

VOL. 01 | SET-DEZ
Nº 03 | 2012

ReLAMMS

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



A EDUCAÇÃO SEXUAL
COMO POLÍTICA DE ESTADO
EM CUBA DESDE 1959

REIMPLANTE PENIANO
APÓS AMPUTAÇÃO -
RELATO DE UM CASO

TUDO É ORGÂNICO, TUDO
É PSICOLÓGICO OU TUDO
AO CONTRÁRIO?

ESCREVER É UMA ARTE
INATA OU APRENDIDA? (I)

DISFUNÇÃO SEXUAL E
SEXO SOCIAL

CONGRESSO SLAMS - 2013

SLAMS2013

MENSAGEM DOS EDITORES

CILA ANKIER
FERNANDO FACIO
LUCIA PESCA

Caros leitores

A passos largos a ReLAMS vem sendo conhecida e reconhecida tanto pelos profissionais da área da Sexualidade quanto fora dela.

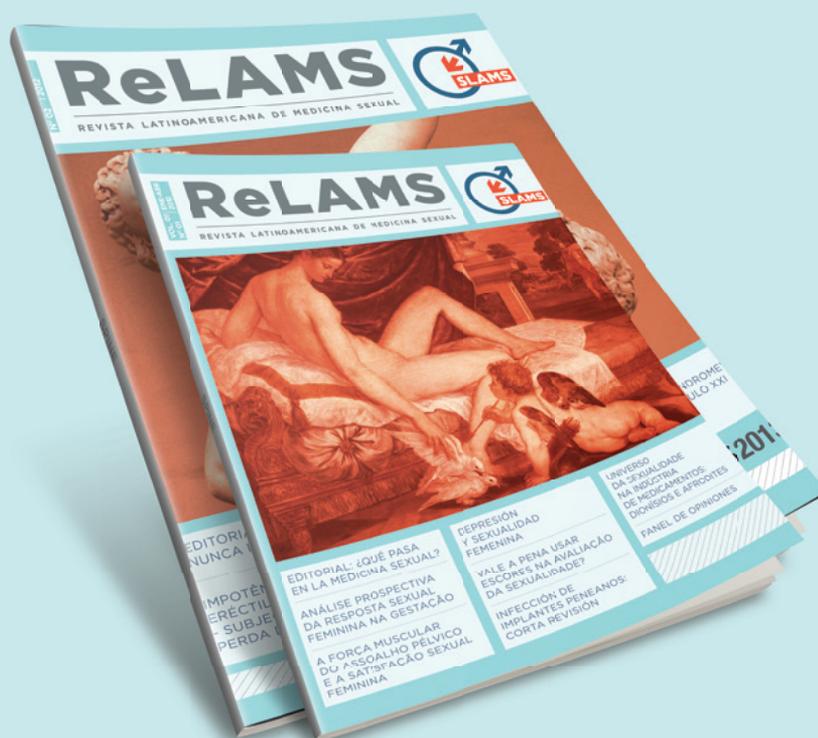
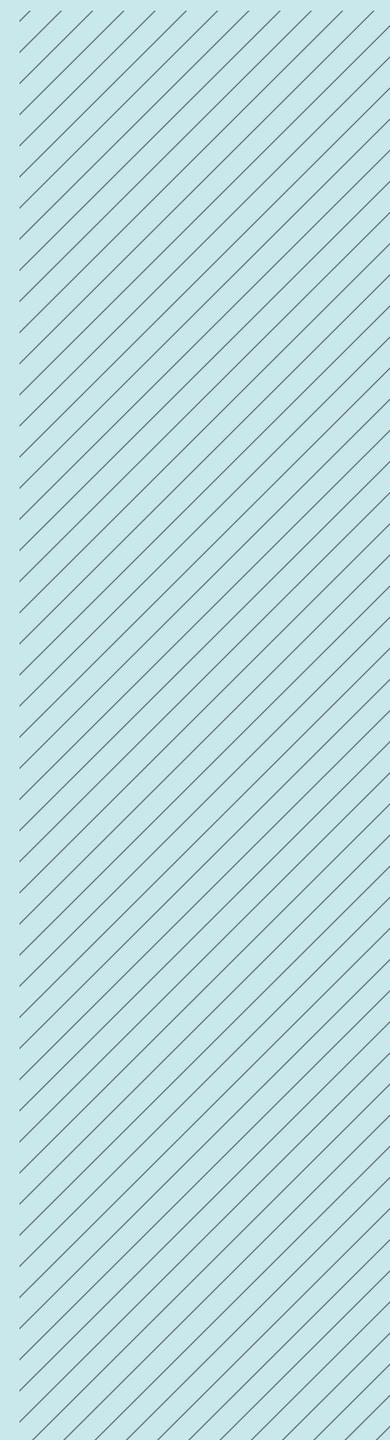
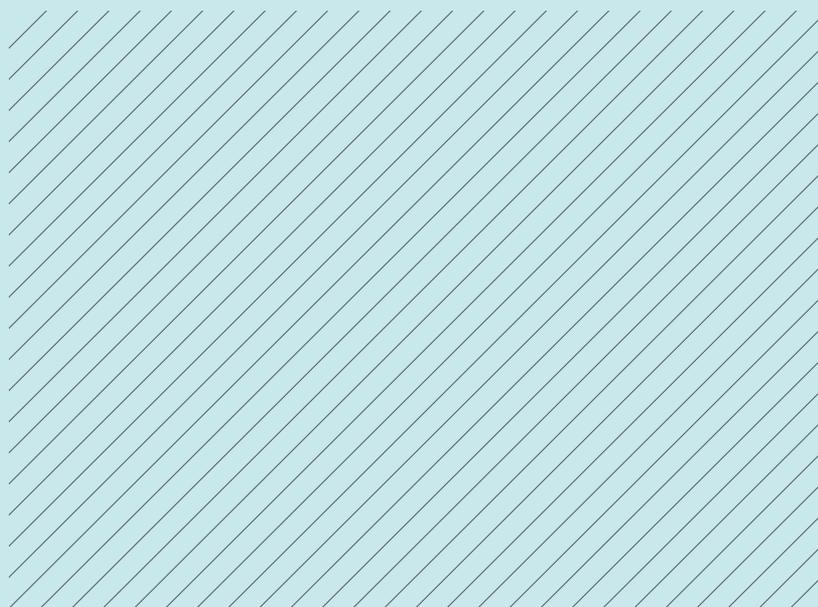
Vários profissionais, de diversas áreas, têm nos procurado para agradecer pela iniciativa da revista que tem contribuído para aumentar o conhecimento, sanar algumas dúvidas e, principalmente, derrubar vários mitos.

