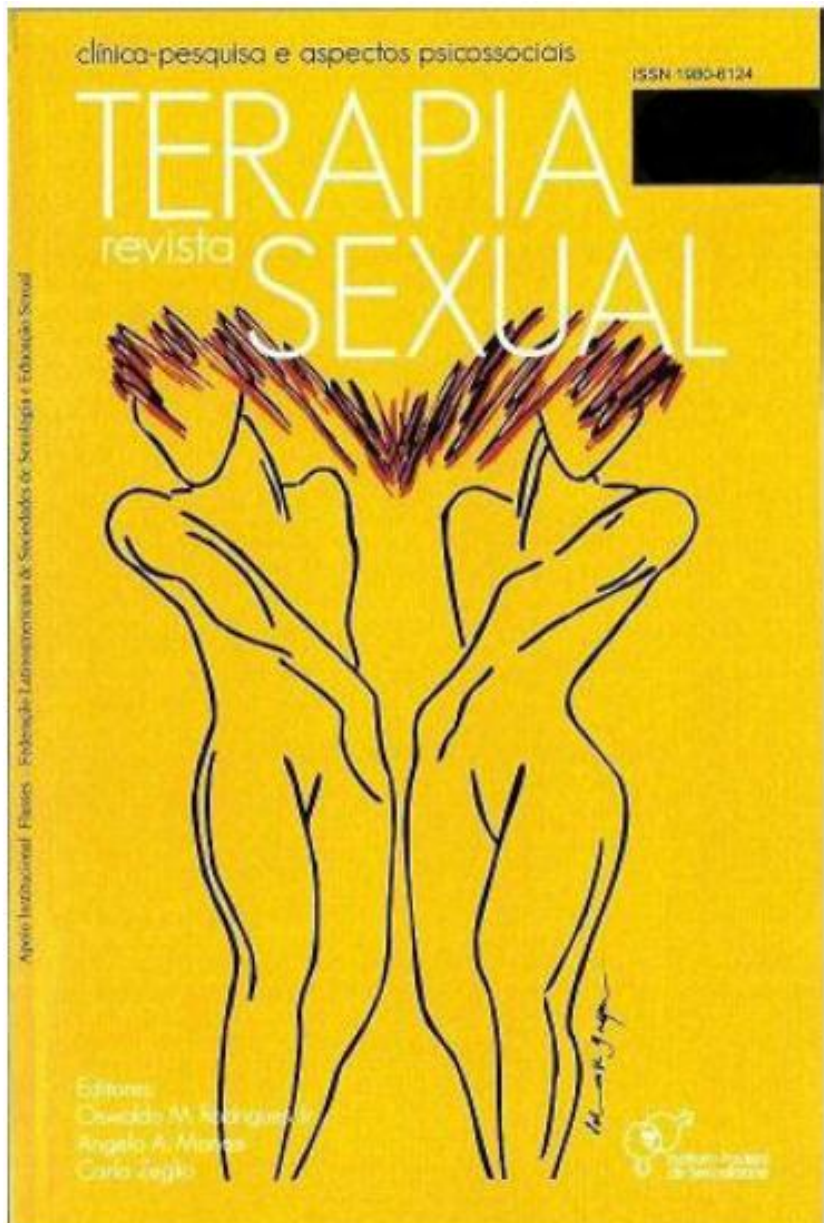
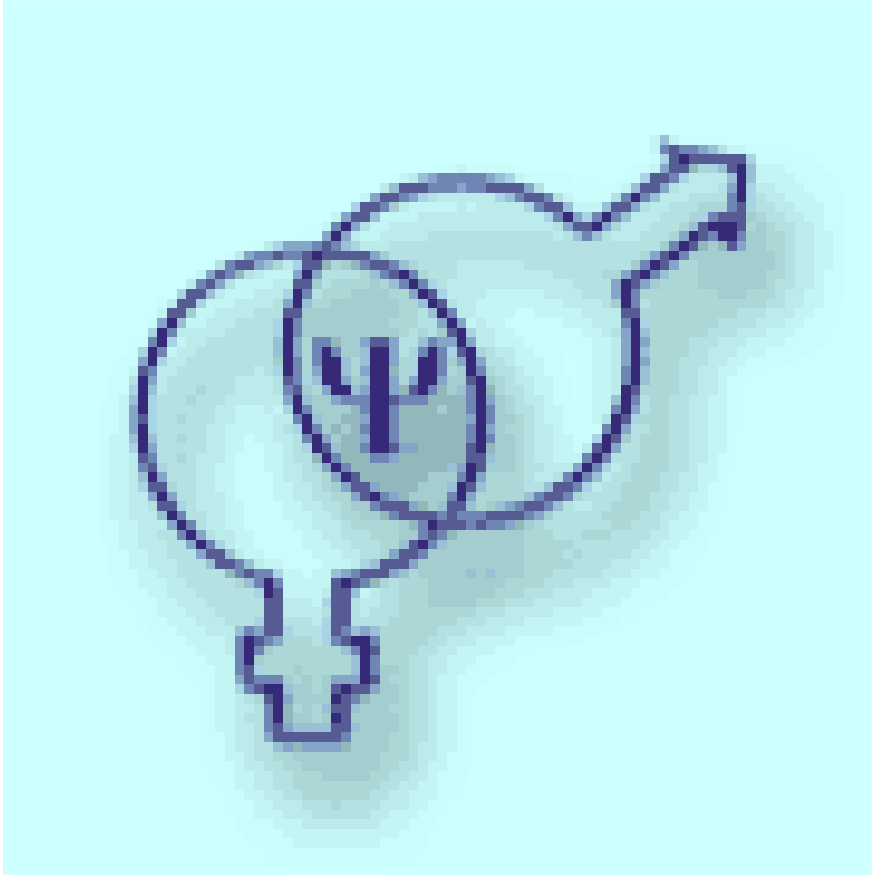


# Terapia Sexual, XIV(2):2011





## **Terapia Sexual**

Clínica, pesquisa  
e aspectos psicossociais

## Terapia Sexual

Clínica, pesquisa  
e aspectos psicossociais

---



**Instituto Paulista de Sexualidade**  
Volume XIV – número2 – julho a dezembro de 2011.  
ISSN 1980-6124

---

## Expediente

*Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais* é órgão oficial de divulgação científica do Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex).

**Indexada** no Índice Psi Periódicos, BVS Psicologia e **Periódica** (base de dados bibliográfica de revistas de ciências y tecnología); **Latindex**;

**Apoio institucional:** FLASSES – Federação Latino-Americana de Sociedade de Sexologia e Educação Sexual.

**Editor-Chefe:** Oswaldo Martins Rodrigues Jr.

**Co-Editores:** Ângelo A. Monesi e Carla Zeglio

### Conselho Editorial:

Carlos da Ros - UFRS-FFFCMPA – Departamento de Urologia

Elaine Catão - UNISÃO PAULO – Departamento de Psicologia

Ernani Rhoden - UFCSPA – Departamento de Urologia

Gilda Fuchs - UFBA – Faculdade de Medicina – Departamento de Psiquiatria

Hugues França Ribeiro - UNESP – Departamento de Psicologia Educacional

João Benévolo Xavier Neto - UFRN – Departamento de Medicina

Lucia Pesca - ABEIS – clínica privada

Maria Alvers de Toledo Bruns (USP-SP)

Maria do Carmo Andrade e Silva – SBRASH – clínica privada

Mauro Cherobim - UNESP - Departamento de Antropologia

Paulo C. Kautz – Universidade Regional Integrada – Erechim (RS) - Departamento de Psicologia

Paulo César Ribeiro Martins - UPF – Departamento de Psicologia

Sérgio J. Almeida - FAMERP – Departamento de Urologia

### Conselho Editorial internacional:

Alma Aldana (México)

Andrés Flores Colombino (FLASSES - Uruguai)

Antonio León Rodríguez (Universidad Cristiana Latinoamericana – Dep. Psic. – Quito, Equador)

Antonio Pacheco Palha (Univ. do Porto, Portugal – Departamento de Psiquiatria)

Bernardo Useche (Un. Texas, USA – Departamento de Psicologia)

Carlos Pol Bravo (Espanha – Colômbia)

Eduardo Alfonso Aguirre Sandoval (Ben. Univ. Autónoma de Puebla – MX – Dep. de Psicologia)

Eusébio Rúbio Aurióles (WAS, FEMEES, México)

José Manuel González (Universidad Simon Bolívar, Colômbia – Departamento de Psicologia)

Juan José Borrás (Espanha)

Marisalva Fernandes Fávero (Instituto Superior da Maia, Portugal, Departamento de Sexologia)

Maura Villasanti (Universidad Católica, Paraguai – Departamento de Psicologia)

Myriam Calero (Uruguai – psiquiatra – clínica privada)

Pedro Nobre (Universidade de Trás dos Montes – Portugal – Departamento de Psicologia)

Roberto Rosenzvaig (Univ. Diego Portales, Chile – Departamento de Psicologia)

Rodolfo Rodrigues Castelo (Univ. de Guayaquil, Equador – Departamento de Psiquiatria)

**Ilustração da Capa:** Solange Gaspar

Endereço de correspondência, redação e informações:

**Instituto Paulista de Sexualidade**

rua Atalaia, 195 – Perdizes

01251-060 – São Paulo-SP

Brasil

Fone: 55-11-3662-4542 – fax 55-11-3662-3139

e-mail: [inpases@uol.com.br](mailto:inpases@uol.com.br) / [oswrod@uol.com.br](mailto:oswrod@uol.com.br) / <http://www.inpases.com.br>

## Normas para aceitação dos originais - português

**Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais** é órgão oficial de divulgação científica do **Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex)** e visa a publicação de artigos relacionados à Terapia Sexual, enquanto prática específica de atuação no campo da saúde emocional e social.

A periodicidade da revista é semestral, com edições nos meses de agosto e fevereiro de cada ano.

Serão aceitos artigos originais não comprometidos com outras publicações em território brasileiro.

A revista foi concebida de forma a permitir aos profissionais que atuam em terapia sexual terem material publicado que os oriente sobre questões concernentes a sua prática clínica.

São aceitos artigos em língua portuguesa e espanhola, visando um mundo científico mais amalgamado na América Latina.

### Critérios para aceitação dos originais.

Os artigos devem encaixar-se nas modalidades previstas pela editoria e enviados em disquetes ou anexados em *e-mail* em programas de edição de texto de plataforma *windows*. O artigo recebido deve vir acompanhado de carta com a solicitação de apreciação e publicação e cessão de direitos autorais à revista **Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais**.

A seleção dos artigos fica a cargo da **Comissão Editorial**, formada pelo editor-chefe e pelos coeditores, segundo critérios científicos e de adequação à proposta da revista. O **Conselho Editorial** opinará sobre os artigos a serem publicados por meio de dois membros a cada artigo enviado. Os membros do Conselho, após exame do artigo, opinarão sobre a possibilidade de publicação e possíveis ou necessárias modificações de conteúdo. A editoria da revista não se compromete a devolver quaisquer materiais enviados com o objetivo de publicação. Uma vez recusado o artigo, os autores serão avisados das razões do veto da **Comissão Editorial** e do **Conselho Editorial**. A **Comissão Editorial** reserva-se o direito de solicitar modificações ao artigo visando a publicação, seja por questões de inserção gráfica, extensão do texto ou conteúdo; no caso de discordância dos autores o artigo não será publicado.

Os artigos podem ser incluídos nas seguintes seções:

- Artigos Opinativos
- Artigos de Revisão de Literatura
- Aplicativos de Teorias
- Artigos de Pesquisas
- Históricos de Casos
- Comunicações Breves
- Resumos Comentados de artigos publicados em outros periódicos

Os artigos devem conter um **resumo** de no máximo 200 palavras. Este resumo deve ser preferencialmente também ser apresentado vertido para a língua inglesa.

Quanto às referências, usar o esquema autor(a)/ano no decorrer do texto. Ao final, seguir esquema: autor(es). (ano): Título. Cidade, Editora. Exemplos:

RODRIGUES JR. Oswaldo M. (2001): **Aprimorando a saúde sexual**. São Paulo, Summus.

CASILLA, Valeriano M. (2003): Roma falou... e algumas questões da sexualidade. In: **Terapia Sexual**, VI(2):51-59.

Endereço pra encaminhamento dos originais:

**Instituto Paulista de Sexualidade**

rua Atalaia, 195 – Perdizes

01251-060 – São Paulo-SP

Brasil.

Ou [inpases@uol.com.br](mailto:inpases@uol.com.br)

Oswaldo M. Rodrigues Jr.  
Editor Chefe

### **Normas para aceptar originales – español**

Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicosociais és el órgano oficial de divulgación científica del **Instituto Paulista de Sexualidad – InPaSex**.

Tiene como objetivo la publicación de artículos relacionados con la Terapia Sexual, como práctica específica de actuación en el campo de la salud emocional y social.

La periodicidad de la revista será semestral, con ediciones en los meses de febrero y agosto de cada año.

Se aceptan artículos originales no comprometidos con otras publicaciones dentro del território brasileño.

La revista fué pensada de modo a permitir que los profesionales que actúan en terapia sexual tengan material publicado que les oriente sobre algunas cuestiones concernientes a su práctica clínica.

Se aceptan artículos en portugués y español, objetivando un mundo científico más amalgamado con América Latina.

### **Criterios para aceptar originales**

Los artículos deben encajarse en las modalidades previstas por el editorial y enviados en discos o anexados en e-mail, en programas de edición de textos de plataforma windows. El artículo recibido debe venir acompañado de carta solicitando análisis y publicación, bien como cesión de derechos autorales a la revista Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicosociais.

La selección de los artículos queda a cargo de la **Comisión Editorial**, compuesta por el editor-jefe y por los co-editores, de acuerdo con criterios científicos y de adecuación a la propuesta de la revista. El **Consejo Editorial** opinará sobre los artículos a publicar por medio de dos miembros para cada artículo enviado. Los miembros del Consejo, después de examinar el artículo, opinarán sobre la posibilidad de publicación.

El editorial de la revista no se compromete a devolver cualquier material enviado para publicación. Una vez recusado, los autores serán comunicados de las razones del veto de la Comisión Editorial y del Consejo Editorial. La Comisión Editorial se reserva el derecho de solicitar modificaciones al artículo para publicación. Si los autores no están de acuerdo con las modificaciones solicitadas, el artículo no será publicado.

Los artículos pueden ser incluirse en las siguientes secciones:

- Artículos Opinativos
- Artículos de Revisión de Literatura
- Artículos de Teorías
- Artículos de Pesquisas
- Históricos de Casos
- Comunicaciones Breves
- Resúmenes Comentados de artículos publicados en otros médios.

Los artículos deben contener un resumen de, al máximo, 200 palabras. Este resumen debe ser presentado también en inglés.

Cuanto a las referencias citadas, debe ser usado el esquema: autor(a)/año en el decorrer del texto. Al final, seguir el esquema: autor(es). (año): Título. Ciudad. Editora.

Ejemplo:

RODRIGUES JR., Oswaldo M. (2001): **Aprimorando a saúde sexual**. São Paulo, Summus.

CASILLAS, Valeriano M. (2003): Roma falou... e algumas questões da sexualidade. In: **Terapia Sexual**, VI(2):51-59.

Dirección para enviar originales:

**Instituto Paulista de Sexualidade**

rua Atalaia, 195 – Perdizes

01251-060 – São Paulo-SP

Brasil

o a la dirección eletrónica: [inpasex@uol.com.br](mailto:inpasex@uol.com.br)

Atentamente,  
Oswaldo M. Rodrigues Jr.  
Editor Chefe

## Índice

<b>Editorial</b>	<b>09</b>
Editora convidada – Profa. Dra. Marisolva Fávero	
SEXUALIDADE NA VELHICE: OS CONHECIMENTOS E AS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - Marisolva Fernandes Fávero, Sandra Cristina Silva Barbosa	<b>11</b>
OS CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL LIGEIRA SOBRE A SEXUALIDADE - Débora Gomes; Marisolva Fávero	<b>41</b>
DA EFICÁCIA À SATISFAÇÃO NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL POR AUTOINJEÇÃO INTRACAVERNOSA: ponderações da prática clínica - Mário Fernando Ferreira Lourenço	<b>67</b>
INFIDELIDADE: FIM DA RELAÇÃO - Carolina Gonçalves de Freitas, Cristina M. Moura	<b>83</b>
A VISÃO DA SEXUALIDADE E SENTIDO DE VIDA À LUZ DA TEORIA DE VIKTOR E. FRANKL - Maria Helena Brandalise - Ana Lúcia N. Bráz	<b>93</b>



## Editorial

Dando continuidade às propostas apresentadas na edição anterior, os dois primeiros estudos que apresentamos nesta edição XIV(2) são também produtos de investigações inseridas na Pós-graduação em Educação sexual no Instituto Piaget de Gulpilhares ou para obtenção do grau de mestre, no Mestrado em Sexologia no ISMAI (Instituto Superior da Maia), em Portugal.

O primeiro artigo vem de encontro à noção de desenvolvimento humano defendido pelas teorias *life spam*: a sexualidade é de toda a vida e, por isso, desenvolve-se em todas as etapas do ciclo vital. Neste sentido, entendemos que os/as profissionais da área da saúde - da medicina à fisioterapia, passando pela farmácia - devem receber formação especializada sobre sexualidade. E, deste modo, estarem sensibilizados/as para incluírem nas suas intervenções, com os diversos grupos etários, o tema da saúde e do bem-estar sexual. Em resposta à esta intenção, temos vindo a desenvolver várias investigações sobre as atitudes e os conhecimentos dos/as profissionais (de saúde, saúde mental, professores, etc.) à respeito da sexualidade, saúde sexual, problemas e disfunções sexuais, riscos associados à sexualidade, agressões sexuais, etc. O estudo aqui apresentado, "Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de enfermagem" ilustra esta abordagem.

Manifestamos, anteriormente, que a Educação Sexual deve ser inclusiva, e como tal deve contemplar as crianças e jovens com deficiências físicas ou intelectuais. O estudo "Os conhecimentos dos adolescentes portadores de deficiência intelectual ligeira sobre a sexualidade" tem duas originalidades científicas em Portugal. A primeira prende-se com a abordagem da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual e a segunda, com o fato dos conhecimentos serem produzidos a partir das falas dos/das jovens com deficiência intelectual ligeira.

Outros estudos de grande relevância científica integram esta edição. Os estudos de Brandalize & Braz e o de Freitas & Moura abordam temas modernos e que têm mobilizado a comunidade "sexológica" num vai-e-vem entre o grande entusiasmo e a obscuridade: a questão do sentido da vida e a sua relação com a sexualidade, através de uma revisão de literatura,

que aqui é-nos oferecida por Brandalize e Braz, sobre a leitura proposta por Fankl. E o discurso da infidelidade, uma reflexão trazida por Freitas e Moura sobre a falência do debate linear do fenómeno. E a conclusão de que, independentemente do prisma por onde olharmos, a questão de fundo mantém-se: a fidelidade continua a ser um “dote” que se quer levar e trazer das relações.

Por fim, no enquadramento da disfunção erétil, o psiquiatra, sexólogo e investigador Professor Mário Lourenço, ao refletir sobre um modelo terapêutico, destaca dois protagonistas esquecidos no processo: a companheira e o tratamento psicológico. Neste trabalho “Da Eficácia à Satisfação no Tratamento da Disfunção Erétil com Auto-injecção Intra-cavernosa: ponderações da prática clínica”, o autor amplia o zoom e oferece, através de uma revisão exaustiva da literatura, argumentos que sustentam a importância destes dois aspectos, além dos resultados não médicos, para a eficácia do tratamento.

### **Marisalva Fávero**

Editora convidada

Psicóloga ( Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil).

Doutorado em Psicologia, na Universidad de Salamanca, Espanha, no programa “Sexualidad, pareja y familia”.

Docente no ISMAI (Instituto Superior da Maia), Portugal.

Investigadora na UNIDEP (Unidade de Investigação em Psicologia) do ISMAI e no CINEICC (Centro de Investigação do Núcleo de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal.

---

## **SEXUALIDADE NA VELHICE: OS CONHECIMENTOS E AS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

SEXUALITY IN THE ELDERLY: THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSES

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.

Marisvalva Fernandes Fávero<sup>1</sup>  
Sandra Cristina Silva Barbosa<sup>2</sup>

### **RESUMO**

A vivência e expressão da sexualidade da pessoa idosa é, muitas vezes, colocada em segundo plano, por ser comum a ideia que o indivíduo na última etapa do seu ciclo vital se torna um ser assexuado. Esta concepção tem, de certa maneira, desviado a atenção dos profissionais de enfermagem da temática da sexualidade no idoso.

Os objetivos deste estudo foram identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem em face de sexualidade na velhice; identificar as atitudes dos profissionais de enfermagem face à sexualidade na velhice; verificar se os profissionais de enfermagem abordam este tema na educação para a saúde ao idoso; avaliar as necessidades de formação, ao nível da sexualidade, dos profissionais de enfermagem.

O nosso estudo foi descritivo do tipo exploratório, constituído por uma amostra de 50 profissionais de enfermagem, selecionados por conveniência. Os instrumentos utilizados para a colheita dos dados foram: um questionário sócio-demográfico, de autopreenchimento, composto por perguntas abertas e fechadas (Fávero & Gomes, 2008), uma escala de conhecimentos face à sexualidade na velhice (White, 1982, adaptação de Fávero & Gomes, 2008) e uma escala de atitudes face à sexualidade na velhice (White, 1982, adaptação de Fávero & Gomes, 2008). Os dados foram analisados através do programa de análise estatística SPSS na sua versão 17.

No que toca aos conhecimentos dos profissionais de enfermagem face à sexualidade na velhice verificou-se no nosso estudo uma média de 22 (numa escala de 0 a 32), isto é, um conhecimento médio. Quanto às atitudes dos profissionais de enfermagem face à sexualidade na velhice obteve-se uma média do somatório das respostas às afirmações da escala de atitude de 88. Este é um valor que reflete uma atitude positiva considerando que 36 indica o valor máximo de atitude positiva e 252 indica o valor máximo de atitude negativa. Da análise dos dados relativos à percepção da adequação da formação de base verificou-se que a maioria

---

<sup>1</sup> ISMAI/UNIDEP/CINEICC

<sup>2</sup> Instituto Piaget

Endereço para correspondência: [mfavero@ismai.pt](mailto:mfavero@ismai.pt)

dos inquiridos (66%) considerou que a sua formação de base não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade. Relativamente à preparação para abordar o tema da sexualidade com pessoas idosas, verificou-se que mais da metade (n: 29) diz não se sentir preparado, sendo que 48% indicaram a falta de conhecimentos como justificação. Esta mesma justificação foi dada pelos profissionais de enfermagem que no seu dia a dia realizam educação para a saúde ao idoso e que não abordam o tema da sexualidade.

Os resultados obtidos demonstraram que os profissionais de enfermagem apresentam conhecimentos médios sobre a sexualidade na velhice persistindo ainda alguns mitos. A falta de conhecimentos foi apontada por estes profissionais como a principal razão para não abordarem o tema da sexualidade na educação para a saúde ao idoso. No que concerne à formação concluiu-se que esta não lhes proporcionou formação adequada sobre sexualidade. Quanto às atitudes face à sexualidade na velhice os resultados indicaram que os profissionais de enfermagem manifestam atitudes positivas.

**Palavras-chave:** Sexualidade, Idosos, Velhice, Profissionais de Enfermagem, Conhecimentos, Atitudes.

## SUMMARY

The experience and expression of sexuality of older people is often considered secondary, by the common idea that the individual in the last stage of its life cycle becomes an asexual being. This concept has, to some extent, diverted attention from nurses of the theme of sexuality in the elderly.

The objectives of this study were: identify the knowledge of nurses toward sexuality in the elderly; identify the attitudes of nurses toward sexuality in the elderly; check if the nurses talk about sexuality in health education for the elderly; evaluating academic training on sexuality.

Our study was descriptive and exploratory, and composed of a sample of 50 nurses, selected for convenience. The instruments used to collect data were: a sociodemographic questionnaire for self-fulfillment, consisting of open and closed questions, a range of knowledge of sexuality in the elderly and a range of attitudes toward sexuality in the elderly.

We found an average of 22 (scale 0-32) - average knowledge in knowledge toward sexuality in the elderly. The attitudes toward sexuality in old age in our sample were an average sum of responses of 88. This reflects a positive attitude. It was considered that 36 indicate the maximum positive attitude and 252 indicate the maximum negative attitude. Most respondents (66%) said that don't have had adequate academic training in sexuality.

Concerning for the preparation to address the issue of sexuality with the elderly, over half (n: 29) says do not feel prepared, and 48%

indicated a lack of knowledge as justification. This same justification was given by nurses who don't talk about sexuality in their sessions about health education for the elderly.

The results showed that nurses have average knowledge about sexuality in old age but still some myths. The lack of knowledge was identified by nurses as the main reason not to talk about sexuality in health education to the elderly. It was concluded that academic education has not provided the professionals adequate training on sexuality. As regards attitudes toward sexuality in the elderly, the results indicated that nurses have positive attitudes.

**Keywords:** Sexuality, Elderly, Old Age, Nurses, Knowledge, Attitudes.

## RESUMEN

La experiencia y la expresión de la sexualidad de la persona de edad avanzada a menudo se coloca en el fondo, porque es común la idea de que la persona en la última etapa de su ciclo de vida se convierte en asexual. Esta concepción ha, de alguna manera, desviado la atención de los profesionales de enfermería sobre el tema de la sexualidad en los ancianos.

Los objetivos de este estudio fueron el de identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la sexualidad en la vejez; identificar las actitudes de estos profesionales hacia la sexualidad en la vejez; verificar si los profesionales de enfermería hablan de este problema en la educación para la salud con los viejos; evaluar la necesidades de capacitación sobre sexualidad, de los profesionales de enfermería.

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con una muestra de 50 enfermeras/os, seleccionados por conveniencia. Los instrumentos utilizados para recoger los datos fueron: un cuestionario socio-demográfico, de auto-informe, que consta de preguntas abiertas y cerradas (Favero y Gomes, 2008), una escala de conocimientos sobre la sexualidad en la vejez (White, 1982, adaptación de Favero y Gomes, 2008) y una escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (White, 1982, adaptación de Favero y Gomes, 2008). Los datos fueron analizados utilizando el programa de análisis estadístico SPSS en su versión 17.

En cuanto al conocimiento de los profesionales de enfermería hacia la sexualidad en la vejez se ha encontrado en nuestro estudio un promedio de 22 (en una escala de 0 a 32), es decir, un conocimiento medio. En lo que toca a las actitudes de las enfermeras hacia la sexualidad en la vejez, se obtuvo una suma promedio de las respuestas a las declaraciones de la escala de actitud de los 88. Este es un valor que refleja una actitud positiva, teniendo en cuenta que el 36 indica el valor máximo de la actitud positiva y 252 indica el valor máximo de la actitud negativa. A partir del análisis de los datos sobre la adecuación percibida de la formación básica se encontró que la mayoría de los encuestados (66%) percibían que su

formación de base no ha contemplado una formación adecuada sobre la sexualidad.

Para la preparación para abordar el tema de la sexualidad con personas mayores, se encontró que más de la mitad ( $n = 29$ ) dijo que no se sienten preparados, siendo que el 48% indica una falta de conocimiento como justificación. La misma justificación fue dada por los profesionales de enfermería en su día a día realizan educación para la salud con las personas mayores y no abordan el tema de la sexualidad.

Los resultados mostraron que los profesionales de enfermería tienen un conocimiento medio sobre la sexualidad en la vejez y que aún persisten algunos mitos. La falta de conocimiento ha sido señalado por estos profesionales, como la principal razón para no abordar el tema de la sexualidad en la educación para la salud con viejos.

En cuanto a la formación académica, llegamos a la conclusión de que la misma no ha proporcionado una formación adecuada sobre la sexualidad. Con respecto a las actitudes hacia la sexualidad en la vejez, los resultados indicaron que las enfermeras expresan una actitud positiva.

