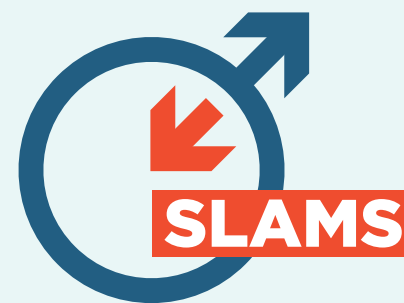


VOL. 01 | MAI-AGO
Nº 02 | 2012

ReLAMMS

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



EDITORIAL:
NUNCA IMAGINÉ

IMPOTÊNCIA, DISFUNÇÃO
ERÉCTIL E VIRILIDADE
- SUBJECTIVIDADE NA
PERDA DE ERECCÃO

QUALIDADE DA FUNÇÃO
SEXUAL FEMININA NA
PÓS-MENOPAUSA

CARACTERIZAÇÃO
PSICOSSOCIAL DE
PACIENTES SUBMETIDOS
À CIRURGIA DE
TRANSGENITALIZAÇÃO

EJACULAÇÃO
PREMATURA: "SÍNDROME"
DA VIDA DO SÉCULO XXI

SLAMS2013

EDITORIAL: NUNCA IMAGINÉ

JUAN CARLOS A. SPERANZA

A partir del momento en que me propusieron escribir este editorial, los recuerdos se agolparon furiosamente en mi mente.

¿De qué manera se puede expresar en forma sucinta todo lo que ocurrió, en los últimos cuarenta años, en el área de la sexualidad humana y sus disfunciones?

Los que recordamos ese entonces, vemos que no existía la armónica conjunción de factores que componen la Medicina Sexual actual. En los años setenta, ese enfoque estaba detentado por los psicoanalistas, en forma prácticamente hegemónica y algo balbuceante.

En realidad, el estudio del funcionamiento del pene, constituyó el verdadero fulcro de la investigación; y el arranque y puesta a punto de los abordajes terapéuticos eficaces.

Bajo esta nueva cobertura científica, algunos grupos de hombres entusiastas decidieron reunirse para fundar sociedades para el estudio de la sexualidad humana.

Como todos los inicios, a veces fue tumultuoso y otras tímidamente desordenado; pero, indudablemente, siempre primó el entusias-

mo y la eficaz capacidad científica de muchos profesionales que fueron aportando y ordenando la investigación básica y la clínica. Esto fue lo que permitió el entendimiento de los mecanismos de la erección, y además, la necesidad de una colaboración multidisciplinaria para el avance de nuestros conocimientos y la mejor asistencia de los pacientes.

De esta manera, pusimos la piedra fundamental de SLAI en Latinoamérica. Su primer Congreso se realizó en Buenos Aires, hace 20 años, y tuve el enorme honor de ser su Presidente, sin imaginar en aquel momento el incalculable desarrollo y alcance que tendría nuestra Sociedad hasta llegar a su actual internacionalización y prestigio.

Este editorial, es un justo homenaje a los hombres que con su dedicación y esfuerzo hicieron posible este enorme y brillante edificio.

Espero y deseo que SLAMS continúe creciendo y desarrollándose en su rumbo altruista, para velar por la Calidad de Vida de nuestros pacientes.

Juan Carlos A. Speranza
Buenos Aires, Argentina



LINKS DIRECTOS NAVEGAÇÃO EXPRESSA

HACER CLIC EN LA MATERIA Y VAYA A LA PÁGINA
CLIQUE NA MATÉRIA E VÁ PARA A PÁGINA.

EDITORIAL

Nunca Imaginé
Juan Carlos A. Speranza

ARTICULOS ARTIGOS

Impotência, Disfunção
Eréctil e Virilidade
- Subjectividade na
Perda de Ereção
Mário Lourenço

Qualidade da Função
Sexual Feminina na
Pós-Menopausa
Sandra Mara Viana Peres

Caracterização
Psicossocial de
Pacientes Submetidos
à Cirurgia de
Transgenitalização
Carlos A. Cury

Ejaculação Prematura:
“Síndrome” da Vida
do Século XXI
Ricardo Leão

EQUIPO EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsables
Editores responsáveis
Cila Ankier,
Fernando Nestor Facio,
Lúcia Pesca

Junta Diretiva SLAMS
Diretoria SLAMS

Presidente
Sidney Glina

Vice-Presidente
Isbelia Segnini

Tesorero
Tesoureiro
Afif Abdo

Secretário
Adrian Momesso

Consejo Editorial
Comitê editorial
Eusebio Rubio Auriolles
Gomez Reynaldo
Guillermo Gueglio
Isbelia Segnini
Julio Ferrer
Silvia Acosta Flores
Teresita Blanco

Desarrollo Web
Webmaster
Bernardo Signori

Diagramación
y Diseño Grafico
Diagramação
e Projeto Gráfico



www.zupidesign.com

Instrucciones a los autores
Instruções aos autores
www.slamsnet.org/relams

Contacto
Contato

Av. Santa Fe 2926, piso 3D, 1425 - Buenos Aires, Argentina
tel. +54 11 4822.1350 | fax +54 11 4826.2832
relams@slamsnet.org

Los editores no tienen responsabilidad por las informaciones de los artículos firmados. Se permite la reproducción de parte o del contenido completo de esta publicación, siempre que la fuente y el autor sean citados, sin cambiar el contenido.

Os editores não têm responsabilidade pelas informações dos artigos assinados. É permitida a reprodução de parte ou do conteúdo inteiro dessa publicação, desde que a fonte e o autor sejam citados, sem alterar o conteúdo.

IMPOTÊNCIA, DISFUNÇÃO ERÉCTIL E VIRILIDADE - SUBJECTIVIDADE NA PERDA DE ERECCÃO

MÁRIO LOURENÇO

RESUMO

Ocorreu uma mudança notável na última década no domínio da definição teórica e da nosologia das disfunções sexuais. Conceitos como impotência e frigidez foram abandonados pelos médicos. Mas, no caso concreto, da Disfunção Eréctil (DE) estamos perante uma patologia que recebe muitas influências culturais, das quais a mais importante tem a ver com a noção de virilidade. A literatura médica tem dado pouca atenção às manifestações e aos condicionantes da virilidade.

É relatada uma experiência pessoal de acompanhamento de doentes com DE (N = 116 doentes) numa consulta de Sexologia Médica num Hospital Central. Os resultados revelaram que 57% dos doentes assumiram ter a virilidade afectada, sobretudo, os sujeitos com DE Psicogénica e os que tinham DE relacionada com a Diabetes Mellitus. Chama-se a atenção para a necessidade de incluir as questões relacionadas com

a virilidade nas rotinas hospitalares e nos protocolos clínicos.

Palavras-chave: homem; virilidade; cultura; disfunção eréctil

FALTA DE ERECCÃO: UM PROBLEMA ANTIGO - OLHARES MÁGICOS E CIENTÍFICOS

A expressão “Disfunção Eréctil” (DE) é, por excelência, técnica e clínica, mas também serve de metáfora científica a uma palavra ancestral: **impotência**.

Este vocábulo perde-se nos meandros da História da Humanidade, cruza todas

as civilizações e socio-culturalmente desperta muitas paixões. A primeira evidência escrita dos problemas da erecção remonta à civilização suméria, num texto religioso encontrado no templo de Istar (Brenot, 1995).

No passado, o conceito de **impotência** era empregue de forma generalizada, designando qualquer obstáculo ao sucesso sexual, desde a perda da libido, passando pela incapacidade para satisfazer uma mulher, pela anorgasmia, até qualquer coisa errada ligada à vida sexual do homem (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).



A Disfunção Eréctil sempre suscitou receios e rodeou-se de múltiplos mitos e tabús.

Fenómenos marcadamente culturais como o Koro testemunham a persistência no séc. XX de crenças místicas e acientíficas, que durante muitos séculos dominaram a compreensão da Sexualidade Masculina, sobretudo, na sua vertente disfuncional (Bly, 1994). O Koro é característico de alguns povos do sudoeste asiático e tem a ver com a convicção de que quando o pénis se retrai e acaba por desaparecer, sendo absorvido pela parede abdominal e a morte do indivíduo acaba por

acontecer. A ausência do pénis é entendida por estes povos como uma influência dos deuses da morte.

Ao contrário do seu equivalente técnico (Disfunção Eréctil), a palavra **impotência**, do ponto de vista subjectivo, não é neutra. Mais do que um diagnóstico, a **impotência** no masculino, reflecte um modo de ser, uma perturbação na identidade masculina.

IMPOTÊNCIA E PERDA DE VIRILIDADE

A forte carga de subjectividade de que a erecção encerra não deixa de ser reconhecida nos meios científicos, continuando a erecção a ser apresentada como indispensável para o desempenho do coito mas

acumulando essa qualidade com a de símbolo da virilidade (Rolo, 1996; Stamogiannou *et al.*, 2005).

A apreciação da importância atribuída aos genitais, como configuradores da identidade masculina, não pode ser desligada do valor cultural que é atribuído aos mesmos. Nomeadamente, os Indianos acreditam que quando o esperma se perde pela urina o homem torna-se fraco e debilitado. O esperma é encarado como um líquido vital que não deve ser desperdiçado (Bly, 1994).

O conceito de **“impotência”** remete um pouco para a própria concepção da masculinidade.

Ser homem é, antes de mais, ter um estatuto de “macho”: forte, enérgico, poderoso, capaz e potente mas, também,



fértil. As representações fálicas que encontramos nas suas mais diversas formas, desde as pinturas rupestres (no paleolítico superior era raro encontrar uma caverna sem desenhos ou pinturas fálicas), até as estilizações artísticas contemporâneas, apresentam o pénis como um exemplo de força e de pujança física (Evola, 1993; Adinkrah, 2012). A imagem fálica projecta a omnipotência do macho humano, a par de uma certa vocação mágica e fantasiosa desse símbolo (Gindin, 1989; Moreira, 1997).

Este é um dos pontos chave da discussão em torno da Disfunção Eréctil. Muito embora possa ser considerada como uma patologia intrinsecamente física ou orgânica ela “mexe” com o fundo da identidade de cada homem, como os seus medos e angústias (Welzer-Lang, 2008). Quando o órgão sexual masculino se torna disfuncional, influencia o indivíduo como um todo, deixa uma marca não dissimulada na personalidade do homem (Marshall, 2002). Ele perde o seu auto-conceito, a sua energia e perde todo o prazer pela vida. O homem disfuncional arrisca-se a auto-desvalorizar-se: acha que já não é um homem (Morris, 1997).

“O homem foi educado para não dar imensa importância aos problemas digestivos de origem nervosa, mas se ele inocentemente sofre de uma perturbação do impulso sexual de origem nervosa isso é quase um crime”.