Estamos editando o número 3, com algumas novidades; a partir de agora poderemos publicar a ReLAMS em espanhol e português.

Além disso, para contribuir com essa tarefa, passamos a receber a colaboração da Dra. Cláudia Viviana De Andrea, da Argentina, e do Dr. Alejandro Carvajal Obando, da Colômbia, como novos integrantes de nossa equipe editorial.

Com esses apoios esperamos que a ReLAMS estenda mais ainda seu alcance.

Cila Ankie
Fernando Facio
Lucia Pesca
Editores



NAVEGAÇÃO EXPRESSA

CLIQUE NA MATÉRIA E VÁ PARA A PÁGINA

MENSAGEM DOS EDITORES

EDITORIAL
Luiz Otávio Torres

CARTA AOS EDITORES

ARTIGOS

A Educação Sexual como Política de Estado em Cuba desde 1959
Mariela Castro Espín

Reimplante Peniano Após Amputação - Relato de um Caso
Silvia Acosta Flores

Tudo é Orgânico, Tudo é Psicológico ou Tudo ao Contrário?
Sidney Glina

Escrever é uma Arte Inata ou Aprendida? (I)
Fernando Facio

Disfunção Sexual e Sexo Social
Sergio Almeida

CONGRESSO SLAMS 2013

EQUIPE EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsáveis

Alejandro Carvajal O.,
Cila Ankier,
Claudia V. De Andrea,
Fernando Nestor Facio,
Lúcia Pesca

Comitê editorial

Eusebio Rubio Auriolles
Gomez Reynaldo
Guillermo Gueglio
Isbelia Segnini,
Julio Ferrer,
Silvia Acosta Flores,
Teresita Blanco

Tradução e Revisão

Cila Ankier
Esmeralda Franco Cardoso
Nuria Mauleón

Webmaster

Bernardo Signori

Diagramação e Projeto Gráfico

Editora Zupi



www.zupidesign.com

Instruções aos autores

www.slamsnet.org/relams

Diretoria SLAMS

Presidente

Sidney Glina

Vice-Presidente

Isbelia Segnini

Tesoureiro

Afif Abdo

Secretário

Adrian Momesso

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.

Contato

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

WWW.SLAMSNET.ORG

EDITORIAL

LUIZ OTÁVIO TORRES

Caros amigos,

É um prazer e uma honra escrever o Editorial dessa edição da ReLAMs!

É gratificante olhar para trás e ver que tantas coisas boas foram feitas na nossa Sociedade nos últimos anos! Desde a SLAI, depois a SLAIS e hoje a SLAMS, comparo a evolução da nossa Sociedade com os nomes que ela já teve e as fases da vida: fomos crianças, adolescentes e hoje adultos maduros! Pois a SLAMS atualmente é uma Sociedade adulta e madura, estruturada, preparada para seu objetivo primordial que é a promoção e a divulgação – em todos os seus âmbitos – da Medicina Sexual na América Latina!

Tivemos – e temos – pessoas brilhantes ocupando as mais variadas funções na SLAMS. Essas pessoas, em um esforço incansável, trabalharam – e trabalham – arduamente por horas e horas pelo engrandecimento da nossa Sociedade, assim como os pais que dedicam aos seus filhos um amor incondicional e gratuito, com atenção e cuidado para o desenvolvimento sólido de seu ente querido.

Mas, a influência dos amigos também é muito importante para uma estrutura adequada e a SLAMS não estaria onde está hoje se não fosse a participação ativa, construtiva e generosa de todos os seus membros! Sem a ajuda de todos vocês a SLAMS não viveria hoje em sua plena maturidade e produtividade!

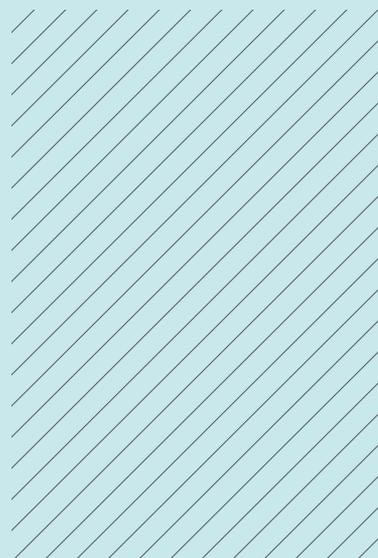
Com muito orgulho tenho participado ativamente das atividades da SLAMS desde 1996.