**Palabras clave:** Sexualidad, vejez, enfermeros, conocimientos, actitudes.

### INTRODUÇÃO<sup>3</sup>

A sociedade tem uma imagem do idoso predominantemente negativa e redutora, que vai sendo transmitida de geração em geração, influenciando as condições e as circunstâncias em que ocorre o processo de envelhecimento (Fernandes, 1997). A par das várias crenças, na maior parte das vezes erradas, que se têm dos idosos e da velhice, também a vivência e expressão da sexualidade da pessoa idosa é colocada em segundo plano, por ser comum a ideia de que o indivíduo na última etapa do seu ciclo vital se torna um ser assexuado.

Esta concepção tem de certa maneira, desviado a atenção dos profissionais de saúde, de uma das vertentes consideradas fundamentais à qualidade de vida do ser humano, incluindo a pessoa idosa, que é a vivência e expressão da sua sexualidade/afetividade.

Embora não sejam muitos os estudos acerca desta temática, é possível constatar que apesar de todas as alterações psicofisiológicas decorrentes do envelhecimento, a sexualidade e a capacidade sexual estão presentes no idoso e integram o quotidiano do indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital. Segundo o estudo clássico de Masters e Johnson (1966), verificam-se: " (...) todas as razões para crer que a manutenção de uma regularidade de expressão sexual, associada ao bem-estar físico e a uma sã orientação mental face ao processo de envelhecimento, contribuem para criar um clima sexual estimulante no seio do casal. Por seu lado, este clima melhora a tensão sexual e favorece o sucesso neste

---

<sup>3</sup> Para uma maior fluidez da leitura optamos por excluir as denominações genéricas (os/as) entendendo-se incluídos todos os gêneros.

domínio, sucesso esse que muitas vezes se pode prolongar para lá dos 80 anos” (p.140).

No entanto, verifica-se que nos cuidados de saúde primários a sexualidade dos idosos é “esquecida” por parte dos profissionais de enfermagem. Surge, então, o nosso problema de estudo que apresentaremos neste capítulo: as atitudes e os conhecimentos que os profissionais de enfermagem manifestam face à sexualidade na velhice. Pretendemos responder às seguintes inquietações: Os profissionais de enfermagem realizam educação sexual aos idosos, no âmbito da educação para a saúde? Os profissionais de enfermagem têm conhecimentos suficientes para abordar a temática da sexualidade? Qual a atitude dos profissionais de enfermagem face à sexualidade dos idosos?

Os objetivos para este estudo são:

- Identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem em face da Sexualidade na Velhice;
- Identificar as atitudes dos profissionais de enfermagem face à Sexualidade na Velhice;
- Verificar se os profissionais de enfermagem abordam este tema na educação para a saúde ao idoso;
- Avaliar as necessidades de formação, ao nível da sexualidade, dos profissionais de enfermagem.

## **A SEXUALIDADE NA VELHICE**

Nos últimos anos verifica-se uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, tendo-se refletido de forma indiscutível na terceira idade.

Deste modo, deve-se salientar o facto de alguns fatores terem contribuído para este processo: a vida sexual deixou de ter apenas a função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades; o aumento notável e progressivo de pessoas que chegam a uma idade sempre mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar à vida sexual (López & Fuertes, 2000).

Porém, nem sempre as pessoas têm o hábito saudável de conversar sobre o sexo, sobre as suas satisfações e insatisfações, dos seus desejos, e as mudanças fisiológicas observadas intimidam de tal maneira as pessoas, que elas tornam-se inseguras, questionando-se, por vezes, se ainda têm condições de desempenhar bem o seu “papel”.

## **O envelhecimento**

O envelhecimento é um processo normal, complexo e inerente a todo o ser humano. Porém, a pluralidade de mecanismos que ao certo desencadeiam e caracterizam o processo de envelhecimento, estão ainda por definir, já que são várias as explicações deste conceito, sendo que

cada uma delas se rege pela especificidade de cada ciência ou campo de estudo através dos quais o envelhecimento é abordado.

Birren e Shaie (1999) referem que o envelhecimento é um dos maiores e mais complexos desafios que a ciência tem que enfrentar, dada a multiplicidade de fenômenos que lhe estão inerentes.

Como nos diz Oliveira (2005), é comum encontrarmos metáforas que sugerem definições do conceito de envelhecimento, quer de um ponto de vista mais positivo ou negativo. Assim, é frequente ouvirmos expressões como: *idade crepuscular, entardecer, poente, cair do sol, outono da vida, rio que chega ao mar, cume da montanha, idade da colheita, coroamento da vida, idade da saudade, infância revisitada, idade das perdas, morte à vista, tempo de luto*, entre tantas outras, as quais interpretadas e analisadas na sua essência revelam alguns aspectos que estão associados à definição do conceito (a sabedoria, a grandeza, a beleza, a morte, a dor, o luto, etc.). Ainda de acordo com Oliveira (2005), do ponto de vista científico, os autores definem o envelhecimento, como "um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo" (p. 24). Na mesma linha de pensamento, Rosa (1996), diz-nos que "o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade" (p. 9).

O envelhecimento, segundo Fontaine (2000), é o "conjunto de processos (...), que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos," diz ainda que o envelhecimento é "um processo de degradação progressiva e diferencial" que "afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo" (p. 14).

Lessa e colaboradores (1994) preconizam que a idade cronológica pode não corresponder à idade biológica, dado que não apresentamos a mesma idade em todo o corpo e nem todos os indivíduos manifestam os efeitos da idade de igual forma.

A OMS (as cited in Levet, 1998) considera fases distintas na velhice, tomando como ponto de partida o aumento da esperança de vida e a consequente longevidade do indivíduo. Assim, reconhece a *idade madura* (dos 60 aos 69 anos), a *idade avançada* (dos 70 aos 89 anos) e a *grande idade* (a partir dos 89 anos).

Berger (1995) encara a velhice como "um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo", sendo que, "certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade" (p. 99).

Na perspectiva de Gaullier (1988), o envelhecimento "é existência humana enquanto ela dura e muda, um itinerário feito de declínios e desenvolvimentos, de liberdades e contratempos, uma experiência que submetemos, interpretámos e conduzimos segundo regras coletivas ou através de decisões individuais" (p. 201).

Fernandes (2000) encara a velhice como um conjunto de vivências, experiências, sentimentos e conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo vital, tendo em conta os aspectos físicos, sociais e culturais inerentes a cada indivíduo.

Os conceitos de envelhecimento e velhice encontram-se em estreita ligação, sendo mesmo impossível definir objetivamente cada um deles. Deste modo, será legítimo afirmar que são dois conceitos que se complementam e contribuem para o melhor conhecimento da pessoa idosa, sem, contudo haver uma concordância unânime por parte dos estudiosos acerca do significado destas realidades. O envelhecimento/velhice traduz-se numa realidade universal, comum a todos os seres vivos e de carácter multidimensional.

Para Berger (1995) "o envelhecimento é um processo contínuo que leva ao estado de velhice" (p. 6), estando, por isso, estes dois termos relacionados. Desta forma, podemos entender o envelhecimento como um processo iniciado aquando da concepção e tornando-se visível na velhice através da acumulação das "rugas" físicas, mentais e sociais da idade.

De acordo com Rodrigues (1978), "O envelhecimento é um processo biológico complexo, mas dinâmico, que se inicia muito antes da velhice propriamente dita e que não é uma doença, mas antes um dos tempos do nosso programa de vida" (p. 24).

O envelhecimento é, portanto, um processo biológico que não deve ser confundido com qualquer tipo de enfermidade. Confundi-los é erróneo, uma vez que apenas contribui para reforçar a ideia de que ser "velho" é ser doente, pobre, sozinho e separado do mundo (Fernandes, 1997; Filho & Netto, 1998).

### **Transformações fisiológicas do envelhecimento no homem e na mulher**

No que respeita às alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade na velhice, López e Fuertes (1999) relembram-nos que estas alterações se verificam de forma distinta e em tempos diferentes e não devem ser de forma alguma, classificadas como decadência sexual, já que a sexualidade é uma área que não se restringe à vertente meramente genital, coital ou reprodutiva.

Assim, ainda segundo estes autores as principais alterações biofisiológicas que ocorrem nos homens são as seguintes: Decréscimo na produção de esperma com início por volta dos 40 anos; Redução progressiva da produção de testosterona, por volta dos 55 anos. Para alguns autores esta descida, provoca alterações no homem

(aproximadamente 5%) que eles designam por *climatério masculino*, como a irritabilidade, cansaço, diminuição do apetite sexual, dificuldades na concentração, etc.; A capacidade de ereção torna-se mais demorada e precisa de uma maior estimulação; A quantidade de sémen ejaculado é menor e a sensação de orgasmo é menos intensa e de menor duração; Verifica-se uma menor e mais lenta elevação dos testículos, bem como uma redução da tensão muscular durante a relação sexual; Há um aumento do período refratário (tempo decorrido entre uma ejaculação e a seguinte).

Belsky (1999) acrescenta que a par de todas estas alterações físicas, podem ainda verificar-se uma série de situações relacionadas com a idade que podem contribuir para a dificuldade do desempenho sexual masculino, como é o caso de doenças como a hipertensão arterial, a diabetes a arteriosclerose, intervenções cirúrgicas à bexiga, à próstata e à espinal medula.

Não obstante todas estas alterações, elas podem ser incorretamente compreendidas e mal aceites pela sociedade em geral que preconiza como nos dizem López e Fuertes (1999), “um modelo de sexualidade juvenil, genital e coital, o qual, obviamente, é encarado como perdido” (p. 135). Estes problemas podem ser agravados se há incompreensão parte da mulher, a qual não aceita e faz sentir ao homem que este perdeu a sua virilidade e ridiculariza-o por isso. De acordo com os autores (1999), a “insegurança e o desejo de demonstrar que nada mudou, adotando padrões de comportamento sexual baseados no que os terapeutas sexuais chamam ansiedade de execução (desejo de realizar frequentes comportamentos coitais no menor tempo possível, etc.), são os piores inimigos da sexualidade do homem, especialmente quando tem uma idade avançada” (p. 135).

Relativamente às modificações que ocorrem na mulher e também de acordo com López e Fuertes (1999), as mais frequentes são: Perda de elasticidade da vagina, que se torna mais estreita e reduzida no seu tamanho; Seios mais flácidos e menos volumosos; A lubrificação vaginal é mais lenta e menos acentuada, devido às alterações de estrogénio; Alterações nas formas do corpo por acumulação de gordura em determinadas zonas o que compromete, em grande parte dos casos, a manutenção de uma silhueta tipicamente feminina; As mamas embora mantenham o seu caráter de zona erógena de eleição, praticamente não aumentam de tamanho e verifica-se uma menor vasocongestão ao nível dos genitais e uma menor capacidade, intensidade e frequência de contrações; As modificações da estrutura vaginal, bem como as relacionadas com a lubrificação podem tornar o coito doloroso e desagradável (dispareunia). No entanto, não se verificam alterações significativas na resposta clitoriana.

Raramente as mulheres em idade avançada, particularmente se receberam e foram influenciadas por uma educação mais convencional,

procuram a ajuda de especialistas para este tipo de problemas. É importante que os profissionais de saúde estejam atentos e sensíveis a estas alterações que podem condicionar negativamente a vivência da sexualidade da mulher idosa.

Tal como no homem, acontecem na mulher situações muitas vezes associadas à idade que comprometem o seu desempenho sexual. A par da dispareunia, podemos ainda referir a incontinência urinária, a necessidade de uma histerectomia (cirurgia ablativa do útero, frequente nas mulheres com mais de 50 anos) que para além da componente patológica, assume também uma representação psicológica que traduz a perda de feminilidade ou mesmo um quadro depressivo concomitante.

Na generalidade, as mulheres aceitam melhor do que os homens as modificações que ocorrem ao nível estritamente sexual, contudo, encaram mais negativamente todo o processo de envelhecimento, particularmente no que se refere à sua imagem corporal. De acordo com Maldonado (1994) "as mulheres que constituíram sua autoestima com base na beleza do corpo jovem vivem o climatério com ansiedade" (p. 188).

### **A sexualidade na velhice: mitos e realidades**

À medida que a idade avança os preconceitos e mitos também se encontram presentes, particularmente os sexuais. São as pessoas idosas quem, na nossa sociedade, mais sofre e é alvo desses mitos e ideias erróneas, a maior parte deles infundados e assentes num mero desconhecimento sobre o próprio processo de envelhecimento.

No entanto, nas últimas décadas têm acontecido mudanças importantes nas relações da sociedade com a velhice, e é notório o interesse de alguns autores na área da Geriatria e Gerontologia, que muito têm contribuído para esclarecer conceitos, divulgar conhecimentos que fundamentem a assistência à população idosa em bases científicas (Netto & Brito, 2001).

Apesar deste novo horizonte, o imaginário coletivo sobre a velhice ainda está carregado de mitos e ideias erróneas acerca desta etapa da vida (Berger, 1995).

Diz-se que o idoso não tem interesse sexual, que não precisa de sexo e, além de tudo, é feio pensar e/ou fazer sexo quando se está numa idade mais avançada. Noções erróneas sobre sexualidade avolumam-se. O idoso que tem uma atividade sexual em demasia reduz a potência, os idosos deixam de sentir prazer. Exatamente o contrário é verdadeiro. Uma atividade sexual regular funciona como estímulo a novas relações sexuais. Dessa forma, a sexualidade (não apenas a genitalidade) desenvolve-se à medida que o sujeito a vivencia.

O grau de "satisfação sexual" não diminui, necessariamente, ao longo do tempo, uma vez que pode manter-se e, em alguns casos, até melhorar.

Segundo Belmin (1999), é também comum o estereótipo cultural de que a sexualidade do idoso termina com o fim da função reprodutora, sendo que atividade sexual desaparece na mulher depois da menopausa e é quase inexistente no homem idoso.

Em oposição a esta ideia, outros autores, consideram que o processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada do indivíduo, mas sim a outra etapa no percurso da sexualidade humana, a qual deve ser merecidamente vivida e apreciada (Canhão, 1997; Pechorro et al., 2010).

Apesar de sob o ponto de vista físico, o vigor da juventude não ser o mesmo, e como tal surgirem mais dificuldades de desempenho em ambos os sexos, nomeadamente maior dificuldade dos homens em manterem a ereção e alterações da lubrificação nas mulheres (Simões, 1985; Canhão, 1997), “o homem, em qualquer idade, tem capacidade de ereção peniana como a mulher tem para atingir uma lubrificação vaginal adequada e o orgasmo. Eles só não vão apresentar essas respostas quando estiver presente um bloqueio físico ou psicossocial” (Lopes, 1993, p. 79).

O desejo, ao contrário, pode não se alterar, talvez até porque neste momento da vida, os filhos já estão criados, as dificuldades superadas, o que tende a facilitar e favorecer o desejo sexual. A quantidade valorizada no início da vida sexual dá lugar a uma vivência sexual mais qualificada, em que o prazer do casal assenta na qualidade.

A atividade sexual dos idosos contém várias manifestações autoeróticas e não cotais: o prazer das carícias, a masturbação, as fantasias sexuais, entre outras. Alguns aspectos substanciais da sexualidade, nomeadamente: a capacidade de enamoramento, o interesse sexual, a comunicação e afeto, a sensibilidade, a empatia, a importância atribuída às carícias corporais, entre outras, não diminuem com o avançar da idade.

Gomes e colaboradores (1987) e López e Fuertes (1999), consideram que os mitos mais comuns, relativamente à sexualidade no idoso, são: o coito e a emissão de sémen são debilitantes e precipitam o envelhecimento e a morte; a vida pode ser prolongada pela abstinência sexual na juventude e a inatividade mais tarde; a masturbação só é praticada por idosos perturbados, sendo uma característica infantil; depois da menopausa, a satisfação sexual diminui; os idosos são particularmente vulneráveis a desvios sexuais como o exibicionismo e as parafilias; as mulheres idosas que apreciam sexo foram ninfomaniacas; a maioria dos idosos perde o desejo e a capacidade de ter relações sexuais; as pessoas doentes não devem ter relações sexuais; a execução sexual mantém-se igual ao longo da vida; quem deixa de ter capacidade sexual nunca mais poderá voltar a ter.

Face ao desconhecimento e à forte pressão sociocultural é frequente os idosos experimentarem sentimentos de culpa e vergonha,

chegando-se a considerar pessoas fora da normalidade, por sentirem prazer e vontade de manifestar a sua sexualidade, podendo mesmo renunciar e ocultar a sua sexualidade para não se sentirem discriminados.

De acordo com López e Olazábal (1998), é importante desmistificar, os aspectos relacionados com a sexualidade do idoso, para que este não descredite dos seus potenciais e capacidades e adote uma vida assexuada. Uma sexualidade bem vivida facilita a resolução da problemática existencial relativa à convivência com a idade avançada, aumentando o prazer de viver e a autoestima, tanto para o homem como para a mulher.

### **Fatores que contribuem para uma vivência positiva da sexualidade**

Sabemos que a sexualidade é parte integrante da personalidade total das pessoas. A sexualidade humana não se limita ao ato sexual, ela engloba emoções, afetos, sensações, etc. Dessa forma, sentimentos e pensamentos influenciam o exercício da sexualidade. O contrário também ocorre, ou seja, a vivência da sexualidade irá influenciar sentimentos e pensamentos, inclusive a respeito por si próprio.

É consensual que a sexualidade humana sofre forte influência de fatores como autoestima, autoimagem e autoconceito. A forma como a pessoa se valoriza interfere, sem dúvida, em como irá exercer sua sexualidade.

Outros fatores que contribuem para uma vivência positiva da sexualidade são: ter parceiro sexual; ter relações estáveis e satisfatórias; existir comunicação dentro do casal ou entre parceiros sexuais; uma história sexual onde as relações sexuais eram mantidas de forma regular; a estabilidade económica e social; atitudes positivas da sociedade relativamente à sexualidade e à atividade sexual; atitudes pessoais do tipo liberal.

Os autores que se interessaram pela temática da sexualidade na terceira idade, referem as seguintes vantagens desta fase da vida para a satisfação da sexualidade dos idosos (Gavião, 2000; Carvalheira, 2007):

a) Maior disponibilidade e menos stress; b) Maior flexibilidade de papéis: interesses comuns; c) Momento histórico mais favorável; d) Menos necessidade de ejacular e mais controlo sobre a ejaculação; e) Excitação lenta: mais tempo para o jogo amoroso; f) Menos interesse pelo coito: mais possibilidades sexuais/sensuais; g) Maior satisfação marital; h) Sem medo de possível gravidez.

A vida sexual na velhice pode ser mais satisfatória do que até então, desde que haja uma adaptação às alterações próprias desta etapa, com a manutenção da autoestima e de uma vida afetiva gratificante (Gavião, 2000).

## **AS ATITUDES E O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FACE À SEXUALIDADE NA VELHICE**

À semelhança do que ocorre com a abordagem da sexualidade na terceira idade, são escassos os estudos sobre as atitudes e as opiniões da população em geral sobre a vivência da sexualidade na velhice. Encontrou-se ainda, menos referência a estudos com profissionais de enfermagem, sendo esta a população que nos dedicamos a estudar.

Os estudos encontrados foram realizados a maior parte no final da década de oitenta e na década de noventa. Nestes, as análises empíricas comprovaram que as atitudes face à sexualidade na velhice são muito influenciadas pelas de outras faixas etárias, incluindo os filhos de meia-idade, os profissionais de cuidados de saúde, e de um modo geral, a sociedade (Hillman & Stricker, 1994).

Segundo estes estudos pioneiros, as atitudes em relação à sexualidade na velhice variam muito, uma vez que, apesar das atitudes da sociedade em geral serem altamente negativas (Brown, 1989; Kaas, 1981), os filhos de meia-idade de pessoas idosas, os próprios idosos e os profissionais de cuidados de saúde na área da gerontologia apresentavam tanto atitudes restritivas (Adams, Rojas-Camero & Clayton, 1990; Glass, Mustian & Carter, 1986) como permissivas (Luketich, 1991; Tarbox, Connors & Faillance, 1987; White & Catania, 1982).

De acordo com o que refere White e Catania (1982), os filhos de meia-idade revelaram, em geral, atitudes positivas, mas esta posição pode estar relacionada com a autosseleção dos participantes num curso de sexualidade e envelhecimento.

Luketich (1991), também revelou que alguns profissionais de cuidados de saúde recém-licenciados na área de enfermagem demonstraram atitudes positivas e mais permissivas face à vida sexual dos idosos.

Noutro estudo Tarbox e colaboradores (1987), constataram que estudantes finalistas num curso de gerontologia apresentaram atitudes mais positivas relativamente à sexualidade de pessoas idosas e ao seu significado social, do que os estudantes do primeiro ano do curso.

Contradizendo o que foi referido anteriormente, Glass e colaboradores (1986), evidenciaram que os profissionais dos cuidados de saúde no âmbito da gerontologia possuíam atitudes negativas e mais restritivas em relação à sexualidade na velhice.

Os mesmos resultados foram verificados por Adams e colaboradores (1990), num estudo a pessoas idosas, onde verificaram que fortes convicções religiosas parecem ditar atitudes mais restritivas. Este autor também averiguou que indivíduos com um nível de escolaridade baixo manifestaram mais dificuldades em aceitar e apoiar a atividade sexual dos idosos.

Para além disto deve-se também salientar que os fatores proféticos das atitudes individuais perante a sexualidade na velhice não

são claros. Luketich (1991) evidenciou que variáveis demográficas, tais como sexo e idade, não estavam correlacionadas com as atitudes dos estudantes de enfermagem.

A sexualidade do utente tem sido reconhecida como um domínio importante para a prática de enfermagem e uma prioridade para muitas organizações (American Nurses Association [ANA], 2004; Gordon, Sawin & Basta, 1996). Vários estudos mostram que muitos enfermeiros reconhecem que a abordagem da sexualidade e o aconselhamento fazem parte das suas competências profissionais (Cort, Atteboroug & Watson, 2001; Wilson & Williams, 1988). Apesar deste reconhecimento os enfermeiros têm manifestado dificuldades em integrar esta temática nas suas intervenções junto dos utentes (Cort et al, 2001; Webb, 1987). Segundo White (2002) são vários os fatores que impedem a incorporação da temática ou problemática da sexualidade na prática dos profissionais de enfermagem, nomeadamente pessoais, institucionais e relacionados com os próprios utentes.

De acordo com Haboubi e Lincoln (2003) os enfermeiros podem manifestar alguma relutância em abordar questões relacionadas com a sexualidade por vergonha ou constrangimento, por acreditarem que a sexualidade não é uma preocupação importante, dado o problema imediato do utente, por não se sentirem preparados ou por falta de conhecimentos ou por acreditarem que isso poderia aumentar a ansiedade do utente.

Também Papaharitou e colaboradores (2008) identificaram as mesmas barreiras à abordagem da sexualidade num estudo realizado com estudantes de enfermagem.

Gir, Nogueira e Pelá (2000) num estudo realizado com estudantes de enfermagem concluíram que estes deveriam adquirir maior conhecimento na sua formação de base sobre a sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital. Mais recentemente, Gomes e Fávero (2008) realizaram um estudo sobre as atitudes dos profissionais de saúde face à sexualidade na velhice, com uma amostra constituída por 13 homens (15,9%) e 69 mulheres (84,1%). Os resultados obtidos demonstraram que os profissionais de saúde de Cuidados de Saúde Primários apresentam atitudes positivas face à sexualidade na velhice. Contudo, a formação académica dos enfermeiros e dos médicos, no que se refere à sexualidade e, sobretudo, à sexualidade na velhice, é limitada e/ou desajustada para dar resposta às solicitações na sua atividade em cuidados de saúde primários. Esta necessidade de conhecimentos foi demonstrada tanto pelo testemunho dos próprios profissionais como também pelo nível mediano evidenciado na sua testagem.

Santos e colaboradores (2007) referem ainda que a sexualidade é tratada de forma limitada e inadequada durante a formação de base, sendo tratada de forma superficial e em poucas disciplinas.

Alguns profissionais de enfermagem acreditam que questionar o utente sobre a sua sexualidade é invadir a sua privacidade e por outro lado podem não saber dar resposta aos problemas que os utentes podem verbalizar. MacElveen-Hoehn, em 1985 e Katz, em 2005, são dois estudos que, com uma distância de 20 anos, chegaram às mesmas conclusões.

Por sua vez, os utentes acham que a discussão das suas preocupações sexuais com enfermeiros é conveniente (Waterhouse, 1996; Waterhouse & Metcalfe, 1991) e que preferiam que fossem os enfermeiros a introduzir a temática (Krueger et al, 1979; Katz, 2005), já os enfermeiros preferiam que fossem os utentes a abordar o tema (Guthrie, 1999).

Todas estas dificuldades na comunicação levam a que a sexualidade seja “esquecida” e que problemas e disfunções sexuais passem despercebidos e, como tal, não tratados.

## **ESTUDO EMPÍRICO**

### **METODOLOGIA**

#### **Objeto de estudo**

Este estudo tem como objeto de estudo as atitudes e os conhecimentos dos profissionais de enfermagem face à sexualidade na velhice.

#### **População estudada**

A população alvo do estudo é os/as profissionais de enfermagem do distrito do Porto. A técnica de amostragem é não probabilística de conveniência ou acidental, ou seja, tal como refere Fortin (1999), dá-nos acesso a um grupo de sujeitos “ (...) que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinados (...)” (p. 208) e que aceitem colaborar no nosso estudo.

Assim a amostra é constituída por 50 enfermeiros do distrito do Porto com idades compreendidas entre os 24 e os 45 anos.

Os critérios de inclusão na amostra foram:

- Ser enfermeiro (a);
- Residir no distrito do Porto.

#### **Tipo de estudo**

Foi efetuado um estudo exploratório, do tipo descritivo e feita uma análise quantitativa dos dados.

#### **Objetivos do estudo**

Na prática diária de enfermagem verifica-se que a sexualidade da pessoa idosa é uma área pouco abordada e à qual é dada menor importância, em comparação com o trabalho que é desenvolvido com outros grupos etários, nomeadamente adolescentes e pessoas em idade fértil. Existem poucos estudos relativos aos conhecimentos e atitudes dos

profissionais de enfermagem relativamente à sexualidade na velhice pelo que se considera pertinente abordar esta problemática.

Assim considera-se como principais objetivos deste estudo:

- Identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem em face de Sexualidade na Velhice;
- Identificar as atitudes dos profissionais de enfermagem face à Sexualidade na Velhice;
- Verificar se os profissionais de enfermagem abordam este tema na educação para a saúde ao idoso;
- Avaliar as necessidades de formação, ao nível da sexualidade, dos profissionais de enfermagem.

### **Instrumento de colheita de dados**

Os instrumentos utilizados para a recolha dos dados foram os seguintes:

1. *Questionário sócio-demográfico*, de autopreenchimento, adaptado de Fávero e Gomes (2007), que gentilmente autorizaram a sua utilização.

As alterações produzidas no questionário para se adaptar à presente pesquisa, foram validadas pela Professora Doutora Marisalva Fávero, coordenadora do Projeto.

O questionário foi testado com um grupo de cinco enfermeiros(as) com as mesmas características da amostra, não tendo sido necessário efetuar alterações.

Este instrumento é composto por perguntas abertas e fechadas, permitindo obter especificamente respostas às questões de investigação que compusemos. Da sua constituição, numa primeira parte, incluímos sete questões que visam obter os dados sócio-demográficos que caracterizam a amostra (1 a 7); seis questões que permitem obter dados relativos à formação/preparação percebida pelos inquiridos sobre sexualidade na velhice (8 a 13) e três questões que visam obter dados que ajudam a caracterizar a prática dos profissionais em educação para a sexualidade na velhice (14 a 16).

### **2. Escala de Conhecimentos face à sexualidade na velhice**

Escala de Conhecimentos sobre Sexualidade na Velhice de White (1982) traduzida por Maia e Fávero (2006) e adaptada à população portuguesa por Fávero e Gomes (2008), com o objetivo de avaliar os conhecimentos face à sexualidade na velhice.

Esta escala consiste em 32 afirmações de verdadeiro/falso, em que os inquiridos escolhem para cada afirmação a resposta que reflete melhor o seu nível de conhecimento, sendo que: 1 corresponde a "verdadeiro", 2 a "falso" e 3 a "não sei". Relativamente à cotação, é atribuído um ponto para cada resposta correta.

Para os itens: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31 e 32, a resposta correta é "verdadeiro"; para os itens: 1, 10, 11, 15, 19, 28 e 29, a resposta

correta é “falso”. As respostas “não sei” são cotadas como 0. Assim, a contagem para o nível de conhecimento mais elevado é de 32 quando os sujeitos acertam todas as questões.