Este comentário, da autoria de Havelock Ellis, descreve com uma grande acutilância os riscos que corre um homem ocidental quando tem a triste signa de ter problemas a nível da sua saúde sexual (*apud* Gregoire e Pryor 1993, p.3).

Centrar-se na **performance** sexual, obriga a que o erotismo masculino esteja orientado para a produção de comportamentos, que veiculam socialmente um certo modo de ser (auto-definição). Mediante a Sexualidade o homem, procura estar em paz com a sua Identidade de Género (Welzer-Lang, 2008). A prová-lo temos os casos de violação masculina. Muitos destes agressores, têm sérios problemas quanto à sua Identidade de Género. Através da violência sexual vão exhibir, de forma estranha e cruel, a sua virilidade (Bly, 1994; Morris, 1997). A Sexualidade proporciona um terreno, de algum modo, seguro para a identidade masculina. O poder, a força, a inteligência, o êxito, a saúde etc., são terrenos mais aleatórios (Mercader, 2009; Winnett *et al.*, 2012). Para a masculinidade, a Sexualidade aparece como uma moeda de troca e como uma imagem de marca: assegura, confirma e garante social e culturalmente o que é ser homem, abrindo as portas para a sua aceitação pública (Pacheco-Palha e Lourenço, 2011).

Falar de desempenho pressupõe aceitar que a Sexualidade subentende a representação de um papel (“role”), ou vários papéis em simultâneo:

demonstrar a si mesmo a capacidade para seduzir e possuir uma mulher, demonstrar a sua heterossexualidade, exibir as capacidades erécteis do seu pénis e, nesse sentido, sentir-se “normal” do ponto de vista sexual, etc. (Gindin, 1989; París, 1993; Welzer-Lang, 2008).

A prática clínica ensina-nos que o homem, quando confrontado com uma situação de Disfunção Eréctil, sente-se posto em causa e afectado a nível da sua virilidade, enquanto perturbação intrínseca de algo que já foi denominado de identidade sexual nuclear. Pretende-se com este conceito traduzir a sensação de pertença ao seu sexo biológico, estabelecida nos primeiros dois ou três anos de vida (Hoffman *et al.*, 1995; Fernández, 1996; Morris, 1997).

O homem disfuncional, ao sentir que o seu problema se perpetua no tempo, multiplicando as experiências de insucesso, acaba por reconhecer que é ele como homem que está a ser posto em causa. Vive na sua própria pele, a incapacidade de funcionar do ponto de vista sexual. Conclui, defraudado e culpabilizando-se, que para ser homem não basta ter um corpo portador de genitais masculinos. Em paralelo, igual desconforto é vivenciado por aqueles homens que são inférteis (Waynberg, 1994; Becker *et al.*, 2006). Estas experiências provocam sofrimento, atendendo a que ao longo de toda a vida se habituou a tomar consciência da sua identidade como incorporando a virilidade. Sempre aceitou

que a virilidade se materializava, sobretudo, através do sexo e da actividade sexual. A virilidade destaca-se como um elemento preponderante da identidade masculina, consubstanciando a sua imagem corporal (Porche, 2007; Winnett *et al.*, 2012). A afirmação da robustez física, assumida em práticas grupais, algumas com um forte pendore de marginalidade, como acontece durante a adolescência, decorre de uma necessidade social, mais ou menos ritualizada, de exposição do corpo másculo e viril (Del Valle e Rueda, 1991). Autores como Sims (1988), enfatizam o carácter determinante da virilidade e propõem como modelo unificador das perturbações da imagem corporal, o conceito de virilidade versus vida. Assim, os jovens e os homens asiáticos com a Síndrome de Koro, onde são patentes as preocupações hipocóndricas relacionadas com o corpo, teriam quer um medo generalizado em assumir a sua virilidade quer o receio de viver.

Nos países latinos, o vocábulo virilidade diz respeito a um conjunto de atributos físicos e sexuais do homem, assim como também possui um carácter mais generalista, aparecendo como sinónimo de masculinidade. Para os anglo-saxões, *virility* tem só a ver com as primeiras características.

As práticas sociais, como é o caso do cumprimento do serviço militar e o consumo de tabaco em público ou outros rituais de socialização, revelam-se tão importantes para

a coerência que se empresta à vivência da virilidade, quanto a sensação de controlo sobre o funcionamento dos genitais masculinos (Barak *et al.*, 1994; Courtenay, 2000).



Para os homens contemporâneos pretende-se uma renovação da imagem social, autores como Badinter (1993) apregoam o modelo do homem reconciliado: inteligente, com poder de decisão, compreensivo e afectuoso. No entanto, a virilidade apresenta-se entre as principais preocupações que mobilizam a atenção e o cuidado dos jovens neste novo século (Knight *et al.*, 2012).

Privado do sexo, como símbolo da própria virilidade, o homem disfuncional, fica de alguma forma mutilado (Badinter, 1993). Ao não ser capaz de se servir do sexo (por impotência), o homem acaba por fracassar no desejo e sensação de posse das mulheres. Torna-se em alguém incapaz de comunicar as suas emoções à parceira, não se entrega com espontaneidade ao jogo amoroso e, à medida

que a disfunção não se resolve, acaba por não se desligar das sensações eróticas confinadas ao pénis. Em certos casos, tal tendência vai reforçar uma predisposição ou prática anterior, repetida ao longo dos anos, a ponto de ser o padrão habitual de experiência da sexualidade. Muitos destes homens dirigem-se às consultas de Medicina Sexual, em busca de um meio ou de uma substância miraculosa, que lhes permita reencontrar o pénis perfeito.

A Sexualidade, ao longo da vida, foi-lhe transmitida sempre com uma dupla mensagem: enquanto que na casa paterna, na escola e na catequese as questões relacionadas com a Sexualidade foram-lhe ocultadas, desvalorizadas, criticadas, desincentivadas, desintegradas do processo global de desenvolvimento do indivíduo, na rua, na taberna, no trabalho, a Sexualidade era apresentada como uma experiência excepcional, que alimenta a própria ideia de homem como macho. Vive a Sexualidade na ambivalência: como pulsação e como excitação social, apelando sempre para uma autoidentificação. No quadro de uma masculinidade hegemónica, os órgãos genitais, são objecto de uma hipervalorização desmesurada (*“love machine”*). Tal acepção visa que a Sexualidade, por si só, seja capaz de confirmar o Género (Badinter, 1993). O homem destaca-se como um animal sexual. A mulher remete-se à sua condição de objecto de desejo. Sentir desejo sexual será uma prova da

virilidade masculina: o instinto masculino, uma força da natureza, que ele deve aprender a domar. Quanto maior o desejo sexual, mais poderosa a virilidade masculina. Os esforços exigidos aos homens, para cumprirem o respectivo ideal de masculinidade, geram perturbações afectivas, o medo de fracassar e comportamentos compensatórios (alcoolismo, etc.), que servem para cronificar, o que de início foram perdas episódicas da capacidade eréctil (Bly, 1994).

A dificuldade ou impossibilidade de obter uma erecção nunca deveria ser classificada de **“impotência”**. Não supõe a incapacidade de transmitir prazer, quando a relação amorosa corresponde a uma oportunidade para comunicar e sentir afectos com a parceira sexual. O conceito de **“impotência”** está preso de outras noções discutíveis. Presume que é a acção exclusiva do homem que deve produzir prazer na mulher. Aposta que o prazer feminino radica na relação genital. Acredita que a introdução do pénis na vagina corresponde a um sinal de **“potência”** (París, 1993; Lourenço, 1999).



RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Numa investigação realizada anteriormente em doentes com Disfunção Eréctil (Lourenço, 1999) um dos aspectos que tivemos oportunidade de estudar relacionava-se com a percepção da perda da virilidade.

Foram seleccionados 116 doentes com Disfunção Eréctil Secundária que frequentavam as consultas de Sexologia Clínica e de Aconselhamento Conjugal do Serviço de Psiquiatria e

de Andrologia do Serviço de Urologia do Hospital de São João (H.S.J., Porto, Portugal), no período compreendido entre Setembro de 1994 e Dezembro de 1997.

Esta amostra experimental estava distribuída por quatro subgrupos:

• **Diabéticos:** que abarca 34 doentes com Diabetes Mellitus tipo II e Disfunção Eréctil.

• **Orgânicos não diabéticos:** contemplando 30 doentes com Disfunção Eréctil e patologias orgânicas que não a Diabetes Mellitus tipo II. Nesta série de doentes estavam incluídas situações tão

diversas como: Traumatismos Pélvicos com lesão da Medula Espinal, Prostatectomia, Paramiloidose, Enfarte do Miocárdio, Úlcera Péptica e Esclerose Múltipla.

• *Psicogénica*: este subgrupo dizia respeito a uma população de 31 doentes, nos quais foram excluídas as possibilidades de organicidade, mediante a aplicação de um Protocolo (e que incluía a anamnese, o exame físico, exames laboratoriais e avaliação psicométrica que abrangia o Auto-Conceito, Ansiedade Estado/Traço, Inventário de Depressão de Beck e as Escalas da Experiência Sexual) que elaborámos para essa investigação mas que, em simultâneo, sofreram a influência dos factores que tradicionalmente têm sido relacionados com a psicogenia da Disfunção Eréctil.

• *Mista*: este subgrupo era representado por 21 doentes em que coexistiam os factores indicadores ou sugestivos de organicidade e algumas situações ou fenómenos que apontam para uma causalidade psicogénica.

No presente trabalho, por economia de espaço, não são apresentados os resultados das escalas de avaliação psicométrica.

O Grupo de Controlo era formado também por 116 indivíduos dos quais 33 são doentes diabéticos sem Disfunção Eréctil ou outra Disfunção Sexual e 83 indivíduos sem qualquer doença identificada, seleccionados

nas regiões norte e centro de Portugal. A amostra de doentes Diabéticos não Insulino-dependentes, sem problemática sexual, foi obtida graças à colaboração de vários colegas de Clínica Geral.

A *tabela 1* revela a caracterização genérica dos indivíduos com Disfunção Eréctil (Grupo de Estudo) e dos sujeitos sem Disfunção Eréctil (Grupo de Controlo).

A média de idades dos doentes disfuncionais foi de 49,63 (desvio padrão de 10,72; âmbito de 26-69), enquanto que a média de idades dos homens não disfuncionais foi de 50,97 anos (desvio padrão de 9,00; âmbito de 25-70), Levenês Test: $F = 4,21, p = 0,041$.

A média de anos de casados/relação marital estável foi de 25,02 para os homens disfuncionais (desvio padrão de 9,37; âmbito de 4-45) e de 27,35 para os sujeitos não disfuncionais (desvio padrão de 7,75; âmbito de 9-45), Levenês Test: $F = 4,24, p = 0,040$.

