos 1970, que se iniciou a mais significativa rede de discussões acerca da necessidade de difusão do autocuidado masculino, principalmente relacionado à sexualidade. Embora nesta época, a desconstrução da masculinidade vitoriana ainda não tinha alcançado os patamares atuais. Ainda no final do século XX e início do XXI, diversos estudos ainda apontavam “o pouco envolvimento de homens nos cuidados em saúde, seja em relação ao autocuidado, seja no que diz respeito à busca de cuidados especializados” (GOMES, 2016, p. 12).

Isso fez com que em 2008, o Ministério da Saúde, preocupado com a pouca atenção dos homens com o autocuidado e saúde, editou “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”. Este Ministério apontava que, à exceção das causas externas, os maiores causadoras de óbitos masculinos na faixa dos 25 aos 40 anos, eram as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, seguidos pelos neoplasmas – tumores, principalmente os associados a próstata que poderiam ser prevenidos (BRASIL, 2008).

Por essa razão, é tão importante o debate sobre o autocuidado da sexualidade masculina atrelada à saúde.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres... (BRASIL, 2008, p.5).

Nesse sentido, a promoção do cuidado masculino precisa ser pensado de forma global e, incluindo fatores culturais que ainda permeiam o imaginário social acerca dos modelos de masculinidade, difundindo informações serviços de saúde para incorporá-lo às atividades do sistema de saúde.

Para além do toque retal, inúmeras ações de prevenção podem ser promovidas para o cuidado masculino, inclusive a difusão e o incentivo ao autocuidado. Fazer a difusão de informações sobre a sexualidade desde a infância, mantê-la na adolescência e juventude pode culminar na prevenção de futuros problemas e, inclusive, distúrbios psicológicos. Desconstruir os conceitos de masculinidade patriarcal pode culminar no melhor entendimento do homem como um ser sentimental.

#### - Educação sexual e autocuidado masculino na juventude:

É durante a adolescência e juventude que a experimentação da sexualidade possibilita a formação da identidade do homem, assim como da mulher. Destarte, é nessa fase que os preceitos e crenças atuam com maior capacidade de organizar (ou desorganizar) a cognição sexual-afetiva das pessoas.

Griffa e Moreno (2001) concluem que a adolescência não pode ser descrita como uma simples adaptação às transformações corporais, mas sim como um período decisivo do ciclo vital em que a pessoa atinge autonomia psicológica e pode se inserir no mundo social sem a mediação familiar. A autodefinição e a valorização e segurança pessoais representam uma das aquisições essenciais desse período da vida, marcando a passagem de uma identidade reconhecida para uma identidade assumida.” (LAGES, 2009, p. 16).

A sexualidade, entretanto, não deveria ser introduzida no universo dos jovens através do contexto isolado da experimentação sexual, já que sabemos que ainda é comum observar os homens sendo cobrados para este início de relações sexuais para que sejam aceitos por amigos e afirmarem a sua masculinidade. Infelizmente, os jovens brasileiros ainda são direcionados pouco direcionados para outras questões da se-

xualidade, por isso Szwarcwald e colegas (2005) constataram o forte aspecto de vulnerabilidade de jovens entre 15 a 24 anos, tanto com relação ao conhecimento sobre sexualidade, como sobre IST, incluindo o HIV, como também observou Lages (2009).

Por essa razão, é imprescindível que famílias e escolas, desde a infância, promovam a correta educação sexual e difundam o estudo da sexualidade, desconstruindo ideias magistas e patriarcais e ensinando o homem a verificar seus próprios sentimentos e emoções e o respeito às mulheres.

Quanto mais cedo o homem entender a sexualidade correlacionada aos sentimentos, ao amor e à reciprocidade, sabendo diferenciar prazeres eróticos de reações anímicas naturais do organismo, melhor ele construirá sua personalidade. A análise do estudo deve partir, nesse sentido, de um contexto denominado por “desenvolventista”.

Compreender a sexualidade na adolescência relaciona-se com a necessidade de saber que sua natureza tem a ver com transformações biológicas, mas também é reflexo de expectativas sociais e culturais, ou de padrões de comportamento aprendidos. A sexualidade começa biologicamente, muito antes da puberdade, mas a prescrição cultural desempenha um papel extremamente importante no modo como ela é expressa. (LAGES, 2009, p. 17).

Não é mais possível que hajam escolas acreditem estar dando educação sexual apenas relacionando-a com a reprodução. Da mesma forma, não se pode permitir que ainda, no século XXI, haja o combate à masturbação, a displicência e ocultação das IST e a dissociação do homem com a gravidez e a possibilidade de ser pai.

Estudiosos no campo da sexualidade alertam sobre o perigo de que a focalização em temas relacionados à sexualidade na escola, nos meios de comunicação e por outras agências, assim como por adultos em suas interações com crianças, adolescentes e jovens se distanciem de tal forma de questões que interessam a estes, que não necessariamente contribuiriam para pedagogias sobre o prazer e um diálogo agradável. Adverte-se que tais saberes podem contribuir para a reprodução de estereótipos ou a desencantar os jovens sobre tal dimensão tão importante em suas vidas e que se entrelaça tanto com formas de viver como de evitar riscos à vida. (ABRAMOVAY, 2004)

Berta Lutz (FURLANI, 2008), desde 1920, já defendia a educação sexual desde a infância, esclarecendo que esta corroboraria construção de seres humanos mais conscientes de seus respectivos papéis na sociedade, com a quebra dos paradigmas púdicos vitorianos quanto à sexualidade.

#### - A importância da masturbação:

A masturbação é uma praticamente universal, seja entre homens ou mulheres, mas pode se manifestar diferentemente entre os sexos. Para os homens, o ato costuma preceder as relações sexuais de penetração entre parceiros, enquanto para muitas mulheres, a experiência sexual amorosa tende a ocorrer primeiro, depois ocorrendo a masturbação.

Mesmo sendo vista como parte constitutiva do processo de iniciação sexual e se tratando de uma prática rotineira, sabe-se do constrangimento e da vergonha que podem decorrer de um flagra deste ato, ou mesmo, em quando sua informação é exposta publicamente. Há camuflagem pública a esse processo e mitos e tabus negativos quanto à prática podem ser produzidos e reproduzidos.

A verdade é que a masturbação faz parte de uma vida sexual saudável, além de ser totalmente segura e inofensiva. A prática, inclusive, pode trazer benefícios à saúde, como o fortalecimento do sistema imunológico, a melhora do sono, a geração de sensação de bem estar e, até mesmo a melhora na relação de um casal (UOL, 2022). Para os homens, também contribui para evitar problemas de ereção, fortalecendo o assoalho pélvico, diminuindo o risco de câncer de próstata, uma vez que elimina o esperma acumulado no organismo, que tem probabilidade de se desenvolver em um tumor. Para as mulheres, pode aliviar dores menstruais, principalmente quando praticada durante o período menstrual, já que pode desinflamar a zona genital através da liberação do orgasmo.

Apesar de tratar-se de uma prática benéfica e comum a ambos os sexos, a masturbação masculina pode representar pontos problemáticos e paradigmas principalmente quando não formada, na infância, uma boa educação sobre a sexualidade e que gera distorções, tanto correlacionadas a tabus, quanto a problemas mais específicos que exigirão suporte. Os transtornos com a masturbação podem se afigurar, por exemplo, na necessidade incontida pela reafirmação da virilidade, na simulação incessante da presença do feminino, na falta de preparação para a penetração, ou como infidelidade.

### - Comportamentos sexuais, infidelidade e masturbação:

Primeiramente deve-se esclarecer que a fidelidade, para a humanidade, não se trata de uma lei natural. A bem da verdade, os humanos não são monogâmicos por natureza, mas em decorrência da imposição social e religiosa. Inclusive, pelos escritos bíblicos ocidentais, a monogamia representaria a renúncia aos prazeres da carne em respeito à regra escrita, de forma com que o ser puro seja capaz de respeitar a rigidez da lei canônica e receba bênçãos por isso. Bundt (2007) afirma que “[...] a noção de fidelidade nasceu em função do sistema patriarcal, no qual a finalidade era garantir aos homens a paternidade dos filhos” (p.56).

A infidelidade, entretanto, também não é natural. Desejo, necessidade de reprodução e prazer, segundo o estudo histórico, talvez até sejam, mas isso não significa que esses sentimentos se reproduzam em inúmeros parceiros diferentes. Diante dessa dicotomia, fato é que os relacionamentos se constroem a partir de necessidades individuais, conjugadas às mudanças sociais e representações sobre o amor, casamento e sexualidade, que impactam na intimidade da vida.

A Revolução Sexual dos anos 1960 emancipou as mulheres sexualmente ao separar o sexo da gestação. A partir daí, as mulheres deixaram de aceitar situações de subjugação e questionar a fidelidade ou infidelidade. Para muitos homens, a masturbação surgiu como uma válvula de escape para lidar com essas exigências, uma vez que, através dela poderiam fantasiar relações sexuais, sem realmente praticá-las.

Segundo Mendonça (2009), mesmo que a infidelidade possa “ocorrer dentro de muitos relacionamentos sem causar espanto para os envolvidos [...] o modelo sistêmico percebe a infidelidade como um sintoma da relação conjugal” (p. 45); ou seja, até como forma de preservação do relacionamento, que talvez já esteja prejudicado. Nasce daí uma compulsiva necessidade de reiterar a masturbação como forma de se relacionar mental ou virtualmente com um terceiro, causando transtornos que podem prejudicar não só a relação conjugal, como a própria mentalidade do praticante, que pode tornar-se dependente desta prática e, por consequência, se deprimir ao não reiterá-la.

Esse comportamento compulsivo pode, ainda, causar problemas a terceiros, quando a automasturbação acaba por se tornar insuficiente. Daí em diante, o sujeito pode desenvolver necessidades emocionais, sexuais ou virtuais que, se não correspondidas voluntariamente por alguém, acabarão por ser praticadas ao largo da concordância, culminando em situações de abusos, atos obscenos e até mesmo estupros.

Segundo estudo desenvolvido por Scheeren (2016), com 526 participantes, são vários os comportamentos comuns à infidelidade, os quais podem acabar sendo reiterados em razão de distúrbios decorrentes da prática subvertida da masturbação; entre eles: deixar de ter relação sexual com o parceiro (apontado por 3,72%), ter contato com profissionais do sexo (3,45%), ir a clube de striptease e contatar a/o dançarina/o (3,22%), apenas frequentar o streape tease (2,92%), se masturbar pensando na infidelidade (2,62%), se masturbar pensando na terceira pessoa (2,62%).

Para manter a ereção ou até mesmo estimulá-la, em ação característica da infidelidade, o homem pode acabar recorrendo aos meios virtuais, seja através de mulheres reais e transmissões simultâneas, ou através de vídeos disponibilizados em sites diversos. Assim, no estudo de Scheeren (2016), quanto a infidelidade no ambiente virtual foram registradas as seguintes práticas:

Tabela 1 - Prática Virtual

Prática Virtual	%
usar sites e aplicativos de telefone para buscar pessoas para o sexo	3,67
se masturbar ao ver pornografia na internet	2,33
enviar fotos ou videos sensuais para a 3ª pessoa que se corresponde online	3,51
enviar fotos ou videos eróticos para a 3ª pessoa que se corresponde online	3,52
fazer masturbação conjunta com 3ª pessoa online	3,50
fazer sexo virtual com uma 3ª pessoa	3,58
preferir fazer sexo virtual com outra pessoa que não o parceiro	3,62

Fonte: SCHEEREN, 2016.

A masturbação como válvula de escape para a infidelidade pode, portanto, ocorrer de forma virtual, ainda que considerando a não realização do coito e o isolamento do sujeito, sem qualquer tipo de contato físico. Nesse sentido, pode ser prejudicial para a sociedade conjugal, representando, para muitos, quebra de confiança. Nesse sentido, o poder Judiciário brasileiro passou até a reconhecer dever indenizatório a partir da denominada “infidelidade virtual”.

Segundo Guimarães:

A realidade das relações virtuais abrange um amplo espectro de possibilidades de relações que vai desde a normalidade à patologia, dependendo do uso que cada indivíduo faça desta relação, seja um uso narcísico (que pode ser apenas um prolongamento de seu mundo interno), seja um uso perverso ou uma forma de se evadir da realidade externa ou interna, conforme a subjetividade inerente a cada ser humano. (GUIMARÃES, 2004, p.1).

- Reafirmação da virilidade e insegurança sexual:

Outro prejuízo relacionado à masturbação masculina pode decorrer da reafirmação incontida da virilidade, condição oriunda, inclusive, daquele conceito de masculinidade dominante e superior; tratar-se-ia, de um outro problema evidentemente decorrente da construção distorcida da sexualidade na infância, ou mesmo da repetição hereditária de comportamentos patriarcais. Assim, para atingir objetivos do modelo patriarcal, seja frente a amigos, seja para autoafirmação, o sujeito compulsivo pode reiterar comportamentos capazes até de provocar lesões musculares ou pélvicas.

A compulsão pode chegar a níveis de perseguição, ou até de masturbação em público, como as vezes registrado em transportes públicos, configurando comportamentos puníveis de assédio moral e de ofensa às mulheres.

A compulsão pela demonstração de virilidade também pode acabar criando um homem histérico, que ao não conseguir ereções consecutivas, acaba por tomá-las como reflexos da feminilidade e onde o homem acaba iniciando uma verdadeira luta psíquica, que culmina em disfunções e problemas de impotência.

Muitas vezes o resultado da luta permanece indefinido, o que dá origem a problemas neuróticos e distúrbios da potência. Assim, a aquisição da potência total e a tomada da posição genital dependem em parte da solução favorável da fase de feminilidade. (KLEIN, 1997, p. 221).

Assim, para a comprovação da masculinidade, o homem histérico, que passa a perceber a demanda da masturbação como uma imposição, prejudicando sua ereção e causando impotência e outros problemas:

[...] a impotência, a ejaculação precoce, o vaginismo ou a frigidez, todos são distúrbios característicos da vida sexual do histérico, os quais, de uma maneira ou de outra, exprimem a angústia inconsciente da mulher de se deixar penetrar. (NASIO, 1991, p. 45).

Outra consequência prejudicial pode ser a perpetuação da masturbação como garantia para a penetração futura. Nesses casos, a prática reiterada da masturbação culmina na impossibilidade de concretizar o coito sem antes se masturbar, criando assim um ritual que, em níveis de compulsão, vai acabar impossibilitando a ereção ou a ejaculação. Explicando esse contexto, o cérebro estará condicionado ao manuseio manual prévio, ou seja, em caso de ele não ocorrer, a possibilidade de não ocorrer a ereção se maximiza, gerando uma frustração que, se não tratada, levará o indivíduo à condição de estritamente dependente da masturbação.

## Isolamento devido à Pandemia e Masturbação

Em 1995, maio foi proclamado como “o mês da masturbação”, em homenagem à médica Joycelyn Elders, primeira secretária de saúde americana negra dos Estados Unidos e demitida em 1994 por defender a inclusão da educação sexual prática nas escolas, explicitando que a masturbação era um tabu a ser quebrado (SIQUEIRA, 2020).

Passados 25 (vinte e cinco) anos, a pandemia de COVID-19 parece ter feito justiça à homenagem estabelecida, pois promoveu, no período, a masturbação como intensa prática e recomendada por inúmeras organizações. Erika Lust, diretora e produtora sueca de filmes eróticos, afirmou que “isoladas, as pessoas estão procurando formas de entretenimento, e o autoprazer pode ajudar a aliviar parte das tensões que estamos vivendo com a pandemia” (SIQUEIRA, 2020, p.1).

Ainda, segundo a psiquiatra Carmita Abdo:

Quem mora sozinho acabou ficando restrito à masturbação ou ao sexo virtual, que nada mais é do que uma masturbação com vídeo, o que amplia a participação de sentidos como a visão e a audição. Com isso, a masturbação, que há 40 anos era vilã, mudou de categoria e passou a ser recomendada. (GLAUCHAZH, 2020, p.1).

Apesar de ressaltar a “Revolução da Masturbação”, com a quebra de tabus e paradigmas, Abdo alerta para os riscos da prática frente a uso de objetos ou mãos não higienizadas que tenham contato com mucosas

da vagina, do pênis ou mesmo do ânus ABDO *apud* GLAUCHAZH, 2020).

Alguns países, inclusive, recomendaram a masturbação como medida de contenção ao coronavírus: “você é seu melhor parceiro” (CINEBUSS, 2020); embora não se possa afirmar se essas recomendações têm embasamento científico não passam de mitos e crenças esperançosas.

Na Colômbia, o Ministério da Saúde e Proteção Social preparou um documento com orientações sobre formas consideradas seguras de manter relações sexuais durante o período de isolamento social [...]. Como alternativa, o ministério colombiano sugere a masturbação: “Você é o seu parceiro sexual mais seguro, esta é uma forma de obter prazer sexual que não implica contato direto com outras pessoas. Se utilizar brinquedos sexuais, assegure-se de lavá-los com água e sabão”. (ALONSO, 2020)

Assim, o antigo tabu outrora repulsivo, passou a ser tratado com mais naturalidade e recomendado publicamente, inclusive com orientações sobre uso de brinquedos estimulantes.

Segundo publicação do Departamento de Psicologia Médica da Clínica Universitária de Essen, na Alemanha, a masturbação poderia, além de prevenir a necessidade de contato social, estar associada ao aumento da imunidade individual e, portanto, se constituindo como uma importante aliada para o corpo combater e lidar com o coronavírus:

O motivo, segundo o estudo, seria pelo fato de o orgasmo aumentar os níveis de dopamina e ocitocina, elementos químicos essenciais que estimulam o sistema imunológico e fortalecem o corpo contra ameaças externas, como vírus e bactérias.

Estes dois componentes também reduzem os níveis de cortisol, hormônio responsável pelo estresse e presente em momentos de ansiedade e angústia. Ainda de acordo com a pesquisa, o nível de glóbulos brancos (também responsáveis por combater vírus e bactérias) presentes no sangue, 5 minutos antes de um orgasmo e 45 minutos depois, aumenta, o que causa benefícios. (IBAHIA.COM, 2020)

Até mesmo o Departamento de Saúde da Cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos, lançou uma cartilha, durante a quarentena da covid-19, orientando, dentre outras práticas, evitar orgias e práticas sexuais entre pessoas que não habitam o mesmo teto, dando preferência à masturbação, ou ao sexo e e encontros virtuais, além de salas de bate papo sexual (CINEBUS, 2020).

Parece, portanto, em definitivo, que excepcionando-se situações de compulsão, que a masturbação alcançou os níveis de debate público, quebrando tabus, superando a antiga ideia de “vício solitário”.

## Considerações Finais

Considera-se que a evolução dos estudos sobre a sexualidade levou a humanidade à quebra de paradigmas patriarcais, possibilitando um maior conhecimento da sexualidade masculina. O homem vem aceitando melhor o autocuidado e práticas preventivas, que podem ser incentivados no contexto escolar e familiar, já na infância. Até então uma cultura sexual estereotipada, distorcida e repressiva impunha um acanhamento dessas questões.

Embora vivamos numa cultura em que se perpetua a sexualidade como predominante, torna-se necessário aperfeiçoar essas discussões, as quais não são bem absorvidas pela base da educação familiar e escolar, mas precisam ser.

É de extrema importância em nossa sociedade, que homens homens entendam a necessidade do autocuidado e isso inclui a masturbação como prática saudável da sexualidade, dentre outros temas. A masturbação, assim, pode ser vista como uma aliada para esta descoberta.

## Referências Bibliográficas

ABRAMOVAY, M. Juventude e sexualidade por Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro e Lorena Bernadete da Silva. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ALONSO L. Países recomendam masturbação e vodca como medidas para contenção do coronavírus. Folha de São Paulo. 31 mar. 2020. (Internet). Disponível em: [https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/paises-recomendam-masturba-](https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/paises-recomendam-masturba-cao-e-vodca-como-medidas-para-contencao-do-coronavirus.shtml)

[cao-e-vodca-como-medidas-para-contencao-do-coronavirus.shtml](https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/paises-recomendam-masturba-cao-e-vodca-como-medidas-para-contencao-do-coronavirus.shtml) .

BARBOZA, J. Teoria do amor sexual: uma reflexão em torno de Platão, Schopenhauer e Freud. Rev. Filos., v. 19, n. 25, p. 225-236, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípio e Diretrizes. Secreta-



ABRAMOVAY, M. Juventude e sexualidade por Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro e Lorena Bernadete da Silva. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ALONSO L. Países recomendam masturbação e vodca como medidas para contenção do coronavírus. Folha de São Paulo. 31 mar. 2020. (Internet). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/paises-recomendam-masturbacao-e-vodca-como-medidas-para-contencao-do-coronavirus.shtml>.

BARBOZA, J. Teoria do amor sexual: uma reflexão em torno de Platão, Schopenhauer e Freud. Rev. Filos., v. 19, n. 25, p. 225-236, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípio e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: 2008.

BUNDT, R. L. C. A moral da infidelidade. Sessões do Imaginário, vol. 18, p. 51-56, 2007.

CINEBUSS. Nova York incentiva a masturbação em cartilha sobre sexo durante a quarentena. 23 mar. 2020. (Internet). Disponível em: [https://cinebuzz.uol.com.br/noticias/coronavirus/nova-york-cartilha-de-sexo-coronavirus.phtml?utm\\_source=site&utm\\_medium=txt&utm\\_campaign=copypaste](https://cinebuzz.uol.com.br/noticias/coronavirus/nova-york-cartilha-de-sexo-coronavirus.phtml?utm_source=site&utm_medium=txt&utm_campaign=copypaste)

FRANCO, I. O sopro do amor: um comentário do discurso de Fedro no Banquete de Platão. 1º ed. Rio de Janeiro: Palimpsesto, 2006.

FURLANI, J. Educação Sexual - quando a articulação de múltiplos discursos possibilita sua inclusão curricular. Perspectiva, v. 26, n. 1, p.283-317, 2008.

GLAUCHAZH. Por que a masturbação ganhou um novo sentido durante o confinamento. 18 mai., 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/donna/sexo-e-relacionamento/noticia/2020/05/por-que-a-masturbacao-ganhou-um-novo-sentido-durante-o-confinamento-cka4yzzqp002d01mg-7sunui7v.html>

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc. saúde coletiva, v.8 n.3, 2003.

GOMES, R. A sexualidade masculina em foco. In: Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GOMES, R. Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. Brasília: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2016.

GUIMARÃES, M. S. Adulterio virtual / Infidelidade virtual. IBDFAM, 22 abr. 2004. (Internet). Disponível em <http://www.ibdfam.com.br/>

IBAHIA.COM. Sexo pode ajudar na prevenção contra o coronavírus; entenda. 15 mar. 2020. (Internet). Disponível em: <https://www.ibahia.com/saude/sexo-pode-ajudar-na-prevencao-contra-o-coronavirus-entenda>

KLEIN, M. Os efeitos das situações de ansiedade arcaicas sobre o desenvolvimento sexual do menino (1932). In: A psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

LAGES, M. N. Sexualidade na adolescência: intervenção, em contexto educativo, para a promoção do auto cuidado. Porto Alegre: PUCRS, 2009.

MAIA, A. C. B. Sexualidade e educação sexual. p. 1-15. UNESP. (Internet). Disponível em: [https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155340/3/unesp-nead\\_reei1\\_ee\\_d06\\_s03\\_texto02.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155340/3/unesp-nead_reei1_ee_d06_s03_texto02.pdf)

MENDONÇA, L. M. Infidelidade conjugal: sob a ótica sistêmica- psicodramática. Salvador: Bureau, 2009.

NASIO, J. D. A histeria: teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

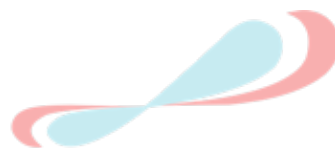
SCHEEREN, P. Comportamentos de infidelidade entre homens e mulheres. Porto Alegre: UFRS, 2016.

SILVA, S. G. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. Revista Psicologia Ciência Profissão, vol. 20, no. 3. Brasília: Scielo, 2000.

SIQUEIRA, G. Masturbação vive seus dias de glória durante isolamento social. 100Fronteiras, 14 mai. 2020. (Internet). Disponível em em: <https://100fronteiras.com/brasil/noticia/masturbacao-vive-seus-dias-de-gloria-durante-isolamento-social/>

VITIELLO, N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. Revista Brasileira de Medicina, v. 7, n.2, p.153-156, 1996.

UOL. Masturbação diária como sugerida por Roberta Miranda faz bem para saúde?. Vivabem, 14 out. 2022. (Internet). Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2022/10/14/masturbacao-diaria-como-sugerida-por-roberta-miranda-faz-bem-para-saude.htm?cmpid=co-piaecola>



# A Homossexualidade na Adolescência

## Homosexuality in Adolescence

**Márcia Grutki**

[marciagrut@terra.com.br](mailto:marciagrut@terra.com.br)

Médica Ginecologista-obstetra pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Especialista em Ginecologia da Infância e Adolescência pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Pós-graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### Resumo:

O artigo busca, a partir da revisão de estudos acadêmicos, dar um entendimento maior sobre a homossexualidade na adolescência e demonstrar as vulnerabilidades enfrentadas por estes, demonstrando a necessidade de promoção de ações de redução das desigualdades e dos comportamentos de risco, visando a promoção de saúde desses jovens.

**Palavras-chave:** Homossexualidade, Minoria sexual, Bullying, Vitimização.

### Abstract:

The article seeks, from the review of academic studies, provide a greater understanding of homosexuality in adolescence and demonstrate the vulnerabilities faced by them, demonstrating the need to promote actions to reduce inequalities and risk behaviors, aiming to promote the health of these young people.

**Keywords:** Homosexuality, Sexual minority, Bullying, Victimization.

## Introdução

É grande número de jovens homossexuais que sofrem pelo preconceito e homofobia enraizados em nosso meio, criando situações onde as adolescentes homo afetivos procuram ajuda pela não aceitação familiar e *bullying* em ambiente escolar, causando muitas vezes, depressão, abandono escolar e problemas relacionados com a baixa estima.

Segundo Hughes (2001), adolescentes pertencentes às minorias sexuais vivenciam mais fatores de riscos do que os jovens heterossexuais. As escolas, muitas vezes, não estão preparadas para a adversidade sexual com suas variadas expressões e ignorá-la são respostas frequentes dadas aos alunos por professores, coordenadores e diretores escolares. As famílias, muitas vezes, conservadoras se veem diante de situações não imaginadas quando há presença de um adolescente homossexual em casa, desenvolvendo atos de repulsa e agressividade.

Em função da inquietação e discriminação em torno deste tema e pelo fato dos adolescentes pertencentes à minoria sexual terem medo de serem rejeitados, muitos escondem sua orientação sexual e vivem no isolamento social e psicológico, fazendo uso de drogas e álcool, tendo transtornos alimentares, fugindo de casa e adotando a prostituição como meio de vida. Teixeira Filho (2012) estudou adolescentes entre 12 e 20 anos, residentes em três municípios paulistas, buscando entender as tentativas de suicídio relacionadas à orientação sexual e evidenciou-se que os não heterossexuais têm mais probabilidade de pensarem e tentarem suicídio do que os pertencentes ao grupo heterossexual, concluindo que a questão suicídio é uma problemática de saúde pública para estes jovens, que necessitam de uma atenção com abordagens específicas para a prevenção desta conduta.

Além disto, a relação homoafetiva masculina é de risco, aumentando o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BELOQUI, 2008). Com o surgimento da aids, os adolescentes da minoria sexual começaram a ser infectados em relações sexuais desprotegidas, muitas vezes, causada por uma baixa estima e falta de informação decorrente de uma política de saúde voltada a esta minoria.

Bauermeister (2011), que pesquisou a correlação entre os sintomas de depressão, ansiedade, homofobia internalizada e baixa de autoestima com 350 jovens (55% de homens), entre idades de 15 e 19 anos, recrutados em 3 “*drop centers*”<sup>1</sup> pertencentes à população LGBT - lésbicas, gays, bissexuais e transexuais de Nova York, mostrou que os jovens ligados a associações não desenvolviam sinais de depressões maiores do que os grupos heterossexuais da mesma faixa etária, concluindo, então, que o apoio é fundamental para LGBTs.

Segundo Sadovsky (2000), os médicos necessitam ter conhecimento sobre sexualidade para poder atender gays<sup>2</sup> e lésbicas; por isso é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para que ofereçam um atendimento adequado às minorias sexuais, entendendo seus fatores de risco específicos, já que, muitas vezes, deixa-se passar uma oportunidade importante de abordagem sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo a aids nesta população mais vulnerável.

O trabalho aqui apresentado surgiu a partir das observações do preconceito e homofobia no ambiente escolar e o despreparo das famílias na aceitação do jovem homossexual, que carregam estigmas sociais que dificultam suas habilidades como adolescentes, buscando contribuir para que desenvolvam relacionamentos saudáveis e íntimos; além de identificar como a sociedade pode contribuir para que esses jovens possam viver de uma maneira adequada como qualquer outro adolescente heterossexual, sem sofrimento por suas orientações sexuais e fatores de risco, incluindo tentativas e suicídios concretizados, adesão às drogas, prostituição e abandono escolar. Ao mesmo tempo verificar se existem maneiras, programas escolares vigentes, conscientização e acolhimento social por parte das famílias e leis capazes de proporcionar a estes jovens uma vida longe de preconceitos, de forma que exerçam sua sexualidade livremente.

Através das revisões sistemáticas de artigos científicos, pesquisas, dissertações e teses disponibilizadas nas bases de dados Scielo, Pub Med, *Up to Date*, livros e Biblioteca Virtual em Saúde serão analisados o acolhimento a estes adolescentes gays, o impacto deste em suas autoestimas e, conseqüentemente, a oportunidade de uma vida saudável tal como é a dos heterossexuais.

## Gênero e Homossexualidade

Entre os anos 1970 e 1980, começaram a surgir autores cujas reflexões abordaram a construção social da população *gay* e suas dificuldades de convivência na sociedade causada pelas opressões vivenciadas. O conceito de gênero se atribui como as características típicas do sexo feminino ou àquelas pertencentes ao sexo masculino biológico, uma vez que, na sociedade em que vivemos, há a nítida divisão dos conceitos de heterossexual ou homossexual, homem ou mulher, dividindo-se o que é considerado próprio do gênero masculino e o que é próprio do gênero feminino, definindo uma série de regras sociais introduzidas em cada um de nós pela família, escola, igreja e grupos sociais de convivência (PASSOS, 1999). O homem heterossexual conquistou o espaço de maior prestígio na sociedade, seguido pela mulher heterossexual, colocando em vala comum a população de *gays*, travestis, bissexuais e transexuais.

Segundo Scott (1995), o gênero é uma construção social das diferenças sexuais percebidas, variando segundo fatores históricos e culturais. E as atualmente adotadas derivam do modelo patriarcal que gera desigualdades entre os gêneros (GUERRA, 2014). Porém, a partir dos anos 1950, os movimentos feministas, o movimento *hippie* e, mais tarde, a luta pelos direitos da população de minoria sexual começaram a surgir, questionando esses padrões.

### - Papéis de gênero:

A criança, ao se desenvolver, começa a ter consciência do seu sexo biológico desde os dois anos e sente os efeitos quando se vê pertencente a um sexo e não a outro correspondente as suas condutas. Após os 3 anos a criança já se reconhece como menino ou menina e pode acontecer de um menino ou uma menina se identificar com condutas opostas ao seu gênero (CASTAÑEDA, 2007). Compreender as diferenças entre gênero, orientação sexual e comportamento sexual é necessário para quem trata e ampara a saúde da infância e adolescência, já que essas são influenciadas grandemente pela cultura em que se vive.

<sup>1</sup> *Drop centers* são centros de acolhimento onde oferecem um local seguro e confortável para a população receber aconselhamento, educação e formação para a vida.

<sup>2</sup> Pessoa que tem atração pelo mesmo sexo.

Na atual sociedade, o conceito de sexualidade está ligado ao gênero e com isto homens e mulheres devem desempenhar seus respectivos papéis sociais atrelados às condições biológicas definidas para cada sexo (PASSOS, 1999), determinando características no nível social, de comportamento, enfim, de como se deve ser para garantir o estereótipo sexual, que atualmente é disponibilizado por uma sociedade sexista, machista e heterossexual normativa. Acreditam que o gênero é determinado pelo sentimento de se pertencer a um sexo biológico; por isto, quando um indivíduo homossexual assume o seu *status* fica muito difícil transpor estas barreiras impostas pela sociedade desde o nascer, que o classificam como “menino” ou “menina”, esperando condutas adequadas a essa divisão.

Nas escolas, durante muitos anos e ainda hoje, foi mantida a divisão por normas de ser gênero ou outro, em brincadeiras e trabalhos, até chegando a diferenciar o uso de cores nos uniformes, em atividades, atividades físicas (futebol para os meninos e vôlei para as meninas) e banheiros (azulejos azuis para meninos e rosa para meninas).

Os estereótipos que a sociedade impõe, levam os sujeitos *gays* e lésbicas a serem identificados como homens-afeminados e mulheres-macho, respectivamente, contribuindo para a reprodução do preconceito e discriminação à sua individualidade e exercício de sua sexualidade.

Apesar de haver hoje maior flexibilidade na aceitação dos papéis de gênero, o(a) adolescente não heterossexual percebe que sua sexualidade é diferente da de seus colegas e, muitas vezes não é aceito(a) por seu grupo de amigos, familiares e sociedade em geral, uma vez que percebe que a homossexualidade é negativamente tratada em piadas, em programas humorísticos, novelas, filmes etc. (NASCIMENTO, 2004). Com a elaboração interna do afastamento social, estas atitudes negativas vão construindo uma interiorização desta homofobia, uma “homofobia interiorizada” (HARDIN, 2000).

Segundo Remafed (1992), em estudo demográfico com 34.706 adolescentes norte-americanos de ambos os sexos, verificou-se que 10,7% deles não tinham certeza quanto a sua orientação sexual e 1,1% se revelaram bi ou homossexuais. Kinsey (1948) já afirmava que 37% dos homens haviam experimentado orgasmos com outros homens, conforme seus estudos, indivíduos que apresentavam comportamentos sexuais variados no decorrer da vida, estáveis ou transitórios; segundo ele, 3% das moças e 27% dos rapazes em idade adolescente chegaram a ter orgasmos resultados de contatos homossexuais, geralmente de caráter masturbatório (KINSEY, 1948).

É preciso destacar que experiências homossexuais ocasionais entre adolescentes não devem ser consideradas definitivas e nomeadas como homossexualidade, quando se mostram temporárias e não se cristalizem como condutas definitivas. (FENICHEL, 1945).

#### - A homossexualidade:

Em algumas sociedades atuais e em outras épocas na história, o comportamento sexual de adolescentes em relação a manter relações sexuais com o mesmo sexo não era considerado como expressão de homossexualidade e podiam ocorrer por vários motivos, tais como uma resposta necessária à uma prática cultural de segregação sexual, como uma maneira de aprender sobre o sexo, como parte do ritual de se tornar adulto, ou como uma explicitação divertida de atração sexual por pessoas que tem um excesso de energia sexual.