### 3. *Escala de Atitudes face à sexualidade na velhice*

Escala de atitudes sobre Sexualidade na Velhice criada por White (1982) e ampliada por López (1998) traduzida por Maia e Fávero (2006) a adaptada à população portuguesa por Fávero e Gomes (2008).

A escala contém 36 afirmações em que o inquirido se posiciona numa escala de tipo Likert de sete pontos face às 36 afirmações.

Os inquiridos escolhem, para cada afirmação, a resposta que reflete melhor a sua atitude sendo que: 1 corresponde a “Discordo muito”, 2 a “Discordo bastante”, 3 a “Discordo”, 4 a “Sem definir (evite selecionar)”, 5 a “Concordo”, 6 a “Concordo bastante” e 7 a “Concordo muito”.

Relativamente à cotação, pode ir de 252, indicando as atitudes mais negativas ou opiniões não apoiantes, até 36, indicando as atitudes mais positivas e opiniões mais apoiantes face à sexualidade na velhice. Os itens 7c, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 178, 19, 21, 25, 26, 29, 30, 31, 34 e 36 têm de ser invertidos para serem cotados.

De acordo com o autor das escalas, o inquirido consegue completá-las em 20-40 minutos.

## **APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo reserva-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através dos questionários aplicados aos profissionais de enfermagem. Os dados dos questionários foram tratados informaticamente através do programa estatístico “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) na sua versão 17. Para a apresentação e análise dos resultados vai seguir-se a sequência das questões do questionário. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à estatística descritiva.

A apresentação dos resultados é feita através de frequências absolutas e relativas. Os valores percentuais nos diferentes quadros aparecem arredondados à unidade não aparecendo fontes, locais e datas, porque todos se reportam a este estudo. Para a apresentação dos resultados utilizam-se tabelas e gráficos, pelo facto de ser mais fácil a sua interpretação.

De seguida, apresenta-se a caracterização da amostra tendo em conta o género, a idade, o tempo de serviço, o estado civil, o posicionamento face à religião, habilitações literárias e local de trabalho.

### **Caracterização da amostra**

Da amostra fizeram parte 10 homens (20%) e 40 mulheres (80%), de idades compreendidas entre os 24 e os 45 anos, com tempo de serviço que varia entre os 3 e os 21 anos.

Relativamente às habilitações académicas verifica-se a existência de 1 mestre, 9 especialistas e 40 licenciados.

Foi ainda analisada a amostra quanto ao local de trabalho dos inquiridos. Verifica-se que 35 dos inquiridos desempenham funções em hospitais, 10 em centros de saúde e cinco em clínicas.

### **Escala de conhecimento face à sexualidade na velhice**

No quadro 1 são apresentados os resultados (frequências absolutas) relativos às questões colocadas para avaliar o conhecimento face à sexualidade na velhice.

No final é ainda apresentado um gráfico interpretativo do posicionamento da amostra relativamente aos conhecimentos face à sexualidade na velhice, recorrendo-se ao somatório de todas as respostas de cada inquirido. Assim, ter-se-á a noção do grau de conhecimento global da amostra.

Nº	Itens	Verdad. Falso		Não sei
1	F A atividade sexual de pessoas com mais e 65 anos é frequentemente perigosa para a sua saúde.	0	50	0
2	V Os homens com mais de 65 anos demoram mais tempo que os jovens a conseguir uma ereção.	32	11	7
3	V Os homens com mais de 65 anos costumam experimentar uma redução da intensidade do orgasmo em relação aos mais jovens.	18	16	16
4	V A firmeza da ereção é menor nos velhos do que nos jovens.	23	11	16
5	V As mulheres com mais de 65 anos têm menos lubrificação vaginal do que as mais jovens.	46	4	0
6	V As mulheres com mais de 65 anos demoram mais a ter uma lubrificação vaginal adequada do que as mais jovens.	40	5	5
7	V As mulheres com mais de 65 anos podem sentir dor durante o coito.	35	9	6
8	V As mulheres com mais de 65 anos apresentam elasticidade e lubrificação reduzidas.	40	5	5
9	V A sexualidade é, em condições normais, uma necessidade durante todo o ciclo vital.	49	1	0
10	F A atividade sexual nos maiores de 65 anos aumenta o risco de enfarte.	8	36	6
11	F A maioria dos homens maiores de 65 anos é incapaz de realizar coito (penetração do pênis na vagina ou ânus).	4	37	9
12	V Aqueles que são mais ativos sexualmente durante a juventude, tendem a ser mais ativos durante a velhice.	10	18	22
13	V É evidente que a atividade sexual dos idosos tem efeitos benéficos para a saúde.	42	2	6
14	V A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para os idosos.	49	1	0
15	F A maioria das mulheres com idade superior a 65 anos não reage sexualmente a estímulos eróticos.	3	33	14

16	V	A ingestão de fármacos pode alterar o impulso sexual nas pessoas.	46	3	1
17	V	Basicamente, as modificações na sexualidade para além dos 65 anos implicam uma diminuição da rapidez da resposta sexual mais do que uma redução do interesse pelo sexo.	34	6	10
18	V	Os maiores de 65 anos costumam experimentar uma menor necessidade de ejacular, podendo manter a ereção durante mais tempo que os jovens.	8	17	25
19	F	Os homens e as mulheres idosas não podem ser parceiros sexuais uns dos outros uma vez que necessitam de um parceiro jovem para se excitar.	0	49	1
20	V	O fator que mais determina a frequência de atividade sexual nos casais formados por idosos é o interesse e o desinteresse do homem na atividade sexual com a mulher.	12	31	7
21	V	O fator que mais determina a frequência de atividade sexual nos casais formados por idosos é o interesse e o desinteresse do homem na atividade sexual com a mulher.	49	1	0
22	V	Os barbitúricos, tranquilizantes e o álcool podem baixar o nível da atividade sexual nas pessoas idosas e interferir na sua capacidade de resposta sexual.	47	1	2
23	V	À medida que os homens envelhecem, normalmente há uma diminuição da frequência da atividade sexual.	40	6	4
24	V	Há uma maior diminuição da atividade sexual do homem à medida que envelhece do que na mulher.	7	28	15
25	V	Um fator muito importante para manter a capacidade da resposta sexual do homem na velhice é manter com regularidade a atividade sexual ao longo de toda a vida.	24	10	16
26	V	O medo de não conseguir responder sexualmente bem pode provocar nos idosos incapacidade de resposta sexual.	49	0	1

27	V	O término da atividade sexual nos idosos deve-se, normalmente, de forma primária, a fatores psicológicos e sociais, mais do que as causas biológicas e físicas.	29	14	7
28	F	A masturbação frequente pode acelerar processos de demência e confusão mental nas pessoas idosas.	0	43	7
29	F	Há uma inevitável perda da satisfação sexual nas mulheres depois da menopausa.	20	22	8
30	V	A "impotência" secundária aumenta nos homens depois dos 60 anos.	25	6	19
31	V	Se não têm doenças físicas severas, os homens e as mulheres podem manter o interesse e atividade sexual até aos oitenta anos.	37	4	9
32	V	A masturbação dos homens e mulheres idosos tem efeitos benéficos para manter a capacidade de resposta sexual.	29	5	16

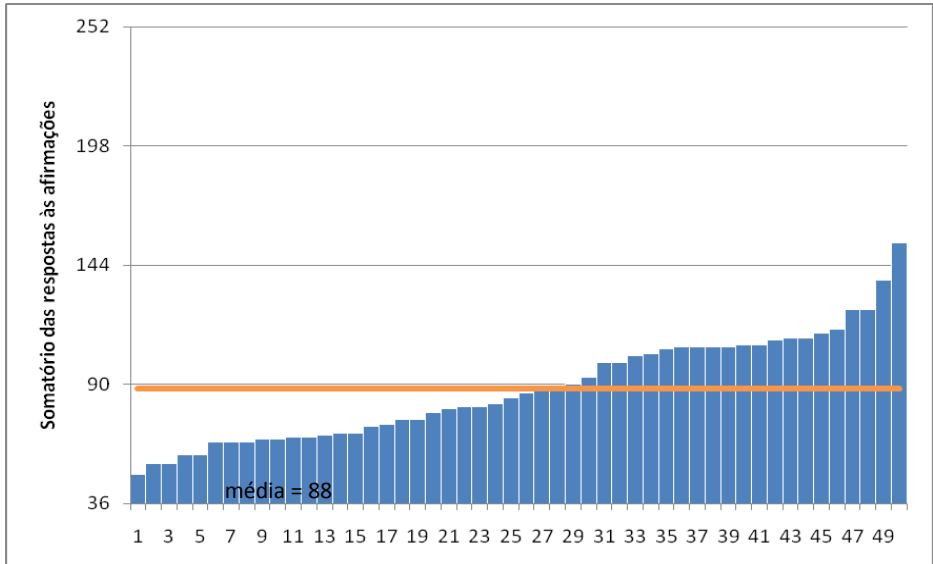
**Quadro 1: Frequências absolutas das diferentes opções de resposta por itens da escala de conhecimentos sobre a sexualidade na velhice.**

Analisando as frequências absolutas das diferentes opções de resposta por itens da escala de conhecimentos sobre a sexualidade verifica-se que os profissionais de enfermagem demonstram possuir crenças erróneas sobre a sexualidade da pessoa idosa, principalmente nos temas abordados nas questões 3, 4, 12, 18, 20, 24, 25, 29 e 30, que estão na sua maioria relacionadas com a resposta sexual humana. No entanto, pela análise global das respostas, verifica-se que a média das afirmações corretas é de 22 (num máximo de 32).

Não é menos relevante que a população investigada revele falta de conhecimentos sobre questões fundamentais para a realização de educação para a saúde do/a idoso/a, que se pode constatar pelo elevado número de respostas "não sei" à varias questões. Por exemplo, no que se refere a importância de determinados comportamentos sexuais para o bem-estar sexual, pode-se verificar que 40% dos inquiridos referem não saber que a masturbação tem efeitos benéficos para a resposta sexual. Os estudos sobre os comportamentos sexuais, pelo contrário, concluíram que a masturbação contribui favoravelmente para uma vida sexual mais satisfatória (Bockting & Coleman, 2003) estando mesmo relacionada com a proteção de doenças graves (Leitzmann, Platz, Stampfer, Willett & Giovannucci, 2004). Estes dados coincidem, todavia, com outros realizados com amostra de profissionais de saúde portugueses (Gomes & Fávero, 2008).

### Escala de atitudes face à sexualidade na velhice

O gráfico 3 ilustra o posicionamento das atitudes dos inquiridos face à sexualidade na velhice de White (1982, adaptação portuguesa de Fávero & Gomes, 2008). Para isso recorreu-se ao somatório das respostas dadas a cada item da escala de atitudes, por inquirido, tendo em conta que quanto menor for esse valor (mínimo 36), mais positivo são as atitudes face à sexualidade na velhice.



**Figura 3:** Atitude face à sexualidade na velhice

Da análise do gráfico 3 verifica-se que a média do somatório das respostas às afirmações da escala de atitude é de 88. Este é um valor que reflete uma atitude positiva por parte dos/as enfermeiros/as se considerarmos que 252 indica o valor máximo de atitude negativa. Nota, no entanto que 28 inquiridos apresentarem valores de atitudes abaixo da média do estudo. Estes resultados coincidem com outros estudos realizados anteriormente (Gomes & Fávero, 2008; Gordon, Sawuin & Basta, 1996; Hillman & Stricker, 1994). Gomes & Fávero (2008), encontraram resultados aproximados, revelando, no entanto, que a sua amostra, que incluía não só enfermeiros, mas também outros profissionais de saúde, apresentavam atitudes positivas face às manifestações da sexualidade na velhice.

### Percepção face à adequação da formação sobre sexualidade na velhice

Em seguida apresenta-se a análise descritiva das respostas sobre a percepção da adequação da formação recebida pelos inquiridos sobre sexualidade na velhice (quadro 2).

Questão	Opções	N	%
p.8 A sua formação de base proporcionou-lhe formação sobre sexualidade considerada por si como adequada?	Sim	17	34
	Não	33	66
p.9 Relativamente à sexualidade na velhice, a sua formação de base proporcionou-lhe formação específica considerada por si como adequada?	Sim	5	29
	Não	12	71
p.10 Depois de ter concluído a sua formação de base recebeu alguma formação específica sobre sexualidade?	Sim	8	16
	Não	42	84
p.11 Se respondeu sim, como a adquiriu?	Curso de formação pós-básica especializada.	0	0
	Curso de pós-graduação com duração inferior a 100 horas.	1	13
	Curso de pós-graduação com duração igual ou superior a 100 horas.	2	25
	Outra.	5	62

Quadro 2: **Frequências absolutas e relativas das questões sobre formação em sexualidade na velhice**

Da análise dos dados relativos à percepção da adequação da formação verifica-se que a maioria dos inquiridos (66%) considera que a sua formação de base não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade. Dos 34% que consideraram adequada a sua formação de base no que respeita à sexualidade, apenas 29% considerou adequada a formação específica sobre sexualidade na velhice.

Da análise dos dados relativos à percepção da adequação da formação de base verifica-se que a maioria dos inquiridos (66%) considera que a sua formação de base não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade. Também Gir, Nogueira e Pelá (2000) e Santos e colaboradores (2007) concluíram da necessidade de um maior conhecimento sobre sexualidade na formação de base dos profissionais de enfermagem.

Dos 34% que consideraram adequada a sua formação de base no que respeita à sexualidade, apenas 29% considerou adequada a formação específica sobre sexualidade na velhice. Verifica-se ainda que apenas 16% dos inquiridos realizou formação específica sobre sexualidade após ter concluído a formação de base. Destes, 38% realizaram cursos de pós-graduação. Gomes e Fávero (2008) referem que a formação académica dos enfermeiros, no que se refere à sexualidade e, sobretudo, à sexualidade na velhice, é limitada e/ou desajustada.

## 2.5. Prática de educação sexual no âmbito da educação para a saúde

Neste ponto vai analisar-se se os enfermeiros incluem na educação para a saúde do idoso a educação sexual. No quadro 3 apresentam-se as frequências absolutas e relativas das respostas dadas às questões sobre a prática da educação sexual.

Questão	Opções	N	%
p.12 Sente-se preparado(a) para abordar o tema da sexualidade naturalmente com as pessoas idosas?	Sim	21	42
	Não	29	58
p.13 Se respondeu não, justifique:	Não me sinto à vontade.	3	11
	Considero que o devo fazer, mas sinto receio da reação do idoso	5	17
	Considero que o devo fazer, mas não possuo conhecimentos suficientes	14	48
	Nunca surgiu necessidade de abordar este tema.	7	24
	Penso que é um papel que não nos diz respeito.	0	0
	Outra razão. Qual?	0	0
p.14 No seu dia a dia costuma	Sim	23	46

Questão	Opções	N	%
	Não	27	54
p.15 Se respondeu sim, quando faz educação para a saúde ao idoso, aborda temas relacionados com a sexualidade?	Sim	10	43
	Não	13	57
p.16 Se respondeu não, justifique	Não me sinto à vontade.	1	8
	Não considero importante para a saúde do idoso.	0	0
	Não possuo conhecimentos para falar sobre o tema.	4	31
	Não me compete abordar este tema.	2	15
	Considero que o devo fazer, mas sinto receio da reação do idoso.	2	15
	Nunca me questionaram sobre o tema e por isso não tomo a iniciativa.	4	31
	Outra. Não trabalho com idosos	0	0

**Quadro 3: Prática de educação sexual no âmbito da educação para a saúde**

No que se refere à preparação para abordar o tema da sexualidade com pessoas idosas, verificamos que mais da metade (n: 29) diz não se sentir preparado. Estes resultados vão de encontro aos de Cort e colaboradores (2001) e de Webb (1987) que referem que os enfermeiros têm manifestado dificuldades em integrar esta temática nas suas intervenções.

Quando questionados sobre se no seu dia a dia costumam realizar educação para a saúde do idoso 46% (23 inquiridos) respondeu que sim. Destes apenas 10 inquiridos abordam o tema da sexualidade. Aqueles que não abordam o tema da sexualidade no idoso justificam-no por nunca terem sido questionados sobre o tema (31%) e por não possuírem conhecimentos para falarem sobre o tema (31%).

Pode-se constatar na análise dos dados que, dos profissionais de enfermagem que responderam não se sentir preparados, 48% consideram que não o devem fazer porque não possuem conhecimentos suficientes. Também os profissionais de enfermagem que no seu dia a dia realizam educação para a saúde à pessoa idosa e que não abordam o tema da sexualidade justificam-no por falta de conhecimentos. A falta de conhecimentos suficientes é também apontada por Haboubi e Lincoln

(2003) e Papaharitou e colaboradores (2008) como sendo uma barreira à abordagem da sexualidade. De salientar que nenhum profissional de enfermagem considerou a abordagem da sexualidade como não sendo uma responsabilidade sua, dados que vão ao encontro dos resultados de Cort e colaboradores (2001) e de Wilson e Williams (1988) e coincide com as indicações da American Nurses Association (2004).

## **CONCLUSÃO**

Era a nossa pretensão caracterizar as atitudes e os conhecimentos dos profissionais de enfermagem face à sexualidade das pessoas idosas.

Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros apresentam conhecimentos médios sobre a sexualidade na velhice, o que denota que mantém alguns mitos e ideias erradas sobre este tema. De qualquer modo, os profissionais reconhecem que a sua falta de conhecimentos adequados é a razão pela qual não abordam os/as idosos/as sobre a sua sexualidade.

No que concerne à formação conclui-se, que a sua formação de base não lhe proporciona preparação adequada nem sobre a sexualidade ao longo do ciclo vital, nem sobre os problemas sexuais.

A população estudada nesta investigação possui, no entanto, um ingrediente importante para a mudança de comportamentos- atitudes positivas face à sexualidade na velhice. Ou seja, a população investigada aceita que os/as idoso/as sejam sexualmente ativos, tenham desejos sexuais e possam querer melhorar ou resolver os problemas sexuais ou de insatisfação com a sua vida sexual.

Este panorama, confirmado por outros estudos realizados em Portugal, alerta para a necessidade de se incluir na agenda da Sexologia a introdução, nos cursos de Enfermagem, de Unidades Curriculares específicas sobre a sexualidade no ciclo vital e sobre as disfunções sexuais.

O facto dos profissionais de enfermagem não possuírem formação suficiente e adequada sobre o tema, exclui do seu âmbito de atuação uma dimensão da vida tão importante para o envelhecimento ativo e bem sucedido, como é a sexualidade.

Este estudo vem acrescentar conhecimento sobre um tema ainda pouco desenvolvido pela comunidade científica, apresentando resultados que reforçam as conclusões de estudos anteriores, nomeadamente no que concerne à formação dos profissionais de enfermagem. O reforço da formação destes profissionais deve ser entendido pela sociedade como uma área prioritária de atuação, para que a abordagem da sexualidade passe a ser uma realidade nos cuidados de saúde, designadamente na educação para a saúde da pessoa idosa. Entendemos que de nada adianta atitudes favoráveis à sexualidade se diante dos/as utentes idosos/as os/as enfermeiros/as não se sentem preparados/as para falar da sexualidade.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adams, M.A., Rojas-Camero, C.; Clayton, K. (1990). A small-group sex education/intervention model for the well elderly: a challenge for educators. **Educational Gerontology**, 16, 601 – 608
- American Nurses Association. (2004). **Nursing: Scope and standards of practice**. Washington, DC: Author.
- Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 27, 33-43.
- Belmin, J. (1999). Sexualité et avance en age. **Soin Gérontologie**, 18, 4-6.
- Belsky, J. (1999). **Psicología del Envejecimiento**. Madrid: Paraninfo, S.A.
- Berger, L. (1995). **Pessoas Idosas. Uma abordagem global**. Lisboa. Lusodidacta.
- Birren, J.E.; Shaie, K.W. (1999). **Handbook of the psychology of aging**. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Bockting, W.O.; Coleman, E. (2003). **Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health**. New York: Haworth Press.
- Brown, L. (1989). Is There Sexual Freedom for Our Aging Population in Long-term Care Institutions? **Journal of Gerontological Social Work**, 13, 75-93.
- Caetano, J. (2003). Educação da sexualidade. Na prevenção da Sida. In Sá, E. **Quero-te! Psicologia da Sexualidade** (p. 154). Coimbra: Quarteto.
- Canhão, A. (1997). Sexualidade e envelhecimento. **Geriatrics**, 10 (92), 12-18.
- Carvalho, A. (2007). **Sexualidade no Envelhecimento** [on-line]. Disponível: [www.socialgest.pt/\\_dlds/APSexualidadenoenvelhecimento.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/APSexualidadenoenvelhecimento.pdf) (consultado em 15/06/2010).
- Cort, E.; Attenborough, J.; Watson, J. (2001). An initial exploration of community mental health nurses: Attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 8 (6), 489-499.
- Fávero, M. F. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Feldman, R. (1996). **Understanding Psychology**. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes, A. A. (1997). **Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal**. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). **A depressão no idoso**. Coimbra: Quarteto Editora.
- Filho, E. & Netto, M. (1998). **Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu.

- Fontaine, R. (2000). **Psicologia do envelhecimento** (1.<sup>a</sup> Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência.
- Gagnon, J. (2006). *Uma interpretação do desejo*. R.J.: Garamond.
- Gaullier, X. (1988). **La Deuxième Carrière (Ages, Emplois, Retraites)**. Paris: Éditions du Seuil. p. 201.
- Gavião, A.C.D. (2000). Sexualidade do idoso e o cuidado em domicílio. In Y. Duarte, & M. Diogo (n.d.). **Atendimento domiciliar. Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gir, E.; Nogueira, M.S.; Pelá, N.T.R. (2000). Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 8 (2), 33-40.
- Glass, J.C., Mustian, R. D.; Carter, L.R. (1986). Knowledge and Attitudes of Health Care Providers Toward Sexuality in the Institutionalized Elderly. **Educational Gerontology**, 12, 465-475.
- Gomes, A., Albuquerque, A. & Nunes, S. (1987). **Sexologia em Portugal**. Lisboa: Texto Editora.
- Gomes, J.; Fávero, M. (2008). *Atitudes face á sexualidade na velhice*. Poster apresentado na **XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica** 2, 3 e 4 de Outubro, Braga.
- Gomez-Zapiain, J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. **Infancia y Aprendizaje**, 28 (3), 293-308.
- Gordon, D., Sawin, K. & Basta, S. (1996). Developing research priorities for rehabilitation nursing. **Rehabilitation Nursing Research**, 5, 60-66.
- Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. **Journal of Clinical Nursing**, 8 (3), 313- 321.
- Haboubi, N. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. **Disability and rehabilitation**, 25 (6), 291-296.
- Hillman, J. L. & Stricker, G. (1994). A Linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: Not necessarily a uniform relationship. Gerontologist**, 34(2), 256-260.
- Kaas, M. J. (1981). Geriatric Sexuality Breakdown Syndrome. **International Journal of Aging and Human Development**, 13, 71-77.
- Kaplan, H. S. (1974). **The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions**. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1979). **Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy**. New York: Brunner/Hazel Publications.

- Katz, A. (2005). Do Ask, Do Tell. Why do so many nurses avoid the topic of sexuality? **American Journal of Nursing**, 105 (7), 66-68.
- Krueger, J., [et al.]. (1979). Relationship between nurse counseling and sexual adjustment after hysterectomy. **Nursing Research**, 28 (3), 145-150.
- Kuhn, M. (1976). **Sexual myths surrounding the aging**. Wilburd W.Oaks: Gerald A.
- Leitzmann, M., Platz, E., Stampfer, M., Willett, W. & Giovannucci, E. (2004). Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. **Journal of the American Medical Association**, 291, 1578-1586.
- Lessa, A., [et al.]. (1994). **Imagem e Capacidade Funcional da Pessoa Idosa**. Lisboa: Editora Internacional.
- Levet, M. (1998). **Viver depois dos 60 anos**. Lisboa: Instituto Piaget. p. 139.
- Lopes, M. A. (1993). Como eu estou a cuidar?. *Revista Servir*, 41 (2), 79.
- López, F. & Fuertes, A. (1997). **Aproximaciones al estudio de la sexualidad**. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). **Para compreender a sexualidade**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- López, F. & Fuertes, A. (2000). Intervención en el desarrollo sexual a lo largo de la vida: Edad adulta y vejez. In Fernández J. (2000). **Intervención en los âmbitos de la sexología y de la generología** (p. 109-131). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- López, F. & Olazábal, J. (1998). **Sexualidad en la vejez**. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Luketich, G. F. (1991). Sex and the elderly: what do nurses know? **Educational Gerontology**, 17, 573-580.
- MacElveen-Hoehn, P. (1985). Sexual assessment and counseling. **Seminars in Oncology Nursing**, 1 (1), 69-75.
- Maia, C. & Fávero, M. (2006). **As Atitudes face à sexualidade na velhice**. Monografia de licenciatura apresentada ao Departamento de Psicologia e Comunicação do ISMAI.
- Maldonado, M. T.(1994). Amor, sexualidade e erotismo nos maiores de 40. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, 5 (2), 188.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1966). **Human Sexual Response**. Toronto: New York: Bantam Books.
- Netto, M.P.; Brito, F.C. (2001). **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu.
- Nodin, N. (2002). **Sexualidade de A a Z**. Lisboa: Bertrand Editora.
- Oliveira, J. H. B. (2005). **Psicologia do envelhecimento** (2.ª Edição). Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Papaharitou, S. e cols. (2008). Exploring Sexual Attitudes of Students in Health Professions. **Journal of Sexual Medicine**, 5, 1308-1316.

- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. **Análise Psicológica**, 4 (28): 665-681.
- Pereira, A. (2006). **Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). **Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rodrigues, P. (1978). Aspectos Físicos do Envelhecimento. **Revista Servir**, 26 (1), 24.
- Rosa, M. J. V. (1996). **O Envelhecimento da População Portuguesa**. Lisboa: Cadernos do Jornal Público.
- Santos, V. L. e cols. (2007). Sexualidade Humana: Nível de conhecimento dos académicos de enfermagem. **Revista de enfermagem Escola Anna Nery**, 11(2), 303-306.
- Simões, A. (1985). *Estereótipos Relacionados com os Idosos*. Separata da **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra. Ano XIX.
- Sorensen & Luckmann (1998). **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica** (1.ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Tarbox A.R., Connors G.J.; Faillace L.A. (1987). Freshman and senior medical students' attitudes toward the elderly. **Journal of Medical Education**. 62 (7), 582-591.
- Waterhouse, J. (1996). Nursing practice related to sexuality: A review and recommendations. **NT Research**, 1, 412- 418.
- Waterhouse, J.; Metcalfe, M. (1991). Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. **Journal of Advances in Nursing**, 16 (9), 1048-1054.
- Webb, C. (1987). Nurses' knowledge and attitudes about sexuality: Report of a study. **Nurse Education Today**, 7 (5), 209-214.
- Wilson, M.; Williams, H. (1988). Oncology nurses' attitudes and behaviors related to sexuality of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 15 (1), 49-52.
- White, C. B. (1982). Aging sexual knowledge and *attitudes scale*. In Davis, CM; Yarber, W.L., Bauserman; R., Schreer, G.; Davis, S.L. (1998). **Handbook of Sexuality-Related Measures** (p. 66-68). California: Sage.
- White, C.B. & Catania, J.A. (1982). Psychoeducational Intervention for Sexuality with the Aged, Family Members of the Aged and People Who Work with the Aged. **International Journal of Aging and Human Development**, 15, 121-138.



## **OS CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL LIGEIRA SOBRE A SEXUALIDADE**

THE KNOWLEDGE OF THE ADOLESCENT WITH INTELLECTUAL MILD DEFICIENCY REGARDING SEXUALITY

LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIGERA SOBRE LA SEXUALIDAD

Débora Gomes<sup>4</sup>  
Marisalva Fávero<sup>5</sup>

### **Resumo**

Este estudo teve como objetivo analisar os conhecimentos que os adolescentes portadores de deficiência intelectual ligeira possuem acerca da sexualidade.

Tendo em conta os objetivos da investigação, entrevistamos cinco adolescentes com idades entre os 14 e os 15 anos e que frequentam entre o sétimo e o nono ano de escolaridade num Agrupamento Vertical de Escolas no meio rural na zona Norte de Portugal.