Agora, um novo desafio me foi oferecido: após ocupar a posição de *Member at Large* da ISSM de 2006 a 2012, no último congresso da ISSM/SMSNA em Chicago em agosto passado, tive a honra de ser eleito para o cargo de Secretário Geral da ISSM pelos próximos 4 anos! Sem dúvida, isso é um reconhecimento por todo o esforço que a SLAMS vem fazendo nos últimos anos para o desenvolvimento da Medicina Sexual na América Latina. O trabalho será árduo e contínuo, mas com certeza, revigorante e gratificante!

Meus amigos, gostaria de agradecer o apoio que recebi de todos vocês, membros da SLAMS. Muito obrigado pela confiança e pelas palavras de incentivo e de otimismo! Mais uma vez, sem vocês isso não teria sido possível!

Um grande abraço,

Luiz Otávio Torres
*Secretário geral da
International Society of
Sexual Medicine*



CARTA AOS EDITORES

Caros colegas e colaboradores

A qualidade de uma revista se faz pelos artigos publicados, por seus organizadores, e também pela exigência de seus leitores.

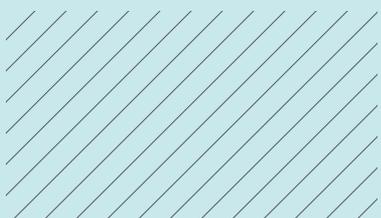
Como editores da ReLAMS temos a satisfação de trabalhar com a colaboração de uma gama diversificada de profissionais da área da Sexualidade e receber seus incentivos, dúvidas e observações, é um grande enriquecimento para nossa revista.

A seção “Carta ao Editor” abre um canal de comunicação que permite a troca de dúvidas e esclarecimentos.

Agradecemos sua participação.

Editores

Algumas mensagens recebidas durante esse primeiro ano de existência da ReLAMS



Caros colegas e amigos

Parabéns por esse primeiro número da Revista. É excelente em seu conteúdo, projeto e apresentação, que demonstram o nível de eficiência da equipe, muito esforço e dedicação. É uma honra estar presente nessa publicação importante.

Saudações.

Teresita Blanco - Uruguai

Excelente início. Parabéns.

Mauricio Delgado - Colômbia

Amigos,

Parabéns pela revista. Ficou muito profissional!

Saudações,

Edgardo Becher - Argentina

Parabéns!!,

Espero poder ter acesso à mesma.

Manuel Lopez Seoane

Parabéns pela revista e pela beleza da capa e maravilhoso conteúdo, espero fazer parte das publicações daqui para frente.

Um grande abraço.

Valéria Dória - Brasil

Estimados Colegas

Muito obrigado pela oportunidade. Felicito a todos pelo excelente trabalho que estão realizando.

Um abraço

Mário Lourenço - Portugal

Caro Sidney

Saudações cordiais e parabéns por este esforço editorial importante e ilustrativo, dirigido aos profissionais dedicados à sexologia clínica e aos estudiosos do tema. Como se faz para assinar a revista e sua forma de pagamento?

Um abraço.

Carlos Rodolfo Rodríguez Carrión - Equador.

Bom dia,

Como faço para ter acesso aos textos completos desta revista?

Obrigada

Teresa Embirucu - Brasil

Quero saber se posso assinar a Revista Latino-Americana de Medicina Sexual.

Muito obrigada.

Michelle Mostowski - Argentina



Olá,

Gostaria de informações sobre como enviar um trabalho para uma possível publicação na revista.

Obrigada

Priscilla Bianchini Salomão - Brasil



O PROCESSO DE CONFIGURAR A EDUCAÇÃO SEXUAL COMO POLÍTICA SOCIAL EM CUBA: 1959-2003.

MARIELA CASTRO-ESPÍN

RESUMO

As iniciativas desenvolvidas durante o processo revolucionário cubano que proporcionaram os direitos iguais às mulheres, não só trouxeram mudanças substanciais na condição das mulheres e dos homens, como também no estabelecimento de políticas sociais que incluíram um Programa Nacional de Educação Sexual, cujos benefícios principais se destinavam às mulheres, meninas, meninos, adolescentes e jovens. Aqui é apresentado um panorama das etapas principais do processo de institucionalizar a educação sexual como elemento da política social, de 1959 a 2003, e valorizar seus desafios principais. Nessa análise, a educação sexual é considerada como parte e expressão do objetivo da política mais geral: a igualdade social e de gênero. É insuficiente a implementação de leis e políticas para garantir o respeito aos direitos sexuais. Elas devem apoiar-se em estratégias permanentes de educação e comunicação social, e ser avaliadas constantemente.

Palavras-chave: educação sexual; direitos sexuais; políticas sociais; orientação sexual.

INTRODUÇÃO

A sexualidade expressa a inter-relação dialética permanente entre condicionantes bio-fisiológicos, psicossociais, ambientais, econômicos, religiosos, espirituais e histórico-culturais concretos.

As contradições complexas e as inquietudes relacionadas aos sexos, aos gêneros, às sexualidades, sua educação e suas conseqüentes repercussões na saúde, não podem ser atendidas integralmente a partir de esforços isolados de indivíduos, famílias, comunidades, organizações públicas e sociedade civil, sem o apoio do Estado.