A atração sexual entre indivíduos do mesmo sexo biológico existe desde os primeiros relatos de humanidade e em todas as culturas. Foi bem aceita na Grécia, onde havia o exército Batalhão dos Amantes, composto apenas por homossexuais; também na Pérsia, Roma e China, mas condenada entre os assírios, os hebreus e os egípcios, embora registros anos 4.500 aEC., foram registradas representações de relações homossexuais entre os deuses Oros e Seti. Entre os índios brasileiros e algumas sociedades africanas existem vários relatos sobre o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo, variando desde a aceitação, como uma expressão legítima da sexualidade, até a rejeição absoluta.

Spencer (1996) relata que em algumas sociedades, ao longo da civilização humana, o relacionamento entre homens era praticado e necessário em tribos há 10000 anos. O rito de passagem de um menino para a vida adulta era a relação passiva com um homem adulto que, através do seu sêmen transmitia virilidade e rigor para a manutenção da tribo

Em relação ao lesbianismo, podemos citar dessa mesma época a primeira e famosa lésbica da história, Safos de Lesbos, nomes dos quais derivaram os termos lésbica e lesbianismo e safada. Assim, as relações homossexuais faziam parte do desejo sexual exacerbado, ou amor, que incluía os dois sexos. As relações sexuais não eram hierarquizadas por meio de uma distinção daqueles que praticam optavam pelos hábitos homo ou heterossexuais. Muitas vezes, o envolvimento entre pessoas do mesmo sexo chegava, em certos casos, a ter uma função até pedagógica (CORINO, 2008).

Porém, em muitas civilizações como no povo judaico os homossexuais eram apedrejados, em outras eram decapitados ou queimados nas fogueiras da Inquisição seres humanos foram enforcados, afogados. Mesmo no Brasil, na época do Maranhão colonial eram despedaçados na boca de um canhão e até mesmo foram queimados pelos nazistas nos campos de concentração (MOTT, 1994).

Porém, de acordo com os fundamentos do cristianismo, a homossexualidade não é natural por não reproduzir, por isso é atacada e, em certos períodos, até transformada em crime passível de morte. Um exemplo disso, ocorreu em Roma, em 500 d.EC, quando o imperador Justiniano proibiu relações homossexuais, utilizando a Bíblia para afirmar que a destruição da cidade de Sodoma descrita nesta obra estava relacionada à homossexualidade.

Também no Japão que até ano 1.000 há vários registros de imperadores que se relacionavam com jovens escravos sexuais, a homossexualidade era comum, inclusive entre os samurais. Posteriormente, em 1.300, estes já eram acusados e queimados (LOUREIRO, 2015).

O termo “homossexualismo” foi proposto, em 1869, relacionando ao sufixo “ismo” (com sentido de doença), conforme o texto “As Sensações Sexuais Contrárias” de Westphal, publicado em 1870, definindo a homossexualidade em termos psiquiátricos, “como um desvio sexual, uma inversão do masculino e do feminino”, uma degeneração do comportamento humano, época em que existiam leis que proibiam as relações entre pessoas do mesmo sexo. A lobotomia, inclusive, era indicada para tratamento de indivíduos homossexuais, indicada pelo médico português António Egas Moniz, que os considerava como portadores de doença mental juntamente com uma perversão (FRAY, 1991).

Na segunda metade da década de 1880, o sexologista alemão Richard Von Krafft Ebin listou a homossexualidade e outros 200 estudos de casos de práticas sexuais em “*Psychopathia Sexualis*” propondo que a homossexualidade era causada por uma “inversão congênita” que ocorria durante o nascimento ou era algo adquirido pelo indivíduo (FRAY, 1991).

Foi a teoria de Freud (1971), que modificou isso, em 1920, afirmando que o ser humano é “hermafrodito” enquanto está no útero da mãe e nasce bissexual. A partir dos inquéritos e escritos de Kinsey (1948) a bissexualidade é reconhecida como uma orientação sexual cientificamente comprovada.

Em 1952, a APA – *American Psychological Association* (em português Associação Americana de Psiquiatria) publicou, o primeiro “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais” (FRAY, 1991), indicando a homossexualidade como uma desordem, fazendo com que passasse a ser estudada por vários cientistas, que, por sua vez, nada conseguiram comprovar a mesma como distúrbio mental.

Na década de 1960, nos Estados Unidos, a homossexualidade ainda era considerada uma “desordem mental” e julgada como crime passível a penas de 20 anos à prisão perpétua em quase todos os estados americanos (exceto Illinois), época que abrigava rígidas ações, tendo criado até esquadrões do “vício”, fazendo “batidas” em bares homossexuais para prender seus clientes. Nova York concentrava a maior população LGBT e o bar *Stonewall Inn*<sup>3</sup> era encontro deles, administrado pela Máfia que procurava afastar investidas policiais. A Polícia local agia fechando este bar por algumas horas e depois seu funcionamento recomeçava novamente, até que em 28 de junho de 1969, houve uma resistência geral à prisão pelos frequentadores, reunindo uma multidão que enfrentou a Polícia que convocou a tropa de choque provocando confrontos violentos por 6 dias. Esta revolta marcou a virada pelos direitos homossexuais nos Estados Unidos e em todo o mundo, unificando movimentos libertários (FRY, 1991).

Assim surgiu o termo *gay*, termo politizado utilizado como meio de apagar a sombra do teor psiquiátrico da palavra homossexual. No Brasil, chamava-se originariamente *gay* ao homossexual masculino passivo; a mulher homossexual ativa era definida como “sapatão”; atualmente, o termo *gay* aplica-se tanto ao homem homossexual ou a mulher homossexual (WIKIPEDIA, s/d).

Somente em 1973, a homossexualidade como doença foi excluída do Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana em 1973, após intensos debates e pela falta desta comprovação da homossexualidade enquanto doença (FRY, 1991). Seguindo essa tendência, os psicólogos, em 1975, por meio da *American Association Psychological* (Associação Americana de Psicologia), adotaram a mesma posição (RODRIGUES, 2014).

Porém, contrariamente, a OMS – Organização Mundial de Saúde incluiu o homossexualismo na Classificação Internacional de Doenças (CID) de 1977 como uma doença mental, termo só subtraído em 17 de maio de 1990, data que se tornou o “Dia Internacional contra a Homofobia, Bifobia e Transfobia” (WIKIPEDIA, s/d).

No Brasil, nos anos 1970/80, as batidas policiais também eram comuns, com gays e lésbicas sendo presos só pelo simples fato de serem homossexuais. Os bares eram frequentados eram escondidos em regiões centrais ligadas ao “submundo”. Foram feitos movimentos de protestos na passeata contra o Delegado

Richetti, em 13 de junho de 1980, e a invasão do Ferro's Bar, em 19 de agosto de 1983, data que ficou conhecida como o "Dia do Orgulho Lésbico" brasileiro. Apesar desses incidentes, foi a epidemia de aids que mobilizou a população e as lutas homossexuais e o Movimento LGBT que atualmente tem grande atuação e ganhou diversas conquistas civis no país (FRY, 1991).

Apesar disso, o país ainda é um dos campeões mundiais em crimes homofóbicos o que trouxe a discussão do Supremo Tribunal Federal considerar a homofobia um tipo de crime similar ao racismo (STF, 2019).

## Homossexualidade na Adolescência

### - A descoberta da homossexualidade:

Malyon (1981), cita três adaptações utilizadas pelos adolescentes homossexuais quando percebem sua própria orientação sexual: a repressão dos desejos pelo mesmo sexo, a supressão desses desejos a favor de tentar assumir uma orientação heterossexual ou mesmo assexuada, ou a divulgação de sua orientação diversa da maioria. Da mesma forma, Anderson identifica que adolescentes homossexuais lidam com suas questões sexuais de 3 formas: esconder seus sentimentos, tentar alterá-los ou aceitá-los. Esses autores apontam que, após a consciência dos fatos, há seguidamente, o aparecimento de sentimentos tipo pânico pelo confronto e quebra de valores e planos de padrões de vida pré-estabelecidos;

Segundo Teixeira-Filho (2012), o adolescente ao tomar consciência da sua homossexualidade encontrar-se-á a negação questionando-se e tentando entender o porquê da sua orientação sexual levando-o a várias etapas: dúvida ("Talvez não seja verdade"), raiva ("Por que eu?"), barganha ("Farei de tudo para evitar isso). Vou compensar esse 'defeito', sendo o melhor..."), depressão ("Nunca serei feliz."), e, enfim, aceitação ("Sou o que sou e não preciso nem me esconder, nem tentar agradar ninguém para ser aceito").

Segundo Knobel (1992) a adolescência é uma fase que "obriga o indivíduo a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e que o levam a abandonar sua autoimagem infantil e a projetar-se no futuro da sua vida adulta". O equilíbrio e o desequilíbrio do processo da adolescência, muitas vezes, perturbam o mundo adulto, mas são essenciais os questionamentos para o adolescente que, com isto, construirá a sua identidade pessoal, sexualidade e orientação sexual. Por isso, descobrir-se *gay*, nesta fase, perturba o processo de formação de identidade, à medida que o indivíduo tenta assumir os valores heterossexuais impostos pela sociedade que o cobra com suas expectativas (TROIDEN, 1989).

Na visão freudiana, Anna Freud (1958) cita que é muito difícil diferenciar entre o normal e o patológico, nesta fase, e considera, toda a comoção deste período da vida como normal, assinalando também que anormal seria se houvesse um equilíbrio estável durante o processo adolescente. Assim a autora caracterizava a adolescência como um período de desequilíbrio psíquico e comportamento instável em virtude dos conflitos internos associados à maturação sexual e não uma etapa estabilizada propriamente dita. Para o adolescente que está se tornando consciente de uma identidade homossexual em desenvolvimento é um período extremamente difícil, já que o ambiente social é heterossexualidade e fica subentendido que uma orientação homossexual é indesejável (HALDEMAN, 1994).

Assim, muitos adolescentes *gays* começam a apresentar comportamentos inibidores e não pertencentes a esta faixa etária, limitando a exposição de convívio com o sexo oposto para que familiares e amigos não percebam a falta de interesse sexual, evitando aprofundar-se na homossexualidade para não confirmar seus medos e angústias, e, muitas vezes, assumindo até atitudes heterossexuais. Há, ainda, o uso abusivo de drogas e álcool usados por muitos adolescentes *gays* para adormecer ansiedade e depressão. Estes jovens não encontram nenhum local além de bares próprios para fazer contatos entre pares. Isso afeta a autoestima, pois há uma autorrecriminação em relação aos sentimentos homoeróticos, aumentando o isolamento (ANDERSON, 1997),

As famílias, em um contexto geral, criam seus filhos para crescer e formar novas famílias, constituídas de pai, mãe e filhos (CASTAÑEDA, 2007), ou seja, objetivando posturas heterossexuais.

Anderson (1987) e verificou que o grupo de apoio foi de extrema importância para muitos desses adolescentes, pois era o único lugar onde não tinham que se esconder e onde poderiam expressar as partes de seu próprio eu dividindo as suas angústias e sentimentos. Inicialmente, observou que, durante as sessões grupais, os adolescentes se animaram consideravelmente ao ver outros garotos e garotas homossexuais, compartilhando experiências familiares e escolares, validando seus próprios sentimentos e experiências.

---

<sup>3</sup> Casa noturna onde a população LGBT frequentava, definido como um espaço de liberdade, localizada no bairro Greenwich Village em Nova York.

Também os estereótipos sobre homossexualidade foram desconstruídos e a vergonha da própria homossexualidade e o medo da divulgação foram amenizados, a ponto de vários se sociabilizarem fora do grupo em amizades íntimas, demonstrando que o grupo de pares gay pode ser um fator fundamental para a promoção do bem-estar do adolescente homossexual, preparando-o para enfrentar os desafios interpessoais que viverão.

Mudanças culturais sobre o tema também vem repercutindo na aceitação, isolamento e autoestima desses indivíduos, como estudos de Willians (2006), que revelam que os adolescentes estão assumindo a homossexualidade muito mais cedo do que a geração anterior. Segundo ele, garotos já estão se dando conta de que são *gays* aos 12 anos e tendo seu primeiro contato sexual com alguém do mesmo sexo entre 14 e 16 anos, exatamente como os seus amigos heterossexuais.

#### - Orientação sexual e vivência da homossexualidade na adolescência:

Os sinais físicos e a capacidade de reprodução iniciadas na adolescência constituem-se como um processo de maturação, conforme a OMS (2002, com a OPAS - Organização Pan-americana de Saúde, processo em que se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. A OMS divide esta faixa etária em pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência (15 aos 19 anos), baseando-se em estatísticas predominantes.

Segundo Rocha (2001), é um período em que o adolescente procura um lugar na sociedade, assumindo a independência da família e onde ocorre transformações corporais, devido à passagem pela puberdade, que tem como características o crescimento somático que culmina na maturação sexual e aquisição de funções do corpo adulto e novas formas físicas e estéticas (CHALFIN, 2007).

Segundo Tanner (1952), a adolescência caracteriza-se, portanto, como uma fase de transição e crescimento físico, mas também psicológico, rumo independência psicossocioeconômica e busca de identidade pessoal. Algumas das alterações psicológicas estão ligadas às mudanças hormonais que dão início à sensibilidade sexual; outras influenciam em mais energia física, entusiasmo e inquietação sem limites. Nesta fase há tendência à impulsividade, a vontade de desafios e muitas vezes de comportamentos de risco, como o uso de bebidas alcoólicas e drogas, como autoafirmação, além da rebeldia aos pais.

Para Abramovay (2004) no período da adolescência, o indivíduo convive no âmbito social e psicológico com vários desafios e conflitos: desde a despedida da infância, passando pela descoberta das mudanças do corpo e da dimensão emocional, até a escolha do caminho para a vida adulta, tudo isso acontecendo ao mesmo tempo.

Lopes (2002) aponta que o início da adolescência é marcado pela procura por afeto e amor período que os indivíduos começam a se envolver com os discursos/significado do amor, do afeto e do sexo. Considerando a sexualidade, Sant'Anna e Daspett (2007) pressupõem a existência de quatro pilares que fundamentam a sexualidade de cada indivíduo: o sexo biológico (macho/fêmea), a identidade sexual (masculino/feminino) – atualmente chamada de identidade de gênero -, a orientação sexual (homossexual/heterossexual/bissexual) e o aspecto psicológico (comportamentos, atitudes e sentimentos); aspectos que devem ser compreendidos de forma individual e contextualizados, ou seja, imersos em relações, ideologias e significados socialmente construídos (GRANDESSO, 2000).

Assim, Romualdo (2007), lembra que cada pessoa é construída por meio dos aspectos biopsicossociais que se interconectam e se influenciam de forma cíclica.

Em relação aos adolescentes que se identificam como homossexuais é de grande importância o conhecimento e análise das suas experimentações da sexualidade e reflexões no dia a dia. A homofobia pode ser expressa de modo encoberto, as atitudes preconceituosas podem estar presentes nas escolas, família, levando à exclusão dos indivíduos da minoria sexual no meio onde estão inseridos.

#### - A construção da identidade e da orientação no adolescente:

O sexismo baseado na superioridade do sexo masculino sobre o feminino constitui um fator importante na construção das identidades sexuais, fazendo com que a heterossexualidade seja um fator determinante social (MOULI; NUNES, 2013). Frequentemente o desacordo destas "leis sociais" geram sentimentos de hostilidades, aversão frente a indivíduos *gays* e *lésbicas*.

Enquanto os adolescentes heterossexuais têm em prática encontros em série e envolvimento em relacionamentos mais românticos, muitos dos adolescentes *gays* adiam as oportunidades de encontros com pessoas do mesmo sexo até a idade adulta devido ao medo e ao estresse de terem que assumir uma identidade não heterossexual, levando ao confronto com amigos, famílias e associando-lhes status de mar-

ginalizados (GOODENOW, 2008). Ter enlases românticos na adolescência é essencial para a formação da identidade de um jovem adulto (FURMAN *et al*, 2002); pois formar vínculo estreito com alguém que tenha as suas mesmas dificuldades pode servir para amenizar o estresse do enfrentamento social.

Para adolescentes homossexuais é fundamental distinguir a orientação sexual e a identidade de gênero. A orientação é o sentido para onde os desejos sexuais, erotização e excitação são direcionados de um indivíduo para outro quer seja do mesmo sexo biológico ou não. Já a identidade é a avaliação individual e percepção de sua masculinidade ou feminilidade; assim a identidade sexual não é determinada pelos sentimentos eróticos e sim de como o adolescente se sente em relação a si.

Interesses e expressões pessoais de gênero opostos não estão necessariamente nem previsivelmente associados à orientação sexual de adolescentes ou adultos. Crianças pré-púberes não condizentes ao gênero são transgêneros, mas como esse termo não é de domínio social amplo, acabam identificando-se mais frequentemente como *gays* ou lésbicas (LEVINE, 2013).

No caso de adolescentes, podem explorar sua sexualidade emergente através de atrações, fantasias e comportamentos (KINSEY, 1948) em que a identidade sexual não se correlaciona necessariamente com esses comportamentos sexuais (CHANDRA, 2012). Da mesma forma, podem ter atrações e fantasias pelo mesmo sexo, mas não se identificarem como homossexuais e vice-versa.

Assim, a orientação sexual não é uma escolha livre ou opção, a qual alguém possa decidir de maneira consciente e feliz por quais dos dois sexos irá se sentir atraída ou não. Segundo Foucault (1988), questionar “o que leva uma pessoa a se tornar homossexual é algo tão absurdo ou natural quanto o que leva uma pessoa a se tornar heterossexual”, questão que abala autopercepção da orientação sexual de *gays*.

Adolescentes *gays*, muitas vezes, na ânsia de agradarem podem acabar “perdendo” a própria identidade e autopercepção de seus desejos, negligenciando e desrespeitando as suas próprias necessidades pessoais (URIBE; HARBECK, 1991). Em função da inquietação e da discriminação e com medo de ser rejeitado, este muitas vezes, esconde suas condições e cai no isolamento social e psicológico.

Como nesta etapa de vida, busca aceitação do meio em que convive, à medida que vai tomando consciência da sua orientação homossexual, vários fatores podem contribuir para alterações de comportamento e surgimento de quadros depressivos, os quais, se não forem superados, podem causar um desajuste social, baixa da autoestima e culminar em quadros depressivos com ameaças, muitas vezes, de suicídio.

Segundo Troiden (1989), no começo da adolescência há, entre os adolescentes *gays*, um primeiro estágio a sensibilização onde o indivíduo sente-se diferente, criando um sentimento de marginalização; num segundo estágio, há autorreconhecimento surgindo a confusão com a identidade masculina, por se percebem atraídos por pessoas do mesmo sexo e começam a acreditar que são provavelmente homossexuais porque não tem interesse nas atividades heterossexuais; num terceiro estágio, assumem a identidade, embora muitos não assumam em alguns meios sociais que se sintam mais reprimidos se mostram mais socialmente e principalmente em ambientes frequentados por homossexuais, até que podem adotar a homossexualidade como um modo de vida, com a “saída do armário”, ao assumirem-se publicamente.

## **A Vivência da Homossexualidade na Adolescência**

A adolescência é um período marcado por mudanças psicoafetivas e quando um adolescente se diz homossexual, começa a constituir um dos grupos mais vulneráveis aos graves problemas do mundo atual, como preconceito, baixa de autoestima, solidão e com isto, muitas vezes, gerando evasão escolar, violência e desintegração familiar. Na maioria das vezes ficam deslocados no seu meio, comem rapidamente à mesa, passam um bom tempo fora de casa e, muitas vezes, encontra-se em situações não desejadas como o uso de drogas, IST e infecção pelo vírus HIV. Ainda vemos a ocorrência de situações de aversão, fobia, medo e preconceitos juntamente com ódio a aquelas pessoas cuja orientação sexual é diferente da heterossexualidade, gerando a homofobia (WALSH; CREPAEU, 1998). A homofobia cria um estigma negativo a respeito da orientação sexual do indivíduo quer seja *gay*, lésbica ou bissexual (MOVILH, 2010).

O adolescente *gay* não é diferente dos outros adolescentes, precisa ser amado, guiado, orientado pelos seus pais e familiares. Necessitam de segurança e desejam viver uma vida comum como todos os outros adolescentes: “ficar”, “transar” e namorar com direito a desejos de constituir uma família no futuro, com segurança e amor.

Savin-Williams (2005) salienta que é um equívoco dizer que a adolescência *gay* é envolta somente por dor e sofrimento, pois a grande maioria dos adolescentes *gays* quer viver a sua sexualidade como ela se apresenta.

Porém, nos tempos atuais, os desafios persistem, com um índice alto de homicídios contra a comu-



nidade LGBT. Conforme a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura é preocupante o nível de homofobia nas escolas brasileiras. Abramovay (2004) verificou que 1 a cada 4 alunos não gostaria de ter homossexuais como colegas de classe; nas escolas, o método mais comum de violências contra homossexuais é a ofensa verbal, o xingamento, sempre com o intuito de "humilhar, discriminar, ofender, ignorar, isolar, tyrannizar e ameaçar".

De acordo com os dados do IPA - Instituto Paulista de Adolescência (MOBILIZADORES.COM, 2010), 7% dos suicídios cometidos por adolescentes e jovens estão relacionados a conflitos com a orientação sexual. As lembranças da homofobia/violência na família são muito dolorosas e podem, em alguns casos, ser carregadas ao longo de toda a vida como feridas difíceis de cicatrizar.

Segundo Martin e Hetrick (1988), o afastamento por parte dos meninos homossexuais de suas amigas acontece, em certas ocasiões, por medo que esta proximidade seja julgada por ser não erótica. Afastar-se do que é natural angustia, isola, tal como não poder trocar um beijo com o seu par sem sofrer julgamento, andar de mãos dadas, ir ao cinema, *shoppings*, enfim, fazer coisas que todos os outros adolescentes heterossexuais fazem, sem ser o foco de atenção.

Apesar da existência nas grandes cidades, de uma variedade de recursos serviços e atividades voltados a homossexuais, a maioria desses serviços é destinada a adultos e muitos não prestam serviço aos jovens com medo legítimo de processos judiciais por seus genitores, perdas de licença, acusações sem fundamentos de exploração sexual com promoção da homossexualidade (DEMPSEY, 1998). Embora alguns jovens gays possam ter casas de apoio, escolas, amigos e outras redes sociais, muitas localidades ainda não têm espaço ou nenhum apoio, revelando o isolamento em um ambiente que é, na maioria das vezes, homofóbico e hostil.

#### - A vivência gay adolescente no ambiente escolar:

As escolas são lugares de aprendizagem e crescimento para a maioria dos jovens. Porém, podem ser um lugar para a vitimização, violência e *bullying*. Em 2012, pesquisa feita nos Estados Unidos com estudantes do Ensino Médio, revelou que 28% relataram vitimização por *bullying* e outras violências, principalmente estudantes *gays* (ROBERS; KEMP, 2014). Já Kosciw (2011), encontrou dados de 82% que foram assediados verbalmente na escola por causa de suas orientações sexuais e mais de 18% sofreram violências físicas, relataram ouvir comentários sexuais prejudiciais (por exemplo, "que é tão *gay*" "maricas") frequentemente na escola; sendo que 57% relataram ter ouvido tais comentários de professores ou outros funcionários; 55% foram assediados ou ameaçados por seus colegas através de meios eletrônicos (mensagens de texto, postagens no Facebook) e 32% perderam pelo menos 1 dia de aula no mês devido a esses eventos.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional com Adolescentes e Jovens LGBT no Brasil (ABGLT, 2015), cerca de 60% dos jovens homossexuais de 13 a 21 anos sentem-se inseguros na escola; 73% afirmaram terem sido agredidos verbalmente e 36% que foram agredidos fisicamente, demonstrando que há preconceito, discriminação, *bullying*, que, conseqüentemente levam à evasão escolar neste grupo.

Em uma meta-análise de 2011 de estudos escolares, os indivíduos de minorias sexuais foram 1,2 vezes mais propensos a relatar abuso físico dos pais e 3,8 vezes mais propenso a relatar abuso sexual (o local de abuso e agressor não foram abordados) do que os seus colegas não sexuais minoritários. Eles também foram 1,7 vezes mais propensos a assaltos na escola, e 2,4 vezes com mais probabilidade de afastamento da escola por medo (FRIEDMAN, 2011).

Atualmente, os adolescentes LBGTs assumem cada vez mais cedo sua sexualidade e, com isto, estão mais expostos precocemente a intimidações homofóbicas. Xingamentos, agressões, assédio sexual e moral ainda são algumas das situações enfrentadas cotidianamente nas escolas; a homofobia está enraizada na maioria dos adolescentes heterossexuais resultando em práticas de violência contra seus pares não heterossexuais.

Estudos entre os jovens concluiu que a maioria dos adolescentes reage mais negativamente aos *gays* do que a qualquer outro grupo minoritário (MARSIGLIO, 1993). Não é espanto, portanto, que os adolescentes homossexuais tenham medo da violência de seus colegas heterossexuais. Estas atitudes fazem com que o abandono do ambiente escolar se dê, principalmente pelo fator estressante da manutenção do seu segredo. Participar de atividades comuns na escola como aulas de dança, frequentemente provoca olhares e comentários maldosos por parte de colegas e professores, interferindo com a capacidade de aprendizado (MACMANUS, 1991).

Segundo a Rede E-Jovem - Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e seus Aliados - amigos heterossexuais, pais e familiares, professores, mili-

tantes e especialistas, há um indicador de uma taxa anual de suicídios entre os adolescentes LBGTs brasileiros superior a 1.000 casos, ultrapassando a média internacional (E.JOVEM.COM).

A prevalência de combates físicos, ameaças ou feridos com uma arma, transportem de armas e abuso de propriedade da escola, abandono escolar vividas por pessoas de minorias sexuais ocorre principalmente no banheiro escolar (37,4%), e em aulas de educação física (36,1%) (OLSEN, 2014).

Reduzir a vitimização da escola relacionada à LGBT, resulta em disparidades de saúde para estes jovens. Rivers (2001), verificaram em pesquisa no Reino Unido, que 19% dos jovens LGB tentaram comportamento autodestrutivo pelo menos 1 vez na vida e 8% tentaram mais de uma vez devido às dificuldades enfrentadas quanto a suas orientações sexuais. Entre os que sofreram *bullying* no ambiente escolar, esse número subia drasticamente para 30%, com múltiplas tentativas autodestrutivas. Em outro estudo, este mesmo autor verificou que 53% das pessoas pesquisadas LGB consideraram o suicídio como decorrência de insultos escolares sendo que 40% haviam efetivamente realizado tentativas de suicídio 30% mais do que uma tentativa (RIVERS, 2001).

#### - Risco de HIV/aids entre adolescentes gays:

Os estudos afirmam que 70% das novas infecções por HIV entre os homens nos Estados Unidos ocorrem entre aqueles que fazem sexo com outros homens (HSH), com cerca de 40% de ocorrência entre os jovens de 13 e 29 anos de idade. (KANN, 2011). Com isto, considera-se que, do ponto de vista do desenvolvimento social (ADELSON, 2012), adultos jovens correm o risco de contrair o HIV porque as suas relações desde a adolescência são acompanhadas por uma série de explorações nas relações românticas e de âmbito sexual (SPIGARELLI, 2007). Não a toa, a adolescência por si só é um dos períodos mais intensos de vida pelos desafios, descobertas e vivências na iniciação sexual.

A dinâmica atual da epidemia de aids denota um aumento do número de casos entre JHSH - homens jovens que fazem sexo com homens, ao contrário de outras faixas etárias em que se observa a diminuição de casos. Os maiores índices de, incluindo a aids é nos grupos sexualmente ativos encontram-se entre os homens que fazem sexo com homens e adolescentes que fazem sexo com homens, pois tendem a ter iniciação sexual mais precoce e com um maior número de parceiros do que os heterossexuais (RIOS, 2003).

Nesse sentido, é necessário reconhecer as vulnerabilidades dos adolescentes do sexo masculino que favoreceram a contaminação pelo HIV. Além disto, a relação sexual gênito anal adotada na homossexualidade masculina é de maior risco para (BELOQUI, 2008), chegando, segundo Patel (2014) a um risco de aproximadamente 138 infecções por 10.000, o que, com o uso de preservativos e uso de retroviral pelo parceiro infectado pelo HIV é atenuado em 99,2%.

Porém, pesquisas indicam que de 1 a 6% de jovens do sexo masculino podem praticar sexo anal com o mesmo sexo e que aproximadamente a metade não usa preservativos, particularmente quando sob influência de álcool ou drogas (TURNER, 1998). No Brasil, o uso de preservativo ainda é baixo entre adolescentes. Frequentemente são relações às escondidas e, em geral, não frequentam ou omitem a sua orientação ao frequentar um serviço de saúde.

Segundo Gonçalves de Assis (2014), dos 3.195 escolares de 15 a 19 anos de idade, de 2º ano do Ensino Médio de escolas de 10 capitais brasileiras, adolescentes com comportamento homo ou bissexual confessaram utilizar preservativo 74,2% menos em suas relações sexuais, do que aqueles com comportamento heterossexual. Como fator correlato a esta prática, verificou-se: sofrer violência sexual, nunca utilizar camisinha ao "transar", ideiação suicida, uso frequente de maconha.

Também Martin (1982) observou, em entrevistas com homens jovens que vivem com o vírus HIV e que foram infectados por transmissão sexual, fatores de vulnerabilidade, como a descrença da possibilidade de infecção, a subordinação sexual, a homofobia e a exploração sexual comercial; salientando a importância da existência de políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva que abranja adolescentes e jovens do sexo masculino *gays*.

Muitas vezes, estes adolescentes se encontram em posição de desigualdade, dificultando a negociação de um sexo seguro com parceiros mais velhos. Além disso, adolescentes homossexuais masculinos tendem a ter iniciação sexual mais precocemente e com um maior número de parceiros do que os heterossexuais. Martin e Hetrick (1988) afirmam que jovens *gays* tendem a correr um risco ainda maior, porque, muitas vezes, não se sentem socializados de forma aberta e, portanto, sem capacidade de desenvolver relações sexuais apropriadas com seus pares, ficando mais propensos a procurar contatos sexuais secretos e de alto risco (1987).

Piper (2008) lembra que muitos jovens se tornaram soro positivo por causa da exploração sexual

comercial. Muitas vezes, marginalizados pela sociedade e por suas famílias, estes adolescentes buscam vantagens econômicas nesta prática.

Entre as lésbicas são as menos propensas a se envolverem com anônimos, além de não praticarem sexo que pode promover traumas físicos com microfissuras.

Diante de tudo isto, é fundamental que todos os adolescentes e principalmente os adolescentes gays tenham programas específicos para prevenção do HIV/aids, incluindo informações sobre transmissão, prevenção e negociação sexual, tendo em vista reduzir o risco sexual.

#### - Fatores de risco e vitimização:

No cenário brasileiro, Poteat e colegas (2011), constataram, por meio de estudo longitudinal, que a manifestação da homofobia por jovens é maior entre adolescentes do sexo masculino do que entre o feminino, com atitudes discriminatórias que muitas vezes geram agressões físicas. A juventude gay e lésbica tem raras oportunidades de falar com alguém que conheça e compreenda suas orientações sexuais e identidades de gays e lésbicas, causando sentimentos de isolamento e baixa estima, por isso tantos cometem atos autodestrutivos.

Assim, adolescentes lésbicas e gays enfrentam desafios típicos da adolescência, somados ao estigma social de sua orientação sexual, podendo ter estresse psicossocial e comportamentos de risco para a saúde, como o uso de substâncias, distúrbios alimentares, autolesões, tentativas de suicídio, comportamentos sexuais de risco, exposição à violência e vitimização e falta de lar. Entre os fatores de risco para a violência no Brasil, ser gay, lésbicas ou bissexual é um dos principais, além do uso de tabaco – que tem prevalência maior entre estudantes homossexuais, lésbicas e bissexuais –, além do maior uso de álcool (Poteat *et al.*, 2011). Gonçalves de Assis mostrou que 18,7% dos adolescentes homossexuais relataram o uso abusivo de bebidas alcoólicas; 6,1% faziam uso de maconha e 42,5% enfrentaram pensamentos com ideiação suicida. 1

Estudo realizado na Inglaterra e País de Gales por McDermott e colegas (2008), mostrou que o risco de suicídio era elevado na população de jovens LGBT. Uma série de comportamentos foram descritos pelos jovens pesquisados na fase de angústia, como resiliência, ambivalência e comportamento autodestrutivo (incluindo automutilação e suicídio). Falaram ainda da homofobia e das pressões normativas mais sutis em relação a um comportamento apropriado de gênero.

Em um estudo com adolescentes do sexo masculino e feminino que participaram de programas para jovens gays em centros comunitários em áreas metropolitanas nos Estados Unidos, D'Augelli e Hershberger (1993) concluíram que ao declararem-se ou assumirem-se homossexuais, muitos passaram a ter medo de perder amigos (34%); medo do assédio na escola (31%); medo de perda de seu emprego (27%); medo de abuso físico na escola (26%) e medo de danos físicos em casa (7%); quase metade da amostra relatada que perdeu pelo menos um amigo depois de revelar sua homossexualidade.

No estudo de Remafedi (1987) com jovens gays, 30% relataram que foram vítimas de assaltos físicos, metade na escola; 55 relataram receber abuso verbal regular de colegas; 37% relatou ser discriminado na educação; 28% tiveram que sair da escola e 41% da amostra relatou ter perdido pelo menos um amigo.

Criar grupos de apoio aos pares, encorajando e orientando, ajuda a reduzir o senso de isolamento destes jovens, dando-lhes oportunidades valiosas para desenvolvimento de habilidades sociais, realizações de discussões sobre o significado da identidade sexual gay, compartilhamento de informações.

## Família, Escola e Programas de Saúde

Baseado neste panorama de vulnerabilidade, surgem medidas para o apoio psicológico e social da juventude da minoria sexual. O relacionamento entre pares, incluindo parcerias românticas, têm sido considerado como uma tarefa fundamental para o desenvolvimento de adolescentes saudáveis.

Programas para jovens e prestação de cuidados de saúde sem o olhar discriminatório em relação à orientação sexual são necessários, bem como esforços frente à ação de Saúde Pública para reduzir as disparidades nos comportamentos de risco entre jovens de minorias sexuais. Cabe aos políticos, educadores e profissionais de saúde aumentar a visibilidade do problema e promover acesso à educação, cuidados de saúde e intervenções, incluindo campanhas e introdução da Educação Sexual nas escolas desde cedo, priorizando os comportamentos de risco para a saúde também entre os jovens das minorias sexuais.

Também identificar e criar “espaços seguros”, como escritórios de conselheiros, salas de aula ou organizações de estudantes onde os estudantes da minoria sexual poderão receber apoio.

Também é preciso incentivar funcionários da escola a discutir o tema e a participar da criação de

ambientes escolares favoráveis para todos os alunos, independentemente do *status* de minoria sexual; facilitando comportamentos seguros, acesso aos prestadores de cuidados de saúde e apoio de serviços sociais e psicológicos, para os jovens de minoritários sexuais que necessitam. Além disso, é preciso o envolvimento dos pais através de esforços de divulgação e programas educacionais que forneçam informações e habilidades que possam ajudar e apoiar a sexualidade da juventude minoritária, esclarecendo os fatos sobre identidade e orientação sexual e promovendo o bom desenvolvimento da sexualidade de seus filhos.