Para a recolha dos dados da investigação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e posteriormente os dados foram tratados com recurso à análise de conteúdo.

Os resultados globais das análises efetuadas realçam que os participantes reconhecem o lugar dos afetos nas relações afetivas, têm conhecimentos corretos sobre vários aspectos relacionados com a sua sexualidade e a dos demais. É de salientar, no entanto, que demonstraram ter conhecimentos escassos e insuficientes, bem como ideias erróneas sobre a reprodução humana e problemas/riscos relacionados com a sexualidade.

Conclui-se que os conhecimentos manifestados pelos participantes são insuficientes para uma vivência plena e satisfatória da sexualidade e que o fato de partilharem mitos e ideias erradas sobre alguns temas, sobretudo no que toca aos riscos sexuais, podem colocá-los em situações de maior vulnerabilidade. Tais aspectos devem ser contemplados em programas de educação sexual dirigidos à população com deficiência intelectual, onde devem ser contempladas metodologias específicas.

**Palavras-chave:** adolescência, sexualidade, conhecimentos, mitos, deficiência intelectual.

### **SUMARY**

The main objective was to analyze the knowledge of the adolescent with intellectual mild deficiency toward sexuality.

---

<sup>4</sup> Instituto Superior da Maia; UNIDEP; CINEICC

<sup>5</sup> Instituto Superior da Maia; UNIDEP; CINEICC

Endereço para correspondência: mfavero@ismai.pt

We interviewed five adolescents aged 14 to 15 years old, who attend the seventh and ninth grade, in a Vertical Group of Schools, in rural areas, in the north of Portugal.

We conducted semi-structured interviews and the data were processed by content analysis.

The global results highlights that the participants recognize the place of affective relationship, have correct knowledge about several aspects related to their sexuality and related to the others. It should be noted that they demonstrated to have scarce and insufficient knowledge, wrong ideas about human reproduction and problems / risks related to sexuality.

We concluded, that the knowledge's expressed by the participants are insufficient for a complete and satisfactory experience of sexuality and by the fact of they share myths and wrong ideas about some subjects, particularly related to sexual risks, can put them in situations of greater vulnerability. Such aspects should be covered in sexual education programs directed to people with intellectual disabilities, where they shall be covered by specific methodologies.

**Keywords:** adolescence, sexuality, knowledge, myths, intellectual disability.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento que los adolescentes con discapacidad intelectual ligera tienen sobre la sexualidad.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, entrevistamos a cinco adolescentes de edades entre 14 y 15 años y que asisten entre el séptimo y el noveno año de escolaridad en una agrupación vertical de escuelas en el área rural en el norte de Portugal.

Para la recogida de datos de investigación, entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo y, posteriormente, los datos fueron tratados mediante el análisis de contenido.

Los resultados generales de las pruebas realizadas para revelar que los participantes reconocen el lugar del afecto en las relaciones afectivas, tienen conocimientos correcto sobre diversos aspectos de su sexualidad y la de los demás. Cabe señalar, sin embargo, que demostraron conocimiento escasos e insuficientes, así como ideas creencias erróneas sobre la reproducción humana y los problemas / riesgos relacionados con la sexualidad.

Se concluye que el conocimiento expresado por los participantes no son suficientes para una experiencia plena y satisfactoria de la sexualidad y el hecho de que comparten los mitos y conceptos erróneos acerca de algunos temas, especialmente con respecto a los riesgos sexuales, puede poner-se-los en situaciones de mayor vulnerabilidad . Estos aspectos deben ser cubiertos en los programas de educación sexual

dirigidos a personas con discapacidad intelectual, y debe ser abordado con metodologías específicas.

**Palabras clave:** adolescencia, sexualidad, conocimiento, mitos, discapacidad intelectual.

## Introdução<sup>6</sup>

Apesar do crescente interesse pela temática da sexualidade que se tem verificado nos últimos anos, ainda permanecem mitos e tabus, sobretudo no que se refere à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência intelectual (DI) ligeira.

A escolha deste tema prende-se com a necessidade de percebermos quais os conhecimentos que os adolescentes possuem sobre a sexualidade, realidade pouco estudada, e uma área na qual é urgente intervir através de programas de intervenção em educação sexual.

Desta forma, constituímos como objetivo principal desta investigação a análise dos conhecimentos e das informações que os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira possuem acerca da sexualidade tendo em conta os seus discursos e assim dar um contributo científico sobre este tema.

Para o efeito, e dado o elevado número de definições de sexualidade, utilizaremos neste trabalho o conceito formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): "*uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental*" (OMS, 2000).

A sexualidade é uma característica de todo o ser humano, pois é algo que se constrói ao longo de todo ciclo vital, no qual vai passando por diversas manifestações (López & Fuertes, 1999; Pinheiro, 2004).

No que toca à Deficiência Intelectual (DI), ao longo dos tempos foram sendo utilizados vários termos para definir (Coelho & Coelho, 2001), tendo os mesmos evoluídos no sentido de diminuir e mesmo ultrapassar o estigma e a conotação negativa que as denominações utilizadas implicavam (Amaral, Pinto, Pimentel, Martins, & Vale, 2010).

Presentemente, o termo Deficiência Intelectual é usado em substituição ao Deficiência Mental, e esta mudança na terminologia é ilustrada pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* – AAIDD (Parmenter, 2004; Schroeder, Gertz, & Velázquez, 2002; as cited in Schalock, Luckasson & Shogren, 2007) anteriormente designada por *American Association on Mental Retardation* (AAMR) (Schalock et al., 2007).

---

<sup>6</sup> Para uma maior fluidez da leitura optámos por excluir as denominações genéricas (os/as) entendendo-se incluídos todos os gêneros.

Os principais fatores para essa evolução no termo foram as pesquisas sobre a construção social da doença, o seu impacto, bem como as atitudes sociais (Aronowitz, 1998, as cited in Schalock et al., 2007).

Esta mudança de terminologia também teve influência na redução histórica entre as causas biológicas e sociais da deficiência (*Institute of Medicine*, 1991, as cited in Schalock et al., 2007) e no reconhecimento da multidimensionalidade do funcionamento humano (Luckasson et al., 1992; OMS, 2001, as cited in Schalock et al., 2007).

Devido a todos estes fatores descritos anteriormente, o conceito de deficiência modificou de uma pessoa centrada no traço ou característica, muitas vezes denominado de déficit, para uma realidade humana com a sua origem em fatores orgânicos e/ou sociais (Hahn & Hegamin, 2001; Nagi, 1991; Oliver, 1996; Ploy & Gilson, 2004; Rioux, 1997, as cited in Schalock et al., 2007).

Por outro lado, existe uma linha de investigação que defende que a designação de Deficiência Mental só deve ser aplicada às crianças cuja etiologia da deficiência seja biológica. Nos outros casos deve-se utilizar incapacidade intelectual (Daily, Ardinger & Holmes, 2000, as cited in Amaral et al., 2010).

Presentemente, a definição e os pressupostos da Deficiência Intelectual permanecem os promulgados pela AAMR em 2002 (Amaral, et al., 2010).

A Deficiência Intelectual está descrita por vários sistemas categoriais de doenças e perturbações mentais atuais, tais como: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10); Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição, texto revisto (DSM-IV-TR); American Association on Mental Retardation (AAMR) e Classificação Internacional de Incapacidade (CIF) (Carvalho & Maciel, 2003).**

De acordo com a AAMR (2002), a Deficiência Intelectual é uma *“incapacidade caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, apresentando-se antes dos dezoito anos de idade.”* (Luckasson et al., 2002, as cited in Wehmeyer, 2003, p. 276).

Segundo a American Psychiatric Association (APA) (2002), o sistema categorial DSM-IV-TR caracteriza a Deficiência Intelectual como o funcionamento global do indivíduo inferior à média (QI igual ou inferior a 70), e que afeta pelo menos duas áreas do seu funcionamento, tais como comunicação, vida doméstica, cuidados próprios, competências interpessoais e sociais, uso de recursos comunitários, competências académicas funcionais, autocontrole, trabalho, tempos livres, segurança e saúde e o início ocorre antes dos dezoito anos de idade. Esta pode ainda ser classificada em ligeira, moderada, grave e profunda.

No que toca ao diagnóstico da Deficiência Intelectual, a sua característica principal é um funcionamento intelectual inferior à média; um QI aproximadamente igual a 70 ou abaixo, num teste de QI administrado individualmente (Critério A) (APA, 2002).

A Deficiência Intelectual pode ser classificada/especificada em quatro graus de gravidade, segundo o nível/ grau de incapacidade intelectual, ou seja, o quociente de inteligência (QI) que a pessoa apresenta (APA, 2002). (Tabela 1).

Graus de Gravidade da DI	Nível de QI
DI Ligeira	QI entre 50-55 e 70
DI Moderada	QI entre 35-40 e 50-55
DI Grave	QI entre 20-25 e 35-40
DI Profunda	QI inferior a 20 ou 25

Tabela 1 - Graus de gravidade da DI e os níveis de QI (descritos pelo DSM-IV-TR)

As pessoas com Deficiência Intelectual ligeira desenvolvem competências sociais e de comunicação durante o período pré-escolar (dos 0 aos 5 anos), têm poucas limitações nas áreas sensoriais e motoras e na grande maioria das vezes esta deficiência só é detectada quando entram para a escola (1.º ciclo). Até ao final da adolescência, conseguem alcançar os conhecimentos académicos ao nível do 9.º ano de escolaridade (3º ciclo) (APA, 2002; Verdugo & Jenaro, 2005).

Durante a vida adulta, as pessoas com este tipo de incapacidade podem adquirir competências sociais e vocacionais/profissionais ajustadas a uma autonomia mínima, no entanto, algumas vezes podem necessitar de apoio, orientação e assistência e supervisão em casos de stress social ou económico (APA, 2002; Verdugo & Jenaro, 2005).

Esta população consegue desenvolver, tal como já foi referido, competências sociais e de comunicação, bem como adaptar-se e integrar-se no mundo de trabalho, podendo viver de forma satisfatória na comunidade (APA, 2002; Pacheco & Valencia, 1997; Verdugo & Jenaro, 2005).

Alguns estudos documentam que a prevalência da Deficiência Intelectual é de aproximadamente 1% da população (APA, 2002; Croen, Grether, & Selvin, 2001, as cited in Mansur & Marcon, 2006), sendo que a sua incidência aproxima-se dos 85% (APA, 2002; Verdugo & Jenaro, 2005).

Em relação à etiologia, a prevalência de casos em que é de causa desconhecida é de 30- 40% do total. Entre as causas conhecidas, 10% são peri-natais, 5% pós-natais, 35% pré-natais e aproximadamente 25%

pós-natais (Amaral, Pinto, Pimentel, Martins, & Vale, 2010; Verdugo & Jenaro, 2005).

A Deficiência Intelectual é mais comum em indivíduos do sexo masculino, numa proporção de aproximadamente cinco homens para uma mulher (APA, 2002; Verdugo & Jenaro, 2005).

## **A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

“Comportamentos da sexualidade – dos mais simples como abraços, beijos e palavras aos mais íntimos como a masturbação solitária, masturbação em grupo e relação sexual, parecem sempre processos complexos quando manifestados por uma pessoa com deficiência mental. Ou seja, comportamentos tolerados em algumas pessoas Tornam-se, seguindo um preconceito social, aberrações e/ou desvios na pessoa deficiente mental, o que reforça a repressão e a sua problemática”.

(Maia, 2001, p. 39).

Outrora, a ignorância sexual era encarada como uma garantia de inocência, e tudo que se relacionava com a sexualidade era um assunto tabu. Atualmente, o marco sociocultural alterou-se, pois se verifica que a expressão da sexualidade se encontra por todo o lado, na mídia, no cinema e na publicidade (Monteiro, 2003).

Considerando que a sociedade se encontra cada vez mais sexualizada, será importante que os pais abordem o tema da sexualidade com os filhos/filhas. No entanto, para muitos pais, a abordagem da sexualidade é vista como uma tarefa difícil, dificuldade que aumenta para os pais com filhos portadores de Deficiência Intelectual (Monteiro, 2003).

A reflexão sobre se a sexualidade dos portadores de Deficiência Intelectual é igual ao das pessoas sem esta perturbação não faz sentido, pois quem trabalha diariamente com esta população, e quem conhece as suas características, sabe que eles/elas através dos seus comportamentos, questões, angústias, paixões e necessidades, são seres sexuados tal como as outras pessoas sem deficiência (Félix, 2003).

Na verdade, como refere Giami (1987), a sexualidade da pessoa com Deficiência Intelectual é alvo de um maior controlo social, o que dificulta a sua expressão (as cited in Pinheiro, 2004).

Assim sendo, a sexualidade dos adolescentes, jovens ou adultos com Deficiência Intelectual reveste-se de conotações negativas e preconceitos por parte da sociedade em geral (Pinheiro & Leal, 2005; Brito & Oliveira, 2009), pois os portadores de Deficiência Intelectual continuam

a ser excluídos e marginalizados (Félix, 2003), por considerar-se que são pessoas assexuadas (Brito & Oliveira, 2009).

Ao considerar-se que a sexualidade não existe para os deficientes, está-se a impedir manifestações imprescindíveis e normais para o seu desenvolvimento. À medida que se vão desenvolvendo a nível psicosssexual, os deficientes estão a definir as suas atitudes, sentimentos e valores face à sexualidade e ao relacionamento interpessoal (Pinheiro & Leal, 2005).

Muitos pais manifestam dificuldades na integração social dos seus filhos na fase em que a sexualidade genital começa a manifestar-se (Bastos & Deslandes 2005). Também é frequente que os comportamentos sexuais originem angústia para os familiares (Pinheiro, 2004), o que normalmente leva à repressão da procriação (Amaral, 1994).

O silêncio e a repressão são duas formas negativas de abordar a sexualidade (Moreira & Gusmão, 2002), pois estas, bem como a negação da sexualidade, podem levar a que o/a Deficiente Intelectual não questione sobre o tema (Maurice, 2003).

A crença de que as pessoas com Deficiência Intelectual são assexuadas é um dos grandes mitos ainda existentes (Amaral, 1994; Maia 2001; Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002; Sánchez, 2008). Mas os estudos contrariam estas ideias erradas, pois têm demonstrado que as pessoas portadoras de Deficiência Intelectual referem desejos e necessidades (Maia & Camossa, 2003), e vontade de expressar a sua sexualidade tal com as outras pessoas (Sánchez, 2008).

É também comum pensar-se que as pessoas com deficiências não são desejadas. Este mito deve-se ao fato da sociedade valorizar a ideia de perfeição da beleza e das características físicas visíveis capazes de atrair outras pessoas (Sánchez, 2008).

Outra ideia errada, e que tem desprotegido as pessoas com Deficiência Intelectual, é a de que as pessoas com deficiência nunca são abusadas sexualmente. Os estudos de epidemiologia sobre a violência sexual revelam o contrário, pois estas pessoas apresentam um risco maior do que o resto da população (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002; Sánchez, 2008).

Por outro lado, e associados aos fatores anteriormente expostos, muitas pessoas partilham do mito de que os deficientes não carecem de Educação Sexual. Trata-se de uma falsa crença, já que o desconhecimento sobre a sexualidade cria uma barreira para a compreensão da própria sexualidade (Sánchez, 2008).

No entanto, os estudos têm referido que os adolescentes com Deficiência Intelectual possuem falta de conhecimentos sobre a sexualidade (Cook, 2000, as cited in Isler, Tas, Beytut, & Conk, 2009), o que vem reforçar a necessidade de educação sexual dirigida a esta população.

O interesse pela sexualidade dos deficientes não é recente. Na década de setenta do século passado, com a finalidade de investigar os conhecimentos sobre a sexualidade, Fisher e Krajicek (1974) realizaram uma investigação com dezesseis adolescentes portadores de DI moderada, e verificaram que estes adolescentes tiveram dificuldades em utilizar os termos apropriados para as diferentes partes do corpo, nomeadamente a vagina e o pênis, e 75% dos adolescentes não souberam identificar se eram as mulheres ou os homens que tinham a menstruação (as cited in Pinheiro, 2004).

Também Gunn, em 1983, se interessou por investigar a vida sexual das pessoas com DI, concluindo que havia falta de informação relativamente ao desenvolvimento sexual, gravidez, identidade sexual e masturbação (as cited in Pinheiro, 2004).

Numa investigação com o propósito de se conhecerem as informações e representações a respeito da sexualidade em DI ligeiros e moderados, Glat (1992), constatou que os conhecimentos em relação ao corpo humano, reprodução, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) eram escassos. Verificou ainda que 30% dos participantes usufruem de informações sobre a sexualidade por parte da família, 18% através dos profissionais que diariamente trabalham com as pessoas envolvidas no estudo e os restantes obtinham informação com colegas ou meios de comunicação social.

O estudo efetuado por Isler, Tas, Beytut e Conk (2009), que teve como objetivo verificar os conhecimentos, opiniões e atitudes em relação à sexualidade, de 60 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos com DI ligeira e moderada, concluiu que 51,7% dos adolescentes mencionaram não ter recebido qualquer informação sobre a sexualidade. No entanto, 43,3% recebiam informações por parte da família, 21,7% através das mídias e internet, 18,4% na escola e, por último, 16,6% recebiam informações dos amigos.

No que concerne aos conhecimentos sobre a sexualidade, neste mesmo estudo, 65% dos rapazes não sabiam se a menstruação era uma característica só das mulheres. Os adolescentes apresentaram poucos conhecimentos sobre as características de desenvolvimento dos adolescentes e também verificaram que existiam dificuldades quanto às diferenças dos órgãos reprodutores, tanto feminino como masculino (Isler, et al., 2009).

Quanto à masturbação, 50% das raparigas e 34,2% dos rapazes identificaram-na como "satisfação com a mão" e 18,4% dos rapazes pensava que só eles é que se masturbavam. Além disso, 40,9% das meninas e 18,4% dos meninos têm consciência que o ato da masturbação em público não é um comportamento adequado. Ainda em relação à masturbação, 55,2% dos rapazes e 18,2% das raparigas afirmam que se masturbam (Isler, et al., 2009).

Quando questionados sobre a informação que gostariam de receber sobre assuntos relacionados com a sexualidade, mencionam que gostavam de ter informações sobre os métodos contraceptivos (16,6%) e DST (8,3%) (Isler, et al., 2009).

Recorrendo a uma metodologia qualitativa, o estudo de Maia e Camossa (2003), apresenta dados curiosos. Teve como objetivo analisar testemunhos de cinco jovens com DI ligeira com idade cronológica entre os 13 e os 28 anos de ambos os sexos, com o auxílio de algumas estratégias para a recolha dos testemunhos (desenho da figura humana; apresentação de bonecos da família sexuada; apresentação de cartões com temas sobre o namoro, casamento, menstruação, jogos sexuais, masturbação, relação sexual, gravidez, parto e abuso sexual).

Com este estudo, as autoras presenciaram que estes jovens tinham a noção de papéis e identidade sexual, que conseguiam nomear os órgãos sexuais femininos e masculinos, no entanto, não tinham o conhecimento sobre a sua função. Verificou-se que a maioria dos jovens tinha a noção do conceito com o qual o tema se referia, apesar de os seus discursos serem breves e de forma pouco articulada (Maia & Camossa, 2003).

Apesar de alguns estudos terem obtido dados mais otimistas, o que se conclui é que os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual possuem escassas informações sobre a sexualidade, e as poucas que possuem na maioria das vezes são deturpadas e limitadas. No entanto, e tendo em conta que a maior parte dos estudos é de natureza quantitativa, importa analisar os conhecimentos desta população com mais detalhes e a partir de uma análise mais aprofundada.

## **Método**

### **1 - Introdução**

Neste estudo pretende-se perceber quais os conhecimentos que os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira possuem sobre a sexualidade. E, sendo o nosso objetivo entender o fenómeno em causa e não a sua frequência, optamos por dar voz aos adolescentes e jovens portadores de Deficiência Intelectual, tentando, através da análise dos seus discursos sobre a sexualidade conhecer as suas ideias, mitos e pensamentos.

Pelo exposto, verificamos que, à exceção da investigação realizada por Maia e Camossa (2003), os estudos excluem informação sobre a expressão de sentimentos, vínculos afetivo-sexuais, focando-se mais na reprodução humana e problemas/riscos relacionados com a sexualidade.

Pode-se, assim, concluir, que nesta área ainda há muito para ser feito, sendo que grande parte dos estudos existentes debruçam-se essencialmente sobre as atitudes dos pais e profissionais que lidam diariamente com esta população.

## **2 - Pergunta de partida e objetivos**

Tendo como pergunta de partida “Quais são os conhecimentos, crenças, mitos e tabus que os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira possuem sobre a sexualidade?”, o objetivo desta investigação é analisar os conhecimentos e as informações que estes adolescentes possuem acerca da sexualidade.

Desta forma, pretendemos:

- Avaliar os conhecimentos dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira sobre aspectos biológicos da reprodução;
- Analisar as percepções dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira sobre a afetividade;
- Analisar as percepções dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira sobre as relações afetivas, nomeadamente o namoro e o casamento;
- Verificar os conhecimentos dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira sobre os riscos inerentes à sexualidade;
- Perceber quais os agentes de educação sexual dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira.

## **3- Seleção e caracterização dos participantes**

Os participantes foram escolhidos de forma intencional, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: adolescentes com idades compreendidas entre os treze e os dezesseis anos de idade; frequentarem o terceiro ciclo do ensino básico; possuírem uma Deficiência Intelectual ligeira e estarem inseridos nas Necessidades Educativas Especiais de acordo com o Decreto-lei n.º 3/2008 de Portugal.

O grupo final ficou constituído por cinco adolescentes (um do sexo feminino e quatro do sexo masculino) com idades entre os 14 e os 15 anos, que frequentam Escolas no meio rural na zona Norte de Portugal. Relativamente ao ano de escolaridade, três encontravam-se no sétimo ano, um no oitavo ano e uma no nono ano.

Tentou obter-se mais participantes, mas os pais e/ou responsáveis não autorizaram a sua participação nesta investigação. Os que participaram foram bastante colaborantes.

Na tabela 2 sintetizam-se as informações relativas à caracterização dos participantes.

Entrevistados	Idade (anos)	Sexo	Ano de escolaridade
E. 1	15	Feminino	9º ano
E. 2	14	Masculino	7º ano
E. 3	14	Masculino	7º ano
E. 4	15	Masculino	7º ano
E. 5	14	Masculino	8º ano

Tabela 2 – Caracterização dos participantes

#### 4- Técnica de recolha de dados

Uma das principais técnicas de recolha de dados na metodologia qualitativa é a entrevista (Neves, 2010). Deste modo, e de forma a averiguar os conhecimentos e as informações que os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira possuem acerca da sexualidade, escolheu-se como instrumento de recolha de dados uma entrevista semiestruturada. Estas entrevistas permitem que os participantes expressem os seus pontos de vista mais livremente do que nas entrevistas estruturadas (Flick, 2005).

O guião de entrevista semiestruturada “Protocolo de avaliação dos conhecimentos sobre a sexualidade”, elaborado para este estudo (Gomes & Fávero, 2010) contém os seguintes temas: percepções sobre a afetividade; percepções em relação ao namoro; percepções em relação ao casamento, maternidade/paternidade; conhecimentos sobre o corpo humano e a reprodução humana; conhecimentos sobre contraceção e as Doenças Sexualmente Transmissíveis; percepção sobre o abuso sexual e informações sobre sexualidade.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas disponibilizadas pela escola, foram gravadas em áudio e tiveram uma duração entre os 13 e os 26 minutos aproximadamente. Após a realização das entrevistas procedeu-se às transcrições manualmente e leitura das mesmas, de modo a posteriormente se efetuar a sua análise.

#### 5- Procedimentos da investigação

Num primeiro momento, começamos por solicitar a autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas no sentido de dar a autorização para que os participantes fossem entrevistados nesse estabelecimento de ensino. Obtida a autorização, procedeu-se, em conjunto com a Psicóloga, à seleção dos alunos.

Após esta seleção, foi entregue aos alunos um documento de consentimento informado para ser assinado pelos pais ou mães. Depois de

recebidos os consentimentos informados, foram marcadas as entrevistas. No início da entrevista foi explicada a necessidade de utilizar um gravador e pedido a sua autorização. Todos os participantes assentiram.

### **6- Tratamento e análise de dados: análise de conteúdo**

O método utilizado para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo (Bardin, 2008), categorial, sendo que a informação foi organizada em categorias e subcategorias.

Foram identificadas quatro categorias e treze subcategorias (Tabela 3).

Categorias	Subcategorias	
Expressão de Sentimentos	Dar carinho Não tratar mal	
Vínculos afetivo-sexuais	Amizade Namoro Casamento	
Reprodução Humana	Corpo Maternidade/Paternidade Contracepção	
Problemas/riscos relacionados com a sexualidade	Doenças Transmissíveis Abuso Sexual Gravidez	Sexualmente
Educação Sexual	Experiências Necessidades	

**Tabela 3 – Tabela de categorização**

### **Apresentação dos Resultados**

No decorrer da apresentação dos resultados, os entrevistados serão identificados como E1, E2, E3, E4 e E5, de forma a preservar a sua identidade.

Na categoria "expressão de sentimentos" foram definidas duas subcategorias: "Dar afeto" e "Não tratar mal". Os adolescentes leem os sentimentos que os outros nutrem por eles através da presença de gestos e comportamentos positivos ou pela ausência de expressões negativas: "Apoiam-me nos momentos mais difíceis, dão-me carinho e estão sempre lá quando preciso." (E1); "Dão-me amor e carinho, atenção e momentos de felicidade." (E2); "As coisas que têm feito por mim. Como por exemplo, como estou aqui a estudar." (E4); "Não estão sempre a berrar comigo." (E3); "Gostam assim de mim, não deixam que ninguém faça pouco de mim." (E5).

Por outro lado, a mesma lógica verifica-se na leitura que fazem das expressões dos afetos entre as outras pessoas. Quando questionados sobre como é que as outras pessoas demonstram afeto entre elas, posicionam-se novamente em dois pólos: "Dão-se bem um com o outro, não maltratam um contra o outro, não chamam nomes e dão-se bem." (E1); "Não berram um com o outro assim constantemente e mostram carinho um pelo outro." (E5).

No que toca à segunda categoria "vínculos afetivo-sexuais", definimos três subcategorias: "Amizade", "Namoro e o "Casamento". Relativamente à primeira subcategoria, "Amizade", os seus discursos assentam mais na expressão de afetos positivos e na cumplicidade, revelando uma percepção dos vínculos de amizade adequada e esperada para a sua etapa evolutiva. "Apoiando, dão os seus conselhos de amigos e quando temos segredos, eles guardam-nos sempre, nunca os revelam." (E1); "Brinco com eles. Gosto de estar com eles e falar com eles, às vezes de segredos." (E2); "Dando-se bem e dando carinho uns ao outro e ajudar." (E3); "Pela amizade. Quando sorriem, quando estamos na brincadeira." (E4); "Também ajudam nas coisas que forem preciso. Não me deixam sozinho em situações que sejam mais desagradáveis. E fazem tudo para me ajudar." (E5).

Quanto à segunda subcategoria, "Namoro", o discurso dos participantes revela mais uma vez uma percepção positiva e romântica, tanto no que toca aos sentimentos como no que se refere aos comportamentos. Os participantes referem que os namorados demonstram que gostam um do outro, através do carinho e do amor que sentem um pelo outro: "Demonstrando o que sente por nós, o carinho (...)." (E1); "Dando carinho e amor (...)." (E3); "Oferecem prendas, têm carinho também." (E5).

Referem que namorar é gostar de uma pessoa, ser feliz com ela, ter um relacionamento, uma relação estável, cordial e estar um ao lado do outro bem como demonstrar afetos: "Estar com a pessoa de que gosto, ser feliz com ela (...)." (E1); " É uma pessoa gostar de nós e nós gostarmos dela." (E4); " É ficarem os dois juntos um ao lado do outro e darem beijos também." (E5).