“As mudanças que dependem da consciência social não se articulam automaticamente sobre as transformações da estrutura econômica e legal, mesmo que este seja um passo determinante. Os estereótipos, os preconceitos, as condutas e os juízos de valor sexistas arraigados nas tradições da cultura patriarcal se modificam em um processo complexo de reconceitualização no qual incidem a vontade política, a legislação, os meios de difusão, a escola, a família, a subjetividade de cada indivíduo: a sociedade em seu conjunto.” (Moya-Richard, 2009).

Esse trabalho assume a política social:

“Como uma estratégia de intervenção, a partir do poder político, sobre as relações sociais, como um projeto e uma intencionalidade (explícitos ou implícitos) de configuração da estrutura social com base no modelo de sociedade pré-determinado e no qual se priorizam os interesses de determinado agente social.” (Espina-Prieto, 2010, p.220).

A política social se concretiza em programas de ação das instituições que, mediante o esforço organizado, se dirigem para atender às necessidades sociais cuja solução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, pois requer decisão coletiva regulamentada, amparada por leis impessoais e objetivas, que garantam os direitos.

O projeto social cubano que, com amplo apoio popular, assumiu o poder político em 1959, expressava os anseios antigos de independência nacional e soberania. O ideal

revolucionário nutriu-se também das lutas históricas das mulheres cubanas por seus direitos e reivindicações. As bases gerais do processo para configurar a educação sexual como política social em Cuba, foram geradas justamente nesse cenário histórico. As etapas da educação sexual em Cuba, entre os anos de 1959 e 2003, ocorreram a partir da análise desse processo.

1959-1974 A MULHER NA POLÍTICA SOCIAL E A ATENÇÃO À SUA SAÚDE

No início de 1959, na população cubana, existia uma situação epidemiológica precária, impactada pelas condições de classe social, gênero, cor da pele, territorialidade e outros determinantes sociais. A vida e a saúde das mulheres e de seus descendentes estavam afetadas consideravelmente pelo número excessivo de gravidezes e partos, assim como pela prática do aborto em condições de alto risco. “Entre 1959 e 1965 estimava-se em torno de 120 mortes maternas em cada 100 mil nascidos vivos”. (Sosa-Marín, 2008, p.1).

Está documentado que a mortalidade infantil no período pré-revolucionário era maior de 60:1.000 nascidos vivos no primeiro ano de vida (Comitê Central do Partido Comunista de Cuba, 1978, p.136); em 1958 havia um mi-

lhão de analfabetos absolutos, mais de um milhão de semianalfabetos, seiscentas mil crianças sem escola e dez mil professores sem trabalho (ibidem: p.116,117). Segundo o censo de população e domicílio de 1953, trabalhavam, com ou sem salário, 13,9% das mulheres (ONE, 2010, p.24).

Em 1959, as organizações feministas e de mulheres, que já operavam na Ilha, com histórias e pontos de vista diferentes, e capacidade de ação, expressaram à diretoria da Revolução nascente sua vontade de participar nas decisões e nas mudanças socioeconômicas, políticas e culturais da nação.

“Ao produzir-se o triunfo da Revolução existiam em nosso país alguns grupos femininos de caráter social e outros que respondiam por movimentos políticos diferentes. Nos primeiros meses de 1959 surgiram mais alguns em apoio às leis revolucionárias ou pronunciando-se por reivindicações femininas.” (Federación de Mujeres Cubanas, 1975, p.95).

Essa etapa caracterizou-se, essencialmente, pela atenção à igualdade de direitos da mulher e à promoção de sua saúde reprodutiva estreitamente vinculada ao surgimento e desenvolvimento da Federação de Mulheres Cubanas (FMC).



“Mulheres de muitos setores diferentes: trabalhadoras, agricultoras, donas de casa, mulheres combatentes na montanha e na clandestinidade, comunicam-me que decidiram criar uma organização de todas as mulheres do país «para com seu trabalho voluntário fazer a Revolução», dito com suas palavras [...] Assim se criou a Federação de Mulheres Cubanas.” (Espín-Guillois, 2007, p.23,24).

Os esforços para organizar um Sistema Nacional de Saúde Pública evidenciaram as péssimas condições de vida da grande maioria da população. Além disso, a escassez de pessoal médico e de enfermagem para atender massivamente à saúde de toda a população, nas comunidades, obrigava a identificar atores sociais para essa missão:



“A batalha que se iniciou nos primeiros anos da Revolução para combater as enfermidades transmissíveis, as diarreias agudas e as mortes maternas, impeliu para a busca e o apoio imediatos das organizações de massa para participar das atividades de vacinação e audiências sanitárias. [...] Aqui começava a intersectorialidade por meio das organizações de massa.” (Terry-Moliner, 2007).

Ao participar dos programas de saúde e de educação, junto às outras organizações de massa – Comitê de Defesa da Revolução, em 1961, e Associação Nacional de Agricultores Pequenos, em 1962 – a FMC começou a ocupar-se dos aspectos principais que afetavam a saúde e a vida das mulheres:

“[...] mulheres envelhecidas prematuramente, sobretudo nas áreas do campo, pelo excessivo número de gravidezes e partos, como consequência da falta de conhecimento e de formas para planejar sua vida e sua família [...] o alto índice de mulheres que recorria ao aborto em condições de risco alto.” (Espín-Guillois, 2007, p.24).