#### - O papel dos pais frente à homossexualidade:

Para o adolescente *gay*, o stress de ocultar a sua orientação sexual pode gerar uma grande raiva e frustração, por crerem estar desapontando a expectativa dos pais. Tal relacionamento gera um desconforto que nem os pais, nem o adolescente entendem (BORHEK, 1993).

Os fatores que contribuem para a resiliência e combatem o estigma de ser homossexual incluem aceitação, competência, desenvolvimento de maiores níveis de autoestima e bem-estar psicológico, forte sentido de si mesmo e aceitação, forte identificação étnica, elo fortalecido com a família e escola, exemplos de adultos próximos que cuidam da família e envolvimento com a sociedade (HERRICK, 2014). Assim, a aceitação pessoal, familiar e social da identidade sexual tem potencial de proporcionar proteção contra resultados psicossociais e de saúde adversos entre os e as adolescentes homossexuais.

Aceitação familiar é um fator de real importância para o bem-estar psicológico (BIRD, 2012), comprovados em vários estudos sobre saúde mental (RYAN, 2010).

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde incentivar tal situação, servindo como educadores e demonstrando abertura, apoio e respeito pelas diversidades e fornecendo informações aos pais, para que superem estranhamentos e rejeições em prol da saúde de seus filhos. Aos pais de uma forma sensata e consciente, cabe dar o apoio necessário aos filhos, pois são os responsáveis por suas seguranças, estabilidades emocionais e força para enfrentar juntos qualquer discriminação social e preconceito.

Pais reativos podem fazer com que seu filho homossexual esconda sua orientação sexual por medo da pressão social, criando conflitos internos de autoestima e construção de identidade. Ao contrário, precisam apoiar os adolescentes, para que sintam acolhidos e “nutridos”. É um momento de extrema reflexão, onde os laços familiares e de amor devem prevalecer para que o adolescente se sinta extremamente seguro para traçar este caminho não tão retilíneo como imaginado. É quase inevitável o choque quando os pais se deparam com um filho ou uma filha homossexual.

Charbonneau (1973) aponta que, quando o filho ou a filha causa uma decepção, a frustração por parte dos pais e das mães surge, há uma tendência a criar desesperanças, uma vez que as projeções e planos do futuro de seus filhos são modificadas, tendendo a acreditar é só uma fase que vai passar. Conforme Costantin (2011) são vivenciadas 6 etapas por mães e pais de homossexuais: descoberta, luto, negação, defesa, conformação e aceitação. As variações de tempo e aceitação são de caráter individual e não temos a aceitação plena em muitos casos de pais de homossexuais, gerando o sofrimento mútuo de pais e filhos e, muitas vezes, nesse percurso há agressões, ameaças e outros tipos de violência exteriorizando o medo de algo totalmente desconhecido. Estas ameaças buscam normatizar a situação segundo o ponto de vista de certos pais, tentando mostrar ao jovem através da dor, o mal que a homossexualidade lhe traz, muitas vezes, simbolizando a própria ineficiência da família de tratar sobre o tema sexualidade (SARTI, 2004).

Por se tratar de adolescentes, dependentes do poder econômico familiar, muitos os privam de dinheiro para seus gastos pessoais e manutenção escolar, apostando que isto surja algum efeito sobre a sua identidade sexual. Este ato, muitas vezes, afasta o filho do convívio familiar, levando-o a prostituição e drogas como maneira de subsistência. Também, alguns pais tentam delimitar as amizades e fazer controle de rede social, de conversas telefônicas.

Outros temem pela sua segurança pessoal dos filhos, como agressões no ambiente externo, sem entender que o preconceito e a violência estão sendo gerados no próprio lar do adolescente; violência gera insegurança, pois a família é um porto seguro. Em casos mais radicais há a quebra de vínculos familiares, gerando sentimentos de baixa estima e, muitas vezes, levando este adolescente à depressão, uso abusivo de drogas e como consequência a prostituição por procura de parceiros que se assemelhem a seus problemas, não raro, com mais idade por apresentarem um perfil de proteção.

A dificuldade da família em aceitar a homossexualidade de filhos é uma das mais devastadoras e, por isso, precisa ser alvo de ações. Hauer (2015) mostra que as mães são fundamentais para o processo de aceitação da homossexualidade pelas famílias, pois apesar do sofrimento têm mais tendência à superação, já que muitos pais e mães se sentem responsáveis pela sexualidade de seus filhos e a homossexualidade seria vista como uma “falha” na educação que deram.

Geralmente após se isentarem das culpas, as mães começam a encarar a homossexualidade como algo inerente de seus filhos e passam a defendê-los e informa-se sobre a sexualidade, passando de estigmatizadas a informadas (GOFFMAN, 1988). As famílias têm vivido cada vez maiores mudanças quanto à aceitação: as famílias mudam à medida a sociedade muda.

Também a estabilização das parcerias afetivo-sexuais homossexuais parece ser um fator que cria condições para o ato de assumir, bem como na aceitação (OLIVEIRA, 2013), proporcionando reorientações familiares.

#### - A saúde voltada ao adolescente homossexual:

A adolescência também se caracteriza por um período de fragilidade física, psicológica e social, com complexas mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano. As modificações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais, originam comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente, família, amigos e profissionais que convivem com ele. As mudanças ocorrem de forma simultânea formando um todo, na busca de estruturas para atingir a maturidade integral, causando, muitas vezes, conflitos e emoções adversas ao meio em que está inserido. Sendo assim, é muito importante no adolecer a inserção do indivíduo em meios sociais equivalentes ao seu jeito de pensar e agir e, por isso, é de extrema importância que os profissionais de saúde compreendam a natureza multifacetada e a complexidade da sexualidade à medida que os adolescentes exploram seu gênero e identidade sexual.

Os componentes da manutenção preventiva da saúde destes adolescentes são os mesmos para todos os adolescentes como, por exemplo, vigilância e rastreamento da saúde e desenvolvimento, imunizações, orientação e aconselhamento como promoção direta da saúde e redução do risco.

As necessidades específicas relacionadas à orientação sexual e prevenção de IST devem ser valorizadas entre os adolescentes LGBTI, mantendo-se a ética com discussões confidenciais e privadas de comportamentos (por exemplo, uso de álcool) e de suas experiências (por exemplo, vitimização, inclusive sexuais. A partir destas ações é gerada uma compreensão maior das estratégias de experimentação da sexualidade, dos direitos à cidadania e cuidados específicos a este grupo de jovens.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2011) garante o livre acesso desta população a serviços de saúde em âmbito nacional. Um dos focos desta é a garantia da ausência da discriminação nos serviços públicos e a garantia da atenção em saúde, incluindo a redução de riscos pelo uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais.

Posteriormente a esta iniciativa, foi "Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual (BHS)" (BRASIL, 2014), cujo principal objetivo é a formação integral dos estudantes da rede pública e formação básica por ações de promoções e prevenção à saúde, o que inclui, o respeito à diversidade sexual.

A AAP - Academia Americana de Pediatria, a SAHM - *Society for Adolescent Health and Medicine* e a AACAP - Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente aponta, para o cuidado de jovens minorias sexuais: fornecer tempo e espaço para conversas confidenciais com os adolescentes, avaliando os seus pontos fortes com abordagem de tópicos sensíveis e, com isto, buscar envolvimento na conversa e adesão ao vínculo com o profissional.

Para que isso ocorra é necessário um ambiente agradável aos jovens, profissionais garantam a privacidade e confiabilidade e, inclusive a educação do pessoal da recepção e acolhimento para que facilite a vinda e bom recebimento desses adolescentes de minorias sexuais.

Precisamos introduzir a história sexual com perguntas abertas mantendo o princípio básico de "apenas perguntar", evitando suposições, normalização do processo fazendo perguntas específicas sobre exploração sexual e diversidade sexual Whitaker (2016). Uma pergunta sugerida seria após o adolescente responder que mantém relações sexuais, perguntar com que sexo atualmente está praticando.

É importante entender a percepção do adolescente como as coisas estão ao seu redor, o seu grupo de convivência, autoestima, escola e aceitação familiar. Sabe-se que as minorias sexuais correm o risco de serem vitimadas por indivíduos no ambiente cibernético (BRUCE, 2014). Em uma série de 129 crimes sexuais iniciados com menores, 25% dos casos envolvem vítimas masculinas adolescentes e homens adultos. Há o aumento do *bullying* cibernético, em uma pesquisa nos EUA, 8584 estudantes lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (13 a 20 anos), 55 por cento relataram ter sido assediados ou ameaçados por seus pares por meio de mídia eletrônica (RYAN, 2009). Baseado nestes fatos há uma necessidade em nível de saúde pública como um maior esforço para providenciar intervenções eficazes baseadas na escola e na comunidade para garantir que todos os jovens, particularmente os HSH, tenham conhecimento, habilidades, recursos e suporte

necessários para evitar a infecção pelo HIV. Os prestadores de cuidados de saúde e as agências de saúde pública devem garantir que os jovens sejam testados para o HIV e tenham acesso a serviços de saúde sexual e que os jovens HIV positivos recebam serviços de saúde e de prevenção.

#### - A abordagem da sexualidade nas escolas:

A escola é um local de múltiplas transformações. Diversidades e diferenças culturais, econômicas, religiosas, raciais, étnicas e sexuais devem ser levadas em conta pelos professores, colegas de sala e funcionários. A sexualidade faz parte em todos os momentos da vida do indivíduo e como tal deve ser respeitada e tratada em todos os ambientes essenciais para a formação pessoal.

Muitos adolescentes homossexuais sofrem pelo receio de sofrer discriminação, isso porque existem ainda, infelizmente, professores que trazem consigo a ideia rígida e conservadora de como os jovens deveriam ser e agir, gerando angústia nestes adolescentes (AQUINO, 1997). É importante no ambiente escolar uma formação continuada que abranja todo o coletivo, não só os professores educadores, mas como todo o quadro de trabalho.

Por isso, no final da década de 1990, o Ministério da Educação, através dos "Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN" (BRASIL, 1997) ofertou às escolas, a disponibilidade de tratar temas relacionados a orientação sexual com seus estudantes. Porém os docentes, ainda não se mostram aptos a trabalhar com esta questão, aumentando somente as discussões sobre discriminação racial, gravidez na adolescência, AIDS. O PNC expõe e direciona a dar mais sentido às diversidades sexuais, possibilitando o aprofundamento sobre as questões sobre sexualidade na escola, já que instituições formativas, como a escola, possuem papel fundamental no que diz respeito à disseminação de informações e formações relevantes à sexualidade.

No espaço escolar as relações entre professores e alunos têm que ir além da formação cultural, da sexualidade e das vulnerabilidades de cada um. O que tem que ser entendido é que nossa sexualidade deve representar um potencial de escolha, mudança e diversidade. Por isso a escola deveria desenvolver programas de educação sexual embasados na erradicação da homofobia, garantindo a igualdade e respeito nas salas de aula, gerando alunos multiplicadores com pensamentos críticos e quebras de tabus.

Ribeiro (2014) diz que a escola como instituição social tem que estar ciente de que a mesma acolhe grande diversidade em sua realidade, conseqüentemente, os espaços escolares têm que se conscientizarem de que a temática da sexualidade está presente de forma constante no seu dia a dia, em todos os seus ambientes. Não cabe à escola a divulgação da orientação sexual dos seus estudantes para as famílias, mas sim planejar encontros esclarecedores em relação a este tema por ser um espaço sexualizado e generalizado como qualquer outra instância social; assim, deve contribuir para a discussão, acolher, proteger e oferecer espaços para a diversidade e expressão de gêneros, através de ações informativas e formativas, assumindo o seu papel e compromisso de formação de pessoas sem estigma, fortes e capazes de desempenhar e lutar pelos seus interesses e direitos na sociedade. Isso fará da escola um ambiente saudável educando, onde o convívio com a diversidade e as diferentes opiniões é mediado pelo respeito de todos por todos (LOURO 1998).

Como ainda se trata de um assunto extremamente cercado de preconceitos e julgamentos deve-se no ambiente escolar assumir uma postura neutra e, acima de tudo, reprimir e repudiar qualquer manifestação de preconceitos, incentivando o respeito mútuo. É importante fazer um trabalho de prevenção, focado no respeito a não agressão aos colegas, independentes das suas orientações sexuais. A discussão de comportamentos de gêneros já estabelecida por anos pela sociedade deve ser questionada entre os alunos; é importante estimular atividades mistas entre meninos e meninas nas aulas de Educação Física, evitando colocar os meninos gays para pular corda, por exemplo, e as meninas lésbicas no time de futebol masculino, incentivando ainda mais o preconceito.

O educador de forma nenhuma deve assumir um protecionismo em relação aos alunos pertencentes à minoria sexual, atitudes assim apenas evidenciam as desigualdades e não promovem um contexto de inclusão favorável para o sujeito e a construção da subjetividade do mesmo pelo mesmo. Tais atitudes de igualdade, respeito, integração ao meio favorecem a permanência do indivíduo na escola. Deve-se, portanto combinar as sanções para os casos de agressões e abrir espaço para que os alunos agredidos possam se expressar em relação às situações de *bullying*.

Para ser uma escola educadora em relação à sexualidade é preciso se desfazer de todos os tabus, saber que o sexo é apenas o corpo biológico, que as questões de gênero devem ser desconstruídas e que a orientação sexual de cada um não é opcional e sim como o indivíduo norteia o seu desejo a outra pessoa, independente ser do mesmo sexo ou não. Enfim, abordagens de desconstrução de identidades preestabelecidas pelos diferentes contextos devem ser desconstruídas como a família patriarcal e heterossexual, uma

vez que já vemos outros modelos familiares em todos os contextos. Funcionários e o corpo escolar educador devem também passar por formação sensibilizadora para compreender melhor as questões de sexualidade e servir como pontos de apoio aos alunos que possam estar sofrendo alguma ação agressiva no ambiente escolar.

Ainda não se pode deixar de fora de discutir relações cotidianas do que nos parece a maioria dos contextos: as relações dualistas entre homem e mulher, exemplificando que cada sexo suas singularidades e com isto, um pode contribuir na vida do outro, sem disputas, sem violências, sem desigualdade em relação a empregos futuramente e posições familiares, incluindo o bullying cibernético, que colaboram para a discriminação e exclusão dos jovens do ambiente escolar.

As questões de saúde e relações sexuais devem ser pontuadas sim, mas nunca de forma isolada dentro das discussões. Questões como IST, gravidez na adolescência, primeira relação sexual, entre outros tantos conflitos inerentes ao ser humano nesta fase da sua vida devem ser tratados cientificamente sendo um incentivo a reflexão do surgimento de políticas públicas a cerca do tema. Lembrar e abordar que o sexo protegido é fundamental em qualquer forma de relações sexuais e ressaltar sempre que o sexo anal é mais traumático, frisando muito bem este tema aos alunos da comunidade *gay* escolar que, muitas vezes, por baixa estima ou vergonha de seus parceiros deixam de negociar o uso do preservativo. Quanto a todos esses temas que envolvem os direitos e a saúde sexual e reprodutiva, a Base Curricular nacional orienta a temáticas de direitos humanos que os incluem (BRASIL, 2017).

O tema sexualidade portanto, deve ser abordado em sua transversalidade segundo o PNC onde está implícito que é de encargo de todos na escola promoverem a educação sexual na escola e, diferentes “pedagogias da sexualidade” para a discussão do assunto. Tal reflexão tem que se fazerem dentro de todas as áreas educacionais possíveis com maiores e o máximo de contribuições de docentes, profissionais e de áreas diferentes.

Assim, a escola tem um papel importante ao entrar nessas discussões, onde, apenas acabará por ampliar oportunidades de reflexão do aluno, sendo que o mesmo deverá formar a sua própria opinião a cerca de seu sexo biológico, seu gênero e orientação sexual.

Nesse sentido, é necessário estimular e apoiar cursos de formação inicial e continuada de professores na área da sexualidade; formar equipes multidisciplinares para avaliação dos livros didáticos, de modo a eliminar aspectos discriminatórios por orientação sexual e a superação da homofobia. A sociedade e poder público precisam garantir que o direito dos adolescentes *gays*, *lésbicas* e *bissexuais* seja respeitado, por meio dos instrumentos jurídicos e sociais. O enfrentamento da violência contra as adolescentes homossexuais deve ser garantido e é necessário que eles/elas que eles/elas rompam com a invisibilidade da sua condição e denunciem a homofobia e violência. Esses instrumentos coíbem a discriminação. As legislações brasileiras condenam o exercício das práticas sexuais heterossexuais e nem homossexuais entre adolescentes a partir dos 14 anos, pelo contrário, protege esses últimos contra a discriminação: “art. 5º – Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão...” (BRASIL, 2002).

A criação de canais que possibilitem a discussão que desmistifiquem este tema é uma maneira de fortalecer os adolescentes que vivenciam a homofobia na adolescência. Não silenciar é de extrema importância para compreender esta problemática e encaminhar adolescentes que vivem em situação de violência para as instituições de proteção, como o Conselho Tutelar, juizados entre outros.

Portanto é fundamental ter como princípios norteadores políticos públicos que promovam ações de assistência que respondam às necessidades como: promoção à saúde física e mental; promoção e articulação de redes de proteção: parceiros da área social promovendo ações inclusivas e não discriminatórias; promoção da cidadania; inserção escolar e reflexões sobre a relação familiar (<http://corresponsabilizador/entrevistas/adolescentes-homossexuais-convivem-com-discriminacao-e-violencia/>).

Cabe lembrar, ainda, que a homofobia passou a ser reconhecida como crime de racismo pelo Supremo Tribunal Federal (JORNAL NACIONAL, 2023).

## Considerações finais

As minorias sexuais adolescentes sofrem vitimização na escola, na família e em outros ambientes sociais, levando à fuga desses e a desestruturação familiar, educacional e social, além de fatores de risco de saúde e de vulnerabilidades comportamentais em longo prazo.

Nesse sentido, enfatizam-se a importância das intervenções precoces que diminuem a vitimização na família e na escola, principalmente, para que promovam a integração de adolescentes *gays*, reduzindo as

desigualdades, inclusive de saúde, a que estão expostos e facilitando acesso aos cuidados, inclusive os de saúde.

É importante a conscientização que enquanto os adolescentes heterossexuais estão aprendendo a socializarem-se, jovens *gays* estão também aprendendo a esconder uma grande parte da sua vida dos familiares, amigos e escola devido à homofobia, por isso é preciso romper este ciclo.

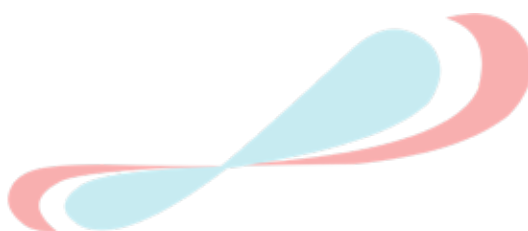
Para os adolescentes *gays* são necessários programas de prevenção, aumentar a confiança e auto-estima destes jovens, com apoio social, criando, neles, uma identidade positiva.

Além disso, os pais precisam entender que a orientação sexual de seus filhos não é uma questão de escolha e não depende e nem é resultado de tudo o que fizeram como pais. Isso geralmente será um processo lento e doloroso. Urge a necessidade de grupos de apoio nas comunidades e escolas criando bases para o entendimento do que é a homossexualidade, fortalecendo a família e conseqüentemente os nossos adolescentes *gays*. Pais precisam entender que a orientação sexual de seus filhos é apenas um ângulo de suas vidas, que o caráter, o amor, o ser, como pessoa que quer e pretende ser feliz está muito além de tudo isto, o que pode ser facilitado por grupos de pais.

Também uma educação sexual que inclua a discussão de gênero e de orientação e identidade sexual é necessária, bem como dar maior visibilidade aos grupos de adolescentes homossexuais, de forma a reduzir os fatores que levam a riscos à saúde física e mental. Isso contribuirá que a nossa sociedade crie adultos seguros de suas identidades sexuais, que possam desfrutar de sua sexualidade, livres para que construam suas trajetórias com naturalidade e segurança.

## Referências Bibliográficas

- ABAWI, K.; SMITH, M.; MARNICIO, A. Introdução à saúde sexual. In: DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. Sexualidade: Do prazer ao sofrer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2017.
- ABDO, C. Sexualidade humana e seus transtornos. 3ª ed. São Paulo: Casa, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.944 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 27 ago. 2009. [Internet]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html#:~:text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.&text=VI%20%2D%20integra%C3%A7%C3%A3o%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20da,a%C3%A7%C3%B5es%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html#:~:text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.&text=VI%20%2D%20integra%C3%A7%C3%A3o%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20da,a%C3%A7%C3%B5es%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)
- CAPELATTO, I. Infância. Café Filosófico. 21 jun. 2018. [Internet]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_UoLrCw0\\_1U](https://www.youtube.com/watch?v=_UoLrCw0_1U)
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1997.
- CHAKORA, E. S. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 18, n. 4, p. 559-561, 2014. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>
- FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.
- FURLANI, J. Mitos e tabus da sexualidade humana. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- GIKOVATE, F. Sexo e amor. São Paulo: MG Editores Associados, 1984.
- GIKOVATE, F. Homem: o sexo frágil? São Paulo: MG Editores Associados, 1989.
- HAJE, L. Projeto assegura a empregado licença-paternidade de 20 dias. BRASIL. Câmara dos Deputados. 19 mai. 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/647040-projeto-assegura-a-empregado-licenca-paternidade-de-20-dias>
- MALTA D. C.; SILVA, M. A. I.; MELLO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; PORTO, D. L.; et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev. bras. Epidemiol, v.14, supl. 1, 2011.
- NOLASCO, S. (org.). A desconstrução do masculino. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995a.
- NOLASCO, S. O mito da masculinidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995b.





# Ocorrência e Tratamento da Ejaculação Precoce

## Occurrence and Treatment of Premature Ejaculation

**Lourdes Rosa Filha**

[lourdesrosa.ts@gmail.com](mailto:lourdesrosa.ts@gmail.com)

Licenciada em Pedagogia pela Faculdades Integradas do Triângulo (UNITRI), Graduada em Psicologia pela Uniessa-União de Ensino Superior e Serviços em Administração (UNIESSA), Pós-Graduada em Psipedagogia pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Pós-graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família e Educadora e Terapeuta Sexual, com ênfase em disfunções sexuais masculinas e atendimento de casais

### Resumo:

A ejaculação precoce é a disfunção sexual masculina mais comum, e a que mais atinge homens jovens. O impacto negativo da ejaculação precoce é percebido pelo paciente e pela parceira, com consequências negativas tanto para a autoimagem do indivíduo quanto para qualidade geral do relacionamento conjugal. Se observa diversas razões para a sua ocorrência e uma grande variação nas alternativas terapêuticas para tratá-la, abordadas neste artigo.

**Palavras-chave:** Homem, Saúde, Sexualidade, Disfunção sexual, Ejaculação precoce.

### Abstract:

Premature Ejaculation (PE) is the most common male sexual dysfunction, affecting predominantly young men. The negative impact of premature ejaculation is felt by both the patient and the partner, leading to detrimental effects on the individual's self-image and the overall quality of the marital relationship. There are various reasons for its occurrence and a wide range of therapeutic alternatives to address it, as discussed in this article.

**Keywords:** Man, Health, Sexuality, Sexual dysfunction, Premature ejaculation.

## Introdução

Ejaculação precoce (EP) é reconhecida como a disfunção sexual masculina mais comum em todo o mundo (LAWRENCE; MADAKASIRA, 1992). A prevalência na população geral é estimada entre 4% e 39% (CARSON; GUNN, 2006; GRENIER; BYERS, 1997); já há cálculos que chegue de 25% a 40% na população global de homens (DUNN; CROFT; HACKETT, 1998; LAUMANN *et al.*, 2005).

A grande discrepância nos dados gerais de prevalência da EP é devida à ausência de padronização nas definições e nos critérios de inclusão dos estudos epidemiológicos. O *National Health and Social Life Survey* (NHSLs), que realiza estudos com amostras demograficamente representativas, encontrou, nos Estados Unidos uma taxa 29% (LAUMANN *et al.*, 1994); semelhante aos achados do *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (GSSAB) que, em 29 países, encontrou prevalências de 27,4% a 30,5% (IDEM, IBIDEM).

Evidências sugerem haver uma correlação negativa entre EP e nível de educação, onde homens com formação superior completa ou parcial apresentam menos propensão à EP quando comparados a homens sem formação superior (IDEM, IBIDEM) e o estado civil apontou resultados conflitantes, ora não apontando diferenças, ora mostrando que homens casados têm maior prevalência (EL-SAKKA, 2003; FRANK; ANDERSON; RUBINSTEIN, 1978; HAMILTON, 1929).

A quase totalidade dos estudos é feita entre heterossexuais, com a população homossexual subrepresentada nos estudos (CARSON; GUNN, 2006); porém, estudo de Rosser e colegas (1997) com 197 homossexuais constatou prevalência de 44. % (ROSSER *et al.*, 1997). Achados contrários, porém mais próximos dos dados da população geral, foram reportados num estudo mais antigo de Bell e Weinberg (1978).

O impacto negativo da Ejaculação precoce na qualidade de vida do homem e do casal está estabelecido na literatura científica (HANAFY *et al.*, 2019; PORTO, 2013), impondo um fardo significativo tanto na esfera física quanto na psicossocial do paciente e acarretando problemas no relacionamento conjugal. Porto (2013) afirma também que o impacto da EP não está limitado à esfera sexual, mas afeta diversas áreas da vida do indivíduo e trata-se de um problema de Saúde Pública.

O tratamento farmacológico deste problema foi revolucionado com a utilização de diversas categorias de drogas, tais como: antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, anestésicos tópicos, narcóticos, inibidores de fosfodiesterase tipo 5, e bloqueadores alfa-adrenérgicos (MONTAGUE *et al.*, 2021). Em sua última diretriz clínica, a Associação Americana de Urologia ressalta que o homem pode ser bem conduzido com farmacoterapia isolada, mas ressalta que existe grande variação em termos de resultados das diversas alternativas de medicamentos.

Estratégias comportamentais também estão disponíveis como forma de tratamento da ejaculação precoce desde a década de 1950. Estas incluem as técnicas de "parar e recomeçar" "squeeze", focagem de sensações, entre outras (MASTERS; JOHNSON, 1970; SEMANS, 1956). Essas terapias comportamentais podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação com tratamentos medicamentosos e, além do resultado primário esperado e o aumento do tempo de latência ejaculatória, proporcionam ao homem e ao casal a oportunidade de melhora da satisfação sexual, permitindo a ampliação do seu repertório sexual, melhoria da comunicação e da dinâmica do relacionamento íntimo (ALTHOF, 2006a, 2016; GRENIER; BYERS, 1995; MONTAGUE *et al.*, 2021).

Este trabalho consiste numa revisão de literatura disponível, com ênfase na análise crítica das alternativas de tratamento para ejaculação precoce.

## Perspectiva Histórica

Uma revisão em profundidade feita por Waldinger (2002a) identificou quatro períodos históricos distintos da ciência da Ejaculação Precoce. Inicialmente, num primeiro período, este autor identificou apenas relatos do problema, descrito como "ejaculação rápida" pela primeira vez por Gross em 1887. Posteriormente, em 1907, Von Kraft-Ebing também abordou esta condição em seu tratado "*Psychopathia Sexualis*", porém sem rotulá-la de ejaculação rápida ou precoce.

Num segundo período, compreendido entre 1917 e 1950, em surgiram definições de neurose e desordens psicossociais, Abraham (*apud* WALDINGER, 2002a) descreveu a ejaculação precoce, em 1917, ao que chamou de "*ejaculatio praecox*". Nesta época, nas interpretações psicológicas, a ejaculação precoce era vista predominantemente como uma neurose relacionada a conflitos inconscientes e, portanto, era conduzida com uso da Psicanálise clássica (STEKEL; BOLTZ, 1939).

Na esfera somática, prevalecia a abordagem urológica, centrada em causas anatômicas. As hipóteses incluíam hiperestesia da glândula; frênulo ou prepúcios curtos, ou anormalidades da uretra posterior, notadamente do verumontano. Os tratamentos preconizados à época incluíam cremes anestésicos, frenulectomia, ou cauterização do verumontano (IDEM, IBIDEM).

Foi Schapiro (1943) quem associou a ejaculação a um distúrbio psicossomático causado pela combinação de uma constituição psicológica excessivamente ansiosa, associada a um "aparato ejaculatório deficitário, tido como ponto de menor resistência a pressões emocionais" (p. 380). Schapiro descreveu-a com dois tipos: a tipo A (ou hipoativa) que leva à disfunção erétil; e a tipo B (ou hiperativa) caracterizada pela tendência de ejacular rapidamente desde os primeiros intercursos sexuais. Apenas anos depois, estes dois tipos foram definidos como formas "primária", ou de longa duração e sem prévio controle ejaculatório, e a "secundária", ou adquirida tardiamente, classificação que perdura até os dias atuais (GODPODINOFF, 1989).

O terceiro período, compreendido entre 1950 e 1990, caracterizou-se pela ênfase no comportamento adquirido. Por esta ótica, a ejaculação precoce estaria associada a cenários de aprendizado sexual com intercursos sexuais rápidos e fortuitos e ocorridos em situações que contribuiriam para o surgimento de ansiedade por temor de mal desempenho; portanto, um defeito comportamental adquirido. Esta visão foi logo suplantada na literatura com o surgimento e conseqüente interesse advindo das publicações centradas no uso de drogas psicoativas para o tratamento da ejaculação precoce (WALDINGER, 2002a).

A partir de 1990 até os dias atuais, estamos vivendo uma fase pautada na neurobiologia e genética. A introdução inicial da clomipramina e, logo em seguida, dos inibidores seletivos da recaptação da seroto-

nina (ISRS) provocaram uma dramática mudança na filosofia de tratamento da ejaculação precoce. A eficácia destas drogas, associada ao perfil aceitável de seus efeitos adversos, fez com que rapidamente fossem consideradas como primeira linha de tratamento, tanto em uso diário quanto no uso por demanda (WALDINGER, 1996). Assim, rapidamente se identificou a via serotoninérgica como tendo forte papel na fisiopatologia da EP (OLIVIER; VAN OORSCHOT; WALDINGER, 1998). Junto à possível etiologia genética do problema, que surgiu da observação de famílias com maior prevalência de casos (WALDINGER *et al.*, 1998) e do estudo de polimorfismos genéticos envolvidos na homeostase da serotonina (JERN *et al.*, 2012; JERN; VENTUS, 2018).

## Classificações e Definições

A despeito deste problema ser considerado a disfunção sexual predominante, a criação de uma definição padronizada e de critérios diagnósticos consistentes tem sido elusiva (CARSON; GUNN, 2006). Duas dificuldades contribuem para a definição e classificação da ejaculação precoce. Primeiramente, por muitos anos, as pesquisas do tema foram conduzidas utilizando-se uma variedade ampla de critérios diagnósticos não padronizados, o que tornou a comparação dos resultados dos diferentes estudos bastante difícil, ou na melhor das hipóteses, especulativa; em segundo, devido ao surgimento de evidências de que é uma desordem clínica etiologicamente complexa, os médicos necessitariam atualizar suas atitudes com relação ao modo como esta condição é percebida na prática clínica.

Considera-se que, no futuro, o simples diagnóstico de EP, sem qualquer subcategorização, terá pouca ou nenhuma utilidade para proporcionar ao clínico a direção de linhas apropriadas de terapia. A categorização precisa de seu diagnóstico deverá ser buscada a fim de proporcionar resultados adequados, tanto na esfera clínica cotidiana quanto para o avanço no campo da pesquisa clínica (CARSON; GUNN, 2006).

Em 1989 Godpodinoff (1989) renomeou os dois tipos para EP duradoura (ou primária), e adquirida (ou secundária):

- *ejaculação precoce primária*: é definida como um conjunto de sintomas que inclui: ejaculação rápida em praticamente todos os intercursos sexuais, com todas ou praticamente todas as parceiras sexuais, e que perdura desde os primeiros encontros sexuais;

- *ejaculação precoce secundária*: caracteriza-se pelo surgimento de EP, geralmente situacional, em algum ponto da vida, já tendo o indivíduo adquirido controle ejaculatório adequado previamente (MCMAHON, 2016).

As principais diferenças entre as síndromes são o tempo de início dos sintomas, e a redução na latência ejaculatória previamente normal da EP secundária (MCMAHON, 2016). Porém, mais recentemente, Waldinger e Schweitzer (2013) a classificação, adicionando mais dois tipos confirmados por estudos internacionais (GAO *et al.*, 2013; SEREFOGLU *et al.*, 2011, 2010; ZHANG *et al.*, 2013):

- *ejaculação precoce natural variável (ou EP variável)*: quando os homens experimentam apenas episódios ocasionais de EP, e estas ocorrências não devem ser consideradas uma disfunção verdadeira, mas sim uma variação normal do tempo ejaculatório do indivíduo;

- *a disfunção ejaculatória tipo-prematura (ou EP subjetiva)*: quando os homens apresentam queixa de EP, mas quando avaliados objetivamente, demonstram Tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) normal ou aumentado. Nestes pacientes, a queixa de EP está provavelmente relacionada a fatores culturais ou psicológicos.

Mais recentemente, Colonnello e colegas (*apud* COLONNELLO *et al.*, 2021) propuseram a inclusão de mais dois tipos clínicos de ejaculação precoce, porém ainda não aprovadas pelas sociedades internacionais: a "ejaculação precoce subclínica"; e a "perda de controle da ereção e ejaculação"

Quadro 1: Tipos de Ejaculação Precoce

Tipo	Definição
Primária	Também chamada de EP duradoura. O conjunto de sintomas se manifesta desde as primeiras experiências sexuais, e com praticamente todas as parceiras.
Secundária	Também chamada de EP adquirida. Indivíduos com controle ejaculatório prévio normal manifestam o conjunto de sintomas tardiamente em algum ponto da vida, geralmente de forma situacional.

Variável	O indivíduo manifesta episódios ocasionais de ejaculação precoce, sendo considerada apenas uma variação normal do controle ejaculatório, e não necessariamente uma patologia.
Subjetiva	Apresenta queixa clínica de ejaculação precoce, porém quando avaliado objetivamente, apresenta tempo de latência normal ou aumentado.

Ref.: (MCMAHON, 2016; WALDINGER, 2013; WALDINGER; SCHWEITZER, 2006, 2008)

Assim, a literatura médica contém diversas definições operacionais, que utilizam todas ou algumas das dimensões aceitas para ejaculação precoce: latência ejaculatória, percepção de controle ejaculatório, satisfação sexual reduzida, angústia pessoal, angústia da parceira, angústia interpessoal ou do relacionamento. Nenhuma destas definições é suportada por pesquisa clínica baseada em evidências (MCMAHON, 2016; SEREFOGLU *et al.*, 2014).

#### - Bases anatômicas, fisiológicas e fisiopatológicas:

O reflexo ejaculatório compreende diversas áreas e receptores sensoriais, vias aferentes, áreas sensoriais cerebrais, centros motores cerebrais e centros motores espinhais. Neuroquimicamente, este reflexo envolve uma interação complexa entre neurônios centrais serotoninérgicos e dopaminérgicos, com o envolvimento secundário de outros neurônios de diversos tipos: colinérgicos, adrenérgicos, oxitocinérgicos e gama-aminobutíricos (GABA) (WALDINGER, 2002a).