Na população final incluída neste estudo, a comparação dos homens disfuncionais ($N = 116$) com os indivíduos não disfuncionais ($N = 116$) não revelou diferenças estatisticamente significativas quanto à área de residência, vínculo laboral, classe socio-profissional, classe social e escolaridade.

No que se refere ao ordenamento dos indivíduos examinados por área de residência apuramos que 52,6% dos sujeitos da amostra experimental e 57,8% do Grupo de

Tabela 1. Caracterização geral das amostras estudadas.

	Grupo			
	de Estudo N=116		Controlo N=116	
Morada				
<i>Porto</i>	61	52,6%	67	57,8%
<i>Fora do Porto</i>	55	47,4%	49	42,2%
Trabalho				
<i>Ocupado</i>	91	78,4%	101	87,1%
<i>Não Ocupado</i>	25	21,6%	15	12,9%
Classe Socio-Profissional				
<i>Serviços</i>	19	16,4%	22	19%
<i>Operariado</i>	53	45,7%	61	52,6%
<i>Estudantes</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>Outras</i>	41	35,3%	31	26,7%
<i>Liberais</i>	2	1,7%	2	1,7%
Classe Social				
<i>Superior</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>Média</i>	16	13,8%	15	12,9%
<i>Inferior alta</i>	51	44,0%	39	33,6%
<i>Inferior</i>	48	41,4%	62	53,4%
Escolaridade				
<i>Básica</i>	101	87,1%	103	88,8%
<i>9º - 12º ano</i>	10	8,6%	12	10,3%
<i>Superior</i>	5	4,3%	1	0,9%



Controlo habitavam na área metropolitana do Porto ($x^2 = 0,627, p = 0,428$).

No Grupo Experimental 78,4% dos sujeitos tinham vínculo laboral. O mesmo sucedia com 87,1% dos elementos do Grupo de Controlo. A comparação de frequências entre as duas amostras não revelou diferenças significativas ($x^2 = 3,020, p = 0,082$).

Quer no Grupo de Estudo (45,7%), quer no Grupo de Controlo (52,6%), predominaram os elementos pertencentes ao operariado ($x^2 = 3,169, p = 0,529$).

Enquanto que na amostra experimental predominaram os sujeitos pertencentes à classe social inferior alta (44%), no Grupo de Controlo imperaram os indivíduos que integraram a classe social tipificada como inferior (53,4%), ($x^2 = 4,414, p = 0,220$).

A maioria dos sujeitos de ambos os grupos tinha pelo menos o 4º ano de escolaridade: respectivamente, 87,1% no Grupo de Estudo e 88,8% no Grupo de Controlo ($x^2 = 2,868, p = 0,238$).

A percepção de cada doente em relação à sua virilidade foi avaliada mediante uma pergunta incluída na História Clínica: “*Alguma vez sentiu a sua virilidade afectada?*”, eram dadas duas alternativas de resposta: *Sim* ou *Não*.

A *tabela 2* esclarece até que ponto os elementos da nossa amostra se sentiram diferentes dos outros homens, verbalizando que a sua Virilidade foi afectada a partir do momento em que a Disfunção Eréctil se manifestou; e, representa os vários subgrupos da Amostra Clínica ($N = 116$): doentes com Diabetes Mellitus e DE (“Diabéticos”), doentes com DE sem Diabetes (“Orgânicos

Não Diabéticos”), doentes com DE Psicogénica (“Psicogénica”) e doentes com DE Mista (“Mista”).

Os resultados revelam que 58,8% dos elementos “Diabéticos”, 36,7% dos sujeitos “Orgânicos Não Diabéticos”, 83,9% dos homens com DE “Psicogénica” e 42,9% com “DE Mista” consideraram que o aparecimento da Disfunção Eréctil veio prejudicar/lesar a sua Virilidade.

A comparação de frequências entre os quatro subgrupos alcançou uma elevada significância estatística ($x^2 = 15,94, p = 0,001$).

A Prova do x^2 desvendou que as diferenças entre o subgrupo “Orgânicos não diabéticos” e o subgrupo “Psicogénica” eram estatisticamente significativas ($x^2 = 9,94, p = 0,001$).

Idêntico resultado não foi possível obter na interacção

entre o subgrupo “Orgânicos não Diabéticos” e o subgrupo “Mista” ($x^2 = 0,19, p = 0,656$). Entretanto, já obtivemos um efeito significativo para a interacção “Psicogénica”/“Mista” ($x^2 = 9,57, p = 0,001$).

No total, 66 doentes (57% do grupo de estudo), reconheceram que a manutenção da Disfunção Eréctil lhes provocava um acentuado desconforto, desânimo e incómodo, a ponto de considerarem que já não são suficientemente “viris”, com a conotação comum que esta palavra tem no contexto socio-cultural por-

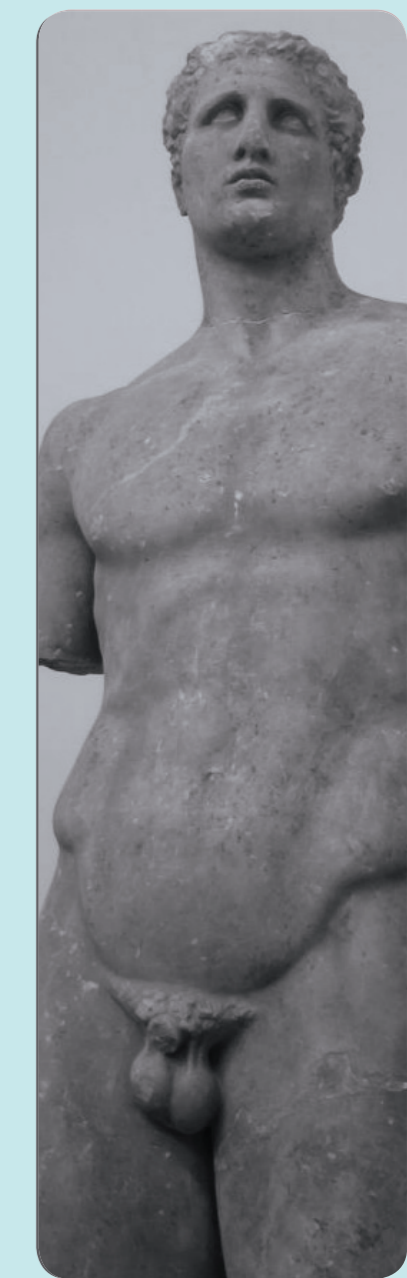


Tabela 2. Virilidade afectada.

	Diabéticos	Orgânicos Não Diabéticos	Psicogénica	Mista
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Sim</i>	2 (58,8)	11 (36,7)	26 (83,9)	9 (42,9)
<i>Não</i>	14 (41,2)	19 (63,3)	5 (16,1)	12 (57,1)

x^2 (Pearson): 15,94; $p = 0,001$



tuguês, no sentido de varonil, corajoso, destemido, enérgico, forte, robusto, másculo, sedutor, macho, etc. A vivência de mal-estar era especialmente manifestada pelos elementos da amostra psicogénica (83,9%). Em todos os outros subgrupos a Virilidade afectada era assumida, pelo menos, por 36% dos sujeitos dessa amostra. A Virilidade afectada não fica indiferente ao tempo de evolução da Disfunção Erétil, obtivemos uma correlação significativa mas negativa entre as duas variáveis: $r = -0,313$, $p = 0,001$.

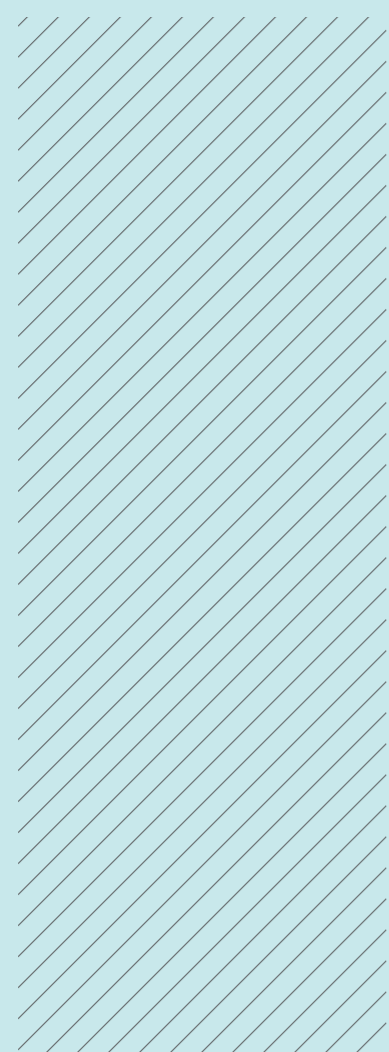
Estes resultados revelam a importância que devemos conceder a este constructo, ainda não conceptualizado do ponto de vista psicopatológico, na abordagem médica e psicoterapêutica da Disfunção Erétil.

A prática psicoterapêutica em Medicina Sexual esclarece-nos sobre a força e a acção potencialmente desreguladora dos diagnósticos. Para muitos homens, o diagnóstico de uma doença como a DE traz consigo o “rótulo” de perda da virilidade e de alteração na autoestima. A rotulação (o mau uso do diagnóstico médico) pode transformar, o que numa fase inicial se corporiza como um problema sexual, uma dificuldade transitória de interacção sexual, numa patologia crónica, de evolução tantas vezes incerta (Wylie, 2008).

Se associarmos os termos virilidade e Disfunção Erétil e os introduzirmos numa pesquisa no Pubmed, poucas re-

ferências serão encontradas. O que demonstra a necessidade de efectuarmos mais investigações médicas sobre estes conceitos e percebermos de que modo as novas terapêuticas farmacológicas poderão influenciar os aspectos psico-sociais (Shimma *et al.*, 1996; Elia *et al.*, 2005; Marshall, 2006).

Interrogar e quantificar o impacto de uma Disfunção Erétil na virilidade do nosso doente é uma obrigação de qualquer especialista em Medicina Sexual. A evidência defende a necessidade da integração deste conceito nos protocolos clínicos, devendo a actuação clínica estar centrada no casal, sempre que possível (Lourenço, 2011).



REFERÊNCIAS

- Adinkrah M. Better dead than dishonored: masculinity and male suicidal behavior in contemporary Ghana. *Soc Sci Med*. 2012;74,(4):474-81.
- Badinter E. XY a identidade masculina. Porto: Asa; 1993.
- Barak Y, Sirota P, Tessler M, Achiron A, Lampl Y. Body esteem in Israeli university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1994;31(4):292-5.
- Becker G, Castrillo M, Jackson R, Nachtigall RD. Infertility among low-income Latinos. *Fertil Steril*. 2006;85(4):882-87.
- Bly R. Iron John: una nueva visión de la masculinidad. Madrid: Gaia Ediciones; 1994.
- Brenot P. Male impotence: a historical perspective. Edição em inglês editada em Paris: L'Esprit du temps; 1995.
- Cavalcanti R e Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2a ed. São Paulo: Roca; 1997.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-401.
- Del Valle T, Rueda CS. Genero y sexualidad. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1991.