O ano de 1961 constituiu um período de eventos transcendentais que determinaram o sentido da Revolução Cubana. A FMC qualificou-o como o ano do grande desafio para a história da organização feminina: o desenvolvimento da Campanha Nacional de Alfabetização e a constituição das Milícias Nacionais Revolucionárias. Criou-se os primeiros círculos infantis, quando foram introduzidos os elementos de não discriminação entre meninas e meninos em idade pré-escolar (de 0 a 6 anos de idade). Simultaneamente foram preparados 1.200 assistentes, 300 diretoras e 300 orientadoras da saúde para trabalhar nessas instituições infantis, que facilitavam a incorporação das mulheres ao trabalho. Iniciou-se a Escola para as mulheres do campo, que beneficiou 14 mil moças dos lugares mais remotos de nossa geografia; criou-se as Escolas de Superação para Trabalhadoras Domésticas; deu-se início à campanha para erradicar a prostituição; organizou-se as Brigadas Sanitárias da FMC, com cursos de primeiros socorros, programas de imunização; e mobilizou-se a organização de mulheres para defender a Revolução nos sucessos de Praia Girón (Espín-Guillois, 1990a).

A FMC contribuiu para reorientar a busca de soluções direcionadas para chegar à decisão de institucionalizar o aborto como um serviço do Sistema Nacional de Saúde (SNS) com as condições mé-

dico sanitárias requeridas. Em 1965, estabeleceu-se que esse procedimento deveria ser gratuito, realizado por mãos especializadas, em condições hospitalares e com o consentimento da mulher, com o objetivo de preservar a vida das mulheres e garantir seu direito de decidir sobre seu corpo. A violação desses requisitos foi punida, em 1979, mediante o novo Código Penal que substituiu ao Código de Defesa Social de 1936, que ainda estava vigente.

“Em Cuba, o direito ao aborto como parte integrante dos direitos humanos reprodutivos, constituiu os direitos fundamentais da mulher. A garantia e a proteção do exercício desse direito deve assegurar que a interrupção da gravidez seja realizada nas condições mais saudáveis e com os menores riscos possíveis. Nesse sentido, a prática do aborto deve ser considerada um recurso extremo e não constitui um método anticonceptivo rotineiro para regular a fecundidade.” (Albizu-Campos-Espiñeira et al., 1995, p.52).



Entre 1965 e 1967, a mortalidade materna foi reduzida à metade, como resultado da institucionalização hospitalar do aborto e da criação dos Programas Nacionais de Planejamento Familiar e de Educação Sexual.

Em 1962 realizaram-se as primeiras atividades de educação sexual com o auxílio de profissionais da saúde. Destaca-se a criação da revista *Mulheres* e seu setor, Debates de Saúde, dirigido à mulher e à família, onde se introduziram temas de saúde reprodutiva e, posteriormente, de educação sexual (Federación de Mujeres Cubanas, 1962). Em 1972, a FMC criou o Grupo Nacional de Trabalho de Educação Sexual (GNTES), dirigido pelo Dr. Celestino Álvarez Lajonchere, encarregado de coordenar o projeto e a instrumentalização do Programa Nacional de Educação Sexual.

O estado de dupla exploração, de gênero e de classe social, a que a mulher estava submetida na Cuba pré-revolucionária, foi denunciado por Fidel Castro em seu discurso de autodefesa, diante do Tribunal de Urgências que o acusava pelo assalto ao quartel Moncada (julho de 1953). No cárcere, tomou forma o documento e a plataforma política *A História me Absolverá* (Castro-Ruz, 1993).

O Estado nascente atuava de modo a garantir os direitos e ser o provedor social. As medidas revolucionárias foram estabelecidas como políticas sociais orientadas para a

conquista da igualdade e do acesso universal a todos os serviços sociais, com ênfase no emprego, na saúde, na educação, na alimentação, na assistência e no seguro social.

De maneira crescente as mulheres incorporaram-se à vida econômica, política, social e cultural, o que contribuiu para desenvolver as Campanhas de Alfabetização – 55% dos alfabetizados em 1961 eram mulheres – e de Vacinação; criar os círculos infantis; eliminar a prostituição como forma de exploração; defender a Revolução e a promulgação de leis e normas que as beneficiavam.

Nessa etapa descrevem-se modificações significativas da fecundidade, reconhecida como a variável decisiva do comportamento demográfico em Cuba (Albizu-Campos-Espiñeira *et al.*, 1995; Alfonso-Fraga, 2006; CEDEM, 2009). Entre 1963 e 1967 registrou-se crescimento natural elevado da população. Essas mudanças foram devidas ao maior amparo econômico, social e político, associado ao acesso aos serviços básicos (saúde, educação, emprego, seguro social) entre outras respostas às solicitações populares (Alfonso-Fraga, 2006).

O Segundo Congresso Nacional da FMC, em 1974, evidenciou as conquistas alcançadas pela organização feminina e propiciou o início de uma estratégia educativa que surgiu como resposta à demanda das mulheres sobre a necessidade de suas filhas e filhos serem educados sexu-

almente. Para isso, em um de seus acordos, foi recomendado elaborar, junto aos ministros de Saúde e de Educação, materiais e planos que contribuíssem para satisfazer tal demanda (Federación de Mujeres Cubanas, 1975).

O significado dessas propostas transcendeu até integrar-se às políticas aprovadas pelo Primeiro Congresso do Partido Comunista de Cuba (Departamento de Orientación Revolucionaria, 1976). A partir desse momento ficou estabelecida a educação sexual como política de Estado.

O mais significativo dessa etapa foi a geração de políticas sociais orientadas para reconhecer as particularidades e as desvantagens da condição histórica da mulher e promover sua participação ativa nas mudanças do país. Priorizou-se a atenção específica às suas necessidades e interesses, principalmente, no campo de seus direitos à instrução, ao emprego, aos serviços domésticos e à saúde, incluído o reprodutivo. Estabeleceu-se um olhar de gênero que evoluiu do processo de participação e inclusão social das mulheres até a elaboração de medidas para o exercício pleno de seus direitos, com impacto extraordinário nas políticas.