Segundo Yates (2006), processo ejaculatório pode ser dividido em três fases:

- *a emissão*: consiste na contração das vesículas seminais e da próstata, com a expulsão do esperma e do líquido seminal para dentro da uretra posterior, e é mediada por nervos simpáticos com raízes entre T10 e L2;

- *a ejeção*: mediada por nervos somáticos entre S2 e S4, envolve a contração pulsátil dos músculos do assoalho pélvico, principalmente do músculo bulbo cavernoso, acompanhado do relaxamento do esfíncter uretral externo. Também envolve um reflexo espinal simpático, sobre o qual há pouco ou nenhum controle voluntário. O colo vesical se fecha de modo a impedir fluxo retrógrado do sêmen, enquanto os músculos bulbo cavernoso, bulbo esponjoso e demais músculos pélvicos se contraem ritmicamente, e o esfíncter uretral externo se relaxa;

- *o orgasmo*: é o resultado do processamento cerebral do estímulo aferente sensorial podendo, resultante do aumento da pressão na uretra posterior, de estímulos sensoriais originados no verumontano, e da contração do músculo bulbouretral e órgãos sexuais acessórios.

Há vários neurotransmissores envolvidos no controle ejaculatório, incluindo dopamina, serotonina, norepinefrina, acetilcolina, ocitocina, GABA e óxido nítrico (MCMAHON *et al.*, 2004). Dentre os diversos candidatos a mediadores cerebrais da função sexual, a dopamina e a serotonina emergiram como fatores neuroquímicos essenciais. É importante salientar que a dopamina desempenha papel fundamental na emissão seminal e ejaculação através de receptores D2, enquanto a serotonina tem papel inibitório (PEROUTKA; SNYDER, 1979).

Neurônios serotoninérgicos estão amplamente distribuídos no tronco cerebral e medula espinal e vários receptores de serotonina estão descritos: 5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT2A, 5-HT2B, 5-HT2C, etc (PEROUTKA; SNYDER, 1979). Dois receptores são particularmente interessantes: Experimentos em ratos demonstraram que a estimulação do receptor 5-HT2C com um agonista específico resultou em retardo da ejaculação, enquanto que a estimulação do receptor pós-sináptico 5-HT1A causou redução da latência ejaculatória (AHLENIUS *et al.*, 1981). Esta observação levou à hipótese que indivíduos com ejaculação precoce possam ter hipossensibilidade do receptor 5-HT2C, e/ou hipersensibilidade do receptor 5-HT1A (WALDINGER, 2002a; WALDINGER; OLIVIER, 2005a).

## Expectativas de Tratamento

Pacientes com ejaculação precoce, similarmente a outros tipos de disfunções sexuais, desejam tratamento para sua condição, porém a maioria demonstra relutância em solicitá-lo devido a constrangimento ou vergonha, inclusive com demora de anos para a busca de auxílio (DUNN; *et al.*, 1998; GRENIER; BYERS, 1995, 2001; ROSEN, 2000). Outro inconveniente é o fato dos médicos não conseguirem confiar na precisão ou na consistência das informações dadas pelos pacientes (ROWLAND *et al.*, 2000)

Também existem inconsistências entre as informações fornecidas pelo paciente, quando comparadas com as fornecidas pela parceira. Por exemplo, as parceiras reportam tempos menos latência ejaculatória do que os pacientes (BYERS; GRENIER, 2003; CARSON; GUNN, 2006).

A definição da International Society for Sexual Medicine (ISSM) deve constituir a base para o diagnóstico deste problema (ALTHOF *et al.*, 2014; MCMAHON, 2016). Suas diretrizes enumeram diversas perguntas, divididas em "Recomendadas" e "Opcionais" que podem orientar a condução da entrevista diagnóstica (ALTHOF *et al.*, 2010), que indica que o diagnóstico de ejaculação precoce primária é baseado puramente pela história clínica, sendo dispensável o exame físico uma vez que não há achados preditivos e nem confirmações diagnósticas dele provenientes (MCMAHON, 2005).

Considerando-se que o diagnóstico diferencial da primária versus secundária pode ser difícil tanto em adultos jovens quanto em homens com poucas parceiras, ou com pouca ou nenhuma experiência sexual, o exame físico pode estar indicado pois representa uma oportunidade de rastreamento para doenças cardiovasculares ou gênero-específicas. Por outro lado, em homens com ejaculação precoce secundária o exame físico é mandatório como parte do esforço de identificar a causa da EP, e direcionar o tratamento específico (JANNINI; LENZI, 2006).

No caso da presença concomitante de disfunção erétil, a avaliação deverá incluir uma história clínica direcionada, com o auxílio de algum instrumento validado de diagnóstico. Exames laboratoriais e de imagem poderão ser solicitados ocasionalmente com base na história médica do paciente. O exame digital da próstata, rotineiro no cenário clínico de saúde masculina a partir dos 40 anos, é útil na identificação de eventual inflamação ou infecção da próstata, além, naturalmente, do diagnóstico precoce do câncer da próstata (JANNINI *et al.*, 2006).

#### - Fatores de risco:

Vários autores indicam que a idade avançada não aparenta ser fator de risco para ejaculação precoce (DUNN *et al.*, 2002; GRENIER; BYERS, 2001; LAUMANN *et al.*, 2005). Pelo contrário, trabalhos indicam que a idade jovem tem sido considerada como fator de risco, pois é mais comum em homens com experiência sexual limitada (APA, 2013; KAPLAN, 1974). A EP é a única dentre as disfunções sexuais mais prevalentes que acomete homens jovens (CARSON; GUNN, 2006).

EP e disfunção erétil (DE) coexistem com frequência; esta última tem sido identificada como o maior fator de risco isolado para EP (LUE *et al.*, 2004; concomitância que varia de 36% até 60% (BLANKER *et al.*, 2001; GRENIER; BYERS, 2001). Além disso, um estudo que investigou o uso de clomipramina no tratamento da ejaculação precoce demonstrou eficácia em pacientes com EP isolada, mas não naqueles com EP e DE concomitante, indicando que a DE, além de ser um fator de risco para EP, também constitui uma barreira significativa a ser vencida no caso do tratamento das duas condições quando coexistem (HAENSEL *et al.*, 1996).

Pacientes com diabetes mellitus tipo 2, especialmente aqueles com controle metabólico inferior, também apresentam risco aumentado para EP; estudos apontam que pacientes com diabetes acima de dez anos apresentaram quase 3 vezes mais EP do que aqueles com 5 anos ou menos da doença; da mesma forma, aqueles com controle metabólico inadequado (definido como Glicohemoglobina HbA1c acima de 7%) apresentam risco 10x mais alto do que os tem níveis baixo (menos de 7%). Dentre as complicações da diabetes, apenas doenças cardiovasculares secundárias se mostraram fator de risco para EP (EL-SAKKA, 2003).

Saúde geral insatisfatória também aumenta o risco para disfunções sexuais, incluindo EP (LAUMANN *et al.*, 1999). Também a Saúde Mental está bastante relacionada com problemas sexuais; stress e problemas emocionais, principalmente ansiedade, são considerados fatores de risco para disfunções sexuais e EP (LAUMANN *et al.*, 1994; LAUMANN *et al.*, 1999; DUNN *et al.*, 1999). Diferentemente da ansiedade, depressão clínica não demonstrou ser fator de risco (DUNN *et al.*, 1998; LAUMANN *et al.*, 1994).

A história sexual do paciente pode constituir-se como um fator de risco, conforme evidenciado no estudo NHSLs, principalmente experiências sexuais traumáticas como: "qualquer atividade sexual com mesmo sexo", "qualquer aborto na parceira", "ser tocado sexualmente antes da puberdade", "qualquer constrangimento sexual". Em comparação, apenas o fator de risco "ser tocado sexualmente antes da puberdade" apresentou correlação com disfunção erétil (LAUMANN *et al.*, 1999).

A associação de EP com baixa frequência de relações sexuais permanece inconclusiva. Kaplan (KAPLAN, 1974), sugeriu esta associação por oferecer ao homem menos oportunidades de aprender a controlar a ejaculação, opinião corroborada por vários autores (GRENIER; BYERS, 2001; MCCULLOUGH *et al.*, 2004). Mais recentemente, o estudo GSSAB indicou essa associação apenas para quando há sexo infrequente (LAUMANN *et al.*, 2000), embora outros autores não concordem (HAWTON *et al.*, 1986; ROWLAND *et al.*, 2000; LAUMANN *et al.*, 1999).

Evidências apontam que exista uma predisposição genética para ejaculação precoce EP. Waldinger e colegas (1998) documentaram a alta prevalência de primária em parentes de primeiro grau de portadores de EP, embora seus dados sejam limitados pela pequena casuística da série. A descoberta de uma predisposição genética verdadeira poderia consolidar ainda mais a etiologia orgânica da ejaculação precoce (CARSON; GUNN, 2006).

#### - Instrumentos diagnósticos e de avaliação:

O “tempo de latência ejaculatória intravaginal” (IELT, do inglês *Intravaginal Ejaculatory Latency Time*) é um conceito introduzido por Waldinger e colegas em 1994. Por definição, consiste no tempo entre o início da intromissão vaginal até o início da ejaculação intravaginal, portanto uma medida objetiva do tempo de contenção ejaculatória aferida por cronômetro (WALDINGER *et al.*, 2005b; WALDINGER *et al.*, 1994).

Desde sua introdução, o IELT ganhou aceitação progressiva e vem sendo cada vez mais utilizado na pesquisa clínica. A validade do teste foi confirmada em uma meta-análise envolvendo 35 trabalhos de intervenções farmacológicas para ejaculação precoce, onde constatou-se sua superioridade quando comparado outros métodos tradicionais de avaliação (WALDINGER *et al.*, 2004).

Já Fang e colegas (2020) propõem o uso do “número de incursões intravaginais antes da ejaculação” (NITBE) como modo alternativo e eficaz de avaliação da EP. Porém a objetividade deste indicador é questionada por alguns autores que argumentam que, contendo a EP múltiplas etiologias, esta seria melhor avaliada por um instrumento multidimensional (BYERS; GRENIER, 2003; ROWLAND *et al.*, 2003).

Tanto o DSM-IV-TR da American Association Psychiatric (APA, 2013) quanto a Associação Americana de Urologia (MONTAGUE *et al.*, 2004, 2021) consideram que o “sofrimento” deva fazer parte desta avaliação multidimensional. Nesse sentido, a literatura aponta algumas tentativas de desenvolver um instrumento multidimensional, como o PEQUEST (HARTMANN, 1996); o *Index of Premature Ejaculation* (IPE) (ALTHOF *et al.*, 2006) porém estes não receberam validação. Também recentemente pesquisadores chineses (YUAN *et al.*, 2004) publicaram seu instrumento, que não abrange os objetivos multidimensionais.

Na esfera de instrumentos avaliativos não exclusivos para EP, e que avaliam aspectos mais amplos da qualidade de vida sexual, incluindo aspectos de qualidade da função erétil, temos o *Sexual Quality of Life for Men* (SQOL-M) (ABRAHAM *et al.*, 2008).

No Brasil, o Male Sexual Quocient (MSQ) (ABDO, 2007), foi desenvolvido para avaliar a saúde e a satisfação sexual, abordando desde o desejo até a anorgasmia; a autora considera que a EP tem efeito deletério na satisfação e confiança sexual masculina.

## Tratamento da Ejaculação Precoce

Na busca por um tratamento para ejaculação precoce, existem certas considerações relevantes: a frequência sexual é altamente variável dentre os casais; e a espontaneidade no intercurso sexual é um fator importante para um relacionamento saudável. A partir desse pressuposto, considera-se que o tratamento ideal para problema deve incluir a maior quantidade possível dentre as seguintes características (HELLS-TROM, 2006; MONTAGUE *et al.*, 2004):

- ser discreto;
- poder ser utilizado sob demanda;
- ter início de ação rápido;
- ser efetivo desde a primeira dose;
- ter alta eficácia na melhora do insuficiência ejaculatória e ejaculação precoce;
- apresentar baixa incidência de efeitos colaterais;
- não causar efeitos indesejáveis na parceira;

A escassez de tratamentos tópicos aprovados para a EP levou a um aumento do uso “off label”, ou seja, de anestésicos, cuja eficácia pode ser confirmada (MORALES *et al.*, 2007; PU *et al.*, 2013). O tratamento tópico consiste na redução da sensibilidade peniana, ou na modificação do reflexo aferente-eferente, com o consequente aumento do o tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) (PORST; BURRI, 2017).

Diferentemente da maioria dos tratamentos sistêmicos, os tratamentos tópicos podem ser utilizados sob demanda, e apresentam efeitos colaterais sistêmicos bastante reduzidos. Existem, entretanto, algumas desvantagens: a dificuldade na dosagem com potencial sub ou super dosagem; a interferência na espontaneidade

neidade das preliminares sexuais; alguns requerem o uso conjunto de preservativo para otimizar a absorção; exigir que o pênis seja lavado antes da relação sexual (MORALES *et al.*, WYLLIE; HELLSTROM, 2011).

A primeira revisão sistemática e meta-análise foi publicada por Pu e colegas (2013) foram estudados: SS Cream, um extrato de nove produtos naturais, comercializado na Coreia do Sul; EMLA creme, ou mistura eutética de anestésicos locais, contendo lidocaína e prilocaína a 2,5%; e TEMPE (também mencionado na literatura como PSD502), ou mistura eutética tópica para ejaculação precoce, que consiste em um sistema de liberação por aerossol contendo lidocaína e prilocaína. A análise combinada dos resultados, apontou IELT mais longo no grupo tratado, com aumento médio de 5,82 vezes acima do basal; domínios de controle ejaculatório, satisfação sexual e sofrimento, a melhora média foi de 4,53 vezes acima do basal; e efeitos adversos leves a moderados, de caráter transitório e sem intercorrências posteriores.

Também medicações injetáveis intracavernosas têm relatos esporádicos para a ejaculação precoce, por isso não há suporte baseado em evidências quanto à eficácia e segurança das mesmas (MCMAHON, 2016).

Quanto ao tratamento cirúrgico, vários estudos exploraram a relação causal entre circuncisão e ejaculação, também com achados não concordantes. Uma recente revisão da literatura tenta esclarecer esta controvérsia que supõe que uma exposição às fibras nervosas do prepúcio podem facilitar o problema (MALKOC, 2012), porém ressalta que a maioria dos estudos foi conduzida na população adulta, assim sendo o impacto da circuncisão na infância e sua associação com a ejaculação precoce é difícil de avaliar; assim não é possível concluir que a circuncisão tenha relação causal com ejaculação precoce (BAÑUELOS MARCO; HEIL, 2021)

No entanto, observa-se que existe uma relação entre a presença de varicocele e ejaculação precoce. Séries de casos têm demonstrado que o tratamento cirúrgico da varicocele resulta em aumento do tempo de latência em homens com e sem ejaculação precoce. Especula-se o de aumento da testosterona, melhora da disfunção erétil, diferenças no fluxo sanguíneo testicular ou da pressão intratesticular; porém a literatura carece de melhor embasamento (AHMED *et al.*, 2015; LI *et al.*, 2014).

O painel da recente diretriz para tratamento da ejaculação precoce da AUA é categórico em afirmar que tais procedimentos somente devem ser considerados no contexto de protocolos de pesquisa e com a devida aprovação por comitê de ética em pesquisa, e ainda mais, em pacientes com falha de tratamento prévio, ou que demonstrem intolerância às modalidades terapêuticas estabelecidas (MONTAGUE *et al.*, 2021).

#### - Tratamento psicoterápico:

De acordo com a visão clássica da psicologia, a EP é considerada uma desordem psicosssexual com etiologia e fisiopatologia psicogênicas e que deve ser tratada por psicoterapia, uma vez que a base do problema estaria em conflitos inconscientes direcionados contra mulheres (ST. LAWRENCE; MADAKASIRA, 1992).

A partir dos estudos seminais de Masters e Johnson, e de Semans, passou-se a acreditar que a patogênese da ejaculação precoce seria decorrente de problemas de aprendizado sexual, pois as primeiras experiências sexuais eram realizadas presumivelmente com pressa e ansiedade, em ambientes não apropriados, o que favoreceria o surgimento de um comportamento adquirido inadequado (MASTERS; JOHNSON, 1970; SEMANS, 1956; WALDINGER, 2002b).

Ocorre que nessa abordagem psicológica o mecanismo biológico responsável pela patologia não foi elucidado. Houve quem propusesse que um reflexo ejaculatório acelerado fosse o responsável, porém não foi possível fornecer a localização específica do circuito neuronal responsável por este reflexo em particular (SEMANS, 1956). A hipersensibilidade da glândula peniana também foi considerada como fator etiológico, entretanto, estudos avaliando sensibilidade peniana vibratória mostraram resultados conflitantes (GUO *et al.*, 2017; PAICK *et al.*, 1998; ROWLAND *et al.*, 1993; XIN *et al.*, 1996).

A moderna psicoterapia para ejaculação precoce consiste na integração de várias vertentes, tais como psicodinâmica, sistêmica, cognitiva, comportamental, em uma abordagem psicoterápica de curto prazo (ALTHOF, 2005, 2006b, 2016).

Os princípios que direcionam o tratamento são o aprendizado do controle ejaculatório, o manejo e a resolução dos conflitos adicionais que a EP traz ao homem, à parceira e ao casal. Tais conflitos incluem o desenvolvimento de ansiedade de desempenho, redução da autoestima, retração do interesse sexual e da procura por sexo, raiva e hostilidade à parceira, e redução da qualidade geral do relacionamento interpessoal (ALTHOF, 2005, 2006b, 2016).

Terapeutas das várias vertentes apresentam explicações diferentes do porquê de um homem apresentar ejaculação precoce: os terapeutas psicodinâmicos assinalam os estados emocionais inconscientes de hostilidade com as mulheres, narcisismo exagerado, medo da vagina lhes causar mal, prazer passivo na perda de controle, aviltamento e rebaixamento das mulheres (BERGLER, 1935; FENICHEL, 1945; KAPLAN, 1974; LE-

VINE, 1976; OVESEY; MEYERS, 1968; SCHAPIRO, 1943); terapeutas comportamentais apontam para a falta de percepção sensorial, desconhecimento do nível de excitação sexual, e respostas condicionadas, como relações apressadas em ambientes de ansiedade (BANCROFT, 2008; KAPLAN, 1974; MASTERS; JOHNSON, 1970).

Os terapeutas cognitivos enfatizam as distorções do pensamento que mantém ou agravam a EP; tais como o catastrofismo, generalização excessiva, suposições, etc (ROSEN *et al.*, 1994); já terapeutas de família examinam a dinâmica do relacionamento, jogos de controle interpessoal, intimidade sexual do casal e como cada cônjuge lida com suas emoções (ALTHOF, 2016; BYERS; GRENIER, 2003; PORTO, 2013). A maioria dos terapeutas combina ideias das diferentes vertentes para oferecer ao homem e ao casal um formato de tratamento integrado (ALTHOF, 2016).

Donahey e Miller (2001) descrevem três fatores comuns que tornam a terapia sexual eficaz: (1) oferecer ao paciente a capacidade de criar fatores de mudança com impacto no seu contexto de vida, (2) proporcionar um ambiente seguro e empático onde o paciente possa explorar obstáculos, escolhas e significados de seus dilemas psicológicos e comportamentais e, 3) transmitir esperanças e expectativas realistas em relação aos resultados. Esses três componentes devem ser incluídos no tratamento psicológico de homens e casais que sofrem de EP.

Segundo Althof (2006b), o tratamento psicoterápico da EP deve incluir múltiplos objetivos:

- aprendizado de técnicas para controle ou retardo da ejaculação;
- adquirir ganho de confiança quanto ao seu desempenho sexual;
- controlar ou reduzir a ansiedade por desempenho;
- modificar e ampliar repertórios sexuais rígidos;
- superar barreiras quanto à intimidade;
- resolver conflitos interpessoais que precipitem ou mantenham a disfunção;
- compreender e reconciliar;
- aumentar e melhorar a comunicação do casal.

Ao tratar a ejaculação precoce, terapeutas sexuais empregam uma variedade de técnicas específicas, porém, a Terapia Sexual é mais do que um amálgama de técnicas comportamentais. Cabe ao terapeuta identificar e abordar aspectos relevantes do relacionamento, ansiedades envolvidas, e preocupações da parceira, atuando, portanto, em um contexto mais amplo de assistência integral à saúde mental (ALTHOF, 2006b, 2011; BANCROFT, 2008).

Homens com ejaculação precoce temem focar na sua excitação, acreditando que isso os fará ejacular mais rapidamente. É comum empregarem artifícios variados, tais como técnicas de distração, realizar cálculos matemáticos, abstrair do momento, pensar em jogos do seu esporte favorito, bem como consumir álcool previamente às relações, usar múltiplos preservativos, cremes anestésicos, ou masturbar-se preventivamente. Tais estratégias, em que pese a criatividade, reduzem o prazer da relação a dois, contribuem para um certo distanciamento emocional do homem, além de serem, geralmente, mal sucedidas (ALTHOF, 2016).

Rosen (ROSEN *et al.*, 1994) enumera uma série de alterações cognitivas e distorções que permeiam a estrutura emocional do portador de distúrbios sexuais:

- *pensamentos de tudo ou nada*: "Eu sou um fracasso completo porque ejaculo rápido..."
- *generalização excessiva*: "Se eu tive dificuldade de controlar a ejaculação ontem, serei assim o tempo todo..."
- *desqualificação do positivo*: "Minha parceira diz que nossa relação é boa porque não quer me magoar..."
- *leitura mental e suposição*: "Eu nem preciso perguntar, eu sei como ela se sentiu sobre a noite passada..."
- *adivinhação*: "Tenho certeza que vou falhar novamente amanhã..."
- *raciocínio emocional*: "Quando penso que a ejaculação rápida vai acontecer sempre, só pode ser verdade..."
- *imperativos categóricos*: Quando o processo cognitivo é dominado por pensamentos de "Eu devo", "Eu preciso", "Eu tenho que..."
- *catastrofismo*: "Se eu falhar hoje, ela vai me deixar..."

Durante a relação, devido ao medo de se excitar sexualmente, estes homens evitam se deixar acariciar por suas parceiras, e também lhes proporcionam menos estímulos e carícias. Mulheres de ejaculadores precoces relatam que seus parceiros focam excessivamente no seu desempenho, no tempo de latência, no controle ejaculatório, e lhes dispensam pouca atenção (BURRI *et al.*, 2014; HOBBS *et al.*, 2008; PATRICK *et al.*, 2005; ROWLAND *et al.*, 2007).



Na esfera das tensões interpessoais, os homens se sentem diminuídos devido a sua EP. Em certos casos, culpam suas parceiras (“Ela é muito sexy... não consigo evitar...”), enquanto outros temem que suas parceiras se envolvam com outros homens, e alguns tentam satisfazer suas parceiras através de comportamentos não coitais, geralmente mal sucedidos. Por seu lado, as parceiras se sentem angustiadas ao ver que o homem é incapaz ou não se interessa em buscar solução para o problema, e se ressentem do seu distanciamento e da excessiva preocupação com o desempenho durante o ato sexual. Além disso, as mulheres não gostam da cessação abrupta da intimidade emocional que ocorre quando o homem ejacula. Ele se sente envergonhado e se afasta dela; ela é deixada sentindo-se abandonada e com raiva. Como mencionado anteriormente, não devidamente tratadas, essas questões continuam a crescer, evoluindo para questões interpessoais crônicas (ALTHOF, 2016; HOBBS *et al.*, 2008; PATRICK *et al.*, 2005; ROWLAND *et al.*, 2007).

O quê surgiu primeiro? Foi a EP que causou dificuldades interpessoais? Ou terá sido o contrário? Althof acredita que os efeitos são bidirecionais; em certas situações a EP resulta de conflitos interpessoais do casal; enquanto em outras a EP coexiste dentro de um relacionamento seguro, estável e amoroso. Apesar disso, é sabido que EP geralmente impacta negativamente o relacionamento conjugal (ALTHOF, 2016).

O terapeuta busca auxiliar os casais a recuperar sua intimidade emocional e sexual, reduzindo a hostilidade e o afastamento. Ajudar os casais a superar estes obstáculos, na busca por soluções racionais para os conflitos, e trabalhar juntos de modo construtivo na resolução dos problemas são os objetivos principais da terapia (ALTHOF, 2006b, 2016).

A terapia sexual, entretanto, não é um processo isento de dificuldades, obstáculos ou reações negativas, tanto por parte do paciente quanto da parceira. Kaplan (1978) enumera uma série de reações passíveis de ocorrer durante o tratamento.

Tédio pode se instalar caso o tratamento se prolongue além do razoável, interferindo na rotina sexual do casal. A autora preconiza que acima de três semanas de tratamento, o casal poderá ter um dia livre por semana, com intercurso sexual espontâneo (IDEM, IBIDEN).

Pode ocorrer frustração da mulher durante o tratamento, pois ela pode ficar excitada e se frustrar por não poder atingir o clímax. Neste caso, o casal é incentivado a praticar alguma atividade sexual que lhe propicie um orgasmo pela estimulação clitoriana, e sempre depois que o homem ejaculou. Isto porque durante o tratamento, o homem não deve se distrair de sua concentração nos exercícios sob risco de não obter um bom resultado (IDEM, IBIDEN).

Quando a esposa é hostil ao marido, ela pode reagir de modo negativo ao considerar que está sendo usada como um “objeto” durante certas fases do tratamento. Algumas mulheres percebem a melhora do marido com grande insegurança, podendo lhe causar ansiedade ou depressão. A mulher insegura entra em contato com fortes sentimentos, por vezes inconscientes, que culminam com a sabotagem do tratamento. Por vezes, a disfunção do marido o tornava dependente dela, e ela teme que sua melhora poderá permitir a ele procurar por outra mulher mais atraente, por exemplo.

Outra possibilidade, é que com a melhora funcional do marido, venham à tona eventuais inadequações sexuais da esposa. Uma mulher portadora de anorgasmia pode facilmente passar despercebida diante da ejaculação precoce do marido, e a melhora deste pode levar o casal a se defrontar com tal problema adicional não previsto. A autora enfatiza que um bom controle ejaculatório do marido não garante um bom funcionamento da esposa, e que a esposa somente poderá ser avaliada depois que o marido adquirir controle ejaculatório, podendo então ser tratada (KAPLAN, 1978).

Quanto ao fator masculino, o homem inseguro também constitui um fator dificultador. O homem inseguro pode questionar o seu valor ou sua capacidade essencial, por vezes criando defesas de hiperpreocupação para com a companheira ou prestando atenção compulsiva às necessidades dela. A mudança no papel do homem, de ativo para passivo, nos momentos em que ele tem que receber e aceitar a estimulação da parceira o colocam em uma posição de considerável ansiedade, e algumas vezes esta se manifesta como medo de ser rejeitado pela esposa. Homens mais seriamente perturbados podem reagir a esta situação com defesas paranoides; podendo se mostrar incapazes de praticar os exercícios antes que haja uma resolução prévia de suas inseguranças básicas através da psicoterapia. Em raras situações o homem também pode se sentir ameaçado pela sua própria melhora, em casos onde o sintoma serve a uma necessidade inconsciente, como um escudo contra uma esposa materna e dominadora (KAPLAN, 1978).

Em contrapartida, nos casais com uma relação amorosa e sem ambiguidades, a esposa percebe seu papel de ajudante como imensamente satisfatório, obtendo prazer dos progressos do marido. Certas fases do tratamento permitem ao homem apreciar o papel passivo nas relações sexuais pela primeira vez. Ele aprende que é agradável receber, assim como dar prazer. Pode apreciar que sua esposa o ama, e que não o rejeitará mesmo que esteja retardando sua gratificação por causa dele (IDEM, IBIDEN).

Já há algum tempo existem programas experimentais de psicoterapia pela internet ou por telefone

(DIEST *et al.*, 2007; MARKS *et al.*, 2007; VAN LANKVELD *et al.*, 2009). Em nosso meio, a atual pandemia de Covid-19 acelerou a adoção de atendimentos virtuais em saúde mental (ESTADÃO, s.d.).

A literatura em psicoterapia para tratamento de ejaculação precoce apresenta algumas limitações importantes. A maioria dos estudos não preenche os padrões da medicina baseada em evidências. Os estudos tendem a ser não controlados, sem lista de espera ou grupo placebo, com amostras pequenas, tempo de seguimento curto, e apresentam grande variação nas definições, nos parâmetros de inclusão, e na interpretação dos resultados. Trabalhos de qualidade científica inadequada resultam em meta análises com quantidade pequena de estudos (ALTHOF, 2016).

Uma meta análise concluiu que existe evidência limitada de que as técnicas de terapia comportamental melhoram o IELT quando comparado a controles em lista de espera (COOPER *et al.*, 2015) Duas outras meta análises encontraram que havia evidência fraca ou inconsistente quanto ao emprego de intervenções psicológicas no tratamento da EP (FRÜHAUF *et al.*, 2013; MELNIK *et al.*, 2011) . Estas três meta análises concluíram que existe boa evidência para o uso de terapia combinada – medicamentos mais psicoterapia - com eficácia superior ao uso de medicamentos isoladamente (ALTHOF, 2016).

Existem dois trabalhos de psicoterapia, com amostras de tamanho modesto, que demonstraram sua utilidade. Um deles evidenciou um aumento de oito vezes no IELT em homens tratados com intervenção psicológica (DE CARUFEL; TRUDEL, 2006) . E na série de Masters e Johnson, relataram seus resultados usando a técnica de squeeze, focalização sensorial, treinamento em habilidades sexuais e comunicação, e terapia conjunta ou individual, com taxas de insucesso de 2,2% e 2,7% respectivamente após o término da terapia e com seguimento de cinco anos (MASTERS; JOHNSON, 1970).

#### - Identificação das crenças irracionais e confrontação:

O evento inicial da ação terapêutica é indicação de crenças irracionais que alimenta o comportamento inadequado do paciente. Este diagnóstico nem sempre é fácil, pois há a tendência a ser encobrir o verdadeiro motivo com uma pretensa racionalização (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019). Para identificar crenças irracionais, Cavalcanti e Cavalcanti afirmam que é necessário interrogar o paciente acerca do próprio enunciado que ele apresente, como: "Me sinto horrível com meu desempenho sexual", "Tudo é horrível...".

É possível perceber que geralmente as falas do paciente tendem a ser categóricas ou imperativas, com valores negativos ou de generalização. Entretanto, através de um processo de investigação maiêutica<sup>21</sup>, pode-se concluir que estas afirmações nada mais são, por exemplo, do que a manifestação de uma crença irracional geralmente direcionada a si mesmo, neste caso o "tudo" nada mais é do que um julgamento sobre si mesmo, como ser feio, sexualmente frio ou desinteressante (IDEM, IBIDEM).

É interessante observar que, nessas racionalizações, está sempre presente a condenação que a pessoa faz de si ou dos outros, com base em crenças irracionais generalizadas. A partir desses pressupostos, conclui erroneamente. A conclusão é tanto mais comum quando se observa a história de vida prévia do paciente (IDEM, IBIDEM).

Na técnica da confrontação, o terapeuta deve procurar fazer com que o paciente examine, de maneira crítica, a cadeia de crenças desencadeadas por um evento ativador. A metodologia mais adequada para confrontar o indivíduo consigo mesmo parece ser a utilização dos clássicos princípios da lógica, com base nos silogismos (IDEM, IBIDEM). Recordando, um silogismo possui três partes fundamentais: a premissa geral ou maior, a premissa particular ou menor, e a conclusão, conforme o exemplo abaixo:

- Todo homem é mortal (premissa geral);
- Eu sou homem (premissa particular);
- Logo, eu sou mortal (conclusão).

Este raciocínio é perfeito, e a conclusão é verdadeira. No raciocínio distorcido, o indivíduo monta o seu silogismo, correto sobre o ponto de vista formal, porém falho no aspecto material (IDEM, IBIDEM), como por exemplo:

- Todo homem tem sempre uma boa ereção;
- Eu não tenho uma boa ereção;
- Logo, eu não sou homem.

Toda vez que o silogismo está montado em uma premissa geral falsa, a conclusão é logicamente errada. Em terapia cognitiva, o profissional deve sempre procurar identificar onde está a premissa que se supõe de valor universal, e analisar se sua universalidade é real ou não. No exemplo acima, é possível existir

falhas de ereção em uma pessoa normal, sem que isso configure uma disfunção. Todos somos falíveis, e falhar algumas vezes não significa falhar sempre. Desta forma, a premissa geral deveria ser: "Todo homem nem sempre tem uma boa ereção". Cabe ao terapeuta prevenir o paciente quanto ao perigo de extremismos, e das crenças irracionais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019).

Pode ocorrer que, diante do terapeuta, o paciente se convença da irracionalidade das suas crenças, mas volte aos seus padrões irracionais anteriores entre as sessões. Para combater essas recidivas é muito útil o emprego de "tarefas para casa" que auxiliam o paciente a combater os sentidos negativos ressurgidos longe do terapeuta. Uma boa tática é a biblioterapia, a indicação de livros que o paciente deverá ler, não apenas para ser ilustrar melhor sobre o problema, mas sobretudo para obter ajuda adicional de como superá-lo (IDEM, IBIDEM).

De resto, a terapia sexual pode adotar técnicas psicológica, como a parada de pensamento, a distração cognitiva e a autofocagem, confrontação, a confrontação sensorial (MASTERS; JOHNSON, 1970), treino de fantasias (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019), a técnica do espelho; além de técnicas psicofísicas, como o relaxamento muscular (HEIMAN; LOPICCOLO, 1992), a dessensibilização masturbatória (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019), a interrupção e recomeça de estimulação (SEMANS, 1956), o estrangulamento com a compressão do polegar na face dorsal do pênis; o coito não exigente (KAPLAN, 1974); além de tratamentos alternativos com yoga (DHAKAV *et al.*, 2007), acupuntura (TSAI *et al.*, 2014), conforme a preparação do profissional.

## Considerações finais

O impacto negativo do desconhecimento do funcionamento do corpo masculino auxilia na dificuldade de uma sexualidade de boa qualidade. Problemas masculinos, como a ejaculação precoce em se refletido, cada vez mais, na qualidade de vida dos homens e casais, seja por razões físicas ou emocionais.

Assim, não apenas é importante o conhecimento da fisiologia masculina, como a identificação dos fatores que levam a problemas sexuais, como a ejaculação precoce, de forma a identificá-los para que haja um bom encaminhamento dos casos.