Elia D, Grivel T, Lachowsky M, Costa P, Amar E. Les médicaments de la dysfonction érectile et les femmes. *Gyn Obst Fertil*. 2005;33(9):590-3.

Evola J. A metafísica do sexo. Lisboa: Vega; 1993.

Fernández J. Varones y mujeres: desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Madrid: Pirámide; 1996.

Gregoire A, Pryor JP. Impotence: an integrated approach to clinical practice. London: Churchill Livingstone; 1993.

Gindin LR. La nueva sexualidad del varon. Buenos Aires: Paidós; 1989.

Hoffman L, Paris S, Hall E. Psicología del desarrollo hoy. vol. 1. Madrid: McGraw Hill; 1995.

Knight R, Shoveller JA, Oliffe JL, Gilbert M, Frank B, Ogilvie G. Masculinities, 'guy talk' and 'manning up': a discourse analysis of how young men talk about sexual health. *Sociol Health Illn*. 2012;Apr 4. [Epub ahead of print].

Lourenço M. Contributo para o estudo clínico da disfunção erétil: a pessoa em interacção. [Tese Doutorado]. Faculdade de Medicina do Porto. Porto, Portugal; 1999.

Lourenço M. Da eficácia à satisfação no tratamento da disfunção erétil com injeção intracavernosa: ponderações da prática clínica. *Terapia Sexual*. 2011;XIV(2):67-81.

Marshall BL. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body Soc*. 2002;8(4):43-70.

Marshall BL. The new virility: viagra, male aging and sexual function. *sexualities*. 2006;9(3):345-62.

Mercader P. Le crime dit «passionnel»: des hommes malades de l'appropriation des femmes. *Empan*. 2009;1(73):40-51.

Moreira A. Impotência sexual vasculogénica: Contributos para o seu diagnóstico e tratamento. [Tese de Doutoramento]. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1997.

Morris LA. The male heterosexual. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications; 1997.

Pacheco-Palha A, Lourenço M. Cross cultural aspects in infertility and human sexuality. In: Balon R, ed. *Sexual dysfunction II: beyond the brain-body connection*. Detroit, Michigan: S. Karger; 2011. Um volume da série *Advances in Psychosomatic Medicine*.

París C. Por qué el sexo no funciona? Barcelona: Oasis/Integral; 1993.

Porche DJ. Male body depilation. *J Nurse Practitioners*. 2007;3(1):14-5.

Rolo F. Etiopatogenia da disfunção erétil. *Geriatrics*. 1996;9(85):25-8.

Shimma E, Modernell R, Fonseca D, Oliveira W. O prazer está de volta. *Rev Globo Ciência*. 1996;54:42-9.

Sims AC. Towards the unification of body image disorders. *Brit J Psychiatry*. 1988;Jul (2, supplement): 51-5.

Stamogiannou I, Grunfeld EA, Denison K, Muir G. Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2005;17(2):142-7.

Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Paris: Simep; 1994.

Welzer-Lang D. Virilité: changements et précarisations. *Sexologies*. 2008;17(2):90-5.

Winnett R, Furman R, Enterline M. Men at risk: considering masculinity during hospital-based social work intervention. *Soc Work Health Care*. 2012;51(4):312-26.

Wylie K. The way forwards with the obsession with the penis. *Sexologies*. 2008;17(1):S46.



Mário Lourenço: *Psiquiatra e Psicoterapeuta; membro do Comité Executivo de FLASSES; Clínica do Casal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Alto Ave. Creixomil, Guimarães, Portugal. E-mail: mariopsiquiatra@gmail.com*

QUALIDADE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA NA PÓS-MENOPAUSA

SANDRA MARA VIANA PERES,
MARIA JAQUELINE COELHO PINTO

RESUMO

A pós-menopausa marca o final do período reprodutivo das mulheres, porém estudos comprovam que a qualidade da função sexual dessas mulheres pode continuar satisfatória. O objetivo deste trabalho é verificar a qualidade da função sexual em mulheres na pós-menopausa, atendidas numa Unidade Básica de Saúde. Para isso, foi realizado um estudo prospectivo, no qual foram entrevistadas 30 mulheres que já passaram pela menopausa e que frequentavam a Unidade Básica de Saúde da Família Guiomar Assad Calil, em São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo, por meio do questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). Os dados coletados foram avaliados e comparados por testes estatísticos não-paramétricos. Observou-se que a maioria das mulheres era casada, com idade entre 50 e 59 anos, com Ensino Fundamental, católicas e 46,7% delas, sempre tiveram interesse sexual, preparo para

penetração e satisfação com a atividade sexual. Concluiu-se que essas mulheres entrevistadas, que estão na pós-menopausa, possuem condições de continuar ativas e com qualidade da função sexual na pós-menopausa.

Palavras-chave: sexualidade; feminina; menopausa; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O aumento significativo da expectativa de vida dos brasileiros exige um olhar atento para necessidades, direitos, conquistas e potencialidades durante o processo de envelhecimento, bem como uma revisão dos conceitos da ciência, a qual favoreceu durante muito tempo a propagação de uma série de preconceitos. Basta lembrar que o desenvolvimento humano foi classificado em quatro estágios isolados e herméticos: infância, adolescência, fase adulta e velhice. Os dois primeiros representavam uma curva ascendente para um patamar

de apogeu, a partir de onde haveria um inexorável declínio (Negreiros, 2004).

Nesse sentido, Caridade (2005) afirma que:

“[...] somos preparados para crescer, desenvolver e desempenhar papéis e funções, mas não somos preparados para descer a curva da vida. Nem mesmo somos preparados para acolher em nós a finitude. Com isso, não aprendemos a envelhecer com dignidade ou ter prazer e satisfação com a idade que temos”. (p. 67)

É certo que a idade pode vir acompanhada de um desgaste no relacionamento afetivo, além de uma série de transformações físicas que, muitas vezes, acarretam doenças e outras dificuldades que interferem na sexualidade. Entretanto, associar essa etapa de vida com incapacidade, déficit, perda ou impossibilidades é, de certo, impor limitações desnecessárias.

Quanto à mulher, chegar à menopausa representa o inevitável processo de envelhecimento. As alterações hormonais, comuns ao climatério e à menopausa são significativas, acompanham-se da desvalorização estética do corpo e por toda uma sintomatologia de intensidade variável fazem com que as mulheres tomem consciência de que a vida tem um fim. Evidentemente, trata-se de um período de inúmeras contradições, em que a percepção do limite do tempo cronológico destrói as certezas, multiplica as dúvidas (Brasil, 2008), o qual é marcado por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais que, normalmente, afetam diferentes setores da vida, e podem levar a insatisfações diversas.

Referente à prática sexual, apesar das possíveis limitações físicas e/ou emocionais frequentes nesse momento da vida, o ser humano possui condições de manter atividade sexual satisfatória, salvo em casos de doenças crônicas que impeçam uma atividade física. Isso é ver-

dade, especialmente se ele tiver cuidado com sua saúde em geral, em fases anteriores (Marzano, 2011).

Precisamos ter em mente que “o ser humano é perpassado pelo desejo de encontrar alguém com quem possa partilhar afeto e ser feliz” (Caridade, 2005, p. 67). Entretanto, apesar disso, não pretendemos conceber um envelhecer único, visto que suas diversificações refletem o protagonismo de cada ser humano, “espectador e autor de rupturas e transformações sem precedentes nos costumes e nos estilos de vida” (Negreiros, 2004, p. 77).

Para Nogueira (2011) o grande preconceito ao envelhecer imposto pela sociedade diz respeito à ideia de que se as pessoas se transformam em um ser “assexuado” e de que sua vida sexual se resume às lembranças do passado. Essa ideia “errônea” é responsável por grande parte das recusas por tratamento para dificuldades sexuais nessa faixa etária, o que pode gerar desvalorização do sexo em idade avançada, pela sociedade e, até mesmo, pelos especialistas.

A história da nossa civilização parece ter contribuído para essa desvalorização. Por exemplo, com a instituição do patriarcado, os laços afetivos entre homens e mulheres transformaram-se em relações de poder que, até pouco tempo reprimiam de maneira contundente a emancipação feminina na sociedade e, principalmente a sexualidade das mulheres na



pós-menopausa. Também há que se considerar o rígido código moral sob o qual elas foram educadas, que pré-determinava o que era próprio ou impróprio, natural ou anormal, agradável ou repulsivo e assim por diante (Negreiros, 2004).

Ainda, para Negreiros (2004), a partir da dominação econômica exercida pelo marido e sua família sobre a mulher, ela introjetou um sentimento de inferioridade, muitas vezes traduzido em disfunções sexuais. A imagem cultural secular da mulher feita para servir o homem coincide com uma postura submissa e acomodada durante o coito, que diminui suas próprias oportunidades de expressão orgástica e inibe a busca ou a solicitação de práticas sexuais mais estimulantes.

O advento do movimento feminista nos anos 1960, a emancipação oriunda da inserção feminina no mercado de trabalho, a pílula anticoncepcional e a crescente liberalização dos costumes; a explosão tecnológica e de comunicação e tantos outros avanços trouxeram repercussões substanciais nas relações homem-mulher. Fizeram com que a coesão machista e as pressões sociais comesçassem a arrefecer. A mulher passou a exigir seus direitos, a disputar espaço social e profissional com o homem, a fazer valer a disposição de seu próprio corpo (Negreiros, 2004).

No entanto, quando se fala em gênero, sexualidade e geração não se deve afirmar que houve substituição de modelos antigos por novos, porque eles ainda estão muito presentes e atuantes.

Tanto assim que ainda persiste um duplo padrão para o envelhecimento – os homens mais velhos, menos numerosos, são valorizados por suas conquistas no plano social e econômico, enquanto a mulher mais velha, mesmo tendo ascendido a idênticas condições socioeconômicas, ainda é avaliada pela perda de seus “encantos naturais”, como o brilho de seus olhos, o viço de sua pele, o contorno de seu rosto, a elegância de suas formas (Negreiros, 2004).

A expectativa de vida dos brasileiros vem aumentando progressivamente nas últimas décadas em decorrência do crescimento econômico do país, dos avanços da medicina e da melhoria nas condições de saneamento básico, etc.

Sabe-se que a expectativa de vida das mulheres é ainda

maior, devido à menor exposição a riscos (acidentes domésticos, de trabalho e de trânsito); menor taxa de homicídios e suicídios; maior frequência nos serviços de saúde, principalmente os preventivos; menor consumo de álcool e tabaco, entre outros. Isso significa que a cada dia aumenta o número de mulheres que se encontra em uma etapa da vida totalmente nova e desconhecida, a menopausa, a qual caracteriza o final de sua vida reprodutiva. Esse período costuma ser marcado por várias alterações – emocionais, psicológicas e hormonais, que variam sobremaneira de uma mulher para outra (Reis, 2011).