A educação sexual começou a configurar-se como um dos elementos da política social da revolução, a partir dos programas de apoio às mulheres e sua família.

Enquanto as novas políticas apoiavam os direitos das

mulheres, as posições sexistas resistiam. O predomínio de uma cultura patriarcal e homofóbica, historicamente arraigada e garantida pela hegemonia de uma produção científica estigmatizante, influenciou em não se aplicar o princípio de justiça social e respeito pleno à dignidade humana àquelas pessoas que transgrediram as normas rígidas de gênero e sexualidade.

1975-1989 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL

Esse período se caracterizou pelo processo de institucionalização da sociedade e pelo aumento da centralização estatal que contribuiu para reforçar o papel do Estado, quando começava a ficar evidente a feminização da força qualificada do país: incluiu-se a importância da educação sexual nas políticas aprovadas

“Hoje, nós mulheres cubanas, somos quase a metade da população, 38,7% da força trabalhadora, 58,3% dos técnicos do país, estima-se que há a tendência para manter e aumentar o nível participativo dessa força. Tanto nas graduações sucessivas, como na matrícula feminina há um crescimento constante em todos os cursos: 61% dos estudantes pré-universitários, 57% dos universitários e 55,3% dos graduados desse nível. As mulheres constituem 48% dos médicos, 64% dos médicos de família e mais de 50% dos médicos em 20 especialidades diferentes. Somos 68% dos trabalhadores na educação, 69% em finanças e seguros, 48% em ciência e técnica, e constituímos 46% dos pesquisadores.” (Espín-Guillois, 1990b, p.247).



pelo I Congresso do Partido Comunista de Cuba em 1975, reunidas de maneira geral em duas resoluções: “Sobre a formação da infância e da juventude” e “Sobre o exercício pleno da igualdade da mulher” (Departamento de Orientación Revolucionaria, 1976). Do mesmo modo, promulgou-se leis que promoveram o exercício pleno da igualdade de direitos da mulher, refletidas na nova Constituição da República, proclamada mediante referendun em 24 de fevereiro de 1976, que dispõe, em seu artigo 42 que “[...] a discriminação por motivo de raça, cor da pele, sexo, origem nacional, crenças religiosas e qualquer outra prejudicial à dignidade humana está condenada e sancionada pela lei” (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2003), assim como no Código da Família, aprovado em 1975 pelo Conselho de Ministros do governo revolucionário (República de Cuba, 1975). Este se consistiu em um marco legal indispensável para instituir e promover o contexto da instituição familiar, os valores de igualdade de direitos para o homem e a mulher, como desafiadores nas relações de casal e pais-filhos, dentro e fora do matrimônio. Contudo, não se elaboraram leis de respaldo específico para a educação sexual.

Os ministérios de Educação e Saúde Pública, junto à Federação de Mulheres Cubanas e à União de Jovens Comunistas (UJC) definiram as responsabilidades no desenvolvimento do Programa

de Educação Sexual. Assim mesmo, foi organizada uma rede de comissões regionais e municipais, integrada por ativistas voluntários, para fortalecer o alcance do programa. Todavia, predominou um enfoque biológico nos conteúdos da escola, que somente instruía acerca dos órgãos reprodutores, na disciplina de Biologia no ensino secundário, e sanitarista, no setor da saúde, que centrou suas mensagens na prevenção das enfermidades de transmissão sexual e da gravidez precoce.

Em alguns espaços acadêmicos inicialmente começou a haver interesse em estudar a mulher, depois evoluíram para os estudos efetivos e posteriormente houve a introdução dos estudos de gênero (Vasallo-Barrueta, 2001). Como resultado de um trabalho conjunto entre a FMC, o Ministério de Educação, e o Ministério de Educação Superior, desde 1989, em universidades diferentes, tem-se criado as disciplinas da Mulher e as de Gênero com o objetivo de:

“[...] consolidar a consciência entre docentes e dirigentes da educação superior sobre a importância de integrar a perspectiva de gênero nos projetos e programas de estudos, assim como nas atividades de investigação e extensão universitária.” (Álvarez-Suárez, 2008, p.9).

Em 1976 constituiu-se a Assembleia Nacional do Poder Popular (Parlamento unicameral) e suas comissões de trabalho permanentes. Um ano depois, o Grupo Nacional de Trabalho de Educação Sexual (GNTES) adquiriu personalidade jurídica própria e uniu-se ao grupo assessor da Comissão de Atenção à Igualdade de Direitos da Mulher, da Infância e da Juventude.

Em 1978, a taxa de fecundidade caiu para abaixo do nível de substituição populacional (0,95 filhas por mulher), tendência mantida até a atualidade. Esses anos se caracterizaram, também, pela denominada cúspide prematura, com a contribuição importante de mães adolescentes e jovens. Entre 1975 e 1989, mais da metade da fecundidade total ocorreu antes dos 25 anos e um de cada cinco nascimentos correspondeu a mães com menos de 20 anos de idade (Catasus-Cervera y Rodríguez-Gómez, 2009). O impacto da gravidez precoce na saúde, nos projetos de vida e no crescimento pessoal e social das adolescentes determinou as novas ações dirigi-



“El sueño se há realizado, y la semilla es ya árbol que se vê”. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba

das para promover a criação de um programa nacional de educação sexual na escola, com uma perspectiva integradora da sexualidade.