## Referências Bibliográficas:

- ABDO, C. H. N. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 4, n. 2, p. 382–389, 2007. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00414.x.
- ABRAHAM, L.; SYMONDS, T.; MORRIS, M. F. Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *The Journal Sexual Medicine*, v. 5, n. 3, p. 595–601, 2008. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x.
- AHLENIUS, S.; SVENSSON, L.; FJORTH, S.; CARLSSON, A.; LINDBERG, P.; WIKSTROM, H.; *et al.* Effects of a new type of 5-HT receptor agonist on male rat sexual behavior. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, v. 15, n. 5, p. 785–792, 1981. DOI: 10.1016/0091-3057(81)90023-x.
- AHMED, A. F.; ABDEL-AZIZ, A. S.; MAAROUF, A. M.; ALI, M.; EMARA, A. A.; GOMAA, A. Impact of varicocele on premature ejaculation in varicocele patients. *Andrologia*, v. 47, n. 3, p. 276–281, 2015. DOI: 10.1111/and.12256.
- ALTHOF, S. E. Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: Rationale, practical aspects, and outcome. *World Journal of Urology Springer*, vol. 23, n.2, p.89-92, 2005. DOI: 10.1007/s00345-004-0489-6.
- ALTHOF, S. E. Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *Journal of Men's Health and Gender*, v. 3, n. 2, p. 180–186, 2006a. DOI: 10.1016/j.jmhg.2006.04.001.
- ALTHOF, S. E. Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *Journal of Men's Health and Gender*, v. 3, n. 2, p. 180–186, 2006b. DOI: 10.1016/j.jmhg.2006.04.001.
- ALTHOF, S. E.; ABDO C. H. N.; DEAN, J.; HACKETT, G.; McCABE, M.; *et al.* International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 7, n. 9, p. 2947–2969, 2010. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x.
- ALTHOF, S. E.; MCMAHON, C. G.; WALDINGER, M. D.; SE-REFOGLU, E. C.; SHINDEL, A. W.; ADAIKAN, P. G.; *et al.* An Update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *Sexual Medicine*, v. 2, n. 2, p. 60–90, 2014. DOI: 10.1002/sm2.28.
- ALTHOF, S. E. Psychosexual therapy for premature ejaculation. *Translational Andrology and Urology*, v. 5, n. 4, p.475–481, 2016. DOI: 10.21037/tau.2016.05.15.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. 5th. Ed. Arlington-VA: APA, 2013.
- BANCROFT, J. *Human sexuality and its problems*. São Paulo: Loyola, 2008.
- BAÑUELOS MARCO, B.; GARCÍA HEIL, J. L. Circumcision in childhood and male sexual function: a blessing or a curse? *International Journal of Impotence Research*, v. 33, n. 2, p. 139–148, 2021. DOI: 10.1038/s41443-020-00354-y.
- BELL, A. P.; WEINBERG, M. S. *Homosexualities: a study of diversity among men and women*. New York: Simon and Schuster, 1978.
- BERGLER, E. Some special varieties of ejaculatory disturbance not hitherto described. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 16, p. 84–95, 1935.
- BLANKER, M. H.; BOSCH, J. L. H. R.; GROENEVELD, F. P. M. J.; BOHNEN, Ar. M.; PRINS, A.; THOMAS, S.; HOP, *et al.* Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample

- of men 50 to 78 years old: Prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology*, v. 57, n. 4, p. 763–768, 2001. DOI: 10.1016/S0090-4295(00)01091-8.
- BURRI, A.; GIULIANO, F.; MCMAHON, C.; PORST, H.. Female partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, v. 11, n. 9, p. 2243–2255, 2014. DOI: 10.1111/jsm.12551.
- BYERS, E. S.; GRENIER, G.. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Archives of Sexual Behavior*, v. 32, n. 3, p. 261–270, 2003. DOI: 10.1023/A:1023417718557.
- CARSON, C.; GUNN, K. Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, v. 18, n. 1, p. S5–S13, 2006. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901507.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. 5ª ed. São Paulo: Paya, 2019.
- COLONNELLO, E.; CIOCCA, G.; LIMONCIN, E.; SANSONE, A.; JANNINI, E. e A. Redefining a sexual medicine paradigm: subclinical premature ejaculation as a new taxonomic entity. *Nature Reviews Urology*, v. 18, n. 2, p. 115–127, 2021. DOI: 10.1038/s41585-020-00417-1.
- COOPER, K.; MARTYN-ST JAMES, M.; KALTENTHALER, E.; DICKINSON, K.; CANTRELL, A. a.; WYLIE, K.; et al. Behavioral therapies for management of premature ejaculation: a systematic. *Sexual Medicine*, v.3, n.3, p.174-88, 2015. DOI: 10.1002/sm2.65.
- DE CARUFEL, F.; TRUDEL, G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of sex & marital therapy*, v. 32, n. 2, p. 97–114, 2006. DOI: 10.1080/00926230500442292.
- DHIKAV, V.; KARMARKAR, G.; GUPTA, M.; ANAND, K. S. Yoga in premature ejaculation: A comparative trial with fluoxetine. *Journal of Sexual Medicine*, v. 4, n. 6, p. 1726–1732, 2007. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00603.x.
- DIEST, S. L. V.; LANKVELD, J. J. D. M. V.; LEUSINK, P. M.; SLOB, A. K.; GJIS, L. Sex therapy through the Internet for men with sexual dysfunctions: A pilot study. *J Sex Mar Ther*, v. 33, p. 115–133, 2007.
- DONAHEY, K. M.; MILLER, S. D. What works" in sex therapy: a common factors perspective. In: KLEINPLATZ, P. J. (Ed.). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Brunner-Routledge, 2001. (pp. 210–233).
- DUNN, K. M.; CROFT, P. R.; HACKETT, G. I. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice*, v. 15, n. 6, p. 519–524, 1998. DOI: 10.1093/fampra/15.6.519.
- DUNN, K. M.; CROFT, P. R.; HACKETT, G. I. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 53, n. 3, p. 144–148, 1999. DOI: 10.1136/jech.53.3.144.
- DUNN, K. M.; JORDAN, K.; CROFT, P. R.; ASSENDELFT, W. J. J. Systematic Review of Sexual Problems: Epidemiology and Methodology. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 28, n. 5, p. 399–422, 2002. DOI: 10.1080/00926230290001529.
- EL-SAKKA, Ahmed I. Premature ejaculation in non-insulin-dependent diabetic patients. *International Journal of Andrology*, v. 26, n. 6, p. 329–334, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2605.2003.00433.x>.
- FANG, D.; YUAN, Y.; PENG, J.; ZHANG, Z.. PD28-08 Number of Intravaginal Thrusts Before Ejaculation (NITBE): a convenient and reliable tool for Premature Ejaculation assessment. *The Journal of Urology*, v. 203, p. E615, 2020. DOI: 10.1097/ju.0000000000000892.08.
- FENICHEL, O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Routledge; 2nd ed. 2016.
- FRANK, E.; ANDERSON, C.; RUBINSTEIN, D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of Medicine*, v. 299, n. 3, p. 111–115, 1978. DOI: 10.1056/NEJM197807202990302.
- FRÜHAUF, S.; GERGER, H.; SCHMIDT, H. M.; MUNDER, T.; BARTH, J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, v. 42, n. 6, p. 915–933, 2013. DOI: 10.1007/s10508-012-0062-0.
- GAO, J.; XIANSHENG ZHANG, M. D.; PUYU SU, M. D.; JISHUANG LIU, M. M.; LEI XIA, M. M.; JIAJIA YANG, M. B.; et al. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: a large observational study in China. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 10, n. 7, p. 1874–1881, 2013. DOI: 10.1111/jsm.12180.
- GODPODINOFF, M. L. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. *Journal of sex & Marital Therapy*, v. 15, n. 2, p. 130–134, 1989. DOI: 10.1080/00926238908403817.
- GRENIER, G.; BYERS, E. S.. The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, v. 26, n. 1, p. 27–47, 1997. DOI: 10.1023/A:1024569319319.
- GUO, L.; LIU, Y.; WANG, X.; YUAN, M.; YU, Y.; ZHANG, X.; et al. Significance of penile hypersensitivity in premature ejaculation. *Scientific Reports*, v. 7, n. 1, a.10441, 2017. DOI: 10.1038/s41598-017-09155-8.
- HAMILTON, C. V. *A study in marriage*. New York: Boni, 1929.
- HANAFY, S.; HAMED, A. M.; HILMY SAMY, M. S. Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. *Andrologia*, v. 51, n. 8, p. E13298, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/and.13298>.
- HARTMANN, U. The "PEQUEST": a multidimensional instrument for the assessment of premature ejaculation. *Int J Impot Res*, v.8, p.119, 1996;
- HAWTON, K.; CATALAN, J.; MARTIN, P.; FAGG, J. Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, v. 24, n. 6, p. 665–675, 1986. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90062-8.
- HEIMAN, J. R.; LOPICCOLO, J. *Descobrimos o prazer*. 2a ed. São Paulo: Editora Summus, 1992.
- HELLSTROM, W. J. G. Current and future pharmacotherapies of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, v. 3, n. SUPPL. 4, p. 332–341, 2006. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00309.x.
- HOBBS, K.; SYMONDS, T.; ABRAHAM, L.; MAY, K.; MORRIS, M. F. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *Int J Impot Res*, v. 20, p. 512–517, 2008.
- JANNINI, EA; LENZI, A. Behavioural therapy and counselling. In: SCHILL, WB; COMHAIRE, FH; HARGREAVE, TB (org.). *Andrology for the clinician*. Berlin: Springer, 2006. P. 589–607.
- JANNINI, E. A.; CAROSA, E.; PEPE, M.; LOMBARDO, F.; LENZI, A. Update on pathophysiology of premature ejaculation: the bases for new pharmacological treatments. *EAU-EBU Update Series*. Elsevier, 2006. DOI: 10.1016/j.eus.2006.05.002.
- JERN, P.; VENTUS, D. Serotonergic polymorphisms in the control of ejaculation. *Molecular and Cellular Endocrinology*, p. 60-65, 2018. DOI: 10.1016/j.mce.2017.10.017.

- JERN, P.; WESTBERG, L.; JOHANSSON, A.; GUNST, A.; ERIKSSON, E.; SANDNABBA, K.; et al. A study of possible associations between single nucleotide polymorphisms in the serotonin receptor 1A, 1B, and 2C genes and self-reported ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*, v. 9, n. 3, p. 866–872, 2012. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02618.x.
- KAPLAN, H. S. *New sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Manual ilustrado da terapia sexual*. São Paulo: Manole, 1978.
- LAUMANN, E. O.; NICOLOSI, A.; GLASSER, D. B.; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E.; WANG, T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, v. 17, n. 1, p. 39–57, 2005. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901250.
- LAUMANN, E. O.; GAGNON, J. H.; MICHAEL, R. T.; MICHAELS, S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. 1a ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
- LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the united states prevalence and predictors. *JAMA*, v. 281, n. 6, p. 537–544, 1999. DOI: 10.1001/jama.281.6.537.
- LEVINE, S. B. Marital sexual dysfunction: ejaculation disturbances. *Annals of Internal Medicine*, v. 84, n. 5, p. 575–579, 1976. DOI: 10.7326/0003-4819-84-5-575.
- LI, H. C.; ZHANG, L. D.; GAO, M.; CHONG, T.; DENG, Q.; YIN, J.; et al. Spermatic vein ligation and intra- vaginal ejaculation latency]. *Zhonghua Nan Ke Xue (National journal of andrology)*, v. 20, n. 6, p. 531–535, 2014.
- LUE, T. F.; BASSON, R.; ROSEN, R.; GIULIANO, F.; KHOURY, S.; MONTORSI, F. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. Editions 21, 2004.
- MARKS, I. M.; CAVANAGH, K.; GEGA, L. *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Psychology Press, 2007.
- MALKOC, E.; ATES F.; TEKELI, H.; KURT, B.; TURKER, T.; BASAL, S. Free nerve ending density on skin extracted by circumcision and its relation to premature ejaculation. *J Androl*, v. 33, p. 1263–7, 2012.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Human Sexual Inadequacy*. 1st. Ed. Boston: Little, Brown & Co., 1970.
- MCCULLOUGH, A. R.; BULL, S.; HO, K. F.; JAMIESON, C.; LINDERT, K.; ALBRECHT, D. 882: relationship of self- diagnosed premature ejaculation to other indicators of male sexual function. *The Journal of Urology*, v. 171, n. 4S, p. 233–234, 2004.
- MCMAHON, C. G. Disorders of male orgasm and ejaculation. In: WEIN, A. J.; KAVOUSSI, L. R.; PARTIN, A. W.; PETERS, C. A. (org.). *Campbell-Walsh Urology*. 11th. Ed. Philadelphia: Elsevier Inc., 2016. P. 692–708.
- MCMAHON, C. G. The etiology and management of premature ejaculation. *Nature Clinical Practice Urology Nat Clin Pract Urol*, 2005. DOI: 10.1038/ncpuro0293.
- MCMAHON, C. G.; ABDO, C. Disorders of orgasm and ejaculation in men. In: LUE, Tom F.; BASSON, Rosemarie; ROSEN, R. (org.). *Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women (2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions)*. Paris: Health Publications, 2004. P. 409–468.
- MELNIK, T.; ALTHOF, S.; ATALLAH, Á. N.; PUGA, M. E. S.; GLINA, S.; RIERA, R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8, CD008195, 2011. [Internet]. DOI: 10.1002/14651858.cd008195.pub2.
- MONTAGUE, D. K.; JAROW, J.; BRODERICK, G. A.; DMO-  
CHOWSKI, R. R.; HEATON, J. P. W.; LUE, T. F.; et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol*, v.172, n.1, p.290–4, 2004. Doi: 10.1097/01.ju.0000132159.61156.ea.
- MORALES, A.; BARADA, J.; WYLLIE, M. G. A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. *BJU International*, vol.100 n.3, p.493–501, 2007. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2007.07051.x.
- OLIVIER, B.; VAN OORSCHOT, R.; WALDINGER, M. D. Serotonin, serotonergic receptors, selective serotonin reuptake inhibitors and sexual behaviour. *International Clinical Psychopharmacology*, v. 13, n. SUPPL. 6, p. S9–S14, 1998. DOI: 10.1097/00004850-199807006-00003.
- OVESEY, L.; MEYERS, H. Retarded ejaculation - psychodynamics and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, v. 22, n. 2, p. 185–201, 1968. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1968.22.2.185.
- PAICK, J. S.; JEONG, H.; PARK, M. S. Penile sensitivity in men with premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, v. 10, n. 4, p. 247–250, 1998. DOI: 10.1038/sj.ijir.3900368.
- PATRICK, D. L.; ALTHOF, S. E.; PRYOR, J. L.; ROSEN, R.; ROWLAND, D. L.; HO, K. F.; et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med*, v. 2, p. 358–367, 2005.
- PEROUTKA, S. J.; SNYDER, S. H. Multiple serotonin receptors: differential binding of [3H]5-hydroxytryptamine, [3H] lysergic acid diethylamide and [3H]spiroperidol. *Molecular pharmacology*, v. 16, n. 3, p. 687–699, 1979.
- PORST, H.; BURRI, A. Fortacintm spray for the treatment of premature ejaculation urologia. *NLM (Medline)*, 2017. DOI: 10.5301/uj.5000275.
- PORTO, R. The impact of premature ejaculation on quality of life of the patient, the partner and the couple. *Sexologies*, v. 22, n. 3, p. E65–e70, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.06.003.
- PU, C.; YANG, L.; LIU, L.; YUAN, H.; WEI, Q.; HAN, P. Topical anesthetic agents for premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Urology*, v. 81, n. 4, p. 799–804, 2013. DOI: 10.1016/j.urology.2012.12.028.
- ROSEN, R. C. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current psychiatry reports*, v. 2, n. 3, p. 189–195, 2000. DOI: 10.1007/s11920-996-0006-2.
- ROSEN, R. C.; LEIBLUM, S. R.; SPECTOR, I. P. Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, [S. L.], v. 20, n. 2, p. 67–85, 1994. DOI: 10.1080/00926239408403419.
- ROWLAND, D. L.; PATRICK, D. L.; ROTHMAN, M.; GAGNON, D. D. The psychological burden of premature ejaculation. *J Sex Med*, v. 177, p. 1065–1070, 2007.
- ROWLAND, D. L. Treatment of premature ejaculation: Selecting outcomes to determine efficacy. *Bull Int Soc Sex Impot Res*, n. 10, p. 26–27, 2003.
- ROWLAND, D. L.; HAENSEL, S. M.; KOOS SLOB, A.; BLOM, J. H. M. Penile sensitivity in men with premature ejaculation and erectile dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 19, n. 3, p. 189–197, 1993. DOI: 10.1080/00926239308404903.
- ROWLAND, D. L.; STRASSBERG, D. S.; DE GOUVEIA BRAZAO, C. A.; SLOB, A. K.. Ejaculatory latency and control in men with premature ejaculation: an analysis across sexual activities using multiple sources of information. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 48, n. 1, p. 69–77, 2000. DOI: https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00078-1.
- SCHAPIRO, B. Premature ejaculation: a review of 1130 ca-

- ses. *Journal of Urology*, v. 50, n. 3, p. 374–379, 1943. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)70462-4.
- SEMANS, J. H. Premature ejaculation: a new approach. *Southern Medical Journal*, v. 49, n. 4, p. 353–358, 1956. DOI: 10.1097/00007611-195604000-00008.
- SEREOFGLU, E. G. E. C.; YAMAN, O.; CAYAN, S.; ASCI, R.; ORHAN, I.; et al. Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *The journal of sexual medicine*, v. 8, n. 2, p. 540–548, 2011. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.02095.x.
- SEREOFGLU, E. C.; MCMAHON, C. G.; WALDINGER, M. D.; ALTHOF, S. E.; SHINDEL, A.; ADAIKAN, G.; et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Sexual Medicine*, v. 2, n. 2, p. 41–59, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/sm2.27>.
- ROSSER, B. R.; METZ, M. E.; BOCKTING, W. O.; BUROKER, T. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: an empirical study with implications for HIV prevention. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 23, n. 1, p. 61–73, 1997. DOI: 10.1080/00926239708404418.
- ST. LAWRENCE, J. S.; MADAKASIRA, S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 22, n. 1, p. 77–97, 1992. DOI: 10.2190/UWP1-CNHH-LONK-YQY9.
- STEKEL, W.; BOLTZ, O. H. *Impotence in the male: the psychic disorders of sexual function in the male*. Londres-Inglaterra: Clapham Press, 2013.
- TSAI, M. Y.; LIU, C. T.; CHANG, C. C.; CHEN, S. Y.; HUANG, S. T. Overview of the relevant literature on the possible role of acupuncture in treating male sexual dysfunction. *Acupuncture in Medicine*, v. 32, n. 5, p. 406–410, 2014. DOI: 10.1136/acupmed-2014-010592.
- VAN LANKVELD, J. J. D. M.; LEUSINK, P.; VAN DIEST, S.; GIJS, L.; SLOB, A. K. Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *Journal of Sexual Medicine*, v. 6, n. 8, p. 2224–2236, 2009. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01321.x.
- WALDINGER, M. D. Use of psychoactive agents in the treatment of sexual dysfunction. *CNS Drugs*, v. 6, p.204–216, 1996. DOI: 10.2165/00023210-199606030-00004.
- \_\_\_\_\_.The Neurobiological Approach to Premature Ejaculation. *Journal of Urology*, v. 168, n. 6, p.2359–2367, 2002a. DOI: 10.1016/S0022-5347(05)64146-8.
- \_\_\_\_\_.The neurobiological approach to premature ejaculation. *Journal of Urology*, v. 168, n. 6, p. 2359– 2367, 2002b. DOI: 10.1016/S0022-5347(05)64146-8.
- \_\_\_\_\_.History of premature ejaculation. In: JANNINI, EA; MCMAHON, CG; WALDINGER, MD (org.). *Premature ejaculation: from etiology to diagnosis and treatment*. New York: Springer, 2013.
- WALDINGER, M. D.; HENGEVELD, M. W.; ZWINDERMAN, A. H. Paroxetine treatment of premature ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 9, p. 1377–1379, 1994. DOI: 10.1176/ajp.151.9.1377.
- WALDINGER, M. D.; RIETSCHER, M.; NOTHEN, M. M.; HENGEVELD, M. W.; OLIVIER, B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatric Genetics*, v. 8, n. 1, p. 37–40, 1998. DOI: 10.1097/00041444-199800810-00007.
- WALDINGER, M. D.; ZWINDERMAN, A. H.; SCHWEITZER, D. H.; OLIVIER, B. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: asystematic review and meta-analysis. *International Journal of Impotence Research Int J Impot Res*, v. 16, n. 4, p.369–81, 2004a. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901172.
- WALDINGER, M. D.; OLIVIER, B.. Animal models of premature and retarded ejaculation. *World Journal of urology*, v. 23, n. 2, p. 115–118, 2005a. DOI: 10.1007/s00345-004-0493-x.
- WALDINGER, M. D.; QUINN, P.; DILLEEN, M.; MUNDAYAT, R.; SCHWEITZER, D. H.; BOOLELL, M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*, v. 2, n. 4, p. 492–497, 2005b. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.00070.x.
- WALDINGER, M. D.; SCHWEITZER, D. H. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II--proposals for DSM-V and ICD-11. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 3, n. 4, p. 693–705, 2006. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00276.x.
- WALDINGER, M. D.; SCHWEITZER, D. H. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 5, n. 5, p. 1079–1087, 2008. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00789.x.
- WALDINGER, M. D.; ZWINDERMAN, A. H.; OLIVIER, Berend. On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: A randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *European Urology*, v. 46, n. 4, p. 510–516, 2004b. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.05.005.
- WYLLIE, M. G.; HELLSTROM, W. J. G. The link between penile hypersensitivity and premature ejaculation. *BJU International*, v. 107, n. 3, p. 452–457, 2011. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2010.09456.x.
- XIN, Z. C.; CHUNG, W. S.; CHOI, Y. D.; SEONG, D. H.; CHOI, Y. J.; CHOI, H. K. Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation. *The Journal of urology*. 156, n. 3, p. 979-981, 1996.
- YUAN, Y. M.; XIN, Z. C.; JIANG, H.; GUO, Y. J.; LIU, W. J.; TIAN, L.; et al. Sexual function of premature ejaculation patients assayed with Chinese Index of Premature Ejaculation. *Asian Journal of Andrology*, v. 6, n. 2, p. 121-126, 2004.
- ZHANG, X.; GAO, J.; LIU, J.; XIA, L.; YANG, J.; HAO, Z.; et al. Distribution and factors associated with four premature ejaculation syndromes in outpatients complaining of ejaculating prematurely. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 10, n. 6, p. 1603-1611, 2013. DOI: 10.1111/jsm.12123



# Terapia Sexual: técnicas e ferramentas no tratamento da ejaculação precoce

## *Sex Therapy: techniques and tools in the treatment of premature ejaculation*

**Cairo Luiz Campos**

[cairocampos@bol.com.br](mailto:cairocampos@bol.com.br)

Graduado em Administração de Empresas pela Ulbra - Universidade Luterana do Brasil Itumbiara-GO e Pós-Graduado em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### **Resumo:**

A ejaculação precoce é uma das disfunções mais comuns entre os homens mesmo assim ainda é pouco discutida no âmbito das políticas públicas. O resultado dessa pesquisa, baseada em constatações de conhecimentos científicos sobre a ejaculação precoce, averiguou como a Terapia Sexual pode auxiliar no tratamento desta disfunção. As técnicas propostas para o tratamento de ejaculação precoce têm mostrado grandes contribuições em curto prazo; não apenas no tratamento em si, mas na qualidade de vida do sujeito, uma vez que ele consiga resenificar suas relações interpessoais, demonstrando assertividade e reduzindo o grau de ansiedade durante o ato sexual.

**Palavras-chave:** Ejaculação precoce, Cognitivo comportamental, Terapia sexual, Técnicas terapêuticas, Terapia sexual.

### **Abstract:**

Premature ejaculation is one of the most common dysfunctions among men, yet it is still little discussed in public policy. The result of this research, based on findings, based on scientific knowledge about premature ejaculation. And from this diagnostic assumption this research investigated how sexual therapy can help in the treatment of this dysfunction. The proposed techniques for treating premature ejaculation have shown great contributions in the short term. Not only in the treatment itself, but in the quality of life of the subject, once he can resenify his interpersonal relationships, demonstrating assertiveness and reducing the degree of anxiety during the sexual act.

**Keywords:** Early ejaculation, Therapeutic techniques, behavioral cognitive, Sexual therapy.

## **Introdução**

A ejaculação precoce (EP), também conhecida como ejaculação rápida ou prematura, é uma das disfunções mais comuns na sexualidade masculina. Segundo Glina e Anker (2013), embora sua etiologia seja desconhecida, fatores psicológicos, comportamentais e biogênicos são prováveis. A sua prevalência estimada varia muito, desde 5% até 30% se comparada a outras disfunções (p.79), pois seus sintomas dependem da cultura em que o indivíduo está inserido e é autoidentificada, autorrelatada e autoclassificada com respeito à sua intensidade.

Em geral, na Medicina ela é verificada conforme três critérios essenciais: (1) latência ejaculatória curta; (2) falta de controle ejaculatório que gera angústia ou sofrimento psicológico no paciente e/ou parceira; e (3) origem: primária ou adquirida; global ou situacional; exclusiva ou que ocorre em conjunto com outros problemas sexuais. Quanto à intensidade, pode variar desde casos em que a ejaculação se dá antes, ou até imediatamente após a penetração.

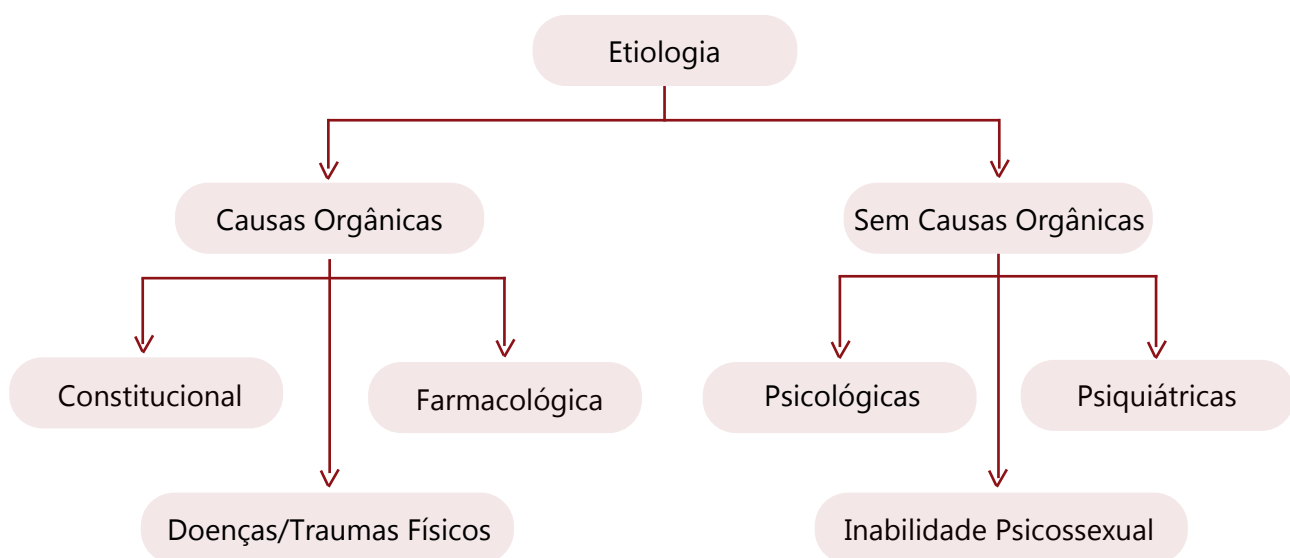
No “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V” (APA, 2013) são utilizados como critérios para diagnóstico de ejaculação precoce: (a) padrão de persistência ou recorrência do fenômeno; (b) a continuidade de ao menos 6 meses do problema em 75% a 100% das relações sexuais; (c) o fato de causar sofrimento significativo para o indivíduo.

Quanto à gravidade, é considerada “leve” quando ocorre de aproximadamente 30 segundo a 1 minuto após a penetração vaginal; “moderada” quando ocorre de 14 a 30 segundos após a penetração vaginal; e “grave” quando a ejaculação ocorre antes da atividade sexual ou até 15 segundos após a penetração vaginal.

O DSM-V (2013) descreve como fatores de influência: (1) fatores relacionados à parceira (problemas sexuais, estado de saúde, etc.); (2) fatores associados ao relacionamento (comunicação inadequada, discrepância no desejo, brigas, etc.); (3) fatores relacionados à vulnerabilidade individual (má imagem corporal, história de abuso sexual ou emocional, comorbidades, problemas psiquiátricos, depressão, ansiedade, etc.); (4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições sexuais ou de prazer; atitudes em relação à sexualidade, etc.); e (5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento.

Cavalcanti e Cavalcanti (2012) consideram fundamental a verificação etiológica do problema: verificar se é derivada de causas orgânicas ou não.

Figura 4: Classificação etiológica da ejaculação precoce



## Tratamentos para a Ejaculação Precoce

- Tratamentos psicoterapêuticos:

No tratamento das disfunções sexuais é preciso observar a expressão sexual do sujeito como resultado da íntima relação entre corpo e sentimento.

Segundo Rowland e colegas:

Homens com EP demonstram várias consequências negativas, tais como afectos negativos associados às relações sexuais, sentimentos intensos de vergonha, culpa, preocupação, tensão e medo de fracasso. Uma vez que a satisfação do parceiro desempenha nesta disfunção sexual, um papel importante que nas outras disfunções sexuais masculinas, não é de surpreender que um mal estar na relação seja referenciado como a segunda consequência mais prejudicial desta disfunção sexual. (ROWLAND *et al.*, 2007 *apud* OLIVEIRA, 2011)

Os autores ainda afirmam que os fatores de caráter psicossociais mais apontados são as respostas emocionais de ansiedade e medo, crenças baseadas em princípios religiosos, baixa estima, imagem corporal distorcida, histórico de abuso e dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Afif-Abdo e Abdo (2013, p.19-20) relatam que existe evidência clínica suficiente de que a psicoterapia, combinada à terapia medicamentosa, beneficia o paciente com ejaculação precoce. O processo psicoterápico compõe-se de: ausências de doenças físicas ou psiquiátricas concomitantes à EP, relacionamento estável, parceria sem disfunção sexual e motivação do paciente e da sua parceira.



No dizer de Afif-Abdo e Abdo:

Os objetivos da psicoterapia para EP podem ser assim resumidos: desenvolver técnicas para controle da ejaculação, proporcionar ao homem confiança em seu desempenho sexual; reduzir a ansiedade de performance; modificar o repertório sexual rígido; superar os obstáculos à intimidade; solucionar os problemas interpessoais que causam e mantêm a EP; compatibilizar sentimentos e pensamentos; melhorar a comunicação; transformar conflitos em intimidade e estímulo; minimizar ou prevenir recaídas. (AFIF-ABDO; ABDO, 2013, p.21)

Os procedimentos utilizados no tratamento das inadequações sexuais podem ser classificadas segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012) em gerais e específicas. As gerais são empregadas na ajuda psicoterápica de pacientes com distúrbios comportamentais dos mais diferentes tipos. As específicas são usadas particularmente na terapia das disfunções sexuais.

Os autores nos chama a atenção para as características individuais ditam a linha terapêutica mais adaptável à condição concreta. A psicoterapia não é um conjunto único e coerente de princípios e procedimentos; pelo contrário ela engloba tendências teóricas bastantes diferentes e orientações terapêuticas igualmente diversificadas.

O comportamento humano é resultante da inter-relação entre as variáveis biológicas e variáveis adquiridas por meio da aprendizagem e da experiência. Podemos então dividir em três grandes sistemas, que competem entre si em importância e aceitação, englobam praticamente todos os pensamentos psicoterápicos:

- *terapias psicodinâmicas*: alicerçadas na obra de Freud, preocupam-se em abordar o paciente “por dentro”, a fim de ajudá-lo a compreender o seu mundo interior e, assim, resolver conflitos e neuroses;
- *terapias comportamentais*: baseadas na teoria de aprendizagem e nos trabalhos de Pavlov, Watson e Skinner, procuram focar o paciente “por fora”, medida em que valorizam os comportamentos expressos, observáveis e passíveis de estudos científicos.
- *terapias humanístico-existenciais*: com base na filosofia existencialista, pretendem ser uma reação contra o determinismo das correntes anteriores. Voltam-se, sobretudo, para a problemática da liberdade do ser humano, de sua capacidade de escolher e de seguir, livremente, o próprio destino.

Abordaremos neste trabalho as técnicas utilizadas pelas terapias comportamentais esta teoria explica o aparecimento e o desaparecimento dos comportamentos, sejam eles adequados ou inadequados, como decorrente da aprendizagem do meio ambiente.

Master e Johnson (2007 *apud* CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p. 294) relata que em 98% dos casos se obtém uma solução favorável e a reversão do quadro ocorre com a média de oito a doze sessões. Já Cavalcanti e Cavalcanti (2012) relata que não compartilha destes números sendo que classifica os resultados obtidos como medíocres, em especial quando se utiliza indiscriminadamente, o tratamento clássico (tipo Stop-start, Squeeze).

Os autores ainda relatam que ao chegar à terapia os pacientes em geral já tentou de tudo o que estava ao seu alcance (chás, medicamentos, repouso, balneoterapia e outros). De todas as maneiras tentou desviar a atenção do ato sexual para diminuir a excitação. Uma atitude comum tomada pelo ejaculador é de que na segunda relação sexual, o tempo de contenção ejaculatória será mais prolongado e muitas vezes acabam se masturbando antes do coito; tornado este uma medida paliativa e ineficaz ao longo do tempo.

Neste momento a parceira também já procurou fazer o que lhe parecia mais assertivo para auxiliá-lo. Duas atitudes mais comuns são evitar tocar no pênis do companheiro para não excitá-lo ainda mais ou ao ser penetrada, tentar chegar ao orgasmo de forma rápida com movimentos frenéticos, antes que seu parceiro perca a ereção.

Portanto quando há uma disfunção sexual sem causa orgânica aparente podemos dizer que este aprendeu a ser disfuncional, podendo ser considerado um comportamento aprendido que pode ser eliminado por meio de técnicas comportamentais, e substituído por um comportamento funcional.

O tratamento da ejaculação precoce possui dois objetivos no dizer de Cavalcanti e Cavalcanti (2012): objetivo específico – fazer com que o indivíduo reconheça os sinais prenunciadores da ejaculação e se capacite ao autocontrole, de modo a conseguir postergar o episódio ejaculatório e objetivo gerais - combater a ansiedade, a baixa autoestima e os problemas diários; como em qualquer quadro da Terapia Sexual.

- **Técnicas individuais da Terapia Sexual utilizadas em ejaculação precoce:**

Glina e Anker (2013) indicam que:

O terapeuta sempre deve ter em mente que todos os exercícios propostos aos pacientes, sejam sexuais ou não, possuem um propósito maior do que apenas proporcionar a experiência de algo novo ou diferente. (GLINA; ANKIER, 2013, p. 208)

Portanto, ao se propor a executar uma atividade o terapeuta pretende acessar pensamentos, crenças, sentimentos, muitas vezes ocultos e desconhecidos que serão desbloqueados e poderão emergir através dos exercícios. Glina e Ankeir (2013) ainda afirmam que, no papel de terapeuta, é necessário ter uma postura compreensiva, mas firme, em relação às dificuldades apresentadas pelo paciente. As técnicas utilizadas pela Terapia Sexual, que são realizadas individualmente e descritas por Cavalcanti e Cavalcanti (2012); Whright, Basco e Thase (2008); Glina e Ankeir (2013) e Carvalho e Sardinha (2017), são:

- *respiratória*: em que o paciente deve se sentar corretamente e confortavelmente na cadeira, com as pernas e braços descruzados, pés bem apoiados no chão e com os olhos fechados, voltando à atenção para seu corpo e percebendo e relatando como está se sentindo emocionalmente e fisicamente. Com os olhos fechados o paciente deve focar sua atenção na respiração e perceber seu movimento respiratório.