Todavia, apesar da mudança de muitos aspectos culturais ao longo das últimas cinco décadas (emancipação financeira da mulher; 'liberação' do divórcio; descoberta da própria sexualidade e do prazer; vida sexual na terceira idade; diminuição de tabus como virgindade, sexualidade, opção sexual, orgasmo, etc.), as mulheres nessa faixa etária ainda enfrentam as temidas alterações hormonais, sentem dificuldade em se satisfazer sexualmente, seja por desconhecer tal possibilidade, por ter medo ou por se sentirem envergonhadas, pois foram criadas sob padrões de autoritarismo machista. Nesse sentido, ainda persiste a falsa crença de que a mulher mais velha não apresenta nem desejo nem vontade de exercer a sua sexualidade (Reis, 2011). Faz-se necessária uma reformulação urgente da influência desse modelo tradicional,

cujo código moral rígido as impossibilita de ter uma vida sexual ativa, plena e satisfatória, e desvincular sua sexualidade de conceitos como 'impróprio', 'anormal', 'pecaminoso', 'sujo', 'repulsivo', etc. (Dantas *et al.*, 2002).

O final da vida reprodutiva feminina não representa o final do seu prazer sexual. Acredita-se que cabe aos profissionais, médicos ginecologistas, proporcionarem um espaço aberto para o diálogo e o esclarecimento, uma vez que possuem um elo de confiança com a paciente, e uma abordagem da sexualidade adequada para melhor tratar tais assuntos.



O final da vida reprodutiva feminina não representa o final do seu prazer sexual.



METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com uma amostra de 30 mulheres que já passaram pela menopausa e que frequentavam a Unidade Básica de Saúde da Família Guiomar Assad Calil (UBSF CAIC/Cristo Rei), em São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo, no período de abril a julho de 2011.

O instrumento empregado para a pesquisa foi o questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), que avalia a função sexual da mulher e permite à paciente e ao seu médico acompanharem a evolução do tratamento. Por mensurar elementos de ordem física, emocional e relacional, esse questionário é abrangente e identifica as áreas a serem tratadas. Composto de 10 questões autorresponsivas, o QS-F avalia as fases do ciclo de resposta sexual, contempla ainda outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual; preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro; conforto; orgasmo e satisfação (*Anexo A*).

Foram utilizados os escores de 0 a 5 que indicam: 0 “nunca”, 1 “raramente”, 2 “às vezes”, 3 “aproximadamente 50% das vezes”, 4 “a maioria da vezes”, e 5 “sempre”.

A pesquisadora responsável pelo estudo entrevistou as mulheres pós-menopausadas, na UBSF CAIC/Cristo Rei, durante as consultas gi-



necológicas, momento em que elas assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido. A pesquisa apresenta baixos riscos para os indivíduos envolvidos, uma vez que os questionários não contêm identificação de qualquer espécie.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP.

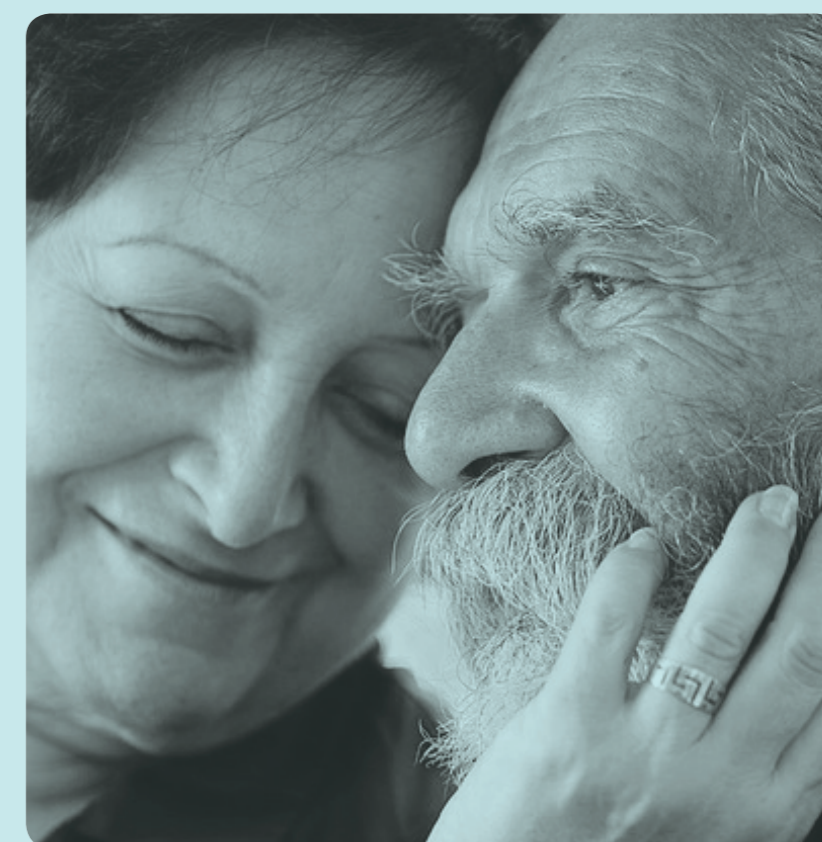
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 mulheres entrevistadas nesse estudo: 56,7% apresentaram idade entre 50 e 59 anos; 40% com tempo de menopausa entre 1 e 5 anos; 83,3% das entrevistadas eram casadas; 43,4% possuíam ensino fundamental; e 70% eram pertencentes à religião católica (*Tabela 1*).

Estudos mostram que a média etária de ocorrência da menopausa natural é de 51,2 anos (Pedro *et al.*, 2003).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas.

	N	%
<i>Idade</i>		
45-49	4	13,3
50-59	17	56,7
60-69	6	20,0
>70	3	10,0
<i>Tempo de Menopausa (anos)</i>		
1-5	12	40,0
6-10	5	16,7
11-15	7	23,4
16-20	3	10,0
21-25	1	3,3
26-30	1	3,3
31-36	1	3,3
<i>Estado civil</i>		
Casada	25	83,3
Divorciada	2	6,7
Viúva	3	10,0
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeta	1	3,3
EF I Completo	13	43,4
EF II Incompleto	3	10,0
EF II Completo	3	23,3
EM Completo	3	20,0
<i>Religião</i>		
Católica	21	70,0
Evangélica	6	20,0
Adventista	1	3,3
Espírita	1	3,3
Testemunha de Jeová	1	3,3



Os resultados alcançados no questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) estão expostos na ordem das perguntas do instrumento original (*Tabela 2*).

Com relação à qualidade da função sexual: 60% às vezes tem capacidade de fantasia sexual; 46,7% sempre tem interesse sexual; 53,4% sempre tem qualidade de resposta às preliminares; 33,3% às vezes tem capacidade de excitação.

Para as mulheres, na menopausa, a lubrificação vaginal diminui durante a atividade sexual. Como resultado o desejo sexual também diminui; o orgasmo pode ser menos intenso e a excitação genital durante o sexo pode ser me-

Tabela 2. Escore da qualidade da função sexual feminina pós-menopausa.

	Nunca		Raramente		Às vezes		Aproximadamente 50% das vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidade de fantasia sexual	1	3,3	2	6,7	18	60,0	3	10,0	1	3,3	5	16,7
Interesse sexual	1	3,3	2	6,7	8	26,6	3	10,0	2	6,7	14	46,7
Resposta às preliminares	/	/	1	3,3	7	23,3	4	13,3	2	6,7	16	53,4
Capacidade de excitação	/	/	8	26,7	10	33,3	1	3,3	3	10,0	8	26,7
Manutenção da excitação	/	/	1	3,3	8	26,7	3	10,0	3	10,0	15	50,0
Preparo para a penetração	/	/	/	/	5	16,7	1	3,3	4	13,3	20	66,7
Presença de dispareunia	13	43,4	3	10,0	10	33,3	1	3,3	3	10,0	/	/
Manutenção do desejo e excitação	2	6,7	2	6,7	8	26,7	2	6,7	8	26,7	8	26,7
Capacidade para o orgasmo	/	/	1	3,3	8	26,7	4	13,3	9	30,0	8	26,7
Satisfação com a atividade sexual	1	3,3	5	16,7	6	20,0	/	/	5	16,7	13	43,3

nos efetiva e menos confortável sem o uso de lubrificação externa (Silva, 2003).

A queda dos níveis de estrogênio resulta na diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, o que causa dispareunia e dificulta a atividade sexual (Lorenzi e Saciloto, 2006).

Quanto ao interesse sexual: 46,7% sempre tem interesse suficiente para participar da relação sexual com vontade; e 53,4% também sempre tem estímulos às preliminares para continuá-la. Na capacidade de excitação, somente 33,3% responderam que às vezes costumam ficar lubrificadas durante a relação sexual.

Estudos mostram que 55% das mulheres sexualmente ativas relataram ter a lubrificação vaginal diminuída e que esse sintoma é um problema no intercuro sexual (Souza *et al.*, 2010).

Dados semelhantes são demonstrados por Duarte (2010), que afirma: a dor persistente e recorrente durante a relação sexual, denominada dispareunia, afeta entre 30 e 40% das mulheres no climatério, devido ao hipostrogenismo típico dessa fase, o qual resulta em atrofia genital e menor lubrificação natural.

Na manutenção da excitação 50% disseram que sempre se sentem estimuladas para o sexo à medida que a excitação do parceiro vai aumentando. No preparo para a penetração 66,7% relaxa a vagina o suficiente para facilitar

a penetração do pênis. Ainda 43,4% disseram nunca sentir dor durante a relação sexual quando o pênis penetra em sua vagina.

Na manutenção do desejo e da excitação 26,7% responderam às vezes e 26,7% responderam que a maioria das vezes consegue se envolver, sem se distrair durante a relação sexual. Quanto à capacidade para o orgasmo, 26,7% disseram às vezes e 26,7% disseram sempre conseguir atingir o orgasmo nas relações sexuais.

Referente à satisfação sexual, 43,3% consegue obter satisfação para fazer sexo outras vezes, em outros dias.

Para Penteado *et al.* (2004), 30% alcançavam um ou mais orgasmos em todos os encontros sexuais com o parceiro. Salientam que, dentre essas mulheres, 5% eram multiorgásticas, sendo que duas delas se sentiam satisfeitas após a obtenção de dois orgasmos, e a terceira frequentemente continuava a sentir desejo erótico após duas descargas orgásticas, atingindo até três orgasmos em uma só relação sexual. Já 35% das entrevistadas, alcançavam esporadicamente o orgasmo durante o encontro com o parceiro sexual e outras 35% nunca obtinham orgasmo na presença do parceiro. Dentre essas últimas, 3,3% tinham anorgasmia primária (nunca haviam experimentado o orgasmo) e as outras 31,7%, apesar de terem sido orgásticas ao coito anteriormente, no momento da entrevista se submetiam à relação sexual sem obter a estimulação necessária para a descarga orgástica.