Quando questionados diretamente sobre se os namorados têm que deixar fazer tudo o que o outro quiser, todos os entrevistados foram unânimes na resposta: "Não". E dois adolescentes e uma adolescente defendem que, quando se namora, não é necessário nem obrigatório ter relações sexuais. Sendo que um refere o fato de que cada pessoa é que sabe se está preparada ou não para ter relações sexuais. Apenas um adolescente afirma que é obrigatório ter relações sexuais quando se namora (E2); "Cada um é que sabe se está preparado ou não. Não é obrigatório." (E5).

A subcategoria seguinte aborda as percepções em relação ao casamento e nesta dois dos participantes mencionam que as pessoas casam-se porque têm o objetivo de construir uma família. Os restantes referem que as pessoas querem dar continuidade às suas relações, pois gostam um do outro e o casamento é uma forma de ficarem juntos e criarem laços: "Porque querem ter uma família, porque acham que é a pessoa ideal, (...) para construírem a sua família pouco a pouco." (E1); "Para formar uma família." (E5); "Porque querem avançar mais com o namoro, querem ficar sempre juntas." (E2); "Porque gostam uma da outra. Casam-se, porque querem ficar com a pessoa para sempre." (E4).

Possuem a noção, à exceção de uma adolescente, que para ter filhos não é obrigatório casar. Um deles ainda aponta para o fato de se poder adotar crianças, daí não ser necessário casar para ter filhos: "Não." (E2, E3 e E5); "Acho que sim, porque também ter filhos à balda não tem sentido nenhum." (E1); "Não, porque há pessoas que adotam." (E4).

Em relação às condições necessárias para casar, os adolescentes apontam: possuir um trabalho, casa, nutrir sentimentos pela pessoa com quem se vai casar e partilhar as tarefas domésticas, sendo que o E5 apresenta uma visão mais abrangente das condições que são necessárias para se casar ("A vida organizada. Se a relação estiver a andar bem. Se tiverem emprego para os dois, para sustentarem a casa."): "Ter um trabalho, para depois poder ajudar nas coisas domésticas de casa." (E1); "Gostar uma da outra, e concordar uma com a outra." (E3); "Saber amar e saber fazer alguma coisa de trabalhos domésticos." (E4).

Na categoria alusiva à "Reprodução humana", foram identificadas três subcategorias: "Corpo"; "Contraceção" e "Maternidade/paternidade". Quanto à subcategoria "Corpo", perante a questão sobre os conhecimentos que possuem sobre o corpo humano e a reprodução humana, os discursos dos entrevistados foram os seguintes: "Fígado, estômago, coração, rins. A menstruação, laringe faringe." (E1); "Não sei." (E 2); "Sexo, óvulos." (E 3); "Amor." (E4); "Não sei." (E5).

Já nas diferenças existentes entre os sexos masculino e feminino, os participantes direcionaram as suas respostas para as características físicas e de género. Nas diferenças físicas todos mencionam os órgãos genitais. É de referir que dois dos entrevistados não sabiam o nome dos órgãos genitais feminino: "(...) O peito, a parte de baixo das raparigas e

dos rapazes, o pênis." (E1); "O homem tem um pênis. E a mulher não sei como se chama." (E2); "As mulheres costumam ter cabelo grande e os homens não. As mulheres costumam usar brincos e os homens não. As mulheres têm mamas, e vagina. Os homens têm um pênis." (E3); "Através do cabelo, a voz, o corpo. O pênis a vagina e os peitos." (E4); "Cabelo, a roupa. No corpo o rapaz tem um pênis e a rapariga tem uma vagina." (E5).

Em relação à segunda subcategoria "Contraceção", os adolescentes não sabem para que servem os métodos contraceptivos, no entanto, dois adolescentes enumeraram o preservativo e um deles a pílula: "Já ouvi dizer, mas já não me lembro." (E1); "Método é tudo para não ter essas doenças que se deve usar." (E3); "Para não haver doenças e para não engravidar." (E5); "(...) métodos, não sei." (E4); "Exemplos de métodos contraceptivos não sei." (E2); "(...) preservativo feminino e masculino." (E3); "Preservativo a pílula, não sei mais." (E5).

Na subcategoria "Maternidade/paternidade", os adolescentes apontam como condições ideais e necessárias para poder ser mãe/pai, ter dinheiro, trabalho e dar afeto aos filhos. Dois adolescentes não sabem quais são as condições necessárias: "Preciso de ter algum dinheiro para não lhe faltar nada. Dinheiro e carinho. Carinho para dar aos filhos." (E1); "Ter emprego fixo, ter dinheiro para manter a casa e concordar um com o outro." (E3); "Ser amigo, carinhoso e saber educar bem." (E4); "Não sei." (E2 e E5).

Quando questionados sobre o seu desejo em ter filhos no futuro, quatro adolescentes afirmam que gostariam, apenas um refere que não gostaria (E3).

Na categoria Problemas/riscos relacionados com a sexualidade", obtiveram-se três subcategorias: "DST", "Abuso sexual" e "Gravidez".

Na subcategoria "DSTs", os adolescentes sabem que as mesmas são doenças que se transmitem por via sexual e três dos participantes referem como exemplo a Sida: "Quando alguém tem uma doença e fizer sexo com uma mulher pode pegar essa doença a essa mulher." (E2); "São doenças que se apanham se não se usarem as devidas precauções." (E3); "É quando uma pessoa tem relações sexuais com outras pessoas que passam doenças." (E4); "São doenças que se apanham pelas relações." (E5).

Em relação à forma de transmissão da AIDS, os adolescentes afirmam que pode ser por via sexual. Dois adolescentes referem a troca de objetos e de saliva também como um meio de contágio; "Quando não se usa os métodos habituais. Quem tiver AIDS transmite-a ao companheiro. E o companheiro pode transmitir para o outro. Quem tiver AIDS transmite ao outro. Transmite-se através do sexo." (E2); "Através de relações. E por emprestar coisas, como os talheres ou pela boca." (E3); "Pelas relações sexuais. Pela saliva e pelo sangue." (E4).

Relativamente à subcategoria "Abuso sexual", possuem ideias do que é e de como se defendiam caso acontecesse com eles. Ou falavam com a pessoa em causa, ou partiam para a agressão, como é o caso de um dos adolescentes: "Pessoas que abusam de crianças elas dizem que não querem e as outras pessoas teimam." (E1); "(...) Senhores que abusam de menores. Fazer sexo com menores (...)." (E3); "É quando uma pessoa não quer e a outra pessoa obriga." (E4); "São adultos a abusar de crianças." (E5); "Falava com ele e explicava-lhe para não o tornar a fazer, que eu não quero." (E1); "Dizia que não podia mexer sem autorização." (E4); "Chamava a atenção para não o tornar a fazer." (E5); "Depende de onde me tocasse. Se não gostasse, dava-lhe um murro." (E2).

Possuem a noção de que só eles/elas podem mexer no seu próprio corpo, exceto um: "Eu." (E1 e E4); "Não sei." (E2).

Na subcategoria "Gravidez", verificamos que já ouviram falar da pílula e do preservativo, bem como da forma de utilizar o mesmo: "Já. Há pessoas que não gostam de usar preservativo, por isso tomam a pílula dia a dia à mesma hora. Para não engravidar." (E1); "É o que as mulheres tomam. Acho que é para o período." (E2); "Já. É um comprimido que se toma para não engravidar." (E5); "Não." (E2 e E3); "Sim, é um comprimido e toma-se todos os dias." (E4); "É preciso um certo tempo, até um certo tempo, para se tomar aquilo até ter relações sexuais." (E5); "Talvez, metia-o, desenrolava-o. Sei que tem que ficar com um coisinho em cima. (...) Depois tira-se com os dedos, sem ser com as unhas, porque se não podia arrebentar e depois metia-se devagar até desenrolar." (E1); "Coloca-se no pénis. O pénis tem que estar para cima." (E2); "Sim. Pega-se na ponta de cima do preservativo, coloca-se no pénis quando está para cima e depois desenrola-se. Depois, acho que se tira para baixo e desenrola-se, dá-se um nó e deita-se ao lixo." (E4); "Abre-se, pega-se nele e mete-se. Ele sai espalmado do pacote. Tem que se abrir e aquilo tem um sítio certo para se colocar." (E5).

Para terminar, a categoria sobre a "Educação sexual" engloba as subcategorias "Experiências" e "Necessidades". Todos os adolescentes mencionaram que alguém já lhes tinha falado sobre a sexualidade e a reprodução. Apenas um adolescente referiu que os pais falam com ele sobre o tema, e ainda o alertam para o uso do preservativo. Todos os adolescentes relatam que os professores de ciências e/ou de área de projeto falam sobre o tema, mas de forma muito subjetiva, sem aprofundamento dos vários subtemas relacionados com a sexualidade: "Sim, na aula de Ciências, a professora. Falei mais ou menos de sexualidade em Projeto, mas foi uma coisa rápida." (E1); "Sim, um amigo meu já me falou." (E2); "Já. Os professores de Ciência." (E3); "Já. Na escola, os professores na aula de Área de Projeto." (...). "Falaram de reprodução do feto e das diferenças entre os homens e mulheres." (E4); "Sim. O meu pai e a minha mãe. Os professores, nas aulas. Os meus pais

dizem para eu ter cuidado para não fazer asneiras com as miúdas e para usar sempre o preservativo.” (E5).

Quanto às necessidades de Educação Sexual, dois dos adolescentes referem aprender através dos meios de comunicação. Outros apontam os médicos, as psicólogas da escola, os amigos e os irmãos que lhe dão informações. Apenas dois adolescentes mencionaram que os pais falam sobre sexualidade, sendo que uma adolescente diz que só falam quando surgem notícias na televisão sobre os abusos sexuais, sendo que nestes casos os pais alertam-na para ter cuidado. Os restantes referem que os pais não falam sobre o tema: “A televisão às vezes, os meus pais os professores, os médicos (...) e na escola falo com as psicólogas.” (E1); “A internet.” (E2); “Professores.” (E3); “Professores, os meus colegas e também o meu irmão.” (E4); “Os meus pais e os professores.” (E5); “ (...) Uma vez, ou outras falam por causa da televisão de ver os abusos (...)” (E1); “Sim.”; “Não.” (E2, E3 e E4).

Por fim, quando confrontados com o que gostariam de saber sobre a sexualidade, a maioria diz não querer saber nada e não ter dúvidas; dois dizem que não sabem ou que não se lembram: “Nada.” (E2, E3 e E5); “Não estou a ver.” (E4); “Não sei. Não me vem à cabeça. Não me estou a lembrar.” (E1).

### **Discussão dos Resultados**

A realização das entrevistas permitiu a recolha de informação e de relatos na primeira pessoa, dos participantes, sobre a sexualidade. Esses relatos contêm informações importantes e meritórias de análise e reflexão.

No que diz respeito à “expressão de sentimentos”, os entrevistados demonstram valorizar os afetos positivos nas relações de amizade, namoro e no casamento, não manifestando qualquer dificuldade em verbalizar os vários afetos e sentimentos. Aproximam-se da análise dos sexólogos López e Fuertes (1999) de que a sexualidade é mediatizada por fatores biológicos, sociais e psicológicos, sendo que, em todos estes fatores, o afeto tem uma considerável importância.

Denota-se que os adolescentes entendem o namoro não só como o ato sexual, mas, sobretudo como a reciprocidade de afeto o que, segundo López e Fuertes (1999), é uma condição necessária à atividade sexual e ao casamento.

Por outro lado, grande parte destes adolescentes defende que, quando se namora, não é obrigatório ter relações sexuais.

Já no casamento, mencionam a construção de família com um dos objetivos principais pelo qual as pessoas se casam. Quanto às percepções sobre o casamento, apenas uma afirma que é necessário casar para ter filhos. Possivelmente possuem essa ideia devido aos valores que lhe foram transmitidos por parte da família e/ou sociedade ou o meio onde estão

inseridos (Alferes, 2002). Um deles ainda aponta para o fato de se poder adotar crianças, daí não ser necessário casar para ter filhos.

Os participantes defendem que numa relação de namoro não devem estar sujeitos às vontades do/a outro/a, mas que podem dizer “não” e dar a sua opinião.

Na categoria da “reprodução humana”, nomeadamente na subcategoria corpo, os entrevistados demonstram possuir conhecimentos insuficientes, o que demonstra falta de informação relativamente ao seu corpo.

O mesmo verificou-se nas afirmações sobre as diferenças anatómicas entre os sexos, dado que os entrevistados tiveram dificuldade em responder à questão, sobretudo, referir o nome dos órgãos genitais. A mesma dificuldade foi encontrada em populações sem deficiência, mas em idades mais precoces (Ferreira, 2010). Dois dos entrevistados, por exemplo, não sabiam o nome dos órgãos genitais femininos, sendo que uma das entrevistadas do sexo feminino não soube nomear o seu próprio órgão genital.

No tema da “reprodução humana” e “contraceção” encontramos as mesmas limitações. Verificamos que não houve avanços em relação às conclusões obtidas há 20 anos, nos quais se constatou que os participantes possuíam conhecimentos escassos, principalmente em relação ao corpo e aos métodos contraceptivos (eg. Glat, 1992).

Em relação à contraceção, os adolescentes demonstram não saber a utilidade dos métodos contraceptivos, nem nomear alguns métodos.

Quanto à gravidez, destaca-se que conhecem a existência da pílula e do preservativo como um meio pelo qual se previne a gravidez, no entanto, não têm uma ideia clara de como se toma a pílula.

Já quanto ao preservativo, demonstraram alguns conhecimentos sobre como este deve ser colocado. Os conhecimentos demonstrados são semelhantes aos encontrados no estudo de Vilar e Ferreira (2009) com jovens sem deficiência. Neste estudo constataram que 75% das raparigas e 69% dos rapazes reconhecem corretamente todos os passos: deixar espaço na ponta para o esperma; usar um novo preservativo sempre que ocorre uma relação sexual; segurá-lo enquanto se retira o pênis da vagina; verificar a data de validade.

No que se refere às *condições ideais para ser pais/mães*, um dos participantes evidenciou fundamentos conscientes em relação às condições.

No que concerne aos “problemas/riscos relacionados com a sexualidade”, nomeadamente sobre as DST, os participantes manifestam conhecimentos, apesar destes serem escassos e incorretos. A DST mais enumerada foi a AIDS, e afirmam que é porque esta é mais abordada nas escolas, nomeadamente nas aulas de Ciências ou Área de Projeto.

Quanto às vias de transmissão da AIDS, os adolescentes, demonstraram conhecimentos corretos, sendo que, apesar de se centrarem mais na relação sexual, referiram a troca de objetos, a saliva e o sangue como meio de propagação. No entanto, não souberam explicar como se dá esse contágio.

Quanto à subcategoria “abuso sexual”, possuem informações ainda que superficiais do que é o abuso sexual, mas não souberam indicar se alguém os tenha alertado para possíveis situações de abuso. Contudo, quando questionados sobre a sua reação se alguém lhes tocasse no seu corpo sem a sua autorização, todos afirmam que se defenderiam. Faltalhes, no entanto, conhecimentos sobre a reação mais adequada. Tanto que afirmam que, ou falariam com a pessoa em causa, ou a agrediriam. Estes dados são preocupantes e revelam a necessidade de incluir a prevenção dos abusos sexuais nos programas de Educação Sexual (Fávero, 2003).

Em Portugal, só recentemente se começou a estudar e a valorizar os abusos sexuais. No entanto, este continua a ser um assunto delicado de abordar por parte dos pais e professores. Embora existam poucos estudos sobre a frequência dos abusos sexuais em pessoas com Deficiência Intelectual, sabe-se que nesta população a frequência é maior e que são mais vulneráveis do que os que não possuem Deficiência Intelectual. Além disso, estão mais desprotegidos pois é mais difícil para os pais ou professores identificarem os sinais de abusos sexuais (Pereira, 2006; Sánchez, 2002; Williams, 2003).

Por último, no que toca à “educação sexual”, verificamos que os participantes receberam educação sexual informal e formal, sendo esta última por parte dos professores. Verificamos, no entanto, que estes não o fazem de forma aprofundada e tampouco seguem a proposta de conteúdos mínimos definida pelo Ministério da Educação. Esta realidade foi confirmada em outros estudos sobre a aplicação do Decreto-Lei n.º 60/2009 que estabelece a aplicação da Educação Sexual em meio escolar. A maioria das escolas não está a cumprir na totalidade a diretiva da lei por falta de professores com formação específica na área e com competências científicas adequadas (Ramiro & Matos, 2008), mas também porque a Educação Sexual ainda é um assunto tabu para muitas pessoas (Veiga, Teixeira, Martins, & Meliço-Silvestre, 2006).

Por outro lado, no seu estudo sobre a atuação dos professores perante as manifestações da sexualidade dos alunos portadores de Deficiência Intelectual, Melo e Borga (2003), comprovam a falta de preparação destes profissionais para lidarem com a temática. Zapiain (2003) afirma que, para o sucesso da Educação Sexual, é importante a formação de professores nas vertentes da aquisição de conteúdos e no desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade.

No que toca aos outros possíveis agentes de educação sexual, que realizam educação sexual de forma não intencional, apenas um dos

entrevistados aponta ter resolvido as suas dúvidas com os colegas. Em 1996, num inquérito realizado com jovens de idades entre os 13 e os 19 anos, sobre "Escola, família e amigos", concluiu-se que mais de 50% dos jovens esclarecem as suas dúvidas sobre a sexualidade com os amigos (Pereira, 2006). Também numa investigação realizada por Araújo (2002) com adolescentes e jovens com Deficiência Intelectual no Brasil, a autora conclui que estes têm interesse sobre os temas da sexualidade, e que as informações que possuem são obtidas através de amigos ou das mídias, o que demonstra o pouco acesso desta população às informações sistematizadas e corretas (as cited in Morales & Batista, 2010).

Dois dos entrevistados referem que os seus pais falam com eles sobre sexualidade, mas, sobretudo, a respeito dos abusos sexuais e do uso do preservativo, o que demonstra que os mesmos se preocupam mais com os riscos associados à sexualidade do que com a vivência positiva e a expressão dos afetos.

Estes pais partilham dos medos e do desconforto dos pais de adolescentes sem deficiência intelectual para abordar a sexualidade com os seus filhos, nem lhes dão o à-vontade para que estes os questionem em caso de dúvidas, o que conduz a que a maioria dos adolescentes tenha pouca informação sobre sexualidade por parte da família (Bononi, Oliveira, Renattini, Sant'Anna, & Coates, 2009).

Por outro lado, a falta de comunicação, bem como a recusa dos pais em aceitar a sexualidade dos seus filhos portadores de Deficiência Intelectual, segundo França Ribeiro (1995, 2001, as cited in Morales & Batista, 2010), é uma forma de proteção dos seus filhos.

## **Conclusão**

O ponto de partida para esta investigação foi o de perceber se os adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira possuem conhecimentos sobre a sexualidade.

A sexualidade das pessoas portadoras de deficiência, seja ela intelectual, visual, auditiva ou física, é constantemente percebida de forma negativa pela sociedade, no entanto, a sua sexualidade não é distinta dos restantes seres humanos.

Neste sentido, entender o ponto de vista das pessoas portadoras de deficiência a partir das suas falas era, no nosso entender, a maneira mais correta de saber o que pensam sobre a sexualidade.

Partilhamos da opinião de outros investigadores de que, no caso destes adolescentes, a Educação Sexual é uma necessidade evidente. Porém, é necessário antes de mais investigar os reais conhecimentos da população-alvo em questão para que posteriormente se possa desenvolver programas de Educação Sexual (eg. Reis e Vilar, 2004).

Consideramos que este trabalho pode ter um elevado interesse científico e social, na medida em que há poucos estudos sobre a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência intelectual que utilizam

como fonte de informação a fala dos próprios. Por outro lado, ao revelar o que pensa esta população sobre a sexualidade pode ser muito útil para apoiar os pais e os profissionais na educação sexual desta população.

Foi possível constatar que os conhecimentos sobre a sexualidade dos adolescentes portadores de Deficiência Intelectual ligeira, nomeadamente sobre a reprodução humana e problemas ou riscos relacionados com a sexualidade, são escassos e insuficientes. Estes resultados podem ser o reflexo de uma Educação Sexual praticamente inexistente, bem como de uma falta de acesso a informações fidedignas.

Os resultados alcançados permitem apontar caminhos a desenvolver nesta área, bem como identificar a necessidade da implementação de programas de Educação Sexual para os adolescentes portadores de deficiência intelectual, além de sessões de informação e/ou esclarecimento para pais e formação específica para professores que atuem nesta área.

As conclusões que alcançamos possibilitam fazer um balanço positivo da investigação realizada. Contudo, após a reflexão sobre as mesmas podemos considerar que existem algumas limitações.

Assim, consideramos que uma das limitações do estudo se prende com a dificuldade de acesso aos participantes, devido à falta de consentimentos por parte dos pais e/ou responsáveis.

Outra limitação com a qual nos deparamos foi o fato de os entrevistados não se sentirem confortáveis em falar sobre a sexualidade, bem como em expandir os seus discursos, apesar da nossa insistência para que desenvolvessem mais as suas ideias. De qualquer modo, estávamos conscientes de que, devido às características dos participantes teríamos respostas mais diretas e objetivas, e para ultrapassar esta limitação elaboramos nós mesmos perguntas mais diretas.

Pensamos ainda que teria sido mais produtivo a realização de algumas sessões de Educação Sexual, com a realização de pré-teste e pós-teste.

Logo, como sugestões para futuras investigações nesta área, pensamos que seria vantajoso incluir mais participantes, por exemplo, um grupo de adolescentes portadores de DI moderada de forma a poder realizar algumas comparações.

Partilhamos da opinião de Monteiro (2003) de que é inevitável e demasiado inadiável a implantação nas escolas de programas de Educação Sexual para portadores de deficiências, uma vez que a Educação Sexual é tão necessária quanto o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de linguagem. Neste sentido, é importante disponibilizarmos aos Deficientes Intelectuais conhecimento do próprio corpo, de modo a saberem utilizá-lo de forma harmoniosa e a desenvolverem relações interpessoais adequadas e saudáveis.

Não havendo dúvida, portanto, de que a Educação Sexual é imprescindível, a questão que se coloca é: quem deve ser responsável pela Educação Sexual dos portadores de deficiência?

De acordo com García (2005), pais, professores e profissionais têm essa responsabilidade, podendo trabalhar em conjunto todas as questões relacionadas com a sexualidade, tal como acontece ou deveria acontecer na intervenção com crianças/adolescentes e jovens sem deficiência.

Por fim, "*A sexualidade é a mais normal das características humanas, e é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes*" (Craft & Craft, 1978, as cited in Félix, 2003, p. 18).

Daí a nossa sugestão, ousada certamente, mas não inocente, porque fundamentada nesta investigação e noutras análogas.

### Referências Bibliográficas

- Albuquerque, M.; Ramos, S.I. (2007). **A sexualidade na deficiência mental profunda – um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais.** Retrieved from <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0367.pdf>.
- Alferes, V. (2009). **Encenações e comportamentos sexuais.** Porto: Afrontamento.
- Almeida, A.C.; Centa, M.L. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Ata Paulista de Enfermagem**, 22(1), 71- 76.
- Amaral, L.A. (1994). Adolescência/Deficiência: uma sexualidade adjetivada. **Temas em Psicologia**, 2, 75-79.
- Amaral, R.; Pinto, M.; Pimentel, M.J.; Martins, M.; Vale, M.C. (2010). Deficiência Mental. Casuística da Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia. **Ata Médica Portuguesa**, 23, 993-1000.
- American Psychiatric Association. (2002). **DSM-IV-TR** (J. N. Almeida). Lisboa: Climepsi. (Originalmente publicado em 2000).
- Amorim, V.L.; Vieira, N.F.; Monteiro, E.M.; Sherlock, M.S.; Barroso, M.G. (2006). Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 19(004), 240-246.
- Antunes, N. L. (2009). **Mal-entendidos.** Lisboa: Verso de Kapa.
- Bardin, L. (2008). **Análise de conteúdo** (Luís Antero e Augusto Pinheiro). Lisboa: 70. (originalmente publicado em 1977).
- Batista, E.M. (2001). Sexualidade Metaforicamente falando... **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 31, 35-36.
- Bastos, O.M.; Deslandes, S.F. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. **Ciência & saúde coletiva**, 10(2), 389-397.

- Biddlecom, A.; Asare, K. A.; Bankole, A. (2009). Role of Parents in Adolescent Sexual Activity and Contraceptive Use in Four African Countries. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, 35(2), 72-8.
- Bononi, B. M.; Oliveira, A. C.; Renattini, T.S.; Sant'Anna, M.J.; Coates, V. (2009). Síndrome de Down na adolescência: limites e possibilidades. **Adolescência & Saúde**, 6(2), 51-56.
- Brito, P.F.; Oliveira, C.C. (2009). A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciências & Cognição**, 14(1), 246-254.
- Caetano, M. (2003). Educação da sexualidade: na prevenção da SIDA. In E. Sá (org.). **Quero-te: Psicologia da Sexualidade**. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, E.N.; Maciel, D.M. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. **Temas em Psicologia da SBP**, 11(2), 147- 156
- Centro Comunitário de Esmoriz (2007). **A Descoberta com... O Zé e a Maria**. Porto: Campo das Letras.
- Coelho, L.; Coelho, R. (2001). Impacto Psicossocial da Deficiência Mental. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 3(001), 123-143.
- Cortesão, I.; Silva, M.; Torres, M. (1989). **Educação para uma sexualidade humanizada: guia para professores e pais**. Porto: Afrontamento.
- Dias, M.M. (1999). *A Imagem no Ensino de Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Braga: Casa do Professor.
- Fávero, M.F. (2003). **Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores**. Lisboa: Climepsi.
- Félix, I.D. (2003). As atitudes dos profissionais face à Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 37, 18-23.
- Ferreira, P. (2010). **As representações e os conhecimentos da sexualidade humana dos alunos do terceiro ano de escolaridade - Avaliação de um programa de educação sexual**. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior da Maia. Portugal.
- Figueiró, M. (2001). **Educação Sexual Retomando uma proposta, um desafio**. Londrina: UEL.
- Flick, U. (2005). **Métodos qualitativos na investigação científica** (Artur Parreira). Lisboa: Monitor (originalmente publicado em 2002).
- Font, J. (2008). A avaliação dos alunos com deficiência mental. In M. Sánchez-Cano, J. Bonals, et al. (org.). **Avaliação Psicopedagógica**. Porto Alegre: Artmed.

- García, J.L. (2005). La educación de la sexualidad y la afetividade en personas con minusvalía psíquica. **Reflexiones Pedagógicas**, 26, 52-61.
- Glat, R. (1992). A sexualidade da pessoa com deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 1(1), 65-74.
- Guerra, I.C. (2006). **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso**. Estoril: Príncipia.
- Granja, P. M. (2009). Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 52/53, 46-54.
- Haffner, D.W. (2005). **A criança e a educação sexual** (Inês Santos). Lisboa: Presença (Originalmente publicado em 2000).
- Isler, A.; Tas, F.; Beytut, D.; Conk, Z. (2009). Sexuality in Adolescents with Intellectual Disabilities. **Sexuality and Disability**, 27, 27-34.
- Kakavoulis, A. (2001). Family and Sex Education: a survey of parental attitudes. **Sex Education**, 1(2), 163-174.
- López, F.; Fuertes, A. (1999). **Para compreender a sexualidade** (António Marques e Lurdes Silva). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família (originalmente publicado em 1989).
- Maia, A.C. (2001). Reflexões sobre educação sexual da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial** 7(1), 35-46.
- Maia, A.C.; Camossa, D.A. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. **Paidéia**, 12(24), 205-214.
- Mansur, S.S.; Marcon, A.J. (2006). Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, 16(3), 09-15.
- Marques, A.; Forreta, F. (2009). Educação sexual: conceito, objetivos e estratégias. In A. Marques (org.). **Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental**. 2ª Edição. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Marques, A.M., Vilar, D.; Forreta, F. (2002). **Educação sexual no 1º ciclo: um guia para professores e formadores**. Lisboa: Texto.
- Melo, M.R.; Bergo, M.S. (2003). Atuação do Professor Diante de Manifestações da Sexualidade nos Alunos Portadores de Deficiência Mental. Revisão na Área. **Revista Brasileira Educação Especial**, 9(2), 227-236.
- Monteiro, C. (2003). A sexualidade na deficiência. In E. Sá (org.). *Quero-te: **Psicologia da Sexualidade***. Coimbra: Quarteto.
- Maurice, W.L. (2003). Sexual medicine, mental illness, and mental health professionals. **Sexual and Relationship Therapy**, 18(1), 7-12.
- Morais, A.A.; Turquin, C. T. (2006). **Crescer com um irmão «diferente»**. Lisboa: Mediajunior.