O paciente, então, pode ser conduzido a imaginar uma onda do mar que passa pelo corpo e arrasta todas as tensões. Esse exercício trás benefício, uma vez que melhora a oxigenação do corpo, da mente e, conseqüentemente a sexualidade. Também, com treinamento constante, possibilita que adquira um novo padrão respiratório.

- *relaxamento geral*: Ensina-se ao paciente a liberar sistematicamente a tensão em grupos musculares por todo o corpo.

O relaxamento pode ser definido como um estado de diminuição do tônus muscular, que se faz acompanhar de uma sensação de repouso, de bem-estar e tranquilidade. O relaxamento é um fenômeno psicofísico que atua tanto no nível somático quanto em psíquico, toda atividade humana mobiliza recursos neuromusculares, isto é pressupõe a existência de certo grau de tensão para ser desempenhada. Assim, proporciona um estado de calma mental e física, sendo que o relaxamento muscular é um dos principais mecanismos para atingir a resposta do relaxamento.

À medida que a tensão muscular se reduz, o sentimento subjetivo de ansiedade também se reduz.

- *exercício de Kegel*: que, nos homens, melhora a tensão do músculo pubococcígeo, eleva os testículos e reforçam o músculo cremáster e o esfíncter anal. Para fazer os exercícios, inicialmente o homem deve urinar e, enquanto isso urina, deve parar ou diminuir o jato da urina para poder identificar e exercitar o músculo trabalhado; proporcionando controle e contração voluntária de seus músculos.

A contração deve ser realizada com força, mas inicialmente é normal que dure cerca de 1 segundo. Porém, com a prática, a contração poderá ser mantida por mais tempo.

Este exercício deve ser realizado, pelo menos 3 a 8 vezes ao dia, todos os dias. Depois que se aprende a contrair o músculo corretamente, pode-se fazer as contrações em qualquer lugar, estando sentado, deitado ou de pé, embora, no início, seja mais fácil começar os exercícios deitado de lado.

- *técnica do espelho*: também conhecida como autorevelação, esta técnica nos ajuda a enfrentar as dificuldades de relacionamento conosco, permitindo descobrir e apreciar os aspectos positivos de nossa aparência. Possibilita uma nítida compreensão dos sentimentos que nutrimos em relação ao nosso corpo e permite-nos criar formas de lidar com esses sentimentos.

Deve-se ficar em frente ao espelho que permita a visão do corpo inteiro, o paciente, ainda vestido, deverá se observar por inteiro e perceber como se sente a respeito de si. Depois, totalmente despido, deve se posicionar na frente do espelho novamente e observar parte por parte do seu corpo detalhadamente, tentando perceber como se sente em relação a cada parte observada. Feito isso o paciente deverá anotar em uma folha de papel, as impressões percebidas durante todo o exercício, para serem discutidas na sessão terapêutica.

O exercício tem como objetivo auxiliar o paciente a identificar possíveis sentimentos negativos relacionados ao seu corpo, auxiliando o terapeuta a trabalhar com sentimentos de insatisfação em relação ao pênis e ao corpo.

- *autofocagem*: em que, durante ou após o banho morno, a pessoa deverá fechar os olhos por alguns minutos e se concentrar no que tiver tocando. Primeiro passo sentir a temperatura da água percorrendo o corpo; o contato com o corpo ensaboado pode desencadear um sentimento afetivo de intimidade pessoal; pode-se usar adicionalmente ao exercício gotas perfumadas ou sais aromáticos.

Como o banho é o momento mais íntimo que temos com o nosso corpo, pode ser transformado num momento especial de prazer e relaxamento.

Já no termino do banho procurar um ambiente com pouca luminosidade, onde a privacidade esteja resguardada, o paciente se deita confortavelmente respira fundo e procurar relaxar, começando a acariciar: primeiro a cabeça, depois o pescoço, os braços e todas as partes do corpo sem pressa alguma concentrando no toque agradável e sensual que esta sentindo. O individuo deve tocar os pelos pubianos passa-se a mão levemente pelas bolsas escrotais, sentindo o pregueamento da pele, toca-se em seguida o corpo do pênis e, em movimentos lentos, traciona-se o prepúcio, descobrindo-se a glande.

Este exercício tem como objetivo criar maior intimidade entre o individuo com seu corpo, desvendando pontos eróticos e iniciando a autoerotização; vincula o autoconhecimento corporal para que se possa ter condições de transmitir posteriormente também a um parceiro/a o desfrute, de modo pleno, o prazer sensório.

- *técnica de Semans (Stop-Start)*: esse exercício permite que o indivíduo desenvolva a percepção das sensações premonitórias do orgasmo e consiga voluntariamente controlar sua ejaculação.

O paciente deve escolher um lugar tranquilo e privado, onde possa ficar deitado ou sentado confortavelmente. Deve então se masturbar, estimulando manualmente o pênis, até que surja a percepção de qualquer indicio de vontade de ejacular, quando deve parar com o estímulo, até que a vontade passe. Depois, deve voltar à estimulação, antes que a ereção seja perdida e repetir isso até que numa quarta vontade de ejaculação, finalmente seguir a estimulação até o orgasmo.

Houve discordância entres alguns autores quanto à quantidade de vezes que o exercício deve ser realizado; alguns argumentam que de 2 a 3 vezes por semana, outros que seja feito no mínimo 4 a 5 vezes inicialmente com a mão "seca" e, depois de um tempo, fazê-lo com a mão "úmida".

- *técnica da retração escrotal*: em que o paciente deve, inicialmente, realizar o treinamento quando estiver urinando, tentando interromper o jato da urina de modo brusco, assim ele notará uma contração da musculatura pubovocócea. Uma vez identificado o grupo muscular este pode acioná-lo independente da micção, exercitando-o em qualquer situação.

#### - Técnicas para serem feitas com o parceiro para o tratamento da ejaculação precoce:

As técnicas que podem ser realizadas em parceria, sugeridas por Glina e Ankier (2013), são:

- *massagem sensual*: em que o casal inicia, sobre o parceiro, a massagem com as mãos sobre o corpo de bruços, numa primeira fase, sem o contato com os genitais, como se fizesse um deslizamento, primeiro com certa pressão, como se quisesse aquecer a pele, e depois, suavemente, como se as mãos fossem pincéis. Depois de percorrer toda a parte de trás do corpo, peça pra pessoa ficar de barriga pra cima e repetir o mesmo processo, sem tocar nos órgãos sexuais.

A seguir trocam-se as posições o que recebeu a massagem, agora fará em seu parceiro.

Em outro dia, numa segunda fase do exercício, podem passar a fazer a massagem com toque também dos genitais.

A finalidade é diminuir a ansiedade em relação ao desempenho sexual.

- *stop-start na penetração*: o casal deverá se estimular até que se obtenha a ereção. Então, o paciente deverá fazer a penetração bem lentamente e após a introdução total do pênis, seja na vagina ou no ânus, focalizar sua atenção apenas em suas sensações genitais, ficando imóvel por alguns segundos.

O controle respiratório é bastante útil em todas as fases do treinamento, tanto para reduzir a ansiedade como para ampliar a consciência das sensações. Deve-se começar os movimentos pélvicos, de penetração, lentamente, mantendo o pênis introduzido; assim que perceber a vontade de ejacular, interromper os movimentos, sem retirar o pênis, e aguardar a vontade de passar, mas antes de perder a ereção reiniciar os movimentos, a ejaculação só poderá ser liberada na quarta vez.

- *administrando o prazer*: nesta técnica, o paciente, durante o coito, deverá mudar o ritmo dos movimentos pélvicos, assim que sentir vontade de ejacular, buscando reduzir o nível de excitação sexual e impedir a ejaculação, sem ter que interromper totalmente o movimento.

Todos esses exercícios terapêuticos têm como objetivo não só trabalhar a dessensibilização através de técnicas, mas também oferecer qualidade de vida ao paciente na relação consigo, proporcionando maior assertividade em todos os âmbitos de suas vivências.

Outras técnicas são recomendadas por Cavalcanti e Cavalcanti (2012, p. 176):

- *squeeze*: em que o homem deve ficar deitado com a barriga para cima e entre as pernas da mulher que fica sentada.

A mulher deve estimular o pênis até que o parceiro atinja o ponto anterior à ejaculação e, nesse momento, ela deve fazer a compressão do sulco balanoprepucial com o polegar aplicado sobre o freio e os dedos indicador e médio na face de trás do pênis, logo abaixo do rebordo da glândula. A pressão deve ser realizada durante 3 a 4 segundos, forte o suficiente para ser incômoda, mas sem ser dolorosa.

Não se deve realizar essa pressão no pênis flácido, uma vez que pode haver lesão de corpo cavernoso. Depois de um squeeze deve-se esperar um intervalo de 15 a 30 segundos, para reiniciar a estimulação.

- *recondicionamento masturbatório*: a pessoa inicia a masturbação fantasiando o ato com alguém que lhe pareça excitante. Quando estiver próximo ao orgasmo, deve substituir a fantasia pelo parceiro que deseja reativar o desejo; assim, a fantasia vai sendo substituída cada vez mais pela realidade.

No começo, a substituição deve ser feita imediatamente antes e durante o orgasmo, colocando o prazer como um poderoso reforçador natural para a mudança de conduta.

- *focagem das sensações*: no procedimento usa-se o toque corporal para fazer do encontro erótico um momento de descoberta do outro e de si mesmo, sem a obrigação dos desempenhos sexuais prestabelecidos, exeto o coito, de forma a afastar a ansiedade do desempenho e a compulsão pela genitalidade.

Propõe-se que os parceiros tomem banho juntos, criem um ambiente seguro e de privacidade, utilizem perfumes, óleos agradáveis ao outro. Depois, o receptor se deita de bruços nu e procura relaxar o máximo possível. O "doador" começa a lhe acariciar todo o corpo com as mãos, com exceção dos órgãos genitais.

Assim, parte-se do princípio de que o tato contribui de modo extraordinário para incrementar a comunicação interpessoal, vinculando tanto as emoções positivas, quanto as negativas. É também uma aprendizagem do saber "dar" e saber "receber"; pois cada parceiro deve informar como deseja ser acariciado, mesmo que isso implique numa radical mudança dos padrões que adotam.

Depois, passa-se a fazer o toque com os lábios ou com um objeto sugerido pela criatividade do receptor. Depois de fazer a inversão dos papeis.

A técnica não deve, contudo, ser considerada apenas como simples exercício tátil, pois dele participam todas as demais modalidades sensoriais. O procedimento da focagem das sensações é feita em dois tempos.

Posteriormente, em outras ocasiões passa-se a amplificar a experiência erótica, e repete-se os passos dos primeiros encontros, mas os parceiros são liberados para fazer carinhos genitais, embora persista a proibição do coito. Alguns dos parceiros pode se excitar tanto a ponto de chegar ao orgasmo, mas está é uma eventualidade, não um objetivo.

- *técnica da vagina parada ou do coito não exigente*: essa técnica consiste em solicitar ao casal que se acaricie até que o homem obtenha uma boa ereção e a mulher atinja um certo grau de lubrificação. Pede-se então que o homem deite de costas e a mulher fique em cima. Ele deve inserir o pênis na vagina e não fazer nenhum movimento pélvico; apenas sentir a sensação do órgão ereto dentro da vagina.

Depois de algum tempo, a mulher começa a se mexer lentamente para cima e para baixo sobre o pênis ereto. Com esse tipo de exercício, o homem pode atingir altos graus de excitação; porém, para evitar a ejaculação, ele deve descansar o movimento, se for o caso com o pênis fora ou dentro da vagina. A experiência de retirar e reinsserir o pênis pode ser uma descoberta sensorial muito interessante para a sua parceira.

- *técnicas treino de fantasia*: fantasiar é um exercício saudável que visa vivenciar situações variadas que se experimentam, por antecipação, comportamentos que serão ou não vividos na realidade.

A fantasia liberta e enriquece a vida sexual, permitindo ampliar a criatividade e afastar o tédio e a rotina do casal. A concepção negativa da vida sexual profundamente introjetada pela aprendizagem preconceituosa, faz com que o indivíduo, ao esboçar uma fantasia erótica, sinta-se culpado e ansioso. Nesse caso, é necessário também trabalhar os sentimentos de vergonha e culpa.

O treinamento deve ser efetuado com a seleção de personagens, cenários e outros elementos, organizando um "roteiro" da fantasia. Também deve-se estimular a necessidade de desenvolver scripts diversificados, embora o conteúdo erótico da fantasia varie de acordo com cada indivíduo.

- *partilha de fantasias*: esta técnica é a complementação da anterior e consiste em descrever para o parceiro as fantasias sexuais que foram elaboradas individualmente. Ela requer um alto grau de assertividade nas relações interpessoais, por isso só deve ser indicada para os casos em que o terapeuta tenha a convicção de que esse tipo de assertividade existe entre os parceiros.

Uma variante desta atividade é a criação de uma história erótica conjunta, com papéis divididos e partilhados. É uma maneira muito eficiente de reativar um relacionamento adormecido pela rotina e promover a excitação sexual.

- *técnica da compreensão basilar e perineal*: é indicada quando o indivíduo já conseguiu certo controle ejaculatório pela técnica do aperto. Usando-se a compreensão basilar, não é necessário que, ao sentir o sinal dos pródromos ejaculatórios, o homem sinalize para que a mulher retire o pênis da vagina e comprima o sulco coronal. Ele mesmo poderá fazer a compreensão na base do pênis, de modo que o coito não necessariamente deve ser interrompido.

O método da compreensão perineal, é descrita como simples, pois ela pode ser usada em quase todas as posições. É feito pelo próprio homem e não requer necessariamente a retirada do pênis da vagina e nem a solicitação de ajuda da parceira.

Ao se aproximar do desejo ejaculatório, o homem deve sempre inspirar profundamente, prender a respiração e, com os dedos indicador e médio, pressionar a porção mediana da distância entre a raiz do escroto e o ânus por 3 a 4 segundos; assim, o reflexo ejaculatório é inibido.

\*\*\*

Cavalcanti e Cavalcanti (2012) ainda trazem algumas informações para o trabalho com casais: alguns parceiros se submetem à orientação do tratamento com facilidade, outros criam obstáculos e sabotam a terapia e o profissional deve procurar manejar essas resistências. Formas comuns de sabotagem e resistência são: adiar a execução dos exercícios sob os mais diferentes pretextos; não executar os procedimentos de forma correta ou realizá-los de maneira descuidada ou mecânica; criticar a terapia e/ou os terapeutas e faltar ou chegar atrasado às sessões e outros.

Quanto ao processo terapêutico é importante salientar que vai além da execução de técnicas e atividade. Segundo Glna e Anker:

...adquirir o controle ejaculatório significa mais do que a possibilidade de uma relação sexual satisfatória, representa a coragem de um ser humano de mergulhar no desafio do autoconhecimento, de colocar-se frente a frente com a sua história e de enfrentar e vencer seus medos e inseguranças. (GLINA & ANKER, 2013, p. 221).

Significa ressignificar as crenças e os pensamentos disfuncionais arraigados na história de vida de cada sujeito, permitindo que o corpo exerça suas funções de forma livre e espontânea, sem conflitos e, ao mesmo tempo, se permitir a ter e proporcionar prazer.

#### - Contribuições da terapia cognitivo-comportamental:

Segundo Wright; Basco e Thase (2008, p.15) a Terapia Comportamental se baseia em dois princípios básicos: (1) nossas cognições têm uma influência controladora sobre as nossas emoções e comportamentos; (2) o modo como agimos e nos comportamos pode afetar os padrões de pensamentos e emoções.

Partindo deste princípio, os terapeutas incentivam o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes e adaptativos de pensamentos, como o pensamento racional e a solução de problemas, de forma a ajudar a romper padrões de evitação ou desesperança, enfrentar gradativamente situações temidas, desenvolver habilidades de enfrentamento, reduzir emoções dolorosas e excitação autônoma. Também auxilia os pacientes a reconhecer e mudar os pensamentos patológicos em dois níveis de processamento de informações relativamente autônomos, nos pensamentos automáticos e nos esquemas.

Wright; Basco e Thase (2008, p.19) definem os pensamentos automáticos como cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou relembrando acontecimentos).

Esses pensamentos são primitivos ou não-declarados e ocorrem de forma rápida à medida que avaliamos o significado de acontecimentos em nossas vidas. Já os esquemas são crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações e servem a uma função crucial aos seres humanos, que lhes permite selecionar, filtrar, codificar e atribuir significados às informações vindas do meio ambiente.

Segundo Wright; Basco e Thase (2008) enfatizam, são fundamentais as técnicas destinadas a ajudar os pacientes a detectar e modificar seus pensamentos profundos, especialmente aqueles associados com sintomas emocionais; ensinando a "pensar sobre os pensamentos" para atingir a meta de trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle conscientes.

Há erros cognitivos que merecem destaque por ser tratar de equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições, típicos de pessoas que têm transtornos emocionais. Dentre esses erros destacam-se:

- *abstração seletiva*: chega-se a uma conclusão depois de examinar apenas uma pequena porção das

informações disponíveis. Os dados importantes são descartados ou ignorados, a fim de confirmar a visão tendenciosa que a pessoa tem da situação;

- *inferência arbitrária*: chega-se a uma conclusão a partir de evidências contraditórias ou na ausência de evidências;

- *supergeneralização*: chega-se a conclusão sobre um acontecimento isolado e, então, a conclusão é estendida de maneira ilógica a amplas áreas do funcionamento;

- *maximização e minimização*: a relevância de um atributo, evento ou sensação é exagerada ou minimizada;

- *personalização*: eventos externos são relacionados a si próprio quando há pouco ou nenhum fundamento para isso. Assume-se responsabilidade excessiva ou culpa por eventos negativos e

- *pensamentos absolutistas (dicotômicos ou do tipo tudo-ou-nada)*: os julgamentos sobre si mesmo, as experiências pessoais ou com os outros são separados em duas categorias (por ex., totalmente mau ou totalmente bom, fracasso total ou sucesso e outros).

Já os esquemas se dividem em três grupos principais:

- *esquemas simples*: que têm como definição regras sobre a natureza física do ambiente, gerenciamento prático das atividades cotidianas ou leis da natureza que podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia;

- *crenças e pressupostos intermediários*: que possuem como definição regras condicionais como afirmações do tipo se-então, que influenciam a auto-estima e a regulação emocional;

- *crenças nucleares sobre si mesmo*: que são regras globais e absolutas para interpretar as informações ambientais relativas à auto-estima.

Glinn e Anker (2013, p. 205) relatam que a Terapia Sexual proposta por Masters e Johnson distingue-se das formas tradicionais de psicoterapia por focar o tratamento na queixa sexual do paciente e por prescrever tarefas sexuais e de comunicação.

A Terapia Sexual propõe um trabalho que pode incluir a presença da(o) parceira(o) do paciente no tratamento; outro fator importante na fase diagnóstica é conhecer e ouvir a(o) parceira(o) do paciente para melhor entendimento sobre a dinâmica do casal e qual papel este representa na origem ou na manutenção da disfunção sexual, principalmente, se a parceria é colaborativa ou não. Pois, segundo os autores poderemos nos deparar com parceiras não participativas que podem boicotar o processo terapêutico com outros fatores, como conflitos e disputas entre o casal. Também é importante lembrar que muitos pacientes não possuem parceiras(os) fixas(os) ou não desejam a participação das mesmas no tratamento.

Com relação à fase diagnóstica, também deve-se observar o ambiente sexual da pessoa, para identificar possíveis fatores e hábitos que possam estar interferindo na sua expressão sexual e/ou do casal. Carva Cavalcanti e Cavalcanti (2012) indicam como ferramentas a serem utilizadas para a estrutura das sessões:

- *entrevista terapêutica*: processo não somente de coleta de dados, mas também meio de transmitir informações e dirimir dúvidas;

- *biofeedback*: procedimento de autocontrole que se baseia no fato de que a pessoa é capaz de auto-observar quanto aos eventos fisiológicos, se tornando capaz de adquirir a capacidade de controlar esses eventos;

- *dessensibilização sistemática*: esta técnica ensina o paciente como fazer relaxamento muscular, e a segunda, induzi-lo a enfrentar, gradualmente situações inovadoras de ansiedade em presença do relaxamento;

- *treinamento assertivo*: procura fazer com que o relacionamento interpessoal seja o mais adequado possível, tanto quanto aos desejos da outra pessoa quanto aos próprios desejos do paciente, de modo que ambos sejam beneficiados;

- *reestruturação cognitiva*: técnicas que objetivam modificar o modo de pensar dos indivíduos para que possam passar a ter um comportamento instrumental e/ou emocional mais adequado. Ensina o paciente a contestar pensamentos irracionais ou não-adaptativos conhecido como distorções cognitivas, através de confrontação fazendo com que o paciente examine, de maneira crítica e científica a cadeia de crenças desencadeada pelo próprio indivíduo.

- *parada do pensamento*: na Terapia Sexual é empregada em casos de "temor de desempenho" quando pensamentos altamente negativos põem em risco sua atividade sexual. A técnica consiste em solicitar ao paciente que se fixe em pensamentos ansiogênicos e então o terapeuta interrompe de modo

categorico “pare” bloqueando o fluxo do pensamento;

- *distração cognitiva*: busca neutralizar pensamentos disfuncionais e fazer com que os indivíduos se concentrem no envolvimento sexual que está acontecendo fazendo com que a pessoa fique presente no “aqui e agora”;

Ao compreender esses mecanismos, podemos assim desenvolver técnicas que proporcionam confiança ao paciente sobre desempenho sexual, reduzir sua ansiedade frente ao ato sexual, modificar e incrementar os repertórios sexuais, solucionar conflitos interpessoais e trabalhar prevenção de recaídas.

## Considerações finais

A Terapia Sexual Cognitiva Comportamental visa tratar o individuo a partir de sua tríade cognitiva, onde suas visões de mundo, de si e do futuro direcionam seu modo de pensar e de agir, uma vez que considera-se que a sexualidade masculina ainda é alvo de uma série de crenças alimentadas pelo contexto social, já que todas as pessoas são movidas por crenças e pensamentos que influenciam em seus comportamentos.

As técnicas propostas para o tratamento de ejaculação precoce pela Terapia Sexual têm mostrado grandes contribuições em curto prazo; não apenas no tratamento em si, mas na qualidade de vida do sujeito, uma vez que o faz ressignificar suas relações interpessoais, promovendo assertividade e reduzindo o grau de ansiedade; embora haja ainda falta de estrutura das sessões a serem seguidas pelo terapeuta especificamente para o diagnostico de ejaculação precoce.

Por se tratar de uma temática ainda considerada tabu pela sociedade é notório que há resistências não só na execução das técnicas, mas também na resignificação das crenças e dos pensamentos disfuncionais detectados durante os atendimentos feitos com homens.

Assim, não há muitas pesquisas comprovando o uso de técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental para problemas de ejaculação precoce entre homens, já que há pouca produção nesta área e mais destaque ao tratamento medicamentoso.

## Referência Bibliográfica

AFIF-ABDO, J.; ABDO, C. H. N. Abordagem e tratamento da ejaculação precoce. Revista Urologia essencial, vol. 3, n.1, p.16-22, 2013. [Internet]. Disponível em: <http://academiasexologia.org/wp-content/uploads/2016/07/1Artigo-Abdo-C-Afif-Abdo-J.-Abordagem-e-Tratamento-da-ejaculacao-precoce.pdf>

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4º ed. São Paulo: Roca, 2012.

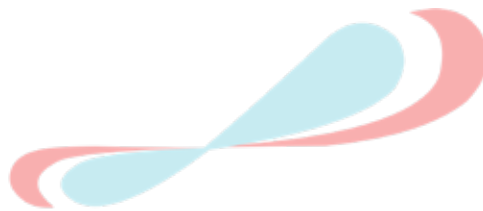
CARVALHO, A.; SARDINHA, A. Terapia cognitiva sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 2017.

CECCARELLI, P. R. Reflexões sobre a sexualidade masculina. Reverso, v.35, n.66, p.83-92, dez. 2013. [Internet]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952013000200013&lng=pt&nr-m=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952013000200013&lng=pt&nr-m=iso). Acesso em maio 2019.

OLIVEIRA, F. Ejaculação Prematura. Revista o portal dos psicólogos, 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0672.pdf>

GLINA, S.; ANKIER, C. Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia. São Paulo: Santos, 2013.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E.. Aprendendo a terapia cognitivo - comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.



# Uma Análise Crítica do Tratamento Farmacológico da Disfunção Erétil

## *A Critical Analysis of the Pharmacological Treatment of Erectile Dysfunction*

**Antônio Corrêa de Paiva Neto**

[antoniocorreata@yahoo.com](mailto:antoniocorreata@yahoo.com)

Graduado e Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Pós-Graduação em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### **Resumo:**

O presente trabalho tematiza o uso dos fármacos direcionados para a superação da denominada “disfunção erétil”, problematizando a avaliação dessa técnica terapêutica. Baseado em revisão bibliográfica, almeja propiciar por uma perspectiva orgânica e subjetiva a compreensão do seu mecanismo de funcionamento, mas também de sua eficiência, efeitos colaterais e riscos. E, por uma perspectiva sócio-histórica, como interesses econômicos e estereótipos de gênero influem sobre a compreensão e a prática própria à Medicina Sexual. Sendo concluído que se, por um lado, a técnica farmacológica representa um recurso disponível para a superação de dificuldades de ereção ocasionadas tanto por causas orgânicas, quanto por causas psicológicas, ela dissimula um problema social: uma educação sexual inadequada que, sendo devidamente considerada, insinua um caminho alternativo para repensarmos a saúde sexual masculina.

**Palavras-chave:** Biomedicalização, Medicalização; Sexualidade masculina.

### **Abstract:**

The present work discusses the use of drugs aimed at overcoming the so-called “erectile dysfunction”, problematizing the evaluation of this therapeutic technique. Based on a bibliographic review, it aims to provide an organic and subjective perspective to understand its mechanism of operation, but also its efficiency, side effects and risks. And, from a socio-historical perspective, it also aims to understand how economic interests and gender stereotypes influence the understanding and practice of sexual medicine. It is concluded that, if on the one hand, the pharmacological technique represents an available resource for overcoming difficulties with erection caused by both organic and psychological causes, it conceals a social problem: inadequate sexual education which, if properly considered, insinuates an alternative way to rethink male sexual health. **Keywords:** Biomedicalization, Medicalization, Male Sexuality.

## **Introdução**

O presente escrito é estimulado por um tema e por um problema relevantes tanto à prática clínica, quanto ao trabalho da educação sexual: a utilização dos fármacos como meio de resposta à chamada “disfunção erétil” e à avaliação dessa técnica terapêutica. Em outras palavras, trata-se de compreender, através de uma revisão bibliográfica a biomedicalização da sexualidade masculina sob perspectiva crítica, investigando, desse modo, não apenas seus benefícios, mas suas implicações negativas sobre a saúde e o desenvolvimento da sexualidade.

A relevância da problemática proposta fundamenta-se pela consideração de investigações prestigiadas pelo meio científico que explicitam a alta prevalência da dita “disfunção erétil” e do sofrimento que



ocasiona. Abdo e colegas (2006), relatam que a disfunção erétil acomete 45,1% dos homens da população brasileira; afirmando, ainda, afirmado que esse quadro clínico compromete a autoestima e os relacionamentos interpessoais, reduz as relações sexuais semanais e amplia a frequência de relações extraconjugais, ocasionando, ainda, queixas de falta de desejo sexual e ejaculação rápida.

Esta pesquisa também se justifica pela magnitude do uso não orientado da medicação para disfunção erétil. Em "Uso Indiscriminado de Citrato de Sildenafil (Viagra®)", Freitas e colegas (2015) verificaram que, no município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, em um período de 30 dias, dentre 600 indivíduos investigados entre 17 e 87 anos, constou-se que dos que estão entre 17 e 27 anos, 50% deles já haviam comprado esta medicação; em geral, para uso recreacional.

Considerado tanto a amplitude e a relevância do impacto da disfunção erétil para a saúde sexual masculina, quanto o uso indiscriminado dos fármacos para o seu tratamento, emergem algumas questões a serem respondidas: a) como esses medicamentos funcionam e qual a sua eficiência?; b) quais são os seus efeitos colaterais e os seus riscos?; c) que interesses ou consequências políticas envolvem o seu uso?; d) sua orientação seria uma alternativa adequada para a superação da disfunção erétil considerada como um problema de Saúde Pública?

## O Tratamento Farmacológico sob Perspectiva Orgânica e Subjetiva

### - Funcionamento e eficácia da medicação para disfunção erétil:

Estudando a fisiologia da ereção, Sarris e colegas (2017, p. 83, 90) a qualificam como um "processo neurovascular complexo", destacando, nesse âmbito três momentos específicos: o relaxamento do músculo liso do corpo cavernoso do pênis, a ampliação do fluxo arterial neste órgão e a restrição do fluxo venoso de saída. Nesse processo, os autores consideram, dentre outros fatores, os transmissores e moduladores responsáveis pela ereção e flacidez do pênis. Dentre eles, para a efetivação e conservação da ereção, destacam a acetilcolina e o óxido nítrico (monóxido de nitrogênio) (NO).

O óxido nítrico, em especial, é um elemento que propicia o relaxamento do músculo liso a partir da produção de GMP-Cíclico (monofosfato cíclico de guanosina). Tal reação é encerrada por enzimas fosfodiesterases, especialmente, a fosfodiesterase 5 (PDE-5). Nesse caso, segundo Sarris e colegas (2017), os fármacos direcionados para a disfunção erétil atuam justamente neste processo, inibindo a fosfodiesterase 5 (PDE-5) e ampliando, desse modo, o GMP-Cíclico que relaxa a musculatura lisa do pênis, propiciando, assim, a ereção. Esta é a razão de fármacos como a Sildenafil (Viagra), a Tadalafila (Cialis) e a Vardenafila (Levitra) serem também denominados "inibidores da fosfodiesterase 5".

No entanto, ao contrário do que possa aparecer, a farmacologia para o tratamento da disfunção erétil não produz mecanicamente uma ereção, pois essa depende da subjetividade. Tal como pode ser constatado nas bulas referentes aos fármacos em questão, o efeito esperado não é alcançado caso não haja estímulo sexual; em outras palavras: é necessário que aquele que tenha ingerido a medicação se sinta sexualmente estimulado ou em uma situação sexualmente estimulante.

Esta informação contraria frontalmente o mito sexual, segundo o qual, medicações para o tratamento de dificuldades com a ereção produzem desejo sexual e excitação. Antes, as mesmas pressupõem que haja um sujeito que esteja, subjetivamente, predisposto ao sexo: desejoso e excitado. Pressuposto que define previamente que o efeito esperado será limitado.

Nesse sentido, seguindo o desdobramento da exposição, podemos sustentar que o funcionamento da ereção depende tanto de condições orgânicas, quanto de condições subjetivas. Cavalcanti e Cavalcanti (2019, p. 257-261), a propósito, considerando a esfera orgânica, apontam que, quando há um bloqueio na ereção, suas causas podem ser urológicas, endocrinológicas, vasculares e neurológicas, mas também podem advir do uso de drogas. Ambos destacam que, ao considerarem as denominadas "causas psicológicas" de uma obstrução da ereção, a "ansiedade por temor de desempenho" ou o "medo de não ser bem avaliado pela parceria" seria o principal fator desencadeante.

Em artigo de autoria da Sociedade Brasileira de Urologia, a partir da revisão de diversos estudos, aponta-se que a medicação para a disfunção erétil tem se apresentado eficaz na superação de bloqueios orgânicos, superando dificuldades ocasionadas por diabetes (tipo I e II), pós-lesão medular, patologias cardiovasculares, prostatectomia radical, depressão leve, mal de Parkinson, insuficiência renal em vigência de diálise, dislipidemia e por medicação anti-hipertensiva; mas também tem apresentado eficácia na superação de bloqueios psicogênicos (ABDO *et. al*, 2007), fato que não nos surpreende se considerarmos o des-

taque que Cavalcanti e Cavalcanti (2019) informaram sobre o efeito da ansiedade por temor de desempenho sexual.

Afinal, se a ingestão da medicação está associada à crença de que ela garante um “bom desempenho sexual”, seria esperado que ocorresse a superação do medo de uma “falha” pessoal. Situação similar, a propósito, àquela que ocorre com os ditos “afrodisíacos” que, tal como ensina Furlani (2007, p. 83-84), apesar de não deterem qualquer fundamentação científica, suscitam um efeito na subjetividade pela crença em seu funcionamento.

Assim, apesar dos apontamentos realizados no que se refere à eficiência dos fármacos direcionados para a disfunção erétil, deve ser observado que há uma quantidade expressiva de pessoas que não alcançam o resultado almejado utilizando-os. Sendo, inclusive, apontado por Vitiello e Müller (2002, p.228) que 20% dos homens que ingerem o Viagra não alcançam o resultado esperado. Também se observa que, no contexto da clínica de atendimento em sexualidade, o relato da ineficácia da medicação é recorrente (ALVES *et al.* 2012; MULLER; VITIELO, 2002).

#### - Efeitos colaterais e riscos da medicação para disfunção erétil:

No que se refere aos efeitos colaterais mais comuns, qualificados como “transitórios” e “leves”, próprios aos inibidores de fosfodiesterase 5, mencionam-se: cefaleia, rubor facial, epigastria e congestão nasal (ABDO *et al.* 2007, p. 102; SARRIS *et al.*, 2016, p. 23). Aponta-se, ainda, anormalidades na visão e diarreia (ALVES *et al.*, 2012, p. 443). A perda de visão pode ser “breve” ou “duradoura”; sendo este fenômeno, no entanto, qualificado como “transitório” e “raro” e mais improvável pelo uso do Tadalafil, do que pelo do Sildenafil e Vardenafil (SARRIS *et al.*, 2016, p. 23). No entanto, o Tadalafil, em especial, acarretaria maior frequência observada de dor na região lombar e mialgia (ABDO *et al.* 2007, p. 102; SARRIS *et al.*, 2016, p. 23).

Os três fármacos mencionados não apresentariam, conforme seus estudos, prejuízos à função cardíaca ou àqueles que sofrem de insuficiência coronariana estável. Julgam, inclusive, ser insignificante as alterações nos eletrocardiogramas, além de não ter sido constatada uma ampliação dos acidentes vasculares. Julgam-se, ainda, insignificante as alterações na pressão arterial e no ritmo cardíaco (ABDO *et al.* 2007, p. 102); embora seja necessária a atenção para sua prescrição àqueles que utilizam anti-hipertensivos, pois há uma restrição absoluta em relação à interação medicamentosa entre os inibidores da fosfodiesterase 5 e os nitratos orgânicos, interação que poderia ocasionar um maior efeito vasodilatador, seguido por queda de pressão arterial, inclusive com o risco de óbito (ABDO *et al.*, 2007; SARRIS *et al.*, 2016, p. 23-24; SILVA; MONTEIRO, 2019, p. 106).