Estudos como estes nos mostram que a menopausa, enquanto último período do ciclo reprodutivo da mulher, marca a transição para uma fase com mudanças físicas e psicológicas que podem ser influenciadas pelo contexto social e histórico-cultural em que a mulher está inserida.

Uma vida sexual ativa ao longo de toda a vida, um bom estado de saúde física e mental, terapêutica estrogênica substitutiva, e a presença de um parceiro sexual ativo e atento, são ingredientes necessários a uma boa atividade sexual na fase da pós-menopausa (Caridade, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O amor e a sexualidade na velhice são vistos como tabu para os que têm uma maior idade, porque a sociedade ainda concebe que somente aos jovens é dada a possibilidade de amar e manifestar sua sexualidade, e relega o indivíduo da terceira idade ao amor platônico ou à abstinência sexual (Almeida e Lourenço, 2008).

Acredita-se que cabe aos médicos ginecologistas, proporcionar abertura para o diálogo e para o esclarecimento, tendo em vista o elo de confiança estabelecido com a paciente. Ademais, a experiência profissional os habilita a utilizar uma abordagem adequada da sexualidade para melhor tratar tais assuntos.



Portanto, espera-se contribuir com a difusão de uma concepção mais próxima da realidade, a fim de que a mulher na menopausa assuma sua sexualidade e usufrua os benefícios que uma relação afetiva pode lhe proporcionar nesse período, pois o fim da vida reprodutiva feminina não representa o fim do seu prazer sexual. Além da menopausa não caracterizar o encerramento da vida sexual feminina, a terapia de reposição hormonal (com acompanhamento ginecológico) tem devolvido o bem-estar às mulheres nesse período do ciclo vital.



REFERÊNCIAS

Abdo C. Elaboração e validação do Quociente Sexual - Versão Feminina. Rev Bras Med. 2006;63(9):477-82.

Almeida T, Lourenço ML. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. Rev Bras Ciên Envelhecimento Hum. Passo Fundo. 2008;5(1):130-40.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. 1a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

Caridade A. Sexualidade e envelhecimento. Rev Kairós. 2005;8(2):263-75.

Dantas JMR, Silva EM, Loures MC. Lazer e sexualidade no envelhecimento. Rev Univ Católica Goiânia. 2002;29:1395-420.

Duarte AMB. Climatério: o impacto sobre a condição feminina. [Dissertação Mestrado] Porto, Portugal: Faculdade de Medicina Universidade do Porto; 2010.

Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(4):256-60.

Marzano C. Sexo na terceira idade: novos conceitos e perspectivas. Centro de Orientação e Desenvolvimento da Sexualidade. Cedes - Urologia & Sexualidade. [Acessado em 2011 mai 02]. Disponível em: <http://www.celsomarzano.com.br/si/site>.

Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. Rev Alceu. 2004;9:77-86.

Nogueira L. Sexo é bom em qualquer idade. Idade Ativa. [Acessado em 2011 mai 02]. Disponível em: http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/comportamento/comportamento_liliane.htm.

Pedro AO, Pinto Neto AM, Paiva LHSC, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003;19(1):17-25.

Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnoli VR, Assis JS, Pinotti JA. Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(4):444-50.

Reis MM. Mulheres mais velhas também manifestam desejo sexual. [Acessado em 2011 jul 05]. Disponível em: http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-27-168-20110429&tit=mulheres+mais+velhas+tam+bem+manifestam+desejo+sexual.

Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. Acta Fisiatr. 2003;10(3):107-12.

Souza FMN, Rosa JM, Zuque MAS. Sexualidade em mulheres no climatério: um desafio transcultural no cuidado de enfermagem. Conexão. 2010;7(1):106-13.



Sandra Mara Viana Peres: Médica Ginecologista e Obstetra; Especialista em Sexualidade. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: mypsandra@hotmail.com

Maria Jaqueline Coelho Pinto: Psicóloga; Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.

ANEXO A. Questionário de Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F) - para o aplicador ou pesquisador (Abdo, 2006).

Gabarito

Resultado = padrão de desempenho sexual:
82 - 100 pontos bom a excelente
62 - 80 pontos regular a bom
42 - 60 pontos desfavorável a regular
22 - 40 pontos ruim a desfavorável
0 - 20 pontos nulo a ruim

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:
 $2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5-Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$

ANEXO A. Questionário de Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F) - para a paciente (Abdo, 2006).

Responda às perguntas seguintes marcando:

0 = nunca 3 = aproximadamente metade das vezes
1 = raramente 4 = a maioria das vezes
2 = às vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
 0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
 0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
 0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
 0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
 0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
 0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
 0 1 2 3 4 5

10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
 0 1 2 3 4 5

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO

CARLOS A. CURY,
DANIELA L. DE SOUZA

RESUMO

Objetivo: O transexualismo ou distúrbio de identidade de gênero é caracterizado por desconforto persistente com o sexo anatômico, associado a forte desejo de mudar para o outro sexo. Nosso objetivo foi caracterizar pacientes submetidos à cirurgia de transgenitalização do ponto de vista psicossocial. **Materiais e Métodos:** Participaram do estudo 55 transexuais masculinos que realizaram a cirurgia de transgenitalização no período de 1998 a 2007. As informações foram obtidas em entrevistas durante o pré-operatório. A amostra foi caracterizada de acordo com as seguintes variáveis: idade, grupo étnico, escolaridade, procedência, religião, profissão, estado civil, orientação sexual, qualidade do relacionamento familiar e uso de hormônios. **Resultados:** A média de idade foi de 27,92 anos. A profissão dos pacientes mostrou-se diversificada. Quanto ao estado civil, 96,2% eram solteiros e 3,8% divorcia-

dos. Todos diziam sentirem-se atraídos por homens e não se consideravam homossexuais; 37,7% deles tinham relacionamento estável com homens há 3,62 anos. A família dos pacientes em 47,7% dos casos aceitou desde o começo sua condição de transexual. A qualidade do relacionamento familiar foi boa ou ótima em 98,2% dos casos e 89,1% dos pacientes usavam hormônios. **Conclusões:** Esses pacientes mostraram-se muito parecidos com as descrições encontradas na literatura, exceto informações como rejeição familiar e social, dificuldade de estabilização profissional, sua adequação somente em profissões estereotipicamente femininas, promiscuidade e não preferência por relacionamentos estáveis, que contrariam alguns mitos sobre os transexuais.

Palavras-chave: transexualismo; cirurgia; transgenitalização

A recente regulamentação de programas de assistência a pacientes transexuais nos serviços públicos de saúde, somados à popularização, ao barateamento e ao aprimoramento dos procedimentos cirúrgicos de mudança de sexo, fez emergir a necessidade de uma reflexão e um aprofundamento dessa questão, que envolve tanto a medicina, quanto as áreas da ética, da bioética, da jurídica e da social. No Brasil, essa regulamentação da assistência aos pacientes transexuais ocorreu em 1997, com a resolução nº 1.482 do Conselho Federal de Medicina. Ela exige que a seleção de pacientes deva ser feita por uma equipe multidisciplinar, com um acompanhamento clínico e psicológico por pelo menos dois anos antes da cirurgia, a qual só poderá ser realizada em pacientes maiores de 21 anos (Xavier *et al.*, 2005).

O transexualismo é a forma mais grave de identidade de

gênero (Weyers *et al.*, 2009). Os transexuais, por definição, são pessoas convencidas de que são do sexo oposto ao que indica sua genitália (Arán, 2006). Sua condição parece-lhe incongruente, incompatível e ele sente estranheza, até mesmo, repugnância em relação ao seu corpo, por isso, a todo custo, busca a correção de sua aparência sexual, principalmente, pelo uso de hormônios e da realização da cirurgia de transgenitalização, "cirurgia para mudança de sexo" (Pinto, 2005).

Estima-se que a prevalência desse distúrbio varie de 1:37.000 a 1:100.000 em homens e de 1.103.000 a 1:400.000 em mulheres (Pinto e Brus, 2003). A etiologia ainda é desconhecida. Há estudos com teorias neuroendócrinas, outros que mostram semelhanças anatômicas em cérebros de transexuais masculinos e de mulheres heterossexuais (Lobato *et al.*, 2001; Pinto, 2005).

Paralelamente, existem também teorias psicossociais e psicodinâmicas (Pinto, 2005)

Apesar da secularidade dessa entidade, foi Harry Benjamin, em 1966, quem propagou o transexualismo ao publicar o livro *The Transsexual Phenomenon*, no qual descreve suas experiências com seus pacientes transexuais (Cardoso, 2005). O termo transexualismo foi incluído em 1980 no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-III (APA, 1987), e na versão mais recente deste manual, DSM-IV, o termo foi abandonado e em seu lugar, está registrado o termo Transtorno de Identidade de Gênero (APA, 1994). Outra fonte, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 ainda se refere ao termo transexualismo e exige, para diagnóstico, pelo menos dois anos de presença das características do sexo social (WHO, 1993).

Na infância, os transexuais costumam apresentar comportamentos típicos do sexo oposto (Lobato *et al.*, 2001), em alguns casos, essas manifestações nem sempre são muito claras, porém já existe um sentimento de diferença em relação às outras pessoas (Waidergon, 2002). Usualmente, na adolescência, os transexuais iniciam o tratamento para modificar suas características sexuais externas por meio de hormonioterapia, de métodos de depilação definitiva, de cirurgias plásticas em mamas e

faces. Os indivíduos passam a ter como prioridade, em sua vida, a transformação em definitivo de seu sexo biológico (Lobato *et al.*, 2001).

As relações heterossexuais são praticamente inexistentes em sua vida, a frequência de masturbações é baixa, porque os transexuais possuem uma extrema aversão por seus órgãos sexuais, chegam aos sentimentos de repugnância, desprezo e ódio em relação aos mesmos. Os transexuais homens relatam evitar a utilização do pênis durante a relação sexual (Landén *et al.*, 1998) e a maioria das vezes o impulso sexual é baixo (Canella e Silva, 2004).

Em geral, os transexuais masculinos procuram tratamento, próximo aos 30 anos de idade. Não são raros os



casos de indivíduos de meia idade, eles referem como impedimento da procura mais precoce o fato de terem sido casados com mulheres e tido filhos (Blanchard, 1994).