A atenção institucional à transexualidade, como transtorno de identidade de gênero, teve início no Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1979. Por iniciativa da FMC e do GNTES criou-se uma comissão nacional multidisciplinar para o estudo e o diagnóstico da transexualidade que atendesse às demandas explícitas de mudança legal de identidade de gênero e de adequações corporais, com enfoque biomédico (Castro-Espín, 2008).

Em 1988, uma equipe de médicos cubanos realizou a primeira cirurgia dessa natureza a uma transexual feminina, porém, ao divulgar os resultados na imprensa cubana, o Ministério de Saúde Pública (MINSAP) recebeu mensagens de desaprovação por parte da população. Motivo pelo qual esse procedimento foi interrompido.

As atividades desenvolvidas para a educação da sexualidade das mulheres se refletiram nos resultados da Pesquisa Nacional de Fecundidade de 1987: 99% das entrevistadas conhecia pelo menos um método anticonceptivo, enquanto que 93% o havia utilizado (Catasús-Cervera y Rodríguez-Gómez, 2009).

O aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV), em 1983, com a irrupção de preconceitos, mitos

e estigmas relacionados às sexualidades e aos gêneros, com a finalidade de abordar a epidemia, obrigou o governo a rever as ações do Programa Nacional de Educação Sexual em concordância à nova política do país. Seu vínculo com as práticas sexuais revelou a contradição existente entre um modelo de promoção de saúde preventiva condutora e o enfoque formativo de educação integral da sexualidade no qual se tentou avançar.

Para facilitar o intercâmbio com sociedades científicas nacionais, regionais e internacionais, em 1985, foi criada a Sociedade Multidisciplinar para o Estudo da Sexualidade (SOCUMES) como uma organização da sociedade civil estreitamente vinculada aos propósitos do GNTES, que em 1989, tornou-se o Centro Nacional de Educação Sexual (CENESEX), instituição especializada e mantida pelo Estado, adstrita ao Ministério de Saúde Pública (CENESEX, 1994).

Essa mudança estrutural permitiu ampliar a capacidade de trabalho e o alcance da política de educação sexual, apoiada por verba e vontade estatal. Graças ao processo de institucionalizar o Programa Nacional de Educação Sexual, a sexualidade passou a ser de interesse público.

Enquanto o Grupo Nacional de Trabalho de Educação Sexual (GNTES) encarregou-se basicamente de coordenar, capacitar e divulgar informações para sensibilizar profissionais e a população

em geral, o CENESEX assumiu função metodológica e acadêmica mais profunda.

“Entre as funções desenvolvidas pelo CENESEX, encontram-se a de ampliar e aprofundar sua habilidade para a docência, a capacitação e a investigação científica, e assim divulgar e preparar profissionais para oferecer serviços de orientação e terapia sexual. Além disso, a de orientar e assessorar a implementação metodológica das propostas de programas de educação sexual.” (Espín-Guillois, 2007, p.27).

Embora a década de 1980 tenha se caracterizado pelo fortalecimento das políticas sociais, “[...] o modelo de desenvolvimento que produziu essa tranquilidade relativa começa a dar os primeiros sinais de desgaste” (Proveyer-Cervantes *et al.*, 2010) por causa da contradição entre os grandes gastos sociais e a baixa produtividade e ineficiência do sistema produtivo. No entanto, manteve-se a vontade política para preservar a atenção às necessidades humanas com critérios de justiça e equidade, como condição para o desenvolvimento.



1990-2003 DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL E TRANSVERSALIZAÇÃO DE GÊNERO

A experiência socialista nos países do Leste Europeu desarticulada e o recrudescimento do bloqueio econômico, financeiro e comercial imposto à Cuba pelo governo dos Estados Unidos, obrigaram que novas estratégias de sobrevivência fossem criadas para enfrentar as crises do denominado *Período Especial em Tempo de Paz* (Espín-Guillois, 1990a).

Não obstante, respeitou-se o caráter público das políticas sociais, sua universalidade e gratuidade, com base no princípio da atenção às necessidades humanas. Por isso, não surpreende que, apesar da crise profunda e repentina, a proporção do Produto Interno Bruto (PIB) destinado aos programas sociais tenha aumentado.

A realidade econômica testou a criatividade das mulheres para enfrentar as dificuldades, sobretudo no âmbito doméstico, devido aos problemas de abastecimento e serviços que surgiram. A FMC apoiou os programas priorizados pelo Estado que

manteve a vontade política de prosseguir com a luta pela igualdade da mulher.

A FMC criou, em 1990, a primeira Casa de Orientação à Mulher e à Família. Estendeu-se a todos os municípios do país, para suprir as necessidades da população no âmbito familiar e oferecer informação e consultoria sobre saúde sexual e reprodutiva, convivência e violência intrafamiliar, prevenção de Infecções de Transmissão Sexual (ITS), do HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e educação sexual, entre outros temas. Atualmente em Cuba funcionam 175 casas.

O trabalho acadêmico interterceiro e comunitário foi fortalecido com o uso da metodologia dos Processos Comunitários de Correção (ProCC), que intervém sobre as inquietudes da vida cotidiana. A formação de profissionais nessa metodologia e a experiência de trabalho comunitário em Pílon (1992-1994), um dos municípios da província oriental de Granma, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,261 em 1990, o mais baixo do país, no CENESEX, geraram a nova área de desenvolvimento: o trabalho comunitário (CIEM-PNUD, 2000).