Há também, relatos de mais de 90 casos de perda auditiva, desde 2007, associada à medicação; estudos que, apesar de exigirem investigação mais profunda, apresentam resultados que insinuam a confirmação de que, realmente, há uma relação entre os inibidores da fosfodiesterase 5 e a perda auditiva (SILVA; MONTEIRO, 2019, p. 106; SARRIS *et al.*, 2016, p. 24). Da mesma forma que há relatos de que o uso de tal medicação por finalidade recreativa pode ocasionar dependência psicológica e, assim, a própria disfunção erétil (SILVA; MONTEIRO, 2019, p. 106-107); embora a relação entre “consumo recreativo” e “disfunção erétil” apresente poucas referências na literatura científica nacional, apesar de haver consideráveis exemplos na produção informativa na qual profissionais relatam suas experiências clínicas (UOL, 2010).

### O Tratamento Farmacológico sob Perspectiva Sócio-Histórica

#### - Contexto social e político da emergência do tratamento farmacológico da disfunção erétil:

No contexto do desenvolvimento de uma visão científica da sexualidade, a Medicina Sexual e o respectivo tratamento farmacológico de seus problemas, seria precedido por uma primeira Sexologia, emergente no século XIX na Europa, cujo foco seria as denominadas “perversões” ou “desvios sexuais”. Essa via a reprodução compreendida, nesse âmbito, como a finalidade do sexo.

Mas a Medicina Sexual também foi antecedida por uma segunda Sexologia, nascida no século XX nos Estados Unidos e que teria como objeto o prazer ou o orgasmo, mas também o casal considerado “ordinário”, ou seja, em uma relação estável e heterossexual. Esta nova tendência da Sexologia teria surgido no contexto da Contracultura e dos movimentos políticos que problematizam a sexualidade: de organizações feministas e pela diversidade sexual; segmento bem expresso pelos trabalhos de Masters e Johnson que, por uma abordagem médica e psicológica, considerava a relação e a satisfação sexual dos casais atendidos.

Uma terceira Sexologia, a Medicina Sexual propriamente dita, emerge no decorrer do século XX, no contexto do auge do desenvolvimento da Biomedicina e de suas tecnologias, momento também de expansão da indústria farmacêutica. Nesta o comportamento humano é compreendido a partir da Biologia, e a

Medicina Sexual detém-se no objeto da “disfunção sexual”, compreendendo-a como um fenômeno restrito ao genital, como algo que se relaciona com o funcionamento orgânico, mas não com a dinâmica do casal ou questões relativas ao plano da cultura (RUSSO, 2013, p. 174-179).

Segundo Jane Russo (2013), a partir do contexto histórico-cultural no qual se impõem o paradigma organicista para a compreensão do mundo e da sexualidade constata-se a sobreposição de uma Psiquiatria Biológica em detrimento à Psicologia e à Psicanálise na compreensão das perturbações mentais; paradigma também da consolidação dos diagnósticos referentes às disfunções sexuais. Para a autora, tal Psiquiatria Biológica, que ignora os aspectos relacionais, sociais ou políticos das perturbações mentais, teria se imposto pela terceira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-3)” (RUSSO, 2013, p. 179-180).

Considerando o desenvolvimento da mencionada obra, aponta que antes, no DSM-1 e no DSM-2 (APA, 1952, 1958), as perturbações que se referem à sexualidade seriam denominadas “desvios”, sendo por elas reproduzidas as classificações próprias à primeira Sexologia. A categoria geral “transtornos da personalidade”, que incluiriam uma série de patologias não sexuais, englobaria os ditos “desvios”.

No entanto, com o DSM-III constrói-se o conceito “transtornos psicosexuais”, propiciando, deste modo, uma autonomia ao campo da sexualidade. No âmbito dos “transtornos psicosexuais” localizam-se os “desvios” (que passam a ser denominados “parafilias”), mas também os “transtornos de identidade de gênero” e as “disfunções sexuais”, além de “outros transtornos psicosexuais”. Nas palavras da autora: “O surgimento de um grupo específico de transtornos denominado “transtornos sexuais” significa que é possível isolar a sexualidade das demais esferas da vida e trata-la como tal” (RUSSO, 2013, p. 180-181).

A autora explicita, ainda, que a publicação do DSM-3 (APA, 1980) foi concomitante à triplificação dos lucros alcançados pela indústria farmacêutica em território norte americano, expondo, desse modo, como se relaciona a hegemonização de uma visão organicista de mundo com interesses econômicos. Mas, tal processo também é relacionado com as medidas do Governo Reagen neste país, que permitiu que os investimentos privados influenciassem as pesquisas nas universidades norte americanas e, em especial, nas faculdades de Medicina. Está ainda relacionada à reorientação sociopolítica global, marcada pela queda do Bloco Socialista e a ascensão neoliberal, situação que influenciou nas concepções referentes ao ser humano e ao gênero.

A nova concepção de mundo, biologizada, corresponderia a uma reação conservadora aos movimentos progressistas favoráveis às transformações sociais, tais como emergiram na década de 1960 e 1970. E, nesse âmbito, transfere-se a transformação dos comportamentos como tarefa agora remetida à médicos e à tecnologia, desvinculando-as da dinâmica e da crítica social e política, assim como do processo educativo (RUSSO, 2013, p. 182-183).

Mas as considerações de Jane Russo exigem uma contraposição, pelo menos, no que se refere ao desenvolvimento do DSM. Segundo Pereira (2006), o DSM-3 também foi influenciado em sua concepção por debates ocorridos desde a década de 1960, quando a Psiquiatria oferecia poucos tratamentos efetivos e era confrontada por um Movimento Antipsiquiátrico. Este último questionava a noção de doença mental, pela mesma não estar claramente vinculada a um fator orgânico, suscitando, ao mesmo tempo, uma questionável autoridade de intervenção médica sobre questões que seriam humanas e morais.

Para atender essas discussões e dificuldades foi criada a expressão “transtorno ou desordem mental” na edição do DSM-5 (APA, 2013). Tal deslocamento conceitual significava que, apesar de não haver uma etiologia ou psicopatologia claras, haveria um espaço para a intervenção psiquiátrica, e isso, similarmente ao que hoje observamos na Medicina que, ao propor um procedimento estético, apregoa que o mesmo não interfere sobre uma doença. Em suma, a intenção seria identificar um quadro clínico e torná-lo passível de intervenção, ainda que seja reconhecido que tal quadro não possa ser compreendido como uma doença ou uma questão orgânica. Assim, ao contrário do que sustenta Russo (2013), pelo menos sob esse aspecto, o DSM seria contrário a uma concepção apenas “biológica” das perturbações mentais.

Por isso, é notável que em seus critérios diagnósticos referentes às disfunções sexuais, mais especificamente, no critério “d”, o DSM-5 apresente de forma padronizada a seguinte orientação: o diagnóstico não pode ser sustentado caso haja alguma explicação médica ou uma grave perturbação no relacionamento que propicie a compreensão do bloqueio sexual. Em outras palavras, não apenas se reconhece a possibilidade de uma esfera que esteja alheia à realidade orgânica, mas não se desconsidera os efeitos relacionais na vida sexual.

Cabe, inclusive, ser destacado que o DSM-5 é passível de uma leitura que permite centralizar a educação sexual como instrumento de intervenção, não estando, inclusive, alheia à compreensão da dinâmica social e que a expressão “mental disorders” que compõe o título original da obra não está bem expressa pela tradução “transtornos mentais”, mas pela expressão “desordens mentais”. Nesse sentido ressalta-se que a desordem não é uma doença, o que, no campo da sexualidade, dá espaço para se defender que a Educação

Sexual pode propiciar uma ordenação mental positiva, se a entendermos enquanto um direcionamento para a compreensão do funcionamento sexual, mas também da desconstrução de mitos e tabus que se relacionam, em sua constituição e manutenção, com a organização da estrutura social, em prol de uma autonomia do campo sexual que apresenta uma realidade própria e que permite a intervenção especializada não apenas de médicos, psiquiatras e psicólogos, mas de outros profissionais devidamente preparados para intervir nessa área, como consultores ou terapeutas sexuais.

#### - Presença dos interesses econômicos e dos estereótipos de gênero na Ciência e na prática da Medicina Sexual:

Estudando o processo de constituição do diagnóstico “disfunção erétil” paralelamente à legitimação da Medicina Sexual e do seu tratamento farmacológico, Giami (2009) aponta que, no final da década de 1970, o tema atraía médicos e pesquisadores. Nesse processo, em 1980, foi compreendido os efeitos da “pavoverina em injeção intracavernosa” e do óxido nítrico aplicado na estrutura neurovascular do pênis, sendo tais instrumentos apropriados pela Urologia.

Até então, a Urologia era um ramo da cirurgia; porém, com esta novidade aproxima-se da Endocrinologia e passa a recorrer aos fármacos, ampliando sua área profissional. Nesse movimento, se torna explícito que, não apenas a indústria farmacêutica, mas os urologistas se tornam figuras economicamente interessadas na nova proposta de medicalização dos problemas sexuais. Unindo esses interesses, surgem estratégias técnico-científicas para o desenvolvimento e legitimação social da intervenção farmacológica; que adota, como estratégia, a constituição de um diagnóstico ou de uma nosologia que demanda um tratamento (GIAMI, 2009, p. 640).

Analisando o artigo “Impotência”, publicado em 1989 por urologistas do “Grupo de Boston”, Giami (2009) ainda explicita que, nesse material, a partir de uma revisão bibliográfica e de um novo discurso técnico-científico de cunho organicista e farmacológico referente à ereção, propõe-se a supressão do conceito “impotência” e sua substituição pelo termo “disfunção erétil”. Esta última, seria a “incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual”; “incapacidade” que apresentaria gradações: parcial ou completa (GIAMI, 2009, p. 641). O autor destaca que, contrariando os discursos anteriores, a nova definição desconsidera qualquer aspecto psíquico que se relacione com o fenômeno da falta de ereção, desvinculando-o, ainda, dos modelos de resposta sexual da segunda Sexologia e da dinâmica relacional dos parceiros sexuais

Giama (2009) observa ainda que, nesse processo de construção da categoria “disfunção erétil” há uma influência do discurso tradicional de gênero, segundo o qual o comportamento sexual masculino estaria vinculado com a realidade biológica, aferindo pouca relação com sentimentos ou relacionamentos. Nesse sentido é notável, para o autor, não ter sido o modelo “organicista” bem aceito, quando se considera a sexualidade feminina, em que a mulher é tradicionalmente considerada como envolta no sentimento e no relacionamento a dois (p. 641-642).

Outra estratégia técnico-científica adotada visando a legitimação do tratamento farmacológico, segundo Giami (2009), seria a construção de uma Epidemiologia que propicie relevância à questão: até 1990 havia um consenso de que 3% a 9% dos homens adultos apresentava dificuldades com sua ereção; no entanto, a partir de 1987, os urologistas do “Grupo de Boston” passaram a sustentar em suas investigações que 50% da população masculina com mais de 40 anos sofre de disfunção erétil; sua pesquisa “*Massachusetts Male Aging Study*” (MMAS) se tornou referência mundial para o debate em torno das dificuldades em se obter ereção, quintuplicando a incidência da impotência sexual sobre a população masculina.

Segundo Giami (2009), este “aumento” do problema erétil de fato ocorreu não por apresentar métodos que extraíssem dos homens informações antes silenciadas, mas por alterar o próprio conceito “disfunção erétil”, apresentando questionários autoaplicáveis para a coleta de dados que pressupõe, de forma totalmente original, que a dita “disfunção erétil” apresenta “graus de gravidade”: baixo, moderado e completo. Deste modo, obteve-se como resultado que 17,2% dos homens sofrem com “impotência mínima”, 25,2% com “impotência moderada” e 9,6% com a “impotência completa” que realmente seria a antiga “impotência”; proporções somadas propagam “que mais de 50% da população masculina sofre de disfunção erétil” (GIAMI, 2009, p. 642-643).

Além disso, no estudo “*Massachusetts Male Aging Study*” (MMAS), Russo (2013) afirma que a dita “disfunção completa” estaria presente, sobretudo, nos homens acima de 60 anos de idade, idades relacionadas às ocorrências que não são mencionadas na divulgação da pesquisa e seus índices, deformando o dado epidemiológico da disfunção erétil, numa propaganda que o apresenta como alarmante e de Saúde Pública (p. 185). Essa visão deformada é justamente a informação divulgada por Carmita Abdo e outros pesquisadores brasileiros de renome no estudo da epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: “Estudos da Vida Sexual

do Brasileiro" ABDO *et al.*, 2006).

Em seu estudo com 18 capitais brasileiras, Abdo e colegas, adotando os mesmos parâmetros do estudo de Boston, informa que há prevalência de disfunção erétil de 45,1% entre os homens. Só que 31,2% refere-se à "disfunção erétil mínima", 12,2% de "disfunção erétil moderada" e apenas 1,7% de "disfunção erétil completa". Em outras palavras, respectivamente, no primeiro caso os homens relatam que geralmente obtém a ereção; no segundo, que as vezes a obtém; e, no terceiro, que nunca a obtém. Assim, o registro da "disfunção mínima" adiciona uma quantidade de 60% a mais de casos, supondo que qualquer "falha" de ereção é um problema, adotando uma perspectiva tradicional de gênero masculino que tem que ser sempre viril ao discurso "científico" através deste índice. Abdo e colegas e todos os médicos e pesquisadores que adotam tal parâmetro, reproduzem o que Nolasco (1993) denomina "sucessivos absolutos" ao desconsiderar que esta meta seria apenas uma construção de gênero da mentalidade masculina tradicional; nas palavras deste autor:

O estereótipo do macho exclui estas diferentes dinâmicas subjetivas, fazendo crer ao indivíduo que um homem se faz sob sucessivos absolutos: nunca chora; tem que ser o melhor; competir sempre; ser forte; jamais se envolver afetivamente e nunca renunciar (NOLASCO, 1993, p. 40).

Sob essa mesma dinâmica, para o discurso científico apresentado, o homem tem ou não tem ereção, e se este não ter representa uma sexualidade disfuncional; ou seja, ocorrendo uma "falha", ainda que ocasional, o "tratamento" biomédico estaria demandado e pronto para ser prescrito; necessidade de "tratamento" que não apenas ampliou o escopo profissional dos urologistas, mas sobretudo os lucros da indústria farmacêutica.

A esse propósito, cabe ainda ressaltar que o DSM-5 obstrui o diagnóstico de transtorno erétil àqueles que não apresentam uma dificuldade em obter ou manter uma ereção ou, ainda, que não notem acenada perda erétil, por pelo menos 6 meses ou, ainda, em pelo menos 75% de suas relações sexuais. Essas orientações são coerentes, inclusive, com o conhecimento de que a não ocorrência de uma ereção é uma situação esperada, pois dependente das circunstâncias e, sobretudo, da subjetividade

E desse modo, cabe uma questão: não seria mais importante considerar os efeitos de uma educação sexual machista que inclina a percepção de qualquer falha viril a um problema? "Mais importante", no caso, do que demandar uma solução farmacológica para um suposto problema de saúde pública?

A tradicional má educação sexual vulnerabiliza os homens à bloqueios sexuais, mas também influi na produção de uma ciência e de uma prática terapêutica que não a solapa, mas a legitima. Sendo a sua superação, portanto, imprescindível para uma vivência satisfatória da sexualidade.

## Considerações Finais

Os fármacos próprios para o tratamento da denominada "disfunção erétil" não propiciam, tal como esperado, desejo ou excitação sexual; em outras palavras, não produzem espontaneamente uma ereção, fato que depende da subjetividade.

No entanto, estes medicamentos apresentam eficiência na superação de dificuldades com a ereção propiciadas por obstruções orgânicas às mais diversas, também influenciando, ainda que indiretamente, nas dificuldades ocasionadas pela ansiedade por temor de desempenho. É questionável, no entanto, o uso das medicações sob esta última condição, pois a mesma está muito mais associada à uma falta de educação sexual, a estereótipos aprendidos sobre a virilidade masculina, que nem sempre são de consciência dos homens.

Nesse sentido, a medicação para disfunção erétil não deveria estar ocupando a importância de outras atenções educativas e psicoterápicas, uma vez que seu uso indiscriminado apresenta efeitos colaterais, apesar de que, no geral, apresente leves e transitórios, oferece também riscos, até mesmo de óbito para aqueles que ingerem nitratos, além de possíveis danos à audição, que estão em pesquisa; não ser ignorada também a possibilidade concreta de dependência psicológica por aqueles que a utilizam por insegurança de mal desempenho.

Contextualizando social e historicamente a Medicina Sexual e a Farmacologia como propostas terapêuticas, compreende-se que tal medicalização reduz o homem a um ser biológico, ignorando sua realidade subjetiva, relacional e social, legitimando o discurso e prática influenciada por estereótipos de gênero, que os levam a concepções equivocadas e nocivas para o desenvolvimento e vivência da sexualidade.

Tais estereótipos são observados nos discursos e categorias apresentadas pelos próprios cientistas

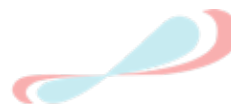
que entendem, que ao contrário das mulheres, o homem e sua virilidade são apenas orgânicos e, desta forma deveriam estar sempre funcionais. A normalidade masculina do “nunca falhar” passa a ser o critério para a prática sexual, do ponto de vista dos próprios homens e de quem os pesquisam, deslocando a análise de subjetividades para o campo biologizante, demandando “tratamentos” e medicalizações.

Tal enfoque biomédico e sua prática terapêutica reforça estereótipos de gênero e a ignorância da sexualidade, representando a negação da possibilidade de alcançarmos uma educação sexual adequada e a reformulação das relações que interferem e bloqueiam a satisfação sexual. Possibilidade que se tornam cada vez mais distantes a hegemônica medicalização que vem ocupando o campo da sexualidade para satisfazer interesses econômicos.

## Referências Bibliográficas

- ABDO, C. H. N. et al. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 424-429, Dec. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000600023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000600023&lng=en&nrm=iso)
- ABDO, C.N.; BERTERO, E.B.; FARIA, G.E.; TORRES, L.O.; GLINA, S. Disfunção erétil: tratamento com drogas inibidoras da fosfodiesterase tipo 5. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 102-103, Apr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000200009&lng=en&nrm=iso)
- ALVES, M. A. S. G.; QUEIROZ, T. M.; MEDEIROS, I. A. Fisiologia Peniana e Disfunção Erétil: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=655256&indexSearch=ID>
- ANTONELI, P. DE P. Medicalização da Sexualidade: algumas reflexões sobre o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – (DSM) e gênero. *Revista de Estudos Universitários - REU*, v. 39, n. 1, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/1603>
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 1*. Washington D.C, 1952.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 2*. Washington D.C, 1968.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 3*. Washington D.C, 1980.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*. Washington D.C, 2013.
- ARMENAKAS, N. A. Lesões Genitais. In: *Manual MSD: versão saúde para família*, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/les%C3%B5es-e-envenenamentos/les%C3%B5es-no-trato-urin%C3%A1rio-e-nos-genitais/les%C3%B5es-genitais?query=a%20fratura%20no%20p%C3%AAnis>
- BAKRIS, G. Hipertensão Arterial. In: *Manual MSD: versão saúde para família*, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArios-do-cora%C3%A7%C3%A3o-e-dos-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertens%C3%A3o-arterial/hipertens%C3%A3o-arterial?query=hipertens%C3%A3o>
- BEJIN, A. *Crepúsculo dos Psicanalistas*, Manhã dos Sexólogos. Sexualidades Ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. Editora Brasileira, 1987.
- BRIGEIRO, M.; MAKSUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 71-88, Apr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2009000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2009000100005&lng=en&nrm=iso)
- CAMARGO JUNIOR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, May 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500002&lng=en&nrm=iso)
- CANESQUI, A. M. A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1961-1962, June 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601961&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601961&lng=en&nrm=iso)
- CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, Dec. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso)
- COUTO, O. H. C. Tudo azul com o sexual? Viagra e sexualidade. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, p. 83-89, jun. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952011000100010&lng=pt&nrm=iso)
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Uso recreacional dos inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil, tadalafila, vardenafila e lodenafila): um novo problema para a saúde pública? *Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos Cebrim/CFF - Nota Técnica n.º 02/2013*. Data de publicação: 18 de outubro de 2013. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/nota%20tecnica%2010\\_2013.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/nota%20tecnica%2010_2013.pdf)
- DA SILVA; MONTEIRO. Inibidores da Fosfodiesterase 5, benefícios e riscos: uma revisão. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*, v. 15, n. 2, abr/jun2019. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/4631>

- FARO, L. et al. Homem com "H": ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 40, p. 287-321, June 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332013000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332013000100009&lng=en&nrm=iso)
- FREITAS, et al. Uso indiscriminado de citrato de sildenafila (viagra). 2015. *Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS – Volume 12 – Número 1 – Ano 2015* Disponível em: [http://www.aems.edu.br/conexao/edição\\_anterior/Sumario/2015/downloads/\(Viagra\).pdf.8](http://www.aems.edu.br/conexao/edição_anterior/Sumario/2015/downloads/(Viagra).pdf.8)
- GIAMI, A. Da impotência à Disfunção Erétil: destino da medicação das sexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 637-658, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qyfrvWs5d3V8w3XrSwSsYNt/?lang=pt&format=html>
- GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.2, pp.301-320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/b4fQ3gzHxSdj87NN7tmVFpt/abstract/?lang=pt>
- GOLDENSON, R. M.; ANDERSON, K. M. *Dicionário de Sexo*. São Paulo: Ática, 1989.
- GOMES, R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Editora Fio Cruz. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.
- GÖTZSCHE, P. C. *Medicamentos Mortais e Crime Organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- MEDICAMENTOS letais e Crime Organizado, 2014. 1 vídeo (54min5s). Publicado pelo canal Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=klcrbIBOVak>
- MULLER, L.; VITIELLO, N. *500 Perguntas Sobre Sexo. Respostas para as principais dúvidas de homens e mulheres*, São Paulo: Objetiva, 2002.
- NOLASCO, S. A. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- PEREIRA, M. E. C. *O que é transtorno mental?* Youtube. Café Filosófico CPFL. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=I\\_UDIZnQQIM2006](https://www.youtube.com/watch?v=I_UDIZnQQIM2006)
- RABELLO, E. T. *Representações sociais mobilizadas pela propaganda televisiva de medicamentos: intersecções entre ciência, saúde e práticas de consumo*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. PPGSC do Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro, 2010.
- ROHDEN, F.; RUSSO, J.; GIAMI, A. Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. *Sex., Salud Soc.* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 17, p. 10-29, Aug. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872014000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872014000200010&lng=en&nrm=iso)
- ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, Abril de 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2009000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2009000100006&lng=en&nrm=iso)
- RUSSO, Jane A. A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sex., Salud Soc.* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 14, p. 172-194, Aug. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200009&lng=en&nrm=iso)
- SARRIS, A. B. et al. FISILOGIA DA EREÇÃO PENIANA: UMA BREVE REVISÃO. *Visão Acadêmica*, [S.l.], v. 18, n. 3, sep. 2017. ISSN 1518-8361. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54413>
- SARRIS, A. B. et al. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. *Revista de Medicina* (São Paulo). 2016 jan.-mar.;95(1):18-29. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/98277>
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2 (1995), 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>
- SHENOT, P. J. Doença de Peyronie. In: *Manual MSD: versão saúde para família*, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-masculina/dist%C3%BArbios-testiculares-e-penianos/doen%C3%A7a-de-peyronie>. Último acesso: 24/07/2021.
- TEIXEIRA JÚNIOR, et al. Perfil Sócio-Econômico dos Consumidores de Medicamentos para Disfunção Erétil. *Id on Line: Revista. Multidisciplinar e de Psicologia*, v.13, n. 43, p. 522-529, 2019. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Último acesso: 24/07/2021.
- THANASSOULIS, G., AFSHAR, M. Aterosclerose. In: *Manual MSD: versão saúde para família*, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-docora%C3%A7%C3%A3oedovasossangu%C3%ADneos/aterosclerose/aterosclerose?query=Aterosclerose>. Último acesso: 26/04/2021
- UOL – Universo On Line. *Uso desnecessário do Viagra pode levar a quadro de disfunção erétil, diz médico*. *Tilt Uol*. 28 de abril de 2010. Disponível em: <https://www.uol.com.br/tilt/ultimas-noticias/redacao/2010/04/28/uso-desnecessario-do-viagra-pode-levar-a-quadro-de-disfuncao-eretil-diz-medico.htm> Último acesso: 30-04-2021



# Terapia Sexual e Fisioterapia Pélvica no Pós- Operatório de Pacientes Prostatectomizados

## *Sexual Therapy and Pelvic Physiotherapy in the Postoperative Care of Prostatectomized Patients*

**Isabella de Moura Duarte**

[isabella@perineo.net](mailto:isabella@perineo.net)

Fisioterapeuta pela Faculdade Tecsona, Fisioterapeuta Pélvica pela Faculdade Inspirar, Fisioterapia Uroginecológica e Obstétrica pelo Instituto Henrique Teixeira, Pós-Graduada em Saúde da Mulher e do Homem pela AVM Faculdade Integrada, e em Terapia Sexual na Saúde e Educação pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família

### **Resumo:**

O câncer de próstata é o segundo mais comum no sexo masculino. O desenvolvimento das ciências e tecnologias possibilita um diagnóstico precoce e aumenta as chances de cura do paciente, incluindo a retirada da próstata, com a prostatectomia. Porém essa intervenção cirúrgica pode desencadear incontinência urinária, disfunções eréteis e problemas psicológicos e sociais. Diante disso, este artigo traz uma revisão sobre a questão, trazendo benefícios da Terapia Sexual e da Fisioterapia Pélvica para os pacientes tratados devido ao câncer de próstata e os prostatectomizados, que se mostram eficazes para auxiliar a retomada precoce da continência muscular e urinária e para o apoio às questões emocionais do paciente, respectivamente contribuindo para a retomada da função erétil satisfatória e disfunções orgânicas e as relacionadas às questões psicológicas e relacionais.

**Palavras-chave:** Câncer de próstata, Disfunção erétil, disfunção sexual, Incontinência urinária, Prostatectomia.

### **Abstract:**

Prostate cancer is the second most common cancer in males. Advances in science and technology enable early diagnosis and increase the chances of patient recovery, including prostate removal through prostatectomy. However, this surgical intervention can lead to urinary incontinence, erectile dysfunction, and psychological and social issues. In light of this, this article provides a review on the matter, highlighting the benefits of Sexual Therapy and Pelvic Physiotherapy for patients treated for prostate cancer and those who have undergone prostatectomy. These therapies have proven effective in assisting the early restoration of muscular and urinary continence and providing support for the patient's emotional concerns, respectively contributing to the resumption of satisfactory erectile function and addressing both organic dysfunctions and psychological and relational issues.

**Keywords:** Prostate cancer, Erectile dysfunction, Sexual dysfunction, Urinary incontinence, Prostatectomy.

## **Introdução**

A próstata é uma glândula localizada abaixo da bexiga comparada ao tamanho de uma noz e sede de um dos tumores masculinos: o câncer de próstata. Este câncer é uma patologia que acomete grande parte dos homens, mais comumente acima dos 50 anos, sendo o sexto tipo de câncer com maior incidência neste público, representando 10% dos casos (BRASIL, 2009).

No Brasil, as estáticas também são bastante preocupantes. Dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009) apontam o câncer de próstata como o segundo mais comum entre os homens.

Embora haja tratamento bastante eficazes, especialmente quando o diagnóstico é realizado de forma precoce, existem algumas complicações provenientes dos tratamentos que atormentam a vida dos



homens, como a incontinência urinária e a disfunção erétil, pois o tratamento cirúrgico com prostatectomia radical é o mais indicado pela Medicina.

As principais consequências dessa cirurgia são a disfunção erétil e a incontinência urinária, que representam fator negativo para a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes, na medida em que afetam a função sexual, a autoimagem e a autoestima, podendo gerar estresse e depressão. (PEREIRA, 2018, p. 8).

Além dos desconfortos pós-cirúrgicos serem muito desgastantes para os homens que submetem a essa cirurgia, as sequelas deixadas no pós-operatório podem ser potencializadas por fatores problemas sociais e psicológicos, que em geral rondam o indivíduo desde o diagnóstico, mas se fazem presentes mesmo após o término do tratamento pelos desconfortos causados pela incontinência e disfunção erétil.

Em alguns pacientes prostatectomizados, a incontinência urinária pode reverter em até 2 anos, dependendo do mecanismo da cirurgia, grau de abrangência e tempo pós-cirúrgico. Porém, em outros casos perdura, necessitando intervenção. O mesmo ocorre com a disfunção erétil, que será afetada dependendo do estadiamento do tumor e a abrangência dos tecidos adjacentes retirados durante a cirurgia.

Diante disso discute-se a problemática da terapia sexual e fisioterapia pélvica no pós-operatório dos pacientes prostatectomizados, avaliando, por meio de revisão bibliográfica, se essas práticas contribuem para a minimização dos impactos e sequelas do tratamento do câncer.

## Anatomia e Fisiologia do Homem

A próstata é uma estrutura presente exclusivamente nos homens e constante alvo de neoplasias malignas e benignas. Ela se insere na anatomia e fisiologia sexual e reprodutiva do homem, conforme descreveremos, pois, segundo Cavalcanti (1996) é imprescindível que haja além do conhecimento da anatomia uma percepção clara das funções de cada elemento anatômico, visto ser o assoalho pélvico, sítio de intrincadas interações entre suas inúmeras estruturas. Uma vez compreendidas tais relações, entre as partes do referido segmento, torna-se impossível pensar em elementos estáticos, independentes.

- a pelve:

O conhecimento das estruturas anatômicas do assoalho pélvico masculino é fundamental para o entendimento e compreensão satisfatórios nas abordagens terapêuticas.

Linhares e Mc Laren (2020) definem a pelve como região do tronco entre abdômen e membro inferior, a qual sustenta os órgãos do sistema reprodutivo e urinário, com utilidades principais de reprodução e prazer.

A pelve masculina possui: (I) partes distais dos sistemas urinário e digestório: ureter, bexiga urinária, uretra e reto; (II) genitália interna: testículos, epidídimo, ducto deferente, vesícula seminal, ductos ejaculatórios, próstata e glândulas bulbouretrais; (III) e genitália externa dentro do períneo (Figura 1). Além disso, distingue-se da feminina também por ser menor e mais estreita, já que não é preparada para abrigar o feto durante a gravidez, como ocorre com as mulheres.

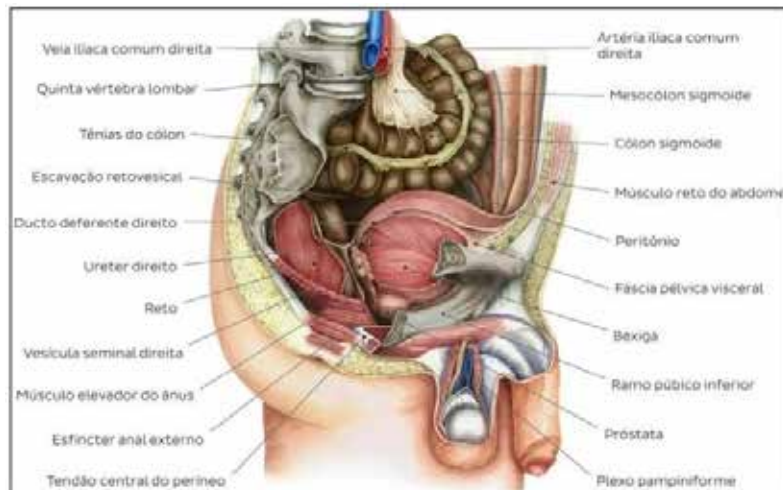
Como bem explica Linhares e Chaves (2020):

A pelve constitui um importante ponto de transição entre a região toracoabdominal e os membros inferiores. Além de ser importante para a deambulação, ela também abriga órgãos dos sistemas urogenital e digestivo baixo, e age como um conduto para artérias, veias, vasos linfáticos e nervos que são necessários para o funcionamento diário do organismo. A pelve é uma estrutura musculoesquelética composta por ossos do quadril (anca) e sacrococcígeos, juntamente com várias camadas de músculos. Ela pode ser adicionalmente dividida em pelve maior (falsa) ou pelve menor (verdadeira). A pelve falsa é a área ampla imediatamente acima da entrada, entre as asas ilíacas, enquanto a pelve verdadeira é a área entre a entrada e a saída da pelve. Ela tem duas paredes laterais, uma parede posterior (ossos sacrococcígeos) e um assoalho muscular.

A pelve óssea consiste de dois grandes ossos, denominados ossos do quadril, que se fundem no sacro, posteriormente e na linha mediana, anteriormente, ao nível da sínfise púbica. Cada osso grande é composto de unidades ósseas menores denominadas ílio, ísquio e púbis que são conectados por cartilagem no jovem, mas fundidos no adulto.

Enfim, os músculos do assoalho têm importantes funções, contraem-se para manter a continência urinária e fecal e relaxam permitindo o esvaziamento intestinal e vesical. Contribuem para a sustentação dos órgãos pélvicos e tem uma grande capacidade de distensão para permitir o parto.

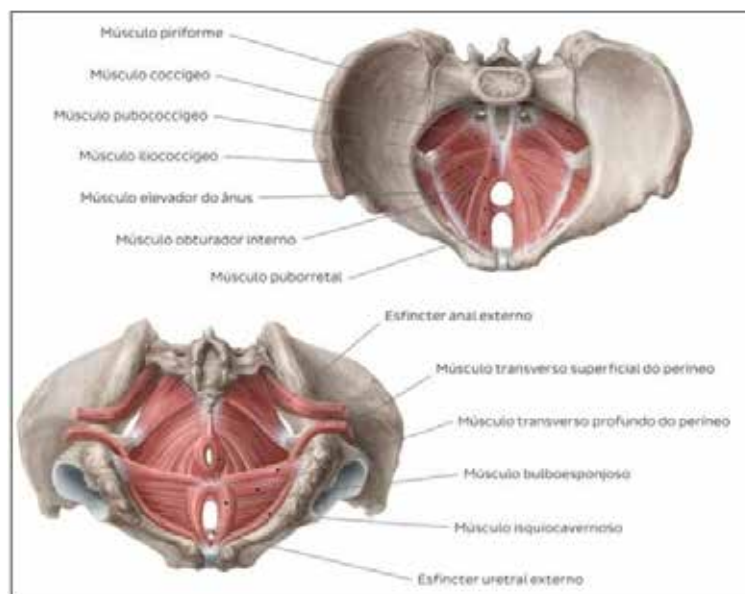
Figura 1 – Anatomia pélvica masculina



Fonte: Linhares e Mc Laren (2020).

Linhares e Mc Laren (2020) explicam que a sustentação dos órgãos pélvicos é realizada pelo diafragma pélvico em formato de funil, destacando que o assoalho pélvico, formado pelo diafragma pélvico, compõe-se de um par de músculos e suas fáscias; o músculo levantador do ânus e o músculo coccígeo (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama dos Músculos do assoalho pélvico



Fonte: Linhares e Chaves (2020, online)

Conforme Berghmans (2006) o assoalho pélvico é composto de camadas de músculo e fáscia que agem juntos para prover suporte para as vísceras pélvicas. A musculatura do assoalho pélvico é responsável por sustentar órgãos pélvicos e controlar funções importantes, como a micção, a evacuação ou a continência de urina e fezes.

Este autor instrui (BERGHMANS, 2006) que a musculatura do assoalho pélvico é composta por três camadas: camada muscular superior, camada muscular média e camada inferior.