O tratamento consiste em psicoterapia e modificação da aparência corporal por meio da cirurgia de transgenitalização e da modificação dos caracteres sexuais secundários (mamoplastia/mastectomia, rinoplastia para adquirir uma face mais feminina, fonocirurgia para afinar a voz, depilação definitiva, raspagem da cartilagem laríngea) (Lobato *et al.*, 2001; Athayde, 2001).

Em seu estudo, Wolfradt e Neumann (2001) encontraram que, em relação à orientação sexual, no grupo transexual masculino, havia mais objetos andróginos do que no grupo controle.

De acordo com Tsoi (1990), já se referindo à profissão, transexuais masculinos-femininos costumam exercer profissões estereotipicamente femininas.

A recente regulamentação de programas de assistência a pacientes transexuais propiciou o barateamento, a popularização e o aprimoramento de mudança de sexo, o que fez emergir a necessidade de se refletir e aprofundar nessa questão de modo multidisciplinar, uma vez que o impacto da transexualidade na vida desses pacientes é acentuado. Além disso, a polêmica e a perplexidade que o tema despertou no meio social justificam a

realização de estudos científicos relacionados a esse transtorno, pois são essenciais para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

O objetivo deste estudo foi caracterizar pacientes submetidos à cirurgia de transgenitalização nos aspectos psicossociais.

MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra consistiu de 55 dos pacientes transexuais masculinos que procuraram o serviço de adequação sexual da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP-SP), no período de 1998 a 2007, e que após serem acompanhados por uma equipe multidisciplinar composta de urologista, ginecologista, psiquiatra, psicólogos, dermatologista, endocrinologista, por no mínimo dois anos, realizaram a cirurgia de transgenitalização (de masculino para feminino). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Esses pacientes foram caracterizados de acordo com as seguintes variáveis: idade, grupo étnico, escolaridade, procedência, religião, profissão, estado civil, orientação sexual, qualidade do relacionamento familiar e uso de hormônios. Os dados foram obtidos nas entrevistas realizadas por psicólogos e assistentes sociais da equipe durante o período pré-operatório.

Foram feitas as distribuições da frequência das variáveis categóricas, exceto da variável profissão, devido à grande diversificação da amostra não foi possível fazer o agrupamento. Das variáveis numéricas e tempo de relacionamento foram obtidas as médias aritméticas. Para a classificação da qualidade do relacionamento familiar, admitiu-se a definição feita pelo próprio paciente em: ótimo, bom, regular ou ruim. As profissões foram citadas exatamente como os pacientes descreveram. Ademais, realizou-se levantamento dos aspectos relevantes da história pessoal.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 27,92 anos. Quanto ao grupo étnico, os pacientes foram subdivididos em brancos (90,6%), mestiços (1,9%), mulatos e negros (7,5%). Os dados referentes à escolaridade, procedência e religião estão na *Tabela 1*.

A profissão dos pacientes se mostrou diversificada, somente 1 paciente estava desempregado e 8 eram estudantes. As outras profissões incluíram: 3 cabeleireiras, 3 comerciárias, 2 artistas plásticas, 2 auxiliares de enfermagem, 2 decoradoras, 2 empresárias, 2 secretárias, 1 artesã, 1 autônoma, 1 bióloga, 1 biomédica, 1 bibliotecária, 1 carregadora, 1 costureira, 1 cozinheira, 1 DJ, 1 do lar, 1 doméstica, 1 encarregada de setor, 1 enfermeira, 1 escriturária, 1 garçone, 1 gerente administrativa, 1 mãe de santo, 1 manobrista,

1 marketing, 1 modelo, 1 paisagista, 1 professora de dança, 1 radialista, 1 recepcionista, 1 técnica em alimentos, 1 técnica em enfermagem, 1 vendedora e 1 webdesigner.

Referente ao estado civil: 2 (3,6%) pacientes eram divorciados (foram casados com mulheres heterossexuais e tiveram um filho cada um); 53 (96,4%) eram solteiros (somente 2 já tiveram algum tipo de envolvimento sexual com mulheres). Todos os pacientes, inclusive os divorciados, se sentiam atraídos por homens e não se consideravam homossexuais.

No momento da cirurgia, 37,7% dos pacientes tinham relacionamento estável com homens e a média do tempo desses relacionamentos foi de 3,62 anos.

Em 47,7% dos casos, a família dos pacientes aceitou desde o começo a sua condição de transexual e em 32,7% depois de algum tempo. A qualidade do relacionamento familiar foi classificada como boa ou ótima em 98,2% da amostra. O uso de hormônios femininos foi encontrado em 89,1% dos pacientes.

Tabela 1. Distribuição percentual referente ao grau de escolaridade, procedência e religião.

Grau de Escolaridade	Procedência	Religião
Fundamental incompleto 1,88%	Norte 1,89%	Católica 50,94%
Fundamental completo 13,3%	Nordeste 0%	Evangélica 33,96%
Médio incompleto 7,54%	Centro-Oeste 9,44%	Afro-brasileira 5,66%
Médio completo 39,64%	Sudeste 71,69%	Espírita 3,78%
Superior incompleto 22,64%	Sul 9,44%	Outras 3,78%
Superior completo 15,09%	Outros 7,54%	Sem Religião 1,88%



DISCUSSÃO

De acordo com a literatura encontrada, a idade em que os pacientes procuram o serviço de adequação sexual é por volta dos 30 anos, o que foi constatado pela média da amostra de 27,92 anos. Os dados de grupo étnico, escolaridade, procedência e religião somente refletem os dados brasileiros e recuperados em outros serviços.

A profissão dos pacientes se mostrou muito diversificada, o que contraria os dados de Tsoi (1990) de que os transexuais masculino-femininos exercem profissões estereotipicamente femininas. Somente uma paciente estava desempregada, o que pode mostrar a diminuição do preconceito com essa minoria.

O apoio psicológico e psiquiátrico no processo de preparo dos pacientes é importante para sua segurança e para alertá-los sobre os riscos de suicídio, que é outra preocupação encontrada em transexuais ansiosos pela cirurgia, em alguns casos é necessário o tratamento com drogas, pois 50% chegam a ter ideias de suicídio emocional.

Em relação ao estado civil, a existência de dois pacientes divorciados confirma os dados encontrados na literatura de que mesmo homens casados com mulheres heterossexuais procuram pela cirurgia. Esse envolvimento com mulheres tem frequência muito baixa entre os transexuais, pois somente dois (além dos dois que foram casados) tiveram algum tipo de envolvimento com mulheres.

Todos os pacientes, inclusive os divorciados, se sentem atraídos por homens e não se consideram homossexuais. Nessa amostra, há uma grande porcentagem de pacientes com relacionamento estável.

O relacionamento familiar foi classificado em bom ou

ótimo em 98,2% da amostra, dado que desmistifica a ideia de que os transexuais são rejeitados por suas famílias. O uso de hormônios femininos foi encontrado em 89,1% da amostra, de acordo com a literatura esse é um dado esperado.

A história pessoal durante a infância e a adolescência é semelhante às descrições da literatura. A ideia de amadurecimento e consolidação da transexualidade pelo próprio paciente e pela família com o passar dos anos não foi referida na literatura. O mesmo ocorre com a informação do respeito a ser retribuído que eles impõem à sociedade, assim como o de ter uma vida social normal, o que pode ser o começo de um fim ao preconceito contra transexuais.

Tanto os níveis de satisfação com a cirurgia, quanto a repulsa em relação à sua genitália, bem como as descrições das práticas sexuais identificadas na amostra, são compatíveis com as da literatura. Por ter um grande impacto na vida destes pacientes, o não abuso de drogas mostra o quanto eles estão conscientes de sua condição e têm objetivos pelos quais buscam sem desviar do caminho, o que contrasta com os transexuais dos países europeus onde a maioria faz uso de álcool e drogas. A pequena porcentagem da prostituição também pode acabar com o mito errôneo de promiscuidade entre transexuais.

Na nossa amostra, embora o grau de escolaridade fosse elevado (38%), ainda fica

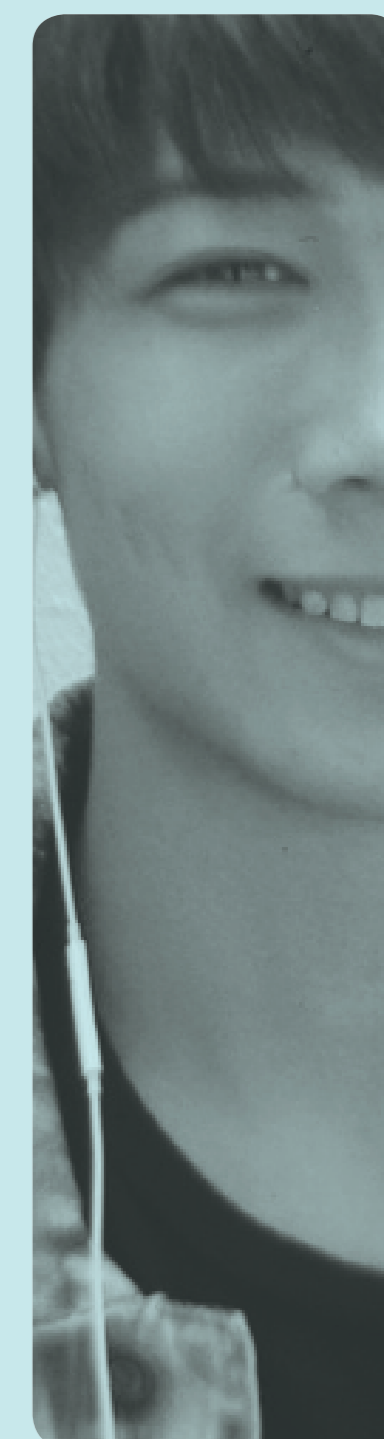
aquém do modelo europeu cuja escolaridade chega a duas vezes mais (72%).

Nossos pacientes apresentam diversificação profissional ampla, desde o trabalho autônomo a empregos com carteira assinada, o que representa mais de 90% de ocupação, ao passo que o modelo europeu representou 63% de empregos fixos.

É importante ressaltar que os transexuais passam por grande sofrimento significativo, entretanto, quando chegam ao serviço, são pessoas que se mostram muito fortes e bem resolvidas com sua condição, talvez porque já tenham enfrentado muitas dificuldades na vida social e familiar, superado muitas delas e no momento em que estão em frente à equipe estão prestes a realizar o desejo mais intenso e quase Único de suas vidas, o qual irá finalmente adequá-los totalmente à sua identidade sexual.

CONCLUSÕES

Esses pacientes se mostraram muito parecidos com as descrições encontradas na literatura, exceto alguns dados, os quais contrariam alguns mitos sobre os transexuais como rejeição familiar e social, dificuldade de estabilização profissional, adequação dos mesmos somente em profissões estereotipicamente femininas, promiscuidade e não preferência por relacionamentos estáveis (Weyers *et al.*, 2009; Lobato *et al.*, 2001; APA, 1987; WHO, 1993; Landén *et al.*, 1998; Tsoi, 1990).