- Morales, A.S.; Batista, C. G. (2010). Compreensão da Sexualidade por Jovens com Diagnóstico de Deficiência Intelectual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), 235-244.
- Moreira, L.M.; Gusmão, F. A. (2002). Aspectos genéticos e sociais da sexualidade em pessoa com síndrome de Down. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(2), 94-99.
- Nedeff, C.C. (2001). Contribuições da sexologia sobre a sexualidade infantil nos dois primeiros anos de vida: uma revisão bibliográfica. **Psicologia: Teoria e Prática**, 3(2), 83-91.
- Neves, N.M. (2010). O desafio da metodologia qualitativa nas ciências da saúde: conceitos e reflexões. *Brasília Medicina*, 47(2), 196-203.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o Sexo e os outros. **Sexualidade & Planejamento Familiar**, 31, 37-41.
- Pacheco, D.B.; Valencia, R.P. (1997). A Deficiência Mental. In R. Bautista (org.). **Necessidades Educativas Especiais**. Lisboa: Dinalivro.
- Pereira, M.M. (2006). **Guia de educação sexual e prevenção do abuso**. Coimbra: Pé de Página.
- Pinheiro, A.L.; Leal, I. (2005). Sexualidade na Deficiência Mental. **Integrar**, 23, 31-38.
- Pinheiro, S.N. (2004). Sexualidade e Deficiência Mental. **Psicologia Escolar e Educacional**, 8(2), 199-206.
- Pick, S.; Givaudan, M.; Poortinga, H. (2003). Sexuality and Life Skills Education: A Multistrategy Intervention in Mexico. **American Psychologist**, 58(3), 230-234.
- Piscalho, I.; Serafim, L.; Leal, L. (2000). Representações sociais da educação sexual em adolescentes. **Atas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, ISPA**.
- Ramiro, L.; Matos, M.G. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. **Revista Saúde Pública**, 42(4), 684-692.
- Reis, M.; Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. **Análise Psicológica**, 22(4): 737-745.
- Royne, D. (2008). Fazer ondas. A adolescência e o sexo. **Sexualidade & Planejamento Familiar**, 50/51, 29-33.
- López, F. (2002). **Sexo y afeto en personas con discapacidad**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. **Revista Educación** 32(1), 157-170.
- Santos, M. R. (2002). Família e sexualidade – narrativas e quotidianos. **Sexualidade & Planejamento Familiar**, 35, 16-19.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. **Intellectual and Developmental Disabilities**, 45(2), 116-124.

- Silva, L.; Tonete, V. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem** 14(2), 199-206.
- Sprovieri, M. H., & Assumpção Jr., F. (2005). **Deficiência Mental: Sexualidade e Família**. São Paulo: Manole.
- Veiga, L.; Teixeira, F.; Martins, I.; Meliço-Silvestre, A. (2006). Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge, behaviours and beliefs of Portuguese future elementary school teachers. **Sex Education**, 6(1), 17-29.
- Verdugo, M.A.; Alcedo, M.A.; Bermejo, A.; Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual em personas com discapacidad intelectual. **Psicothema**, 14, 124-129.
- Verdugo, M. A.; Jenaro, C. (2005). Características clínicas e tratamento da deficiência mental. In V. Caballo, & M. Simón (org.). **Psicología Clínica Infantil do Adolescente – Transtornos gerais**. São Paulo: Santos.
- Vilar, D. (2005). A educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? **Educação Sexual em Rede**, 1, 8-15.
- Vilar, D.; Ferreira, P (2009). A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes. **Educação Sexual em Rede**, 5, 2-53.
- Wehmeyer, M.L. (2003). Defining Mental Retardation and Ensuring Access to the General Curriculum. **Education and Training in Developmental Disabilities**, 38(3), 271-282.
- Williams, L.C. (2003). Sobre Deficiência e Violência: Reflexões para uma Análise de Revisão na Área. **Revista Brasileira Educação Especial**, 9(2), 141-154.
- World Health Organization. (2000). **Promotion of Sexual Health Recommendations for Action**. Retrieved from <http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/PromotionSexualHealth.pdf>.
- Zapiain, J.G. (2003). A educação afetivo-sexual na escola. **Sexualidade & Planejamento Familiar**, 36, 33-38.

## DA EFICÁCIA À SATISFAÇÃO NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTEL COM AUTO-INJEÇÃO INTRA-CAVERNOSA: PONDERAÇÕES DA PRÁTICA CLÍNICA

Sexual Satisfaction and intracavernosal injection therapy: an update review

Mário Fernando Ferreira Lourenço<sup>7</sup>

### Resumo

As dificuldades de ereção podem precipitar distúrbios emocionais e uma espiral negativa de eventos e sentimentos. O foco excessivo por parte do paciente sobre o pênis como unidade disfuncional pode estar associada a problemas físicos e psicológicos na parceira. Com o advento dos bem tolerados tratamentos para a disfunção erétil, incluindo a fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), as necessidades e expectativas dos pacientes e suas parceiras sobre os seus medicamentos, seus médicos e outros fatores entram em foco. Além da eficácia ou tolerabilidade de um medicamento, uma série de resultados não médicos pode influenciar pacientes e seus parceiros na escolha entre as modalidades terapêuticas ou terapias farmacológicas. Estes incluem a espontaneidade e a naturalidade do encontro sexual, bem como a aceitação do tratamento para o parceiro sexual, início/duração de ação e potenciais interações com alimentos ou álcool. Neste trabalho procedemos a uma avaliação crítica da utilidade das injeções intracavernosas (IIC) e da importância da satisfação sexual como critério preditor da eficácia do tratamento para o casal.

**Palavras chave:** disfunção erétil, injeção intracavernosa, disfunção sexual.

### Abstract

Erectile insufficiency can precipitate emotional distress and a negative spiral of events and feelings. Excessive focus by the patient on the penis as the dysfunctional unit may be associated with physical and psychological problems in the female partner. With the advent of effective, well-tolerated treatments for erectile dysfunction, including the phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitor sildenafil citrate, the needs and expectations of patients and their partners concerning their medications, their physicians and other factors have come into focus. In addition to the effectiveness or tolerability of a medication, a number of nonmedical outcomes may influence patients and their partners when choosing between therapeutic modalities or pharmacotherapies. These include the spontaneity and naturalness of the sexual encounter, as well as the treatment's acceptability to the sexual partner, onset/duration of action and potential interactions with food or alcohol. In this paper we undertook a critical evaluation of the usefulness of intracavernosal injections (IIC) and the

---

<sup>7</sup> MD PhD; Clínica do Casal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Alto Ave – Portugal; e-mail [mariopsiquiatra@gmail.com](mailto:mariopsiquiatra@gmail.com)

importance of sexual satisfaction as a criterion predictor of treatment efficacy for the couple.

**Key words:** erectile dysfunction, intracavernous injection, sexual dysfunction

## INTRODUÇÃO

A Disfunção Erétil (DE) é um problema de saúde global, afetando a saúde física e psicológica do homem. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "*Saúde Sexual é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de modo a que sejam positivamente enriquecedores e que potenciem a personalidade, a comunicação e o amor*". Esta organização enumera ainda três elementos básicos da Saúde Sexual, nomeadamente a "*aptidão para desfrutar da atividade sexual e reprodutiva (...), a ausência de medos ou sentimentos de vergonha e culpabilidade, de crenças infundadas e de outros fatores psicológicos que inibam a reação sexual ou perturbem as relações sexuais e ainda a ausência de transtornos orgânicos, doenças ou deficiências que "entorpeçam" a atividade sexual e reprodutiva*". (OMS, 1975). A Saúde Sexual é um direito fundamental do indivíduo, deste modo, os aspectos sexuais relacionados com a capacidade erétil são elementos fundamentais para a vida.

O impacto da DE na qualidade de vida do homem pode ser devastadora, afetando a sua saúde física e psicológica, sendo que as repercussões a nível socioprofissional podem ser evidentes. Reflete-se de igual modo na sua família e no seu parceiro sexual. O medo de fracassar pode prejudicar o relacionamento íntimo, criando sentimentos de rejeição e culpabilidade, podendo originar manifestações de ansiedade, diminuição da autoestima, perda da autoconfiança e depressão.

Todos os doentes com DE nos quais a terapêutica oral não pode ser utilizada ou não dá resposta de forma eficaz, são candidatos a injeções intracavernosas (IIC). Na prática quotidiana, existem quatro perfis de doentes aos quais a injeção está indicada: diabéticos, doentes com fatores de risco cardiovascular, prostatectomizados e doentes com lesões medulares. Neste artigo é feita uma apreciação dos tratamentos disponíveis para a disfunção erétil, equaciona-se o conceito de "satisfação sexual" e avalia-se, a partir da prática clínica, a pertinência das injeções intracavernosas de alprostadil (IIC).

## A DISFUNÇÃO ERÉTIL: uma doença, múltiplos tratamentos

A Disfunção Erétil define-se, segundo o National Institute of Health (NIH) Consensus Conference, como a "incapacidade de um homem obter e/ou manter uma ereção suficiente para obter um desempenho sexual satisfatório". É uma situação bastante frequente, normalmente associada a patologias médicas ou cirúrgicas.

Em 2004, a Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA) levou a cabo

um estudo, o EPISEX-pt, o qual mostrou que 13% dos homens portugueses com idades entre os 18 e os 75 anos (459.000 indivíduos) referem problemas com a ereção. A sua prevalência aumenta com a idade, sendo que nos homens com idade superior a 40 anos é de 17,6% (346.000 homens), 23,4% (298.000) nos que têm mais de 50 anos e 26% (181.000) nos homens acima dos 60 anos. No entanto, quando foi avaliada a prevalência da DE moderada a grave, a verdadeira fonte de preocupação por parte dos homens, os números baixam significativamente, sendo de 5% (176.000 portugueses) (SPA, 2006).

A etiologia da DE, sempre complexa, é na maior parte das vezes multifatorial, podendo decorrer em associação com causas orgânicas, nomeadamente insuficiência renal, doenças cardíacas e neurológicas, ou na presença de um dos fatores de risco vascular, como a hipertensão arterial, a diabetes, o tabaco e a dislipidemia.

Pode ainda ser decorrente de situações cirúrgicas, nomeadamente a Prostatectomia Radical (PR), sendo as taxas de Disfunção Erétil após PR muito variáveis, mas muito prevalentes (Latini, Penson, Wallace, Lubek, & Lue, 2006).

Dentro das opções terapêuticas disponíveis para a Disfunção Erétil (DE) temos a considerar as intervenções diretas e indiretas. Dentro destas últimas devemos realçar as alterações dos fatores de risco da DE passíveis de ser alterados. As opções diretas incluem várias modalidades tais como: aconselhamento e educação sexual, a terapia sexual, terapêuticas farmacológicas e terapêutica cirúrgica.

### **Alteração dos fatores de risco**

No que diz respeito a esta modalidade, há que realçar que apesar de não promover uma ação direta, é, todavia, um excelente espelho da boa prática clínica. Na verdade, procura-se, por um lado, alterar os estilos de vida e fatores psicossociais, nomeadamente reiterando os malefícios do álcool, do tabaco, do estilo de vida sedentário na função erétil, combater a desinformação sexual, ajudar na resolução de conflitos conjugais e prevenir os quadros depressivos.

Um objetivo importante passa pelo esclarecimento e pela informação adequada sobre a evolução da sexualidade com a idade, bem como sobre técnicas sexuais incluindo a importância dos preliminares e do jogo amoroso. A importância do conhecimento adequado dos fármacos com ação na função erétil é de salientar, procurando, desta forma, estar atento às prescrições de fármacos como os anti-hipertensivos, psicotrópicos, esteróides, antiandrogênicos, entre outros. Por vezes, é relativamente fácil promover a diminuição das doses de alguns destes fármacos ou a sua substituição por outros de igual eficácia para a doença de base, mas com menores efeitos deletérios sobre a função sexual. A terapêutica de substituição hormonal é também contemplada neste grupo, por um lado, como terapêutica do hipogonadismo hipogonadotrófico, e ainda pelo seu

efeito porventura profilático na andropausa, em que atualmente se dão os primeiros passos na prescrição de androgénios a um grupo selecionado de homens com deficiência androgênica parcial, e que poderão beneficiar deste tipo de abordagem com o avançar da idade. O controle das doenças associadas como a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, etc, é fundamental, dado que constituem importantes fatores de risco para a DE.

### **As intervenções medicamentosas e outras técnicas**

Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), (Sildenafil, Tadalafil e Vardenafil) são terapêuticas orais seguras e credíveis mas não infalíveis, sendo que na maioria dos estudos clínicos, a sua eficácia é cerca de 70% (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2004). Segundo o *Consenso Português para Avaliação e Tratamento da Disfunção Erétil*, estudos realizados demonstram uma eficácia rondando os 56 a 87%, medida pela melhoria da qualidade erétil (SPA, 2006). Apresentam, no entanto, contraindicações absolutas e efeitos secundários que motivam a descontinuidade do tratamento. Outras terapêuticas orais, nomeadamente a iombina e trazodona, mostram uma ação positiva em 20 a 40% dos indivíduos com DE de causa psicogênica (SPA, 2006).

O *dispositivo de ereção por vácuo* tem particular interesse quando todas as outras terapêuticas falham ou não podem ser utilizadas, sendo uma alternativa à implantação de prótese peniana. O artificialismo deste método leva a uma taxa de abandono elevada.

As *terapêuticas de segunda linha* estão reservadas a grupos específicos de doentes (por exemplo, diabetes mellitus, prostatectomia radical) que não responderam de forma eficaz à terapêutica de 1ª linha. São constituídas pelas terapêuticas intracavernosas, intra-uretrais e algumas cirurgias.

A *terapêutica por injeção intracavernosa* está estabelecida como tratamento de referência. Das várias drogas propostas (papaverina, fentolamina, prostaglandina E1, isoladas ou em associação), apenas uma foi aprovada pela União Europeia e apresenta-se comercializada - o Alprostadil, na dosagem de 10 e 20 ug (SPA, 2006). É uma prostaglandina E1 sintética, que promove o relaxamento do músculo liso através da estimulação do AMPc intracelular. Apresenta elevada taxa de eficácia (60 a 90%) na maioria dos casos de disfunção erétil (Buvat, Lemaire, & Ratajczyk, 2002; SPA, 2006). As complicações da injeção intracavernosa são a dor peniana (geralmente diminui ao longo do tempo), ereções prolongadas (5%), priapismo (1%) e fibrose (2%), sendo frequentemente proporcionais à dosagem (Porst & Adaikan, 2006; Urciuoli, Cantisani, Carlini, Giuglietti, & Botti, 2004; Wespes et al., 2002). A taxa de abandono é elevada nos primeiros 2 a 3 meses (40,7 a 68%), sendo maior (37,6%) se for combinada, em relação à monoterapia (27,5%) (Lue, Giulliano, Khoury, & Rosen, 2003; Wespes et al., 2002) e está dependente da habilidade manual

e acuidade visual, factores que podem facilmente ser eliminados com a colaboração da parceira.

Num estudo publicado por Gontero em 2003, citado por Nunes et al, (p. 25), e em concordância com o benefício de um programa de reabilitação sexual precoce, este autor ensaiou o início das injeções intracavernosas com substância vasoativa em vários intervalos após a PR tendo concluído que o início ideal da reabilitação seria três meses após a cirurgia. A administração de substância vasoativa intracavernosa melhora a oxigenação do músculo liso cavernoso e tecido trabecular, mantendo o bom funcionamento das estruturas penianas enquanto o doente não recupera a sua função (Nunes et al., 2004).

Os benefícios obtidos refletem-se na diminuição das alterações tróficas a nível peniano, aumento da probabilidade de resposta à farmacoterapia oral com inibidores da PDE5, aumento das taxas de recuperação espontânea da função erétil e melhoria do estado psicológico do doente (Nunes et al., 2004).

A manutenção da função orgástica nos doentes com DE está ainda pouco estudada. No entanto, os poucos estudos existentes têm demonstrado que é relativamente comum estes doentes referirem que mesmo sem ereção conseguem atingir o orgasmo, adaptando-se muitas vezes a uma nova sexualidade. Parece também que a probabilidade desta capacidade estar preservada e a satisfação global com a atividade sexual é maior quando se utilizam injeções intracavernosas.

A *terapêutica intra-uretral* (alprostadil) é uma terapêutica fácil de utilizar, eficaz e com poucos efeitos secundários, no entanto esta via de administração está associada a uma diminuição significativa da taxa de eficácia, quando comparada à injeção intracavernosa (Requixa & Rolo, 2003). A sua absorção através da uretra é rápida (5 a 7 minutos) e com duração total de aproximadamente uma hora. Como efeitos secundários destaca-se a dor peniana, sendo infrequente a ocorrência de ereções prolongadas. A taxa de eficácia global ronda os 60% (Requixa & Rolo, 2003). Ainda não se encontra disponível em Portugal.

A *terapêutica de terceira linha* está destinada a situações ainda mais graves, sendo exclusivamente constituída pelo implante de prótese peniana. Este é o último recurso terapêutico para os indivíduos com disfunção erétil de causa orgânica que não obtiveram resultados com as terapêuticas anteriormente descritas, apresentando taxas de sucesso e satisfação pessoal elevadas em 80 a 90% dos doentes (SPA, 2006).

### **Equacionando a satisfação sexual do casal nos tratamentos prolongados com injeções intracavernosas (IIC)**

Esta é uma das interfaces possíveis entre os tratamentos médicos e os tratamentos psicológicos numa situação de disfunção sexual e uma oportunidade única para testar e pôr à prova o conceito de "satisfação sexual".

A Satisfação Sexual é geralmente definida como o grau em que o indivíduo está satisfeito com o aspecto sexual da sua relação. Lawrance e Byers (1998) definem *satisfação sexual* como “*uma resposta efetiva, resultante da avaliação subjectiva da dimensão, positiva ou negativa, associada a um relacionamento sexual*” (Sprecher & Cate, 2004).

A maior parte dos homens que procuram tratamento para a disfunção erétil possui um relacionamento heterossexual estabilizado. O papel específico dos parceiros sexuais na origem, manutenção, tratamento e prognóstico da DE tem sido pouco estudado e, grande parte destes estudos refere-se ao papel do parceiro feminino, negligenciando-se o papel do parceiro masculino em relações homossexuais (Rilley, 2002). A maioria das investigações não tentam controlar variáveis como o tempo de relacionamentos dos dois parceiros, o grau de satisfação sexual antes do aparecimento da DE e a coexistência de outras doenças, nomeadamente, as patologias psiquiátricas.

O impacto da disfunção erétil no casal é significativo e interfere com ambas as partes, muito embora o homem considere muitas vezes que o problema é só dele, não incluindo a parceira no tratamento.

A DE apresenta um impacto profundo na autoestima do homem e na sua qualidade de vida (Martin-Morales, Rico, Gonzalez, Regadera, & Manero, 2005; Meyer, Gillatt, Lockyer, & MacDonagh, 2003), havendo estudos que demonstram uma forte relação entre a severidade da disfunção erétil e as características psicológicas, nomeadamente a auto-eficácia sexual e a autoestima (Latini et al., 2006). Nalguns estudos a DE severa é associada a ausência de parceira sexual regular, a piores resultados nas pontuações em questionários relacionados com autoconfiança e autoestima (Martin-Morales et al., 2005), afeto positivo, sentimento de pertença, ajustamento psicológico, felicidade conjugal, ansiedade de desempenho e depressão (Latini et al., 2006), sendo uma grande fonte de tristeza, tanto para o homem como para a sua parceira (Perelman, Shabsigh, Seftel, Althof, & Lochhart, 2005).

Alguns homens tentam ter relações sexuais a qualquer custo, enquanto noutros predomina o evitamento e renúncia, afastando-se de qualquer relação sexual, alegando cansaço, stress (Colson, 2005; DiMeo, 2006).

Em nível relacional, a presença da disfunção erétil altera o relacionamento do homem com a sua parceira, nomeadamente ao nível da confiança, intimidade e proximidade, podendo afetar o seu casamento, o que sugere que esta disfunção pode estar na génese de casamentos falhados (Wespes et al., 2002).

A DE tem um impacto negativo na vida sexual das parceiras, especificamente ao nível da sua satisfação e conduta sexuais. Mulheres mais velhas apresentam piores resultados em questionários (por exemplo, no *Index of Sexual Life*) comparativamente a mulheres mais novas, quer os seus parceiros apresentem ou não DE (M. Chevret, E. Jaudinot, K. Sullivan,

A. Marrel, & A. S. D. Gendre, 2004).

As mulheres que associam a DE a uma diminuição do desejo sexual do parceiro são as que apresentam maior insatisfação sexual: a suposição da ausência de desejo e perda de interesse por ela proporciona diminuição da sua autoestima e sentimento de atratividade. No entanto, e regra geral, as mulheres têm tendência a estimular e ajudar o seu parceiro com DE (Colson, 2005). Na realidade, o homem mantém o seu interesse, no entanto pode demonstrar sinais de frustração e humilhação ao não conseguir praticar o acto sexual.

Segundo um estudo desenvolvido por Colson (2005), apenas um em cada três homens adaptam espontaneamente o seu comportamento à situação de disfunção. O homem que se avalia unicamente a partir da sua *performance* sexual vê-se como um "falhado", o que origina uma diminuição da sua autoestima. Segundo alguns estudos efetuados, é a atitude das mulheres que determina a obtenção de resultados positivos nos homens, sujeitos ao mesmo tipo de cirurgia radical, com o mesmo tipo de terapia precoce para a recuperação da atividade erétil, a curto, médio e longo prazo (Bigelli & Pradella, 2007).

As respostas da mulher em relação à disfunção erétil do parceiro são variadas, podendo algumas delas induzir um sentimento "castrante" sobre a sexualidade do homem. Algumas mulheres desenvolvem sentimentos de pena e compadecimento, nefastos para qualquer homem, operado ou não, o que conduz a um sentimento de frustração em relação ao desempenho sexual (Bigelli & Pradella, 2007). A atitude da mulher em relação ao homem sujeito a cirurgia radical prostática é bastante complexa e de extrema importância na recuperação da função erétil, pois em muitas ocasiões a mulher está "cansada de ter relações íntimas", vindo nessa altura um argumento válido para terminar a atividade sexual (a fase da menopausa na mulher pode decorrer com momentos depressivos, não estando dispostas a ter relações sexuais). Outras mulheres vêem nas relações um "perigo" para a saúde do homem, podendo levar a complicações indesejáveis.

Certas mulheres apresentam fatores de fragilidade, avaliando a sua autoestima, feminilidade e desejabilidade através da forma como os homens respondem, sendo particularmente vulneráveis ao medo de abandono e rejeição (Colson, 2005; DiMeo, 2006). Alguns autores referem que as parceiras de homens com DE apresentam baixos níveis de satisfação sexual, em relação às parceiras de homens sem DE (M. Chevret, E. Jaudinot, K. Sullivan, A. Marrel, & A. S. Gendre, 2004). Elas sofrem igualmente na sua sexualidade, referindo que o seu mal-estar é mais vezes decorrente da ausência de comunicação, do que da ausência de relação sexual: as mulheres valorizam o "sentir-se amada", "preliminares cheios de ternura" e "dar prazer ao outro", em detrimento de uma "penetração eficaz" (Colson, 2005).

Se a parceira do homem com DE vê que as suas próprias

necessidades sexuais não estão a ser satisfeitas, ela pode não ajudar o homem a readquirir a sua função eréctil, como pode igualmente “sabotar” qualquer tratamento.

Atendendo à importância do fator parceira na adaptação à DE, na possível boa adesão e motivação para os tratamentos e no grau de satisfação sexual dos dois parceiros importa verificar aquilo que a literatura da especialidade nos diz quando as escolhas terapêuticas envolvem a utilização das injeções intracavernosas, avaliar o seu impacto na satisfação dos dois parceiros e procurar relacionar esses dados da literatura científica com a prática clínica.

Assim, num grupo de 101 homens selecionados por Rilley aos quais foi prescrita injeção intracavernosa, 51% dos pacientes não a utilizaram atribuindo essa não utilização à recusa das suas parceiras em cooperar neste tratamento (Rilley, 2002). Envolver a parceira no processo de tratamento parece aumentar a sua concordância com ele. Para as mulheres é importante sentir que a ereção do parceiro depende de si próprias. Quando um homem apresenta ereções farmacologicamente induzidas, como é o caso das injeções intracavernosas, a sua parceira pode sentir-se ressentida porque ele adquiriu ereção sem o seu envolvimento, considerando a ereção como algo não natural. Daí a importância de envolver a parceira no tratamento com IIC, quer seja na administração da injeção, quer seja na sua preparação (Rilley, 2002).

Hsiao et al (2011) numa amostra de 122 doentes, com um tratamento continuado, de pelo menos 6 meses, descobriram que a idade avançada do paciente, a idade mais jovem parceiro, e a existência de ereções de totalmente rígidas foram preditores de aumento da satisfação sexual.

A sexualidade é vista como um dos mais importantes elementos de uma relação marital, pelo que o cônjuge é um fator de extrema importância para a recuperação da atividade eréctil com entusiasmo, afeto e sendo pró-ativa no que se refere ao estímulo precoce, à utilização de terapias íntimas, alternativas sexuais que fortifiquem a autoestima do homem e, principalmente, que ajude a criar um clima propício à sua recuperação (Bigelli & Pradella, 2007). Ela pode adoptar uma atitude de reprovação, desencorajamento, agressividade ou recusa sexual, mas, regra geral, será um elemento tranquilizador e estimulante, ajudando o seu companheiro no caminho da confiança e da cura (Colson, 2005). O benefício do recurso a medicação potenciadora da ereção, como é o caso da injeção intracavernosa, é percebido de forma positiva pelas mulheres, as quais são um aliado determinante na estratégia terapêutica da disfunção eréctil (Colson, 2005; Porst & Adaikan, 2006).

Com a introdução da terapêutica oral para o tratamento da DE, o número de homens que utilizam a injeção intracavernosa diminuiu e ficou mais selecionado, sendo, por tal motivo, o tratamento de eleição quando a resposta ao PDE5 não é eficaz ou está contraindicada (Lue et al., 2003). A

sua eficácia está bem estabelecida na DE de várias etiologias (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2004; Urcioli et al., 2004).

São vários os estudos que avaliam a qualidade de vida e a satisfação sexual do homem com DE, no entanto são poucos os que avaliam a satisfação sexual da parceira. São igualmente vários os estudos que avaliam a satisfação sexual em relação à utilização dos fármacos PDE5 e, em menor quantidade os que avaliam a satisfação sexual do homem em relação à utilização de injeção intracavernosa, e muito poucos os que avaliam igualmente a satisfação da parceira, pelo que os dados obtidos nesta pesquisa não foram abundantes. Alguns dos trabalhos efetuados neste âmbito são abordados de seguida.

A maioria dos autores considera tratamento de longa duração com injeção intracavernosa, a sua utilização por um período superior a 12 meses. Estudos têm-se debruçado sobre a sua utilização entre 12 a 24 meses, e outros com média de tratamento de 35 meses.

Rowland et al (1999) analisaram fatores relacionados com a satisfação sexual do homem em relação à IIC, o porquê das desistências e a relação desta descontinuidade com o aparecimento de ereções espontâneas, a qualidade do treino da injeção efetuado ao doente e parceira, com o objetivo de prever a aceitação a longo termo e chegaram às seguintes conclusões: os doentes que referem treino inadequado na preparação e administração da injeção intracavernosa, referem níveis mais altos de efeitos adversos, nomeadamente priapismo, hematomas e hemorragias, o que sugere a importância de um treino adequado na redução de efeitos indesejados. Os doentes com treino adequado referem maior nível de satisfação com a IIC, o que era mais fácil de ocorrer quando os doentes referiram uma boa relação diádica com a parceira (Rowland, Boedhoe, Dohle, & Slob, 1999). A satisfação sexual da parceira não foi estudada.