- *camada muscular superior*: é constituída pelos músculos levantadores do ânus e músculo coccígeo. Os músculos do ânus são divididos em: músculo pubococcígeo, músculo pubovisceral, músculo pubococcígeo e ileococcígeo. Eles se estendem do púbis ao cóccix e de uma parede lateral da pelve até a outra, que compõem o principal grupo muscular do assoalho pélvico e apresenta dupla função: a sustentação dos órgãos pélvicos e o deslocamento anterior e posterior dos órgãos pélvicos, permitindo a abertura e fechamento da uretra e ânus, e, também na mulher, da vagina.

O músculo pubococcígeo é o principal vetor de força anterior do assoalho pélvico, responsável pelo fechamento da uretra e ânus masculino e, portanto, parte essencial do mecanismo de continência urinária e fecal. A extensão posterior dos levantadores do ânus é denominada "platô dos levantadores" e fixa-se na parte posterior do reto e estendendo-se até o cóccix (BERGHMANS, 2006).

- *camada muscular média*: compõe-se pelo músculo longitudinal do ânus e tem em orientação vertical. Sua contração origina o vetor de força inferior, que contribui tanto para os mecanismos de continência (ao angular a uretra e o ânus quando contraído simultaneamente ao músculo pubococcígeo) (BERGHMANS, 2006).

- *camada muscular inferior*: é composta pelos músculos isquicavernosos, bulbocavernosos, transverso superficial e profundo do períneo e esfíncter anal externo. Esses tem função de ancorar lateralmente a uretra e o ânus em sua porção mais baixa, promovendo estabilidades a essas estruturas.

Compreende-se que são os músculos do assoalho pélvico que auxiliam na manutenção das vísceras pélvicas, por meio de contrações involuntárias no repouso ou contração voluntária em episódios de aumento da pressão intra-abdominal, evitando que sejam empurradas para fora durante o esforço. Além disso deve-se mencionar sua grande importância para manutenção da continência urinária e fecal, por meio da contração dos músculos do levantador do ânus, os quais fornecem oclusão adicional aos excrementos das vísceras pélvicas (LINHARES; CHAVES, 2020).

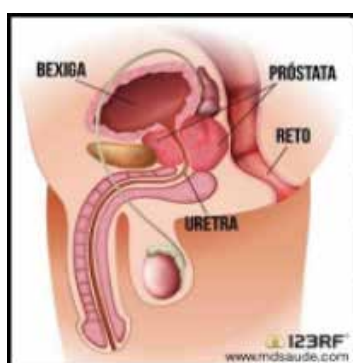
A manutenção da continência e prevenção do prolapso dos órgãos situados nessa região depende dos mecanismos de suporte do assoalho pélvico.

#### - a próstata:

A próstata é uma pequena glândula secretora masculina situada próxima a base da bexiga, atravessada pela parte inicial da uretra (canal urinário) e à frente do reto (Figura 3). Sua função consiste na produção do líquido seminal que propicia o transporte dos espermatozoides até o meio exterior, ação essencial para a atividade reprodutora.

Quanto à anatomia, localiza-se na pelve verdadeira, separada antes da sínfise púbica pelo espaço retropúbico. Sua superfície posterior é afastada da ampola retal pela fáscia de Denonvilliers, seu ápice descansa sobre na superfície superior do diafragma urogenita e sua base tem continuidade no colo da bexiga. Ademais é interessante pontuar que sua irrigação é feita pelas artérias vesical inferior e retal média, com a drenagem efetivada pelo complexo venoso dorsal, que recebe a veia dorsal profunda do pênis e ramos vesicais (TANAGHO; MCANINCH, 2007).

Figura 3 – Anatomia masculina



Fonte: PINHEIRO (2020).

A próstata cresce e se desenvolve, assim como os demais órgãos. No entanto, é na adolescência que se nota a aceleração de seu crescimento, para então na fase adulta atingir cerca de 20 gramas, com tamanho médio de 3 a 4 centímetros na base, 4 a 6cm na sua dimensão céfalo-caudal e 2 a 3cm na sua dimensão ântero-posterior (TANAGHO; MCANINCH, 2007) (Figura 4).

Figura 4 – Próstata



Fonte: Ikonomidis (2017, p. 10)

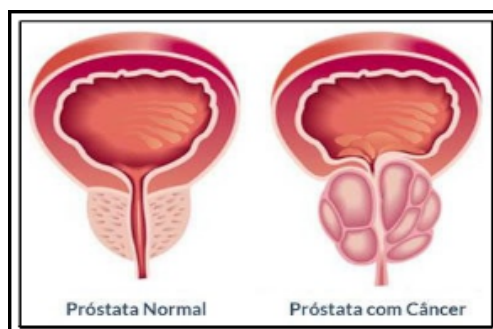
Como indicado por Sarris e colegas (2018, p.138) "a próstata é uma glândula presente em homens, cuja principal função é facilitar a fecundação". Há uma grande atenção com essa glândula por ser, de acordo com Tanagho e McAninch (2007), o órgão masculino mais afetado por neoplasias benignas ou malignas.

## O Câncer de Próstata

Câncer ou neoplasia "é o nome que se dá ao crescimento anormal e descontrolado de células em determinada região do corpo" (IKONOMIDIS, 2017, p.13); doença que se inicia a partir do crescimento descontrolado das células, com formatos distintos do normal, gerando células anômalas que podem se multiplicar e invadir outros órgãos (Figura 5), processo conhecido por metástase (IKONOMIDIS, 2017).

Conforme Ferreira (2010, p.18), "o comportamento clínico do câncer de próstata varia desde um tumor microscópico, bem diferenciado e sem importância clínica, até tumores altamente agressivos com grande potencial metastático".

Figura 5 – Próstata Normal x Próstata com Câncer



Fonte: PINHEIRO (2020).

O câncer de próstata é um tumor detectado pelo exame de toque que constata associação do PSA, sigla em inglês do antígeno prostático específico; e também pelo exame de toque retal (FERREIRA, 2010). A associação de ambos exames é importante pois o toque, embora tenha alta especificidade, tem baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo, ao ponto que os níveis séricos do PSA indicaram a necessidade de biopsia, levando a uma melhor notificação em fases precoces do câncer (FARIA, 2019). Isso aumenta consideravelmente as chances de cura.

As estimativas apresentadas por Ikonomidis (2017) apontam que, 1 em cada 6 homens terá câncer de próstata; sendo que no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer aponta uma estimativa de 61.000 casos anuais da doença; e Faria (2018) afirma que vem sendo responsável por 13,8% das mortes por câncer em homens.

Conforme Vital (2017), a idade é um dos fatores de risco preponderante, uma vez que 62% dos casos são diagnosticados em homens com idade igual ou superior a 65 anos. Porém, há outros fatores, como: o histórico familiar da doença, a etnia e as dietas ricas em gordura animal.

### **Tratamento do câncer de próstata e suas possíveis sequelas**

O tratamento do câncer de próstata dependerá das características do paciente e do grau de malignidade do tumor (CARVALHO *et al*, 2018).

A determinação do tratamento mais apropriado considera vários fatores como: a idade e o estadiamento (área e progressão da doença); os efeitos colaterais do tratamento; o escore de Gleason (baseado na aparência microscópica); e da presença de comorbidades.

Conforme Faria (2019, p. 15) o tratamento “inclui desde a vigilância ativa até o tratamento sistêmico com bloqueio hormonal e quimioterapia” e as opções terapêuticas e, em caso de carcinoma, a prostatectomia radical é a solução mais adequada (FARIA, 2019), a braquiterapia (tratamento com radiação externa) e a continuidade de observação vigilante, com exames periódicos, para avaliar progressões, remissões e até metástases.

A prostatectomia pode ser feita com a retirada total ou parcial da próstata; e é indicada para indivíduos com neoplasia localizada e com uma expectativa de sobrevivência de, no mínimo, 10 anos, sem limite específico de idade (FARIAS, 2019). A prostatectomia prevê também uma linfadenectomia pélvica seletiva, buscando eliminar metástase em linfonodos pélvicos não diagnosticados anteriormente (FERREIRA, 2010).

Devido ao sucesso deste tipo de tratamento, com o aumento dos diagnósticos de câncer de próstata, especialmente pela realização dos exames de PSA, ampliou-se a realização da prostatectomia radical (FERREIRA, 2010), que segundo Pereira (2018, p. 11) “o principal tratamento para os casos de CaP, principalmente em estágio inicial e devido aos custos, curva de aprendizado e falta de equipamentos tecnológicos fica à frente da radioterapia, videolaparoscopia e cirurgia robótica”.

Os estudos de Mottet e colegas (2015) demonstram que aqueles com expectativa de vida maior que 10 anos são os mais indicados para se submeter a prostatectomia, colocando-os em grau de recomendação A para o procedimento cirúrgico, mesmo nos casos de baixo ou médio risco da neoplasia, pois reduz o risco de metástase.

Esse tipo de intervenção cirúrgica pode ser realizado de três formas distintas, por laparoscopia, à céu aberto com visão direta da glândula e por robótica, técnica que apresenta os melhores resultados oncológicos e funcionais (VITAL, 2017). Conforme Ferreira (2010), independente da técnica, a experiência do cirurgião é um fator preponderante para o sucesso da operação, que em qualquer caso o paciente precisa de hospitalização e de aguardar tempos variáveis de convalescença antes de retomar suas atividades habituais.

A retirada total da próstata é o método de tratamento mais eficaz para o câncer de próstata localizado, porém é uma medida que pode deixar como sequelas a incontinência urinária e a impotência sexual (VITAL, 2017). Como bem informa Faria (2018, p. 48) “a prostatectomia radical é a abordagem mais utilizada nos últimos anos (...) dentre as principais complicações desta cirurgia podemos citar a incontinência urinária e disfunção erétil”.

Em sentido equivalente Pereira (2018, p. 51) alude que “a localização dos feixes vasculonervosos que irrigam e inervam a próstata, tanto para ereção como o complexo esfíncteriano urinário, adjacentes à próstata torna-os um possível alvo de lesão durante a prostatectomia”.

Destarte, é preciso verificar esses efeitos adversos para entender as consequências sociais e psicológicas na vida do indivíduo e assim melhor compreender a necessidade do trabalho conjunto dos profissionais da saúde em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde dos pacientes.

#### **- Incontinência urinária:**

Vital (2017), apontando definições da Sociedade Internacional de Continência, informa:

(...) é considerada incontinência urinária qualquer perda involuntária de urina. Ela pode ser subdividida em três grupos: incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária de estresse (IUE) e incontinência urinária mista (IUM). A IUU é definida como a queixa de perda involuntária de urina associada ao desejo súbito de urinar. Já a IUE é a perda involuntária de urina após tosse, espirro ou esforço físico. (VITAL, 2017, p. 189)

Zaidam e Elirez (2014) explicam que esta incontinência pode associar-se à disfunção esfinc-teriana, a disfunção vesical ou a ambas. Em 66% dos casos é causada por disfunção esfinc-teriana, em razão das lesões provocadas pela cirurgia no esfíncter interno que reduzem sua funcionalidade, sobrecarregando o esfíncter externo e provocando as perdas involuntárias da urina.

Atingindo mais de 30% da população mundial, a incontinência urinária não se trata de uma doença propriamente dita, mas um indicativo de disfunção vesical ou do mecanismo de esfinc-teriano uretral. Além de ser também provocada pela prostatectomia de tratamento do câncer, devido à lesão do complexo esfinc-teriano urinário, seja no tecido muscular, seja pelo déficit funcional ocasionado pelas alterações da inervação da intervenção cirúrgica realizada (PEREIRA, 2018).

Na grande maioria dos pacientes, a retirada total da próstata acarreta incontinência urinária grave (CARVALHO *et al*, 2018), com uma frequência que varia conforme a técnica cirúrgica, o tipo de cirurgia, o tamanho do tumor e a sua localização; além da idade do paciente; sendo, porém, reduzida e melhorada com o passar do tempo (FILOCAMO *et al*, 2005). Conforme Hoyland e colegas (2014), a maioria homens recuperam espontaneamente a continência em até um 1 após a cirurgia; mas os sintomas são persistentes em cerca de 10% dos homens (PEREIRA, 2018). Desta forma, quanto antes o problema do câncer for tratado, menores serão seus impactos.

#### - Disfunção erétil:

O tratamento cirúrgico do câncer de próstata também pode afetar a função sexual do homem (ABDO *et al*, 2006).

As disfunções sexuais atingem cerca de 50% dos homens no Brasil, por isso são um problema de Saúde Pública, entre os quais a disfunção erétil tem maior presença e se manifesta pela incapacidade de obter e/ou sustentar uma ereção peniana regular para amparar uma relação sexual satisfatória (PEREIRA, 2018). Iema (2014, p.9) afirma que, "quando acometido por disfunção erétil, mesmo sendo estimulado e excitado, e com desejo de realizar atividade sexual, não permanece com o pênis ereto". Isso ocorre por que o mecanismo do reflexo vascular não bombeia o sangue suficiente para os corpos cavernosos do pênis para deixá-lo rígido e firme (IEMA, 2014).

As causas da disfunção erétil podem estar ligadas a fatores orgânicos e/ou psicogênicos, levando a situações de estresse psicológico que potencializam as dificuldades de manter o desempenho erétil (NARDI *et al*, 2013). No entanto, conforme Pereira (2018), a retirada da próstata é um dos fatores que aumentam as probabilidades de sua ocorrência, com 34% dos pacientes submetidos à prostatectomia apresentando deterioração da vida sexual causada por este mal.

#### - Consequências sociais e psicológicas da prostatectomia:

Mesmo se tratando do tratamento mais eficaz na redução da mortalidade pelo câncer de próstata, não se pode esquecer que a prostatectomia impacta diretamente na saúde e na qualidade de vida do paciente e ocasiona problemas psicológicos. Entre eles, Pereira (2018) aponta a baixa autoestima e distúrbios de humor, com tratamentoso que potencializam tais patologias e podem ameaçam a integridade, a vida e as funcionalidades corporais do homem:

...podem gerar um profundo impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos, gerando dificuldades psicológicas como ansiedade, depressão, exclusão social, além de complicações como infecção recorrente do trato urinário, dermatites, constrangimento, afetando profundamente a autoestima do indivíduo. (VITAL, 2017, p.189)

Considerando os relatos de menor desejo sexual, menor frequência das relações sexuais, episódios de ejaculação precoce, por homens submetidos a prostatectomia, os dados avaliados por Abdo e colegas (2006) ratificam o comprometimento dos relacionamentos interpessoais e da autoestima em pacientes com disfunção erétil.

Desta forma Iema (2015) expõe que é impossível não concluir que os pacientes acometidos pelo câncer de próstata e seus, conseqüentes, tratamentos, tem comprometida a sua qualidade de vida, sendo muito difícil para eles lidarem com a situação, o que requer uma adaptação do indivíduo as duas novas condições, dando a ele as respostas terapêuticas necessárias para minimizar os impactos negativos. Por tal motivo, Pereira (2018) aponta como fundamental averiguar a autoestima dos pacientes depois de tratamentos oncológicos, como é o caso da prostatectomia, a fim de oferta-lhes tratamento pós cirúrgico adequado.

## **A Terapia Sexual e a Fisioterapia Pélvica no Pós-Operatório de Protatectomizados**

Considerando as conseqüências psicossociais causadas pela incontinência e disfunção erétil é clarividente a importância de medidas que acelerem a recuperação da continência e da função sexual satisfatória, especialmente considerando que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um direito de todos, e ela não se refere somente a ausência de doenças, mas sim a um completo estado de bem-estar físico e psicológico. Assim, a propagação da saúde depende que os indivíduos estejam bem, tanto física, quanto psicologicamente (HACK, 2019).

Diante disso Pereira (2018) adverte que a qualidade de vida "define-se pela relação entre domínios físicos, psicológicos e sociais, vistos como áreas distintas, que são influenciadas pelas crenças, atitudes, valores e percepção da saúde dos indivíduos" (p.16). Com isso, não há como negar as evidências da estreita relação entre a qualidade de vida e a temática da saúde dos indivíduos.

Com relação ao câncer de próstata, tendo em vista que esta é uma das doenças que trazem mais dificuldades físicas e emocionais que precisam ser consideradas para melhor conquista da saúde do homem por ela acometido, antes, durante e após o tratamento, cabe averiguar seus impactos na sexualidade. O diagnóstico de um câncer traz consigo efeitos devastadores na vida do paciente e de sua família, tanto pelo temor das implicações do tratamento, com possíveis mutilações e desfigurações, quanto pelo medo da morte.

Por essa e outras razões, o tratamento do câncer não se completa com a cirurgia, é indispensável uma completa assistência ao paciente oncológico, visando minimizar os impactos emocionais e psicológicos (SILVA *et al*, 2008). O contexto que envolve o câncer de próstata e seu portador é muito complexo, uma ciência sozinha não consegue atender todas as suas necessidades, o que compele na imperiosidade da atuação de equipes multi e interdisciplinares para melhor atenção ao paciente (PEREIRA, 2018). Da mesma forma, as conseqüências e adaptações às alterações urinárias e sexuais decorrentes da prostatectomia radical precisam ser orientadas por uma equipe multiprofissional.

A continência urinária e potência sexual são diretamente relacionadas, de modo que qualquer disfunção da primeira impacta na capacidade sexual masculina. Este tratamento envolve em minimizar todos os impactos que acompanham a doença, o tratamento e, especialmente, o período pós operatório dos pacientes submetidos a prostatectomia, quando situações adversas relacionadas a incontinência urinária e disfunção erétil trazem significativos efeitos sociais e psicológico negativos (CARVALHO *et al*, 2018).

### **- Terapia sexual e fisioterapia humana:**

Embora a utilização da Fisioterapia possa ser constatada há séculos, especialmente durante as guerras, de acordo com Rebelatto e Botomé (1999), é uma das mais recentes áreas da Saúde. No Brasil, apresr de ter surgido em 1951, somente em 1969 passou a ser devidamente reconhecida como profissão (CAVALCANTE *et al*, 2011).

Até meados de 1980 a fisioterapia abarcava estritamente ações de reabilitação e recuperação, e aos poucos foi incorporando medidas de promoção e prevenção em saúde (YOSHINAGA *et al*; 2017).

Na perspectiva atual, Yoshinaga e colegas (2017) destacam a fisioterapia como

...ciência da saúde que estuda, previne e trata especificamente os distúrbios cinéticos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. (YOSHINAGA *et al*, 2017, p.13)

O COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2020), com base nas disposições do Ministério da Educação, e considerando o fisioterapeuta um profissional da saúde, indica as seguintes competências e habilidades gerais aos fisioterapeutas: fornecer a atenção a saúde, tomar decisões quando ao uso apropriado de técnicas e decisão de custo-benefício no uso das mesmas e procurar atuar com equipe multiprofissional, entre outras.

É justamente pela abrangência das funções da fisioterapia e as contribuições para melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas que Maia e colegas (2015) defende a importância da inclusão da fisioterapia na Atenção Básica a Saúde. Especificamente com relação às habilidades que atingem às questões relacionadas à sexualidade e ao câncer de próstata destaca a Fisioterapia Uroginecológica (SOUZA *et al.*, 2016, p. 114).

Através desta, o profissional pode não apenas, levantar o perfil de vida e fatores físicos e emocionais na avaliação de seus pacientes, mas verificar as informações relativas ao quadro patológico, de forma a fundamentar a correta e adequada construção do melhor diagnóstico e a escolha da terapia que deverá ser realizada para cada caso concreto (SOUZA *et al*, 2016).

A Fisioterapia, aliada à Terapia Sexual tem potencial de promover a melhoria na qualidade de vida e saúde dos pacientes prostatectomizados, uma vez que ambas promovem o melhoramento da saúde sexual, conforme destacam Silva e Maia (2008) "o tratamento para as disfunções sexuais devem englobar fatores afetivos, cognitivos e comportamentais" (p.93), visto que "viver a plenitude sexual depende da harmonia entre saúde física e emocional" (SILVA, 2015, p. 157).

#### - Terapia sexual:

Cavalcanti e Lopes (2005) correlacionam as disfunções sexuais a bloqueios da resposta psicofisiológica, defendendo a necessidade de trabalhar para excluir esses bloqueios, o incluindo a Terapia Sexual. Da mesma forma, Fleury e Abdo (2016) sustentam a necessidade de terapias para estimular os comportamentos sexuais adequados e inibir aqueles que devem ser evitados, melhorando as respostas psicofisiológica.

Assim, a Terapia Sexual não irá trabalhar ensinamentos acerca de como se ter e/ou manter a ereção, ou atingir um orgasmo, sua atuação é voltada para a retirada dos bloqueios que impedem a satisfação sexual incentivando respostas psicofisiológica positivas.

Através de um treinamento pedagógico, a Terapia Sexual vai instrumentalizar o paciente a controlar a sua ansiedade e os demais fatores que originam as insatisfações, aumentando o repertório sexual do paciente, estimulando-o à comunicação e ao contato físico, ampliar a sexualidade para além da área genita, ter segurança e responsabilidade pelo próprio prazer e perder o medo da intimidade (KNAPP, 2007). Ou seja, como sinalizam Silva e Maia (2008), ela promove um caminho a ser seguido para atingir o sucesso do tratamento e à resolução dos problemas sexuais.

Para isso, utiliza-se de técnicas cognitivas e comportamentais que atingem o núcleo de sofrimento do paciente (CAMARGOS; MORAIS, 2017), eliminando gatilhos e repercussões psíquicas negativas, promovendo conjuntamente bons efeitos físicos (KNAPP, 2007). No caso da disfunção sexual, vai refocar a "vivência de prazer que melhor proporciona uma vida sexual satisfatória de cada pessoa (SILVA, 2015, p. 157).

Conforme Fleury e Abdo (2016) ela mostra-se bastante eficaz para a aumento da satisfação sexual, especialmente quando realizada pelo casal, o que é reforçado por Knapp (2007).

Como indicado por Camargos e Morais (2017)

"as técnicas adotadas nas terapias sexuais se estabelecem por meio da uma colaboração entre o terapeuta e o paciente, cujas estratégias são orientadas para a superação de problemas devendo ser projetadas conjuntamente". (CAMARGO & MORAIS, 2017, p. 35).



Assim, tem promovendo melhorias ainda mais significativas na saúde sexual, potencializando a autoconfiança e autoconsciência e minimizando a ansiedade.

#### - Fisioterapia e fortalecimento do assoalho pélvico:

Em sua obra dedicada a propagar protocolos assistenciais de fisioterapia em oncologia, Vital (2017) busca ratificar a importância de aliar os profissionais da saúde das diversas áreas para melhor promoção da saúde e qualidade de vida dos pacientes, conforme destacado pela autora os serviços de fisioterapia em oncologia faz parte do conjunto de ações voltados a melhoria da saúde e qualidade de vida do paciente, para "melhorar os resultados do tratamento oncológico e minimizar os eventos adversos possíveis de serem tratados com fisioterapia preventiva e/ou fisioterapia terapêutica, de forma humanizada, através de profissionais qualificados e interação interdisciplinar" (VITAL, 2017, p. 2).

Avaliando as terapias para recuperação precoce da continência urinária pós-prostatectomia, Carvalho e colegas (2018) evidenciam as contribuições do treinamento e fortalecimento do assoalho pélvico e da terapia comportamental para recuperação da continência muscular e urinária. Conforme Vital (2017), se iniciada de forma imediata no pós-operatório a fisioterapia pélvica, quando realizada diariamente com exercício supervisionados, ou 2 vezes ao dia sem supervisão, auxilia na reabilitação precoce, prevenindo a incontinência urinária e o tempo de internação.

Como bem destacam Mendonça e Amaral (2021) "é fundamental que a musculatura do assoalho pélvico mantenha uma boa função, visto que patologias uroginecológicas" (p. 14), bem como seus tratamentos provocam disfunções sexuais. Fortalecer o assoalho pélvico auxilia na recuperação dos músculos no pós-operatório, por isso Manessero et al (2007) consideram a fisioterapia como importante aliada ao processo de recuperação dos submetidos à prostatectomia.

Carvalho e colegas (2018) asseveram que esse tratamento deve ter abordagem multidisciplinar, envolvendo "médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros urológicos e estomaterapeutas", para recuperação dos sintomas do pós-operatório. Com isso, o prognóstico da impotência sexual depois de 24 meses da cirurgia cai de mais de 70% para 55% com relação à disfunção erétil normal, além de mais 35% obtenham melhoras significativas na sexualidade; apenas 10% não indicam bons resultados (VITAL, 2017).

Filocamo e colegas (2005) avaliando o tratamento precoce da reabilitação do assoalho pélvico na incontinência pós-prostatectomia, também indicam que, após 3 meses de reabilitação, 74% dos pacientes que realizaram o protocolo de exercícios recuperaram a continência urinária, comparados a 30% dos que receberam apenas o acompanhamento médico, ampliando em 5 vezes a chance de recuperação da potência sexual dos pacientes. Ainda, conforme os autores:

No grupo tratado, 19% (29 pacientes) alcançaram continência após 1 mês e 94,6% (146 pacientes) após 6 meses. No grupo controle, 8% (12 pacientes) alcançaram continência após 1 mês e 65% (97 pacientes) após 6 meses ( $p < 0,001$ ). A idade do paciente não se correlacionou com a continência no grupo controle ( $p > 0,05$ ), embora uma correlação significativa tenha sido revelada dentro do grupo tratado ( $p < 0,01$ ). No geral, 93,3% da população total alcançaram a continência após um ano (FILOCAMO et al, 2005).

Da mesma forma, Manessero e colegas (2007) relataram a redução do tempo de recuperação da continência nos pacientes que realizaram treinamento dos músculos do assoalho pélvico; enfatizando a evolução do quadro a partir do 3o mês de tratamento, para 77,5%, valor que se amplia ao final de 12 meses de tratamento, restando apenas 16,6% dos pacientes com incontinência. Lombraña e colegas (2013) igualmente evidenciaram os resultados positivos do fortalecimento do assoalho pélvico para minimizar os impactos da prostatectomia, indicando uma melhoria na qualidade de vida e convívio social e promoção da reabilitação precoce dos pacientes.

Na revisão sistematizada de 9 estudos, feita por Carvalho e colegas (2018, p. 568) verificou-se que a maior parte dos estudos confirmam o treinamento dos músculos assoalho pélvico contribuinte para recuperação precoce da continência e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

## Considerações Finais

Este artigo ratifica os impactos da câncer de próstata e da prostatectomia na sexualidade e qualidade de vida dos homens. Também verifica a importância da Terapia Sexual e da Fisioterapia Pélvica no período pós-operatório de pacientes submetidos a prostatectomia.

A disfunção erétil e incontinência urinária são sequelas comuns da retirada total da próstata, causando, seguidamente consequências psíquicas e sociais para aqueles que a realizam, devido à perda involuntária da urina e/ou ao desempenho sexual insatisfatório, promovendo baixa-estima, isolamento, depressão e problemas de relacionamento.

São fundamentais a promoção de medidas terapêuticas auxiliares que tratam de minimizar as sequelas da prostatectomia, acelerando a retomada da continência urinária e possibilitando o desenvolvimento de relações sexuais satisfatórias. A terapia sexual e fisioterapia pélvica no pós-operatório dos pacientes prostatectomizados contribui, segundo a literatura científica, sensivelmente para a minimização dos impactos negativos dos tratamentos contra o câncer de próstata e, em especial, da prostatectomia.

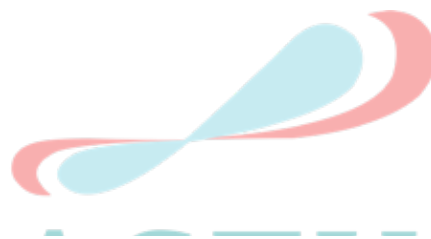
A Fisioterapia Pélvica, especialmente com o fortalecimento do assoalho pélvico, auxilia na retomada mais rápida da continência, e conseqüentemente contribui para a retomada da função erétil satisfatória, sendo que sua realização com treinamento estruturado pelo fisioterapeuta uma ação fundamental para auxiliar no pós-operatório e minimizar sequelas. Por sua vez, a Terapia Sexual tem potencial de complementar este tratamento, eliminando disfunções sexuais, tanto de origem orgânica devido aos tratamentos ancológicos, como questões psicológicas associadas ao diagnóstico, ao tratamento e à prostatectomia.

Portanto essas técnicas devem ser incorporadas como condutas das equipes multiprofissionais de casos de câncer de próstata.

## Referências Bibliográficas

- ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA JUNIOR, W. M.; SCANAVINO, M. T.; MARTINS, F. G. Disfunção erétil – resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 52, n.6, pp. 424-429, 2006.
- BERGHMANS, B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *ActasUrol Esp.*; v.30, n.2, p.110-12, 2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Formação acadêmica e profissional. Coffito.gov.br, 2020. [Internet]. Disponível em: [http://coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2344](http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- CAMARGOS, H. R.; MORAIS, R. S.. A eficácia das técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais. *Rev. Psicol Saúde e Debate*, v.3, supl. 1, p.34-35, 2017.
- CARVALHO, M. R.; SILVA, F. A. M. N.; SILVEIRA, I. A. Terapias alternativas para recuperação precoce da continência urinária pós-prostatectomia: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Enfermaria Global*, n. 50, p. 557-570, 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt\\_1695-6141-eg-17-50-542.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-542.pdf)
- CAVALCANTE, C. C. L.; RODRIGUES, A. R. S.; DADALTO, T. V.; SILVA, E. B. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter Mov*; v. 24, n.3, p.513-522, 2011. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/16.pdf>
- CAVALCANTI, R. C.; LOPES, G. P. Tratamento psicológico da disfunção erétil: manual prático de orientação clínica. São Paulo: Ponto, 2005.
- CAVALCANTI, R. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1996.
- FARIA, L. F. Desenvolvimento de aplicativo digital para avaliar os resultados funcionais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical robótica assistida. [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. [Internet]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde-22082019-082713/publico/LeandroFreitasFaria.pdf>
- FERREIRA, A. S. S. Implante permanente de sementes de iodo e prostatectomia radical em portadores de câncer de próstata: análise comparativa de uma coorte de base hospitalar. 2010. [Dissertação]. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2010.
- FILOCAMO, M. T.; LI MARZI, V.; DEL POPOLO G.; CECCONI, F.; MARZOCCO M., TOSTO; A., NÍCITA G. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for postprostatectomy incontinence. *Eur Urol.*, v.48, n.5, p.734-7388, 2005. [Internet]. Disponível em: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(05\)00368-4/fulltext](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(05)00368-4/fulltext)
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Terapia de casal para superar disfunções sexuais. *Diagn Tratamento.*, v.21, n.1, p.45-48, 2016.
- HACK, N. S. Política pública de saúde no Brasil: história, gestão e relação com a profissão do serviço social. Curitiba: Inter Saberes, 2019.
- HOYLAND, K.; VASDEV, N.; ABROF, A.; BOUSTEAD, G. Post-

- radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Review Urology*. v.16, n.4, p.181-188, 2014.
- HEMA, G. M. A. Impacto e adaptações às alterações urinárias e sexuais decorrentes da prostatectomia radical. 130f. 2015. [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.
- IKONOMIDIS, J. 49 Perguntas sobre câncer de próstata. São Paulo: Manole, 2017.
- KNAPP, P. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- LINHARES, R.; CHAVES, C. Músculos do assoalho pélvico. Portal Kenhub, ago. de 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/musculos-do-assoalho-pelvico>
- LINHARES, R.; MC LAREN, N. Pelve e períneo. Portal Kenhub. Agosto de 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/pelve-e-perineo>
- LOMBRAÑA, M.; IZQUIERDO, L.; GÓMEZ, A.; ALCARAZ, A. Impact of a nurse-run clinic on prevalence of urinary incontinence and everyday life in men undergoing radical prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v.40, n.3, p.309-312, 2013.
- MAIA, F.; MOURA, E. L. R.; MEDEIROS, E. C.; CARVALHO, R. R. P.; SILVA, S. A. L.; SANTOS, G. R. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v.17, n.3, p.110-115, 2015.
- MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N.. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – revisão de literatura. *Femina*, v.39, n.3, 2011. [Internet]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2011/v39n3/a2495.pdf>
- MOTTET, N.; BELLMUNT, J.; BRIERS, E.; WIEGEL, T.; et al. Treatment: radical prostatectomy. In: EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Guidelines on prostate cancer 2015. EAU, 2015. cap. 6, p. 35-41.
- NARDI, A. C.; NARDOZZA JUNIOR A.; BEZERRA, C. A.; FONSECA, C. E. C.; TRUZZI, J. C.; RIOS, L. A. S.; et al. *Urologia Brasil*. São Paulo: PlanMark, 2013.
- PEREIRA, L. H. L. Desenvolvimento humano em oncologia: influência das principais complicações cirúrgicas do câncer de próstata na autoestima dos pacientes. 88f. 2018. [Dissertação]. Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino. São João da Boa Vista, 2018. [Internet]. Disponível em: <https://www.fae.br/mestrado/dissertacoes//2018/Projeto%20Luiz%20Henrique%20D.pdf>
- PINHEIRO, G. B. Introdução a Fisioterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999.
- SARRIS, A. B.; CANDIDO, F. J. L. F.; PUCCI FILHO, C. R.; STAICHAK, R. L.; TORRANI, A. C. K.; SOBREIRO, B. P. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. *Visão Acadêmica*, v.19 n.1, p. 137-151, 2018.
- SILVA, André Luís da; MAIA, Ana Claudia C. de Ornelas. A evolução da sexualidade masculina através do tratamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo-comportamental. *Cadernos UniFOA*, v. 3, n. 1, ed. esp., 2008. [Internet]. Disponível em: <https://moodleead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cadernos/article/view/1211>
- SILVA, F. R. C. S. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Diagn Tratamento*, v. 20, n.4, p. 157-160, 2015. Disponível em: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-150.pdf#page=31>
- SOUSA, A. M.; GARCIA, B. M.; SILVA, C. C. L.; FERREIRA, J. L.; VIEIRA, L. C. P.; et al. Importância da anamnese para fisioterapia: revisão bibliográfica. *RESU – Revista Educação em Saúde*, v.4, n.1, p. 114-119, 2016.
- TANAGHO, E. A.; MCANINCH, J. W. *Urologia geral de Smith*. 16a ed. Barueri: Manole, 2007.
- VITAL, F. M. R. Fisioterapia em oncologia: protocolos assistenciais. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- YOSHINAGA, H. S. H.; MIRANDA, R. A.; MOURSSA, L.; MENDES, M. R. P. Análise da atuação do fisioterapeuta na saúde pública. *Pesquisa e Ação*, v.3, n.2, p. 12-26, 2017.



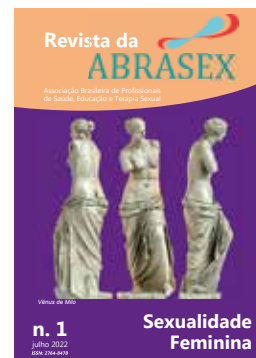
# Revista da ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais  
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de  
Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Contatos  
para interessados:  
[revista@abrasex.com.br](mailto:revista@abrasex.com.br)

Edições On line  
e Anteriores:  
<https://www.abrasex.com.br/revista-abrasex/>





# ABRASEX

Associação Brasileira dos Profissionais  
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