O uso de hormônios femininos foi encontrado em 89,1% dos pacientes.



REFERÊNCIAS

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a ed. Washington: American Psychiatric Association; 1987.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4a ed. Washington, American Psychiatric Association. 1994.

Arán M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*. Rio de Janeiro. 2006;9:49-63.

Athayde AVL. Transexualismo masculino. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(4):407-14.

Blanchard R. A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Arch Sex Behav*. 1994;23:311-20.

Canella P, Silva MCA. Gênero e transgenitalização. *Femina*. 2004;32:721-6.

Cardoso FL. Inversões do papel de gênero: “drag queens”, travestismo e transexualismo. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18:421-30.

Landén M, Wålinder J, Lundström B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:189-94.

Lobato MI, Henriques AA, Ghisolfi ES, Kegel S, Schestatsky G, Schestatsky S. Transexualismo: uma revisão. *J Bras Psiquiatr*. 2001; 0:379-88.

Pinto MJC, Brus MAT. Vivência transexual: o corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo; 2003.

Pinto MJC, Brus MAT, Miyazaki MC, Micelli Domingos NA, Valério NI (org). A transexualidade no contexto hospitalar. In: *Psicologia da Saúde*. 1a ed. v 1. São José do Rio Preto: THS/Arantes; 2005. p 401-22.

Tsoi WF. Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in Singapore. *Arch Sex Behav*. 1990;19:595-605.

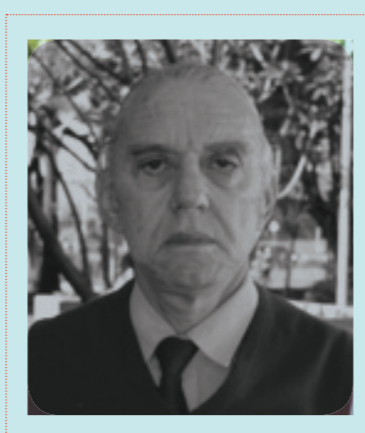
Waidergorn L. Avaliação psicológica do transexual. *Psikhe*. 2002;7:9-14.

Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, De Cuypere G, Verstraelen H. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6(3):752-60.

WHO - World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.

Wolfradt U, Neumann K. Depersonalization, self-esteem and body image in male-to-female transsexuals compared to male and female controls. *Arch Sex Behav*. 2001;30:301-10.

Xavier EBS, Sousa CBA, Azevedo V, Cerqueira M, Cota AMM, Silva FEX, Santiago RC. Transexualismo e direito. *Femina*. 2005;33(9):649-55.



Carlos A. Cury: *Chefe da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; Presidente da Comissão de Cirurgia Estética e Transgeneros da Sociedade Brasileira de Urologia; Responsável pelos Serviços de Endocrinologia e Transgeneros do Hospital de Base de São José do Rio Preto – FUNFARME; Fellow em Urologia da Miami University, USA. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: carlcury@terra.com.br*

Daniela L. de Souza: *Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.*

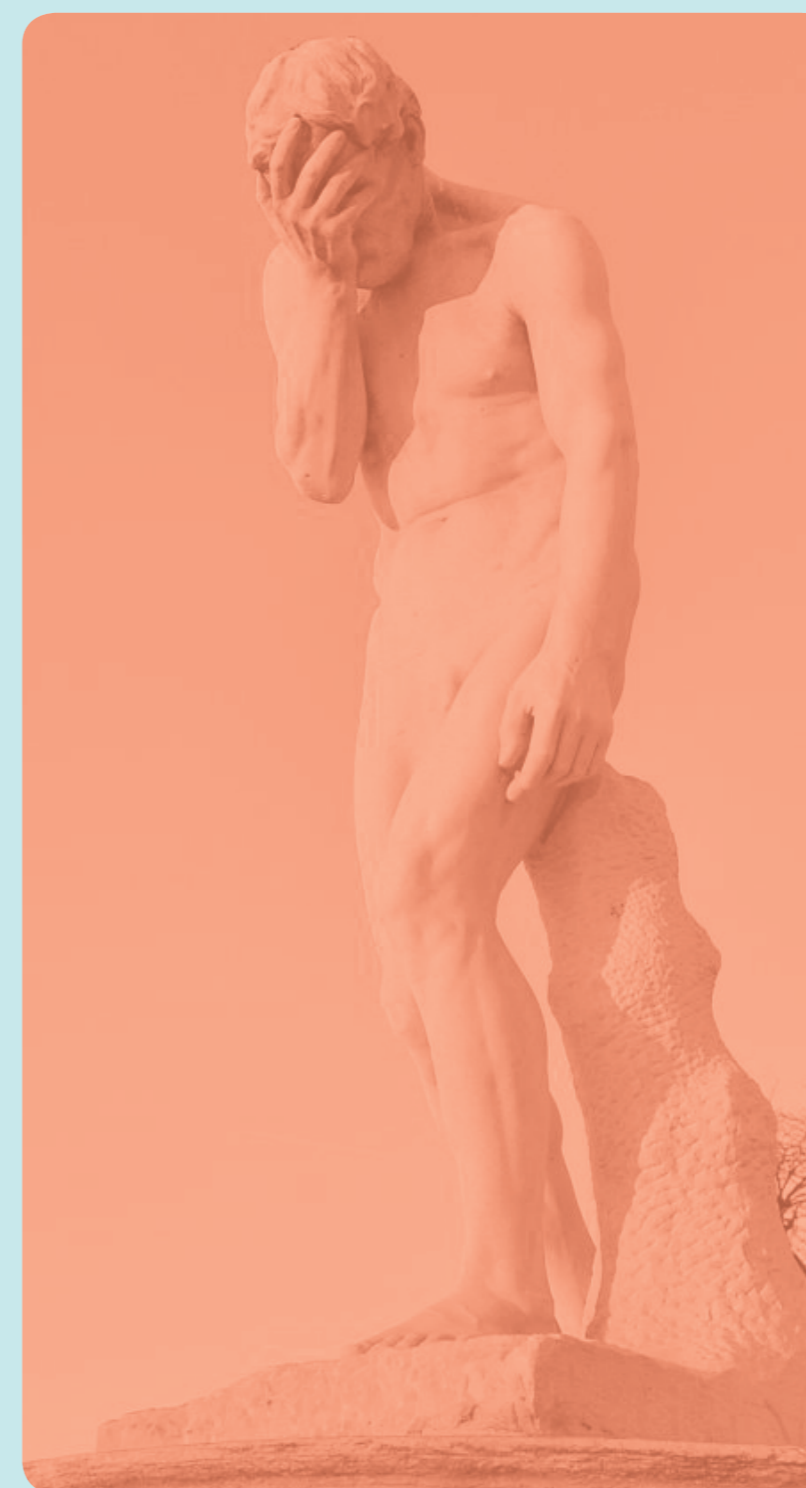
EJACULAÇÃO PREMATURA: “SÍNDROME” DA VIDA DO SÉCULO XXI

RICARDO LEÃO

Dado o caráter abrangente da Urologia, são várias as patologias abordadas por esta especialidade médico-cirúrgica. No entanto, tem-se assistido nos últimos anos a um número crescente de doentes jovens (< 35 anos) que recorre a consultas de andrologia. Uma das principais queixas destes doentes diz respeito à disfunção ejaculatória, concretamente à ejaculação prematura (Laumann *et al.*, 2005).

A ejaculação prematura é definida como uma disfunção sexual, caracterizada por ejaculação que ocorre antes da penetração ou em menos de um minuto após a penetração vaginal; e a incapacidade para retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais (McMahon *et al.*, 2008). Estas queixas são obviamente causa de frustração, ansiedade, estresse e resultam na evicção de novas tentativas de relações sexuais com o conseqüente perpetuar de um problema, muitas vezes facilmente solúvel.

O diagnóstico de EP é baseado na história clínica (com ênfase na patologia vascular,



neuroológica, urológica e endócrina) (Buvat, 2011) e sexual do doente.

Alguns questionários constituem um auxiliar precioso na avaliação destes doentes: o *Arabic Index of Premature Ejaculation* (Arafa e Shamloul, 2007), *Premature Ejaculation Diagnostic Tool* (Symonds *et al.*, 2007).

Na avaliação clínica deve ser dada atenção especial ao tempo para ejaculação, grau de estimulação sexual, impacto na vida sexual e qualidade de vida, bem como o uso de fármacos ou drogas recreacionais.

Embora exista alguma dificuldade na orientação diagnóstica e terapêutica de doentes com queixas de disfunção sexual por ejaculação prematura, há algumas características comuns entre eles, de que são exemplo a baixa satisfação sexual e a dificuldade em disfrutar a relação sexual (embora com libido e rigidez peniana normais). Para esses doentes o seu desempenho sexual não é satisfatório e é causa de insegurança na relação mantida com a sua parceira.

Estes doentes apresentam, regra geral, um perfil ansioso, humor deprimido e baixa confiança nas suas capacidades (não só as sexuais), referem antecedentes de relações sexuais traumáticas e problemas laborais (trabalho precário e/ou desemprego).

A relação causa-efeito nesta patologia é difícil de determinar, sobretudo para causas relacionadas com fatores emocionais e/ou psicogénicos e o perpetuar da doença pode por si só exacerbar ambas as queixas.

É função do urologista atual informar e avaliar corretamente estes doentes, sabendo de antemão que os determinantes da EP são complexos e multifactoriais, sobretudo numa sociedade com as vicissitudes como aquela em que vivemos.



REFERÊNCIAS

Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). J Sex Med. 2007;4(6):1750-6.

Buvat J. Pathophysiology of premature ejaculation. J Sex Med. 2011;8(Suppl 4):316-27.

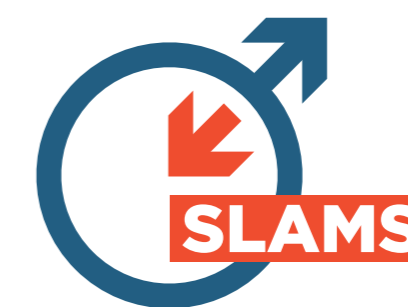
Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res. 2005;17(1):39-57.

McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, Adaikan PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabees K, Giraldi A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Se Graves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med. 2008;5(7):1590-606.

Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, Abraham L, Crossland A, Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. Eur Urol. 2007;52(2):565-73.



Ricardo Leão: *Biólogo; Licenciado em Medicina; Doutorando da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.*
E-mail: romaoleao@gmail.com



SLAMS 2013

XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL

XII CONGRESSO DA SOCIEDADE LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SEXUAL

XII CONGRESS OF THE LATIN AMERICAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE

28 al 31 de agosto de 2013 - Hotel Fiesta Americana Condesa - Cancún, México.