Alexandre et al (2007) efetuaram um estudo relacionado com a satisfação do homem a efetuar injeção intracavernosa a longo termo. Estes autores consideraram todos os doentes a efetuar IIC há mais de 3 meses, aos quais aplicaram o Questionário EASY (Evaluation de l'Acceptation des injections dans la dysfonction erectile). Estudaram a satisfação sexual com o tratamento e o impacto na qualidade de vida sexual do doente, a experiência do doente com a IIC, satisfação com a qualidade das ereções e a satisfação sexual da companheira. O grupo estudado consistiu em homens com idade superior a 18 anos, com DE (média de duração - 61 meses) e tratamento com IIC (média de duração do tratamento - 35 meses), em que dois terços dos doentes utilizavam há mais de doze meses. Conclusões: 78,3% dos doentes estavam muito ou moderadamente satisfeitos com o tratamento; a ICC aumentou as expectativas em 78,6% dos doentes; níveis de satisfação elevados em 80,3%, com ganho de confiança na sua vida sexual, 86,3% recomendariam a um seu amigo que precisasse do mesmo tratamento; apesar do impacto favorável na vida sexual em 70,1% dos

doentes, afetou negativamente o relacionamento com o parceiro e a sua qualidade de vida em menos de metade dos doentes e em 16,5% apresentou impacto negativo na sua vida sexual; somente 4,9% interromperam a IIC neste estudo (outros estudos referem taxas de desistência de 28% ao fim de 1 ano e 46,3% ao fim de 3 anos) e a razão apontada para a discrepância está relacionada com a não inclusão deste estudo, de doentes com ICC inferior a 3 meses e também o facto de, à data desses estudos, não estar disponível no mercado os fármacos PDE5. Atualmente, os doentes utilizam a IIC como terapêutica de 2ª linha, apresentam doenças associadas e ainda uma grande motivação para este tratamento. O nível de dor referido pelos doentes foi moderado. Para estes doentes foram necessários pelo menos dois ensinos para aprender a técnica da injeção e 81% consideraram a técnica fácil de aplicar em casa. O número de injeções administradas situou-se entre 1 e 10 por mês (média de 4,4) e a satisfação com a qualidade da ereção induzida pela IIC foi de 56,9% (homens que apresentaram sempre ereção suficientemente forte para a penetração) e 23,2% (ereção suficientemente forte em mais de metade das aplicações) e a sua duração foi satisfatória em mais de 80% dos doentes. No que diz respeito à percepção dos doentes em relação às suas companheiras, cerca de 73,1% sentiram que a sua companheira estava satisfeita com o tratamento, no entanto cerca de 25,1% referiu não pensar que a sua companheira pudesse ter alguma opinião sobre o assunto (Alexandre, Lemaire, & Desvaux, 2007). Nesta investigação, a opinião das parceiras foi obtida a partir da percepção do próprio homem, não havendo em estudo específico sobre as suas próprias opiniões.

Rolo et al (2004) efetuaram um estudo relacionado com os fatores etiológicos da DE, a eficácia da IIC, aspectos do tratamento (incluindo a atitude da parceira), os efeitos secundários e a taxa de abandono desta terapêutica. A seleção de doentes foi anterior à introdução do Sildenafil. A taxa de eficácia global ao nível da resposta erétil foi de 80%. A percentagem de abandono foi elevada (motivos principais: não conseguir obter ereção satisfatória, perda de interesse sexual, dor após a injeção, entre outros), sendo de 32,6% no primeiro ano, 54,6% no segundo ano, e 66,2% ao fim de três anos. A justificação para esta elevada taxa de abandono é dada pelos autores (foi englobada a totalidade de doentes que, pelas suas patologias, faziam prever um desinteresse pela sexualidade em curto prazo). Cerca de 16% dos doentes consideram a parceira pouco participativa e com pouco ou nenhum interesse em ter relações sexuais; 60% consideram a sua parceira participativa e compreensiva quanto ao seu problema e destes, 30% referiram que a parceira manifestou satisfação em relação ao tratamento com a ICC. Incompreensivelmente, 3% das parceiras não tinham conhecimento que o doente estaria a efetuar este tratamento. Os doentes aprendem com relativa facilidade a técnica da autoinjeção, no entanto os investigadores consideram que este é um fator importante para o abandono do tratamento, apesar de não ter sido referido pelos doentes

inquiridos. Salientam este estudo como razões invocadas para o abandono, a falta de espontaneidade, o *stress* causado pela autoagressão da injeção e todos os preparativos para o ato (Rolo et al, 2004). Tal como nos estudos anteriores, a satisfação sexual da parceira é inferida a partir da opinião do próprio doente.

## CONCLUSÃO

Na presente revisão bibliográfica foram utilizados artigos referentes à satisfação sexual do homem com disfunção erétil a efetuar terapêutica intracavernosa a longo termo, bem como a satisfação sexual da parceira. Constatei durante esta pesquisa que a revisão apresentava uma limitação: a quase inexistência de trabalhos de investigação relativamente à satisfação sexual da parceira, segundo a análise da própria. Grande parte dos estudos referiu-se ao modo como o homem perceciona a satisfação da companheira e percebemos igualmente que muitas vezes a opinião desta nem sequer é tomada em consideração, desconhecendo alguns homens que ela possa ter uma opinião formada sobre o tratamento com IIC.

A importância do papel da parceira no diagnóstico e tratamento do homem com DE está reconhecida e estudos que consultamos demonstram que cerca de 40% das parceiras estão satisfeitas com o tratamento. As principais razões apontadas para a insatisfação são: a falta de rigidez do pénis, a perda de espontaneidade da relação e o procedimento complicado.

No início do tratamento, os casais expressam a sua preocupação em relação à espontaneidade da relação, que pode desaparecer com o ato da injeção, no entanto nas sessões seguintes estão aptos a integrar a injeção na sua vida sexual, de um modo que não causa qualquer distúrbio.

Para uma boa aceitação do doente e diminuição das complicações inerentes à injeção intracavernosa, instruir o doente e a companheira é mandatório, sendo recomendados, pelo menos, dois ensinamentos até que ambos sintam que estão perfeitamente elucidados para efetuar a autoadministração em segurança, reduzindo deste modo os riscos e aumentando a eficácia (Porst & Adaikan, 2006). A qualidade da preparação e treino do casal no manuseamento e administração da IIC é de extrema importância na predição da aceitação em longo prazo desta terapêutica. Apesar de eficaz no tratamento da DE, muitos doentes interrompem a terapia durante o primeiro ano e as desistências estão relacionadas com a perda de eficácia, retoma das ereções espontâneas, aspectos procedimentais da injeção, aversão a agulhas ou resposta negativa por parte da parceira. Um treino adequado na preparação e administração da IIC minimiza os efeitos adversos e produz uma resposta máxima. A parceira deve por isso ser incluída na decisão de utilizar IIC e o casal deve estar aberto a novas formas de expressão sexual que não valorize o ato sexual em si mesmo, sendo necessária igualmente uma relação estável e de qualidade.

A DE severa está associada a sentimentos de auto-eficácia

diminuída, logo deve ser considerada assistência para lidar com o impacto psicológico da DE (Latini et al., 2006). O aconselhamento sexual é considerado um grande auxílio, pois aumenta o conhecimento sobre os fatores que contribuem para a ereção (Lottman, Hendriks, Vrugink, & Meuleman, 1998), mas alguns homens com DE não querem terapia psicológica para a sua disfunção. Demonstram um interesse muito limitado em aceitar ajuda em questões de relacionamento e aspectos sexuais, mesmo quando a evidência clínica e a opinião profissional consideram estes factores importantes na obtenção de resultados a nível sexual, pois para eles, o que está em causa e necessita de tratamento é a ausência de rigidez do pênis e não o relacionamento ou o estilo de vida (Lee, Surridge, Morales, & Heaton, 2002).

A disfunção erétil é uma disfunção sexual frequente, que apresenta um impacto profundo na qualidade de vida do doente e da sua companheira. Apesar dos benefícios dos inibidores da PDE5 no tratamento da DE, a IIC continua a ter um lugar importante no tratamento a longo termo da DE, especialmente como terapêutica de segunda linha quando falha a terapêutica com PDE5 ou quando esta não é tolerada ou contraindicada (Alexandre et al., 2007). O tratamento com injeção intracavernosa tem demonstrado ser uma mais-valia na melhoria na qualidade de vida, refletida ao nível da saúde mental, social, física e relacional, apresentando índices de satisfação elevados entre os utilizadores desta terapêutica.

A taxa de abandono é elevada no 1º ano e as razões apontadas são a dor durante a ereção, hematoma, tratamento não natural, fobia às agulhas, perda de eficácia, uma parceira ausente ou retorno espontâneo da ereção, no entanto, devido à seleção de doentes e ao investimento dado a nível do ensino, estes valores têm vindo a diminuir.

Os profissionais de saúde devem atribuir importância ao papel das parceiras de homens com DE, no sentido de implicar o casal no tratamento desta disfunção. A DE tem de deixar de ser considerada como uma simples falência da ereção, e a grande ênfase deve ser ao envolvimento da parceira em toda a estratégia de tratamento da DE.

A quase inexistência de trabalhos de investigação, que incidam sobre a satisfação sexual segundo a óptica da própria parceira do homem com disfunção erétil, sujeito a tratamento com injeção intracavernosa, é igualmente um dado relevante, que pode sugerir o pouco valor que se dá ao cônjuge na melhoria da qualidade da relação. Sugiro, deste modo, que se desenvolvam estudos relacionados com a satisfação sexual da mulher nesta situação.

### **Algumas palavras sobre o enquadramento da IIC nos tratamento combinado da DE.**

Tirar partido de todos os recursos terapêuticos disponíveis

(farmacológicos e psicoterapêuticos) favorece a resolução da DE e coloca a qualidade de vida como o objectivo mais importante a alcançar com qualquer intervenção em Sexologia Médica. Estes pressupostos traduzem-se, na hora de elaborarmos um programa terapêutico exclusivo para cada doente, pela necessidade de maximizar a realização pessoal/relacional, a par, da maximização da própria satisfação sexual. Assim, muito mais do que a simples resolução sintomática, importa:

- Salvar os valores, as convicções e as práticas habituais de cada doente.
- Desdramatizar e reformular o impacto negativo da D.E. nos equilíbrios individuais.
- À luz da experiência individual, ajudar o doente a descobrir recursos eficazes para fazer face à Disfunção Eréctil.
- Melhorar a expressão das aptidões especificamente masculinas: reforçar a masculinidade.
- Ajustar, sempre que possível, o funcionamento da díade homem/mulher, em todos os domínios relacionais.
- Aperfeiçoar a qualidade da interação sexual (a comunicação parceiro-parceira, a partilha de afetos, etc.).

A utilização de tratamentos combinados: farmacológicos (baseados, sobretudo, em substâncias ativas de administração *per os*: a Apomorfina e o Sildenafil) ou por via injetável (IIC) e psicoterapêuticos (em particular a Terapia de Casal) oferece a vantagem de rentabilizar as potencialidades intrínsecas de cada doente, tira partido da sua motivação, enquadra o funcionamento sexual na dinâmica global do Sistema Pessoa e não ignora o papel não passivo da mulher na apresentação clínica da Disfunção Eréctil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, B., Lemaire, A., & Desvaux, P. (2007). Intracavernous Injections of Prostaglandin E1 for Erectile Dysfunction: Patient Satisfaction and Quality of Sex Life on Long Term Treatment. **The Journal of Sexual Medicine**, 4, 426-431.
- Bigelli, J. C. P., & Pradella, S. D. P. (2007). **Disfunción Erectil posterior a Cirurgia radical Prostática. Propuesta de Modelo de Decision** (Publication. Retrieved 10/11/2007, from Julio C. Potenziani B. : [http://www.urologiaaldia.com/VOLUMENES/publicados\\_corregido3.a\\_sp](http://www.urologiaaldia.com/VOLUMENES/publicados_corregido3.a_sp)
- Buvat, J., Lemaire, A., & Ratajczyk, J. (2002). Acceptance, efficacy and preference of Sildenafil in patients on long term auto-intracavernosal therapy: a study with follow-up at one year. **International Journal of Impotence Research**, 14, 483-486.
- Chevret, M., Jaudinot, E., Sullivan, K., Marrel, A., & Gendre, A. S. (2004). Quality of Sexual Life and Satisfaction in female Partners of Men

- with ED: Psychometric Validation of the Index of Sexual Life (ISL) Questionnaire. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 30(3), 141-155.
- Chevret, M., Jaudinot, E., Sullivan, K., Marrel, A., & Gendre, A. S. D. (2004). Impact of erectile Dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) Questionnaire. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 30(3), 157-172.
- Colson, M.-H. (2005). Les femmes face à la dysfonction érectile: problème d'homme, regards de femme. **Progrès en Urologie**, 15, 710-716.
- DiMeo, P. J. (2006). Psychological and Relationship Issues in Men with Erectile Dysfunction. **Urologic Nursing**, 26(6), 442-446.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2004). Treatment options for Erectile Dysfunction in Patients Failing Oral Drug Therapy. **EAU Update Series**, 2, 75-83.
- Hsiao W, Bennett N, Guhring P, Narus J, and Mulhall JP. Satisfaction profiles in men using intracavernosal injection therapy. **The Journal of Sexual Medicine** 2011; 8:512-517.
- Latini, D.M., Penson, D.F., Wallace, K.L., Lubek, D.P., & Lue, T.F. (2006). Clinical and Psychological Characteristics of Men with Erectile Dysfunction: Baseline Data from ExCEED. **The Journal of Sexual Medicine**, 3, 1059-1067.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis (Eds.). **Sexuality related measures: A compendium** (2nd ed., pp. 514-519).
- Lee, J. C., SurrIDGE, D., Morales, A., & Heaton, J. P. (2002). Erectile Dysfunction: The perspectives of patients and partners on counselling. **Journal of Sexual & Reproductive Medicine**, 2(1), 11-15.
- Lottman, P.E.M., Hendriks, J.C.M., Vrugink, P.A.; Meuleman, E.J.H. (1998). The impact of marital satisfaction and psychological counselling on the outcome of ICI-treatment in men with ED **International Journal of Impotence Research**, 10, 83-87.
- Lue, T., Giulliano, F., Khoury, S.; Rosen, R. (2003). **Clinical Manual of Sexual Medicine - Sexual Dysfunctions in Men**. Paris: Health Publications, Ltd.
- Martin-Morales, A., Rico, F. M., Gonzalez, J. G., Regadera, A., & Manero, M. F. (2005). Psychological impact of erectile dysfunction on self-esteem and self-confidence. **Actas Urológicas Espanholas**, 29(5), 493-498.
- Meyer, J. P., Gillatt, D. A., Lockyer, R., & MacDonagh, R. (2003). The effect of erectile dysfunction on the quality of life of men after radical prostatectomy. **BJU International**, 92, 929-931.
- Nunes, P., Rolo, F., & Mota, A. (2004). Prostatectomia radical e actividade

sexual. *Acta Urológica*, 21(1), 15-31.

- OMS. (1975). **Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals**. Retrieved 06/11/07, from <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/WHOR.HTM#N3>
- Perelman, M., Shabsigh, R., Seftel, A., Althof, S., & Lochhart, D. (2005). Attitudes of Men with Erectile Dysfunction: A Cross National Survey. **The Journal of Sexual Medicine**, 2, 397-406.
- Porst, H., & Aداikan, G. (2006). Self-injection, Trans-Urethral and Topical Therapy in Erectile Dysfunction. In *Standard Practice in Sexual Medicine* (pp. 94-108). UK: Blackwell Publishing.
- Requixa, A., & Rolo, F. (2003). **Abordagem Clínica da Disfunção Erétil. In A sexologia - perspectiva multidisciplinar I** (Vol. I, pp. 183-196). Coimbra: Quarteto Editora
- Rilley, A. (2002). The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. **International Journal of Impotence Research**, 14(Supplement 1), s105-s109.
- Rolo, F., Morales, J., Requixa, A., & Mota, A. (2004). Tratamento da Disfunção Erétil com Auto-injecção Intra-cavernosa de Substâncias Vasoactivas. I - Avaliação de resultados até ao aparecimento do Sildenafil. **Acta Urológica**, 21(1), 55-60.
- Rowland, D. L., Boedhoe, H. S. M., Dohle, G., & Slob, A. K. (1999). Intracavernosal self-injection therapy in men with erectile dysfunction: Satisfaction and attrition in 119 patients. **International Journal of Impotence Research**, 11, 145-151.
- SPA. (2006). **Consenso Português para avaliação e tratamento da Disfunção Erétil**. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). **Sexual Satisfaction and Sexual Expression as Predictors of Relationship Satisfaction and Stability. In The Handbook of Sexuality in Close Relationships** (pp. 235). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc.
- Urciuoli, R., Cantisani, T. A., Carlini, M., Giuglietti, M., & Botti, F. M. (2004). Prostaglandin E1 for treatment of erectile dysfunction. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (2).
- Wespes, E., Amar, E., Hatzchistou, D., Hatzmouratidis, H., Montorsi, F., Prior, J., et al. (2002). Guidelines on Erectile Dysfunction. **European Urology**, 41(1), 1-5.



**INFIDELIDADE: FIM DA RELAÇÃO?<sup>8</sup>**

Infidelity: is this the end of a relationship?

Carolina Gonçalves de Freitas<sup>9</sup>  
Cristina M. Moura<sup>10</sup>

**Resumo**

O presente artigo tem a intenção de refletir sobre os papéis e relacionamentos que a sociedade vem impondo. E, gerar reflexão também sobre a responsabilidade de cuidado conosco e com as relações. Versará ainda, sobre qual é o atual discurso da infidelidade. Será que há algo que leva o sujeito a ser infiel ou é consequência de algum tipo de relacionamento?

**Palavras-chaves:** Infidelidade, relacionamento, sexualidade.

**Abstract**

This article intends to reflect about the roles and relationships that the society has been imposing. And, also generate reflection about the responsibility to take care of ourselves and of relations. Deal, still, about which is the current discourse of infidelity. Is there something that takes the subject to be unfaithful or it is a consequence of some kind of relationship?

**Keywords:** Unfaithful, relationship, sexuality.

**Introdução**

Com a evolução histórica que vem ocorrendo ao longo dos séculos, dá-se, também, a mudança familiar. As novas necessidades transformam antigos hábitos. Assim, o que acontece é a redefinição da família, sua nova estruturação, seus novos papéis.

Antes, a família era hierárquica e fundamentada no vínculo econômico e de reprodução, na qual o homem tinha o papel de provedor e seu objetivo de vida era econômico e profissional. Já o papel da mulher limitava-se ao de “boa mãe e esposa” e seu objetivo de vida era apenas casamento e filhos. A manutenção do casamento se dava com a

---

<sup>8</sup> Trabalho original realizado no Instituto de Ciências Sexológicas e Orientação Familiar – ISOF – Brasília D.F., Brasil, como monografia para conclusão do curso de especialização em Educação Sexual. O texto original foi apresentado 2002 e revisto em maio de 2011.

Registramos aqui que para facilitar a leitura optamos por escrever o texto apenas no gênero masculino, porém estaremos sempre falando em infidelidade masculina e feminina.

<sup>9</sup> Mestre em psicologia, psicóloga clínica (CRP 01-7100), sexóloga, especialista em educação sexual. Brasília – D.F. ([psicologacarol@hotmail.com](mailto:psicologacarol@hotmail.com))

<sup>10</sup> Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília, psicóloga clínica (CRP 01-10003). Brasília – D.F. ([cristinammoura@unb.br](mailto:cristinammoura@unb.br))

manutenção da família. A mulher, por dependência da proteção, antes do pai e agora do esposo, submetia-se ao comportamento infiel do marido. Era um comportamento necessário para a sobrevivência e reprodução.

Nos anos 70, vivenciando o movimento feminista, a mulher entra em crise ao não querer mais só o papel de mãe e esposa. A maternidade deixa de ser seu destino. Outras aspirações, pessoais, profissionais e sociais, colidem com a estabilidade do casamento.

A família, então, redefine-se por novas relações sociais. Homens e mulheres passam a se ver como iguais. Logo, rompe-se o consenso das atribuições de papéis de gênero, é o fim da "superioridade" masculina. Esta igualdade de papéis gera conflitos e torna a dissolução do casamento mais fácil. (Vaitsman, 1994)

Em 1977, a Lei nº 6.515, conhecida como a lei do Divórcio, é aprovada. Surgem, assim, as relações conjugais não formalizadas. Porém, o casamento é "eterno", ou seja, propicia uma eternidade nas relações que gera. Numa separação se rompem os vínculos oficial, religioso, civil, da legitimidade do casamento. Os vínculos familiares, sociais e biológicos podem não ser rompidos.

A modificação dos papéis de gênero transforma a família em um núcleo de amor e afeto, torna-se igualitária. A manutenção do casamento e da família passa também a se estabelecer em virtude da satisfação emocional, não só em função dos filhos e da estabilidade econômica.

A atual organização cultural, econômica e política, a globalização, o favorecimento do individualismo tornam efêmeras as relações. Os amores são instantâneos, líquidos. Não há mais um ideal de comportamento nem um modelo de relacionamento, mas sim uma pluralidade de padrões.

São vários os padrões de relacionamento:

- Os baseados em afeto e companheirismo;
- Os simbióticos – dependência total;
- Os acomodados – mantido em função da comodidade financeira e social.

Sendo que os dois últimos podem favorecer o surgimento da terceira pessoa na relação.

Mesmo com toda evolução histórica, o casamento continua sendo, além de uma instituição religiosa e jurídica, um sonho de felicidade. E a família continua sustentada no princípio moral da monogamia.

"A monogamia é essencial à sociedade capitalista, cuja base de sustentação econômica é a propriedade privada".  
(Ameno, 2000)

Então, se o casamento moderno fundamenta-se no amor e na livre escolha, porque o fenômeno da infidelidade persiste?

## **Fidelidade x Infidelidade**

“Ter um caso pode reacender o casamento”; “Trair é normal”; “Trair é da natureza humana”; “Homens traem mais que as mulheres”; “Só casamentos em crise estão sujeitos à traição”; “Eu tenho culpa de ter sido traída”. Estes são alguns mitos ainda associados à infidelidade.

O Código Civil Brasileiro, aprovado em 1916 e revisto em 2002, cita a fidelidade recíproca como um dever de ambos os cônjuges<sup>11</sup>. Já o Código Penal retirou o adultério do rol de crimes, em 2005. Antes a prática de adultério podia apenar o traidor e o amante com detenção de quinze dias a seis meses.

Amar é “estar com”, ser cúmplice, companheiro e saber compartilhar. Mas, apesar do amor ser um dos principais ingredientes de um relacionamento, ele por si só não o mantém. Existem as qualidades pessoais que favorecem o desenvolvimento e crescimento mútuo. Beck (1995) nos cita as seguintes qualidades: lealdade, sensibilidade, generosidade, consideração, fidelidade<sup>12</sup>, responsabilidade e confiança. Sendo a fidelidade um dos ingredientes da intimidade.

Para entendermos porque um relacionamento acaba ou gera traição devemos verificar o que aproximou o casal, qual é a raiz deste relacionamento, pois os sentimentos são orientados a partir do que se percebe no outro.

Um relacionamento deve ser baseado em três pilares: Comunicação, Empatia e Conhecimento. Não há como ter empatia por aquele que não conhece e, se não conhece não há comunicação. A incapacidade de comunicação é um dos muitos problemas de relacionamento.

Atualmente, para alguns o casamento representa uma fuga da solidão. Nas palavras de Ameno (2000), “não é para preservar o que somos que casamos, mas nos casamos para destruir o que somos e o que o outro é: uma individualidade”. Porém, uma relação para ser preservada deve ser constituída por três ‘pessoas’: Eu, Você e Nós. As individualidades – eu e você – devem ser mantidas para o bom desenvolvimento da relação – nós.

## **O atual discurso da Infidelidade**

Um levantamento feito pela antropóloga Miriam Goldenberg, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ<sup>13</sup> mostra-nos o atual discurso da infidelidade. A pesquisa nos apresentou que a traição para o

---

<sup>11</sup> Código Civil, art. 1566 que dispõe: “São deveres de ambos os cônjuges: I – fidelidade recíproca; II – vida em comum, no domicílio conjugal; V – respeito e consideração mútuos”.

<sup>12</sup> Grifo das autoras

<sup>13</sup> Revista Veja 16 jan 2002 pg. 76-83

homem está ligada à sexualidade. Para ele, ser infiel é transar com outra, trair a confiança da parceira, mentir e desejar outra mulher.

“Eu detestava chegar em casa e ter de inventar um monte de histórias bizarras para disfarçar minhas saídas. Cansei de estar com o casamento por um fio”.  
(Revista Veja 16 jan 2002).

Este relato de um homem de 40 anos ratifica que alguns homens estão traindo com culpa e isto têm causado estresse, arrependimento e disfunções sexuais. O estresse é causado pelas consequências. Pois, a mulher, ao saber, pode sair de casa – o que era impossível antigamente devido à dependência financeira. Hoje, com as recentes mudanças de papéis sociais no qual as mulheres também estão inseridas no mercado de trabalho, surge o fenômeno da divisão de contas, que, em caso de traição, tem gerado no homem a culpa em trair e destruir o vínculo. Há, também, o medo de ser abandonado e da sua relação com os filhos ser modificada.

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, da psiquiatra Carmita Abdo (2004) revelou que 27,5% das mulheres e 50,6% dos homens estão tendo ou já tiveram um “caso” extraconjugal ou fora de um relacionamento estável.

60% dos homens já foram infiéis alguma vez por atração, problemas no casamento ou circunstâncias. (Revista Veja, 2002)

47% das mulheres já foram infiéis alguma vez por insatisfação com o parceiro, vontade de experimentar outro parceiro, falta de amor ou atração. Logo, elas traem por motivos relacionados ao casamento e à vingança. Ela trai por desamor, decepção e raiva do parceiro. É a “vingança da Amélia”. (Revista Veja, 2002).

Para a mulher, ser infiel é trair a confiança do parceiro, transar com outro, mentir e desprezar o parceiro.

Segundo a Goldenberg (2006), existem três tipos de infidelidade conjugal:

- Traição como desejo de novidade para combater o tédio do casamento;
- Traição como autoafirmação masculina/feminina;
- Síndrome de Madame Bovary – a insatisfação afetiva leva a busca de um amor romântico que não existe.

O romance de Flaubert – Madame Bovary – é um clássico que aborda o adultério feminino. Relata uma mulher – Emma – que idealiza seu casamento e, não realizando o amor romântico com o marido – Charles – ela passa a buscá-lo em outras relações. Porém, sua idealização do amor não permite a real vivência do mesmo. O fim das expectativas românticas gera, assim, conflitos e tensões no relacionamento. Dentre elas, a infidelidade.

Os seres vivos interagem sob cinco diferentes tipos de relação: a monogâmica, na qual o ser tem um único parceiro por toda vida; a monogâmica serial, na qual o ser tem várias parceiras ao longo da vida, só que uma por vez; a poligâmica, na qual a relação acontece entre vários parceiros ao mesmo tempo; a poligênica, na qual o macho possui várias fêmeas; e, a poliândrica, na qual a fêmea possui vários machos. (Goldenberg, 2006)

Sendo um ser naturalmente social, o homem criou o casamento como uma forma de ligar-se a outra pessoa, pois a convivência humana gera crescimento humano e desenvolvimento. E, a conveniência econômica e política tornaram-no indissolúvel. Pois, o casamento além de ter sua fundamentação nas relações biológicas (mãe e filhos), relação de segurança (pai e filhos) e relação sexual homem e mulher, é uma "comunidade econômica". (Vidal, 1988)

Dentro desta perspectiva e acreditando que ninguém pode viver sozinho, a sociedade vê os solteiros como fracassados. Atribui ao homem solteiro o papel de caçador em potencial, reforçando sua masculinidade e utiliza o termo "mulher solteira", como pejorativo, em tom de desvalorização. É como se não casar em nossa sociedade significasse morrer socialmente. (Vidal, 1988). Mas, e aqueles que se casaram e vivem a famosa solidão a dois retratada nos consultórios de psicologia e sexologia? Será, então, o casamento a manutenção do status e/ou a evitação do sentimento de fracasso?

Será, então, que o social é efetivado apenas com o casamento? Não, ser social é criar e manter vínculos, não só amorosos, mas familiar, de amizade e profissional. É acompanhar o crescimento do outro, descobrir o outro a cada dia. Nunca ver o outro como objeto, mas saber que ele pode ir embora. Tem que cultivar e estimular o outro. Ser é relacionar-se!

### ***O papel da amante em alguns tipos de relação***

Segundo Ameno (2000), a grande maioria da população traída procuraria o perdão do outro, caso a relação extraconjugal viesse à tona. Não há intenção do término do casamento. O homem evita a separação da esposa por esta acarretar culpa, consequência, perda financeira... Eles preferem a dor da separação da amante à culpa. A mulher tenta refazer o casamento e resgatar a ordem anterior.

"Hera, venceste a batalha. Sêmele foi fulminada e tu o tens de volta, o teu Zeus. Mas será que realmente o tens de volta? Ele voltou para casa – mas não por amor, voltou por medo e resignação". (Jellouschek, 1987).

Como retrata o mito, na concepção da esposa, a amante precisa "morrer" para a ordem ser restabelecida e o casamento mantido. A

amante seria “um cometa que arde por um breve instante e depois se apaga no universo para novamente dar lugar à ordem estável dos astros” (Jellouschek, 1987). A paixão, dedicação e amor perturbam e, então, precisam ser sufocados e sublimados.

Mas, o que é um triângulo amoroso? A relação extraconjugal tem algum significado? As pessoas e as relações têm valor e significado em si mesmas. E, segundo Ameno (2000), “a vivência de um triângulo amoroso tem o papel primordial de preservar o casamento como instituição monogâmica tradicional”.

Para alguns, a infidelidade é apenas a falta de cumprimento ao acordo de exclusividade sexual dentro de um relacionamento monogâmico. Isto por acreditarem que o vínculo entre o casal é fortalecido com o sexo, esquecem que respeito, companheirismo e amor valem mais que uma transa. O sexo em si é um dos propósitos da infidelidade, mas não é o seu fim.

Como a ausência da individualidade é o grande mal do casamento, à primeira vista, o relacionamento extraconjugal aparece como uma forma de retomar a individualidade, de experimentar desejos próprios, íntimos e individuais. Assim, não há como explicá-los e nem como compartilhá-los com o companheiro. Com o surgimento da amante, a pessoa abandona momentaneamente a sociedade, a relação preestabelecida, para viver novamente como indivíduo, como ser desejante. (Ameno, 2000). Contraditoriamente, sob este ponto de vista, seria uma alternativa saudável manter o casamento sem precisar abdicar de seus desejos mais íntimos.

Esta relação extraconjugal é definida pela intensidade do relacionamento. É a experiência do eu em seu estado mais puro. É o prazer de ser. Não que não haja esta intensidade no casamento, mas por a relação com o/a amante ser uma relação mágica e isenta de responsabilidade, a intensidade parece ser superior. Neste contexto, a amante é cúmplice e mantém o casamento por favorecer o desenvolvimento da individualidade.

As relações em que as amantes são cúmplices são relações baseadas em luta de poder. Quando há luta pelo poder do casal em conflito, a esposa, geralmente, tem a função de cuidar da casa e da educação dos filhos. Sem ter ajuda do marido, ela domina este aspecto. Já o marido tem a função de trabalhar e prover a família, mas não tem poder de intervenção. Muitas vezes a própria esposa repele o marido das tarefas de casa, o que o torna desvalorizado. Não há reconhecimento nesta relação, apenas a busca pelo poder – matriarcal e patriarcal.

O ciúme, a vingança e a desconsideração são sentimentos que podem existir no casamento, pois, em algumas relações baseadas em poder, esposa e marido não podem concordar um com o outro, tem sempre que haver o mais poderoso. Independente do assunto, o objetivo é o poder e, assim, a guerra no casamento.

Nesta busca pelo poder há a busca por aliados. Geralmente a mulher busca reforço nos filhos enquanto os homens nas amantes. A amante o ajuda em sua reconstrução, tendo, inclusive, a sexualidade retomada. Porém, isto reforça que com ele não há nada de errado.

“Às vezes temos a impressão de que eles deixam tudo preparado exatamente para serem descobertos”. (Jelloschek, 1987).

Ao ser descoberto o romance, a amante torna-se cúmplice indireta da esposa por ajudar a ratificar a ideia de que o fim do casamento se deu pela traição do marido. Reforça a ideia de que com ela não há nada de errado. Assim sendo, ambos usam a amante para manterem a luta pelo poder, sendo ela fulminada nas frentes de combate. Mas, na verdade a/o amante não é a causa de nada, pois os sentimentos já existiam. A casa já estava caída antes da/o amante entrar.

A esposa está protegida pelo casamento, ela tem a certeza e a segurança da relação. Já a amante surge e vive às sombras, ela é a válvula de escape para as lamentações e necessidades que gera compreensão e satisfação. Ela faz vir à tona problemas já existentes na relação. Surge como uma alternativa de evitar o conflito. Ela retarda a desintegração da relação, é um fator de equilíbrio temporário.

Existem relacionamentos nos quais a esposa sabe da amante e a mantém para conservar o equilíbrio da relação. Não ter que conversar sobre os problemas. Não há confrontação logo não há separação. Que poder é este dado à esposa que define não poder haver nem confronto nem diálogo? Será o poder social?

Em nossa sociedade a mulher casada é supervalorizada. Ela “ganha” com o casamento os amigos e família do marido, muitas vezes tendo de abdicar dos seus familiares, amigos e amigas, principalmente solteiros. Este status de mulher casada pode ter um preço alto, porém, como retorno ela pode ter o poder de definir a relação. O que, por consequência, traz à imaginação que este poder social acarreta um poder subjetivo – ao subjugar-se à traição.

As consequências da infidelidade para o cônjuge traído variam conforme se estrutura o casamento. Alguns sentimentos invariavelmente estão presentes no momento da descoberta do “caso”: raiva, incredulidade, sentimento de perda, falta de autoconfiança, etc. Se o casamento não é desfeito, ambos – traidor e traído – se veem frente à tarefa de refazer a relação. Experimentam o luto, já que o modelo de casamento que tinham agora está extinto. Precisam aprender novamente a construir o casal. Nessa fase reinam a desconfiança se dará certo, a vontade de curar a dor, a dúvida se o perdão é possível. Para conseguirem tal tarefa, será necessário rever problemas que já experimentavam antes do caso extraconjugal surgir nessa relação. (Matarazzo, 1996).

Quando a esposa sabe e aceita, a amante tem a função estabilizadora. Ela é o ponto de equilíbrio da relação. Quando a esposa descobre e não aceita, ela culpa a amante, assim continua sem ter que olhar para suas responsabilidades, exime a si mesma e ao marido das responsabilidades. A amante vira o 'bode expiatório'.

A amante torna-se 'a crise' e 'a crise' sendo exterminada, o casamento pode recuperar-se. A fachada do casamento, é claro! A aparência social é restabelecida, mas as dificuldades da relação não foram sanadas.

Segundo Ameno (2000), sua pesquisa comprova que o triângulo amoroso preserva o casamento. Porém, a infidelidade é da pessoa com ela mesma, com seus próprios desejos.

"Quem traiu primeiro: aquele que não deu carinho e afeto, propiciando um espaço de esvaziando o relacionamento ou, quem foi buscar fora do relacionamento outra relação?" (Pereira, 2000).

Ninguém é vítima da situação de traição. Para Schlessinger (2003), "nós buscamos e aceitamos aquilo que achamos que merecemos". Todos os envolvidos são pessoas que não estão se comportando com maturidade. E, a infelicidade e vitimização não eximem as pessoas da responsabilidade das escolhas.

As coisas não mudam por si só. Muitas vezes sair do relacionamento não é o bastante, o desenvolvimento e o crescimento devem ser devidamente conquistados. No amor adulto há de prevalecer a conversa, o desenvolvimento individual e do casal e não a disputa de poder e manutenção de papéis, que pode gerar infidelidade.

Relações que favoreceram a cristalização dos envolvidos e/ou a solidão a dois, surge a culpa e a sensação de desperdício. Pode aflorar daí a amante, que fará o brilho renascer e, segundo Jelloschek (1987) "a recuperação do tempo perdido e da autoconfiança abalada parecem, ao lado dela, tornar-se inesperadamente realidade".

Ter uma relação extraconjugal pode tornar-se um círculo vicioso, no qual se trocam as pessoas, mas não o padrão de comportamento. Pode acontecer, inclusive, no caso da amante tornar-se esposa. Se não houver confrontação com os fatos, o padrão de comportamento permanece.

É comum a confusão entre a amante e a prostituta. Contudo, se a prostituição é a profissão mais antiga do mundo, a infidelidade é o entretenimento marginal mais antigo da humanidade. Sempre existiram. São traições com diferentes consequências. A traição com a amante gera mágoa, ocorre no mundo privado e gera sentimentos que ameaçam o casamento.

A traição com a prostituta gera repugnância em função de doenças que podem ser passadas – em tempos de AIDS a preservação da saúde

física e mental é mais que uma questão moral. Ocorre no mundo público e gera sensações que não ameaçam ao casamento.

### **Considerações finais**

O coração bate mais rápido. A pele fica ruborizada. A temperatura do corpo aumenta. Altera o estado de consciência. Aumenta o desejo sexual. Sensação de bem-estar. PAIXÃO!

A paixão é extremamente valorizada na nossa sociedade. E esta valorização tem tornado a vida conjugal mais difícil, pois o caráter temporário da paixão conspira contra a união estável ou contra a expectativa de uma união. A euforia da paixão tem um fim, podendo tornar, assim, as relações efêmeras. A paixão está, também, ligada ao proibido. O que tornaria mais excitante a relação, também proibida, com a amante.

Porém, se a paixão acaba, acaba também a relação? Se há respeito, afeto, admiração e vida sexual amorosa, esta paixão pode ser transformada em amor, em uma ligação afetiva que mantém a relação estável.

A infidelidade já teve significados muito diferentes para homens e mulheres. Mas hoje, com as recentes mudanças de papéis sociais, ambos têm concordado que ser infiel pode ser: trair a confiança do parceiro, transar com outro, mentir e/ou desrespeitar o parceiro.

Sentimentos como baixa autoestima, dificuldades sexuais, perda da confiança no parceiro costumam aparecer após a ciência de uma traição. E, assim, estremeceem as bases da relação.

Logo, o que vem acontecendo atualmente, em termos de relação, é a 'monogamia sucessiva', ou seja, as pessoas continuam se casando, porém as relações têm durado o tempo da paixão. Mas, mesmo assim, a fidelidade é importante nas relações.

Podemos, assim, concluir com o que o psiquiatra americano John Gottman afirma: "Aquilo que mata o casamento não é o fim da paixão, mas a falta de interação entre esse casal". E, essa falta de interação, a falta dos três pilares básicos (comunicação, empatia e conhecimento) de uma relação, seja ela casamento ou não, tem favorecido a infidelidade.

### **Referências Bibliográficas**

- ABDO, Carmita. (2004) **Estudo da vida sexual do brasileiro (EVSB)**. São Paulo, Editora Bregantini.
- AMENO, Angenita.(2000) **A função social dos amantes - na preservação do casamento monogâmico**. 3ª edição. Belo Horizonte: Autêntica.
- BECK, Aron. (1995) **Para além do amor**. Rio de Janeiro, Rosa dos tempos.

- CARELLI, Gabriela. (2002) *A vida antes e depois da paixão*. **Revista Veja**, pg. 122-130, 05 de junho.
- COREY, Michael.(1992) **Adulterio**. São Paulo, Mercuryo.
- FLAUBERT, Gustave.(1999) **Madame Bovary**. Rio de Janeiro, Ediouro.
- GAY, Peter. (1988) **A experiência burguesa da rainha Vitória a Freud: A educação dos sentidos**. São Paulo, Companhia das letras.
- GOLDENBERG, Mirian. (2006) **Infiel - Notas de uma antropóloga**. Rio de Janeiro, Record.
- JELLOUSCHEK, Hans. (1987) **Sêmele, Zeus e Hera - o papel da amante no triângulo amoroso**. São Paulo, Cultrix.
- MATARAZZO, Maria Helena. (1996) **Encontros, desencontros e reencontros**. São Paulo, Editora Gente.
- PEREIRA, Rodrigo da Cunha. (2000) **A sexualidade vista pelos tribunais**. Belo Horizonte, Del Rey.
- PINHEIRO, Daniela. (2001) **Traição - Relações cada vez mais perigosas**. Revista Veja, pg. 76-83, 16 de janeiro.
- SCHLESSINGER, Laura. (1994) Perdão Insensato. In SCHELESSINGER, Laura. **Dez coisas insensatas que as mulheres insistem em fazer para complicar suas vidas**, p. 184 - 210. Rio de Janeiro, Objetiva.
- SARMATZ, Leandro. (2001) *Monogamia Monotonia?* **Revista Superinteressante**, p.70-73, novembro.
- SPRING, Janis. (1996). ***After the affair***. New York, Harper Perennial.
- VAITSMAN, Jeni (1994). **Flexíveis e Plurais - Identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro, Rocco.
- VIDAL, Marciano. (1988) Sexualidade e casal humano. In VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes II Ética da pessoa**, p. 819 - 830, São Paulo, Santuário.
- VIORST, Judith.(1988) Amor e Ódio no casamento. Em VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**, p. 191 - 210, São Paulo, Melhoramentos.

## A VISÃO DA SEXUALIDADE E SENTIDO DE VIDA À LUZ DA TEORIA DE VIKTOR E. FRANKL

Sexuality and sense of life in Viktor E Frankl's approach

Maria Helena Brandalise<sup>14</sup>

Ana Lúcia N. Bráz

### RESUMO

Este estudo tem como proposta apresentar uma revisão de literatura sobre a visão de Viktor Frankl, sobre o tema 'sexualidade e sentido de vida'. **Metodologia:** Revisão de literatura. **Conclusão:** Existe relação entre a sexualidade e o sentido de vida. Para evitar tantos conflitos em torno da sexualidade é preciso uma orientação integral, bio-psyco-social-espiritual, necessária à construção de um futuro projeto de vida, para identificar modos de vivenciar o amor, e lidar com o sentido concreto de situações reais, que ajude as pessoas a viver uma vida mais humanizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sexualidade; Sentido de vida; Terapia Sexual.

### ABSTRACT

This study aims to present a review of the literature on the vision of Viktor Frankl, on the theme "sexuality and sense of life". Methodology: a Review of the literature. Conclusion: There is a relationship between sexuality and the meaning of life. To avoid many conflicts around the sexuality and we need a full orientation, bio-psycho-social-spiritual, necessary to the construction of a future project of life, to identify ways of experiencing the love, and dealing with the specific meaning of real situations that helps people to live a life more humanized.

**KEYWORDS:** Sexuality; Meaning of life; Sexual Therapy.

### INTRODUÇÃO

Este estudo tem como proposta apresentar uma revisão de literatura sobre a visão de Viktor Frankl, sobre o tema 'sexualidade e sentido de vida'.

A motivação para esta abordagem foi o modo como Frankl apresenta a motivação para a descoberta do sentido da vida. Tal abordagem é significativa e cativante, pois revela o princípio da Logoterapia que é manter os aspectos da dignidade humana, e da criatividade no ser humano de forma consciente, porque a consciência é a intuição única e singular em cada pessoa que se relaciona na integração do presente, passado e futuro (noção de movimento). Portanto,

---

<sup>14</sup> Psicóloga Clínica CRP 06/53464

E-mail: [mhbrandalise@terra.com.br](mailto:mhbrandalise@terra.com.br)

Maria Helena Brandalise

rua França Pinto 55/51- CEP: 04016-030 – São Paulo –SP - Brasil

Fone: (11) 5571-0649 – Cel: (11) 97203829

consciência é um órgão de sentido na concepção de Frankl, compreensão com a qual a autora deste estudo se identifica.

Frankl (1989) percebendo a importância e a necessidade de esclarecer, orientar, atualizar sobre as questões da sexualidade, aconselhava que os professores, médicos, psicológicos, entre outros, estudassem os manuais sobre técnicas sexuais, e afirmava: “você precisa andar informado, você precisa libertar-se de preconceitos” (p. 25).

A questão que se apresenta neste estudo é a busca da compreensão, de maneira qualitativa, sobre o fenômeno da sexualidade e sua relação com o sentido da vida. Assim, questiona-se: se a sexualidade no século XXI parece ser tão liberal, porque o ser humano encontra tantas dificuldades, tantos desencontros e angústias? Existe relação entre sexualidade e sentido de vida?

Para responder a estas questões, foi realizada uma revisão de literatura sobre os conceitos-chaves na Teoria de Viktor E. Frankl, de modo a possibilitar uma conclusão sobre o tema.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Sexualidade e sentido de vida**

Frankl (1989) fala da ‘falta de sentido de vida’. De acordo com o referido autor, pesquisas indicam que o ‘vácuo existencial’ (vazio existencial) é o estado predominante do ser humano no século XX. Tal fato aponta para a “existência de uma crescente neurotização do ser humano” (p. 10-11).

A Teoria de Frankl demonstra que

“O ser humano já não conta com tradições que lhe diziam o que fazer; assim muitas vezes parece já não saber o que quer, e acaba por fazer aquilo que outros querem, exigem e o resultado é o conformismo, a massificação da sociedade atual. A frustração existencial parece ser um dos componentes responsáveis por esses fenômenos mundiais” (FRANKL, 1989, p. 12).

Desta forma, o ser humano encontra dificuldades para suas escolhas e tomadas de decisões com responsabilidade e liberdade, frente às influências externas, em muitos casos, proporcionadas pela mídia televisiva, bem como por outros veículos de comunicação, como a Internet.

Frankl (1989) denomina a esta situação de ‘Neurose Noôgenica’, que tem como causa a frustração existencial, que se cristaliza em forma de sintomas neuróticos, e tem início com uma situação psicológica provocada por fatores espirituais, ou seja, relacionados a valores. Cumpre observar que a psicogênese é causada por distúrbios instintivos ou afetivos e a somatogênica é caracterizada, pelo autor em comento, como proveniente de problemas fisiológicos ou corporais.

De acordo com Frankl (1989),

“A inflação da sexualidade, como fator de o instinto sexual se hipertrofiar facilmente, tendendo a ocupar o espaço pelo vácuo existencial. Pois como todas as inflações, a inflação sexual anda de braço dado com uma desvalorização e uma desumanização. (...) A sexualidade humana é muito mais que mera sexualidade, pois é o veículo, a encarnação, a expressão física de relações metassexuais entre determinadas pessoas. É o meio de expressão do amor (...) e é somente na medida em que é veículo desse amor que se torna verdadeiramente humana, e contribui para a felicidade e para a paz da pessoa humana” (p. 23-24).

Atualmente, é possível observar muitas pessoas que são levadas pela doutrinação de que o amor é sexo. Estas pessoas acreditam na confusão de que o amor não passa da educação reprimida. Portanto, levar em conta o contexto em que a sexualidade é vivenciada nos dias atuais, as mudanças na educação, na socialização das pessoas e a mudanças de enfoques primordiais e expressão da sexualidade; bem como na forma de vivenciar a sexualidade, pois esta não é apenas uma reação aos estímulos eróticos e ao potencial da pessoa, mas deve ser entendida como um conjunto de fatores biopsicossociais, que se relacionam à vida sexual.

### **O ser humano e suas dimensões**

Frankl concebe a visão do ser humano como uma totalidade de corpo mente e espírito – unidade antropológica e multiplicidade ontológica –, ou seja, define o ser humano em sua essência.

No que se refere ao ser humano enquanto unidade antropológica, Frankl (1989) define as dimensões bio-psíquica-social-espiritual<sup>15</sup> do Homem:

- Dimensão física: é a base orgânica celular, estrutura fisiológica, processos bioquímicos.
- Dimensão psíquica: impulsos, sentimentos, emoções, comportamentos, dotes intelectuais, vivências sociais.
- Dimensão social-espiritual: decisão, intencionalidade, interesse artístico, sensibilidade ética, religiosidade, compreensão de valores.

---

<sup>15</sup> Espiritual não se confunde com uma conotação mística ou religiosa. Na teoria de Frankl, espiritual é toda a essência do ser, com sua dimensão de liberdade e valores.

- Dimensão espiritual/noética: esta dimensão une as outras dimensões; esta dimensão proporciona ao ser humano o transcender, no que se refere ao sentido da vida, ao que ele é no seu caráter de único e irrepetível, que vem a ser um fator que dá sentido a sua existência.

Frankl, em sua teoria, leva em consideração a totalidade do ser humano, portanto, além de ver o físico no ser humano, deve ser visto também a sua essência, ou seja, a parte espiritual.

## **Amor**

A pessoa em sua estrutura pode tomar diferentes atitudes frente à vivência do amor e a vivência do outro, nesse amor com quem ama. As três dimensões bio-psico-social da pessoa humana correspondem, também, as três possíveis formas de atitudes:

- A mais primitiva é a atitude sexual: a aparência física de uma pessoa emana um atrativo sexual e desencadeia em outra sexualmente pré-disposta, o impulso sexual, afetando-a na sua corporeidade.
- Forma é a atitude erótica: esta atitude não é a que o ser humano sente-se excitado, pois há nela algo mais do que o mero desejo sexual, ou seja, considera-se a corporeidade da outra pessoa como o estado mais externo da sua pessoa. O ser humano que toma a fundo uma atitude erótica, não se fixa no externo, vai mais a fundo do que meramente sexual, penetra a camada mais profunda que considera a terceira atitude.
- A camada anímica: é a atitude de identificar-se pelo nome, de paixão, de namorados. As qualidades físicas excitam sexualmente, mas as qualidades 'anímicas', são as que tornam as pessoas 'enamoradas', comovidas na sua emocionalidade anímica, movidas pela psique própria da outra pessoa.

De acordo com Frankl (1989, p. 175) "o amor é a forma mais elevada possível do erótico", enquanto representa a mais profunda penetração na estrutura pessoal da outra pessoa; o entrar em relações com ou outro, com algo espiritual. Significa a mais alta forma de companheirismo.

O amor é, portanto, a atitude que se relaciona diretamente com a pessoa espiritual do ser amado, com a sua pessoa, precisamente no que ela tem de exclusivo "caráter de algo único e irrepetível" (FRANKL, 1989, p. 175).

Não se pode falar de sexualidade sem falar de amor, pois a pessoa humana sendo capaz de transcender, por ser espiritual, é portadora de qualidades anímicas e físicas para as pessoas que toma a atitude erótica ou sexual; é como pessoa espiritual o que se encontra por trás daquelas aparências sexuais e a atitude do namorado, é o que nas aparências físicas e anímicas são consideradas como “roupa respectivamente exterior e interior que a pessoa espiritual traz vestida – vestida, personalidade de linho fino – e que transparece” (FRANKL, 1989, p. 175).

Percebe-se, então, que o amor é um ato de coexistência, ou seja; que supera a satisfação de uma necessidade fisiológica e isto parte da dimensão anímica, entre o social e o psicológico. Portanto, o amadurecimento sexual aponta para o espiritual, enquanto que a sexualidade erótica aponta para o psicológico.

### **Objetivo da terapia sexual**

Frankl (1989) apresenta a ‘hiper-intenção’, que são dois elementos que geram problemas no campo da sexualidade: a *peer pressure* e os *pressure groups*.

A *peer pressure* é a pressão exercida pelo ambiente social o qual a pessoa pertence; que consiste na excessiva importância atribuída ao desempenho também no âmbito sexual: “você tem que ser potente”, precisa ter tantos orgasmos, etc. A pessoa sente-se compelida a ter relações sexuais, porque isso conta muito para ser reconhecida e valorizada entre os seus colegas (FRANKL, 1989, p. 25).

Essa cobrança competitiva deforma a sexualidade desde jovem, quando se submete, bem como o efeito dos *pressure groups* (grupos de pressão). Segundo Frankl (1989), a indústria do sexo, a indústria da libertação sexual e do esclarecimento, a dança ao redor do ‘porco dourado’ (expressão usada por Frankl para se referir à atividade da indústria que explora o filão de ouro do sexo e da pornografia).

Fizzotti (1997) afirma que o “sexo é comercializado, banalizado, confeccionado e envolto em celofane, divulgado nos anúncios das revistas, no cinema e no teatro” (p. 26). Desta forma, a sexualidade radica-se no vazio existencial, na desvalorização. A sexualidade sadia tem em seu agir um modo de fazer com que ela seja humana, utilize os meios modernos para humanizar, valorizar e não desintegrar.

Frankl (1989) faz alusão sobre os distúrbios neuróticos sexuais, e acrescenta que “para quem ama, o ato sexual é expressão física de uma ligação anímico-espiritual” (p. 199); que precisa esperar pelo seu desenvolvimento gradual e ser despertado, para evitar uma neurose sexual denominada a expectante. Portanto, o paciente sente-se obrigado a realizar um ato sexual, que pode ser exercido pelo companheiro (a), ou pelo próprio ‘eu’, quando faz um programa com dia e hora marcada.

Neste contexto, a psicoterapia tem o papel de quebrar o círculo da influência da angústia expectante sexual, ou seja, quando a pessoa sente-se coagida a tal ato.

De acordo com Kaplan (1978, p. 3),

“A análise utilizada tem o objetivo de favorecer o insight, ou seja, despertar uma introspecção, compreensão, autovisão de elementos psíquicos, de conflitos, temores e desejos inconscientes que podem estar na raiz das dificuldades sexuais do paciente. Esta análise leva o casal a se confrontar com os efeitos destrutivos de seu comportamento recíproco, e tenta torná-lo consciente das forças infantis e de transferências inconscientes que deram origem e compreender as condições comportamentais em que se alteram as contingências desadaptadas do esforço que produz as ansiedades sexualmente destrutivas e os padrões de comportamento antierótico em relação a sua realização sexual.”

A vida sexual humana é sempre e per si, algo mais que mera vida sexual, justamente na medida em que constitui a expressão, para se por ao serviço do próprio prestígio ou até ao serviço exclusivo do gozo.

A prevenção de distúrbios neuróticos sexuais baseia-se numa educação, voltada para a capacidade de amar e de entrega de si mesmo.

Nesse sentido, para que o jovem possa fazer seu caminho e amadurecer com solidez, se faz necessário pontuar ‘diretrizes de pedagogia sexual’, ou seja, uma educação a qual oriente ao jovem, propostas do confronto entre a realidade humana com as potencialidades e limites pessoais, bem como levar em conta o desafio da problemática afetivo-sexual, a qual pede um caminho de orientação em direção a uma progressiva educação e conscientização para a liberdade e responsabilidade frente à vida, e isso pode oferecer-lhe um maior conhecimento de si mesmo e alcançar um equilíbrio saudável entre o biológico, o psicológico, o social e o espiritual.

Uma psicoterapia da ‘necessidade sexual’ permite formular conclusões retrospectivas quanto à psicogênese. É necessário proporcionar aos jovens em questão, a companhia de pessoas da mesma idade, de ambos os sexos. Feito isto o jovem será capaz, mais cedo ou mais tarde, de encontrar um companheiro (a) no sentido erótico e não no sentido sexual da palavra.

## **CONCLUSÃO**

Em resposta às questões apresentadas na introdução, é possível afirmar que sim, existe relação entre a sexualidade e o sentido de vida.

Para evitar tantos conflitos em torno da sexualidade é preciso uma orientação integral, bio-psico-social-espiritual, necessária à construção de um futuro projeto de vida, para identificar modos de vivenciar o amor, e lidar com o sentido concreto de situações reais, que ajude as pessoas a viver uma vida mais humanizada.

Portanto, se faz necessária, sobretudo aos jovens, uma orientação clara, de valores éticos, de conhecimentos do próprio corpo biológico, e isto não se aprendem, apenas na sala de aula, mas sim, na integração do bio-psico-social-espiritual. É preciso educar no sentido da sexualidade como sentido de vida.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- FIZZOTTI, E. (1997). **Conquista da liberdade. Proposta da Logoterapia de Viktor E. Frankl.** São Paulo: Paulinas.
- FRANKL, V.E. (1998). **Psicoterapia e sentido de vida.** São Paulo: Editora Quadrante.
- FRANKL, V.E. (1989). **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo.** São Paulo: Editora Santuário.
- KAPLAN, H.S. (1978). **Manual ilustrado de terapia sexual.** São Paulo: Manole.

# Associação Brasileira de Editores Científicos