Simultaneamente o CENESEX elaborou um sistema para organizar a pós-graduação, no qual introduziu cursos, certificações e mestrados abalizados pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de La Havana.



Junto ao MINSAP, em 1993, criou-se as disciplinas de Sexologia e Educação Sexual em todas as universidades médicas do país e na Escola Nacional de Saúde Pública, com o propósito de introduzir uma visão mais integradora do ser humano como sujeito sexuado.

Como parte do Programa Nacional de Educação Sexual, em 1992, tomou organicidade o projeto de maternidade-paternidade responsável, que tem como objetivo fundamental preparar a mãe, o pai e os outros familiares, com enfoque de gênero, para o processo de gestação, parto, puerpério e atenção aos primeiros anos de vida dos filhos. Imediatamente passou a ser um dos programas do Ministério de Saúde Pública do Programa de Atenção Materno-Infantil.

A área de divulgação do CENESEX se modificou e ampliou ao elaborar estratégias de comunicação social. Como resultado dessa nova concepção, em 1994, fundou-se a

revista *Sexología e Sociedad* (2012) e a seção «Sexo Sentido» do jornal *Juventud Rebelde* (1994). As condições do Período Especial determinaram a descontinuidade do Sexo Sentido, até seu reaparecimento em 2000 como seção fixa, aos sábados.

Em 1996, por meio de um acordo entre o Ministério de Educação e o CENESEX e com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas, a educação sexual foi estendida a todos os níveis do Sistema Nacional de Educação (SNE) por intermédio do projeto «Por uma educação sexual responsável e feliz», com ênfase no ensino médio e enfoque de gênero como eixo transversal. Em 1997, a FMC fundou seu Centro de Estudos para coordenar a formação e a capacitação da população feminina em temas de gênero, assim como também criou o Grupo Nacional de Atenção e Prevenção da Violência Intrafamiliar.

O compromisso da política governamental com relação ao progresso da mulher passou do processo de participação, iniciado na década de 1960, para a introdução do termo de igualdade, em 1970, até chegar à explicitação da categoria gênero, contida no Plano de Ação Nacional de Seguimento à Conferência de Beijim, China, aprovado em 7 de abril de 1997 como acordo do Conselho de Estado (Gaceta Oficial de la República de Cuba, 2002).

O impacto do HIV na população masculina tornou necessária a estratégia dirigida aos homens que mantêm relações sexuais com homens (HSH) para reduzir o risco epidemiológico dessa população. Embora, as primeiras pessoas diagnosticadas com o HIV foram homens heterossexuais, em pouco tempo aumentou a incidência entre os homossexuais e bissexuais que apresentavam comportamentos sexuais de risco. O CENESEX e o Centro de Prevenção de ITS-HIV/AIDS, criado em 1998, começaram a desenvolver programas para formar

promotores de saúde sexual entre os indivíduos com orientação homo-bissexual masculina e os transgênero (Rodríguez -Lauzurique, 2005; Rodríguez-Lauzurique *et al.*, 2009).

Em 2000, as políticas acordadas no Grupo Operativo para o Enfrentamento e a Luta contra a AIDS (GOPELS) surgiu o projeto HSH para a prevenção do HIV/AIDS. Grupo informal da sociedade civil que dirige seus esforços para capacitar seus integrantes como promotores e conselheiros da saúde e desenvolver atividades de prevenção em lugares de encontros, pois essa população começava a apresentar os valores mais elevados da epidemia (Gorry, 2008).

Durante esse período de tempo foram realizados congressos científicos importantes, entre os quais, se destaca o XVI Congresso Mundial de Sexologia em 2003. Durante sua preparação fortaleceu-se a capacidade organizadora do CENESEX, analisou-se criticamente o trabalho realizado, incluída a confrontação de suas áreas de ação com os avanços da educação sexual e a sexologia no plano nacional e mundial, sistematizaram-se as prioridades, os princípios e os objetivos do Programa Nacional de Educação Sexual (ProNES) (Castro-Espín, 2002).

Sobre a base dessa experiência, definiu-se como desafio principal contextualizar o ProNES dentro das novas demandas de desenvolvimento científico e social.





Esse processo significou um salto qualitativo, teórico, metodológico, ideológico, político e prático.

No contexto do congresso mencionado, foi apresentada uma análise da origem, desenvolvimento e situação atual do programa, no qual se propõe as prioridades, os princípios e os objetivos para sua continuidade.

“[...] prioridades:

- O direito de todas as pessoas, sem distinção de sexo, raça, idade, orientação sexual, capacidades sensoriais, intelectuais e físicas, crenças políticas e religiosas, para receber uma educação sexual como parte de sua educação integral.
- O direito de todas as pessoas, sem exceção, de serem atendidas quanto à sua saúde sexual dentro de uma concepção integral de saúde.
- O respeito à dignidade humana, do qual se deriva o respeito consequente dos direitos sexuais de todos e de todas.
- A criação de condições materiais e ideológicas que favoreçam o desenvolvimento de uma sexualidade plena, saudável, responsável e feliz.

• O desenvolvimento da capacidade de gestão local nas comunidades para a atenção às necessidades relacionadas com a sexualidade de diferentes grupos populacionais vulneráveis.

[...] Princípios nos quais se baseia essa política e que, portanto, mediam sua aplicação:

- *Caráter multidisciplinar:* a natureza e a complexidade da sexualidade como objeto de estudo requer um programa que conte com a participação e a inter-relação de diversas disciplinas científicas.
- *Aplicação intersectorial:* as problemáticas da sexualidade reclamam a ação coordenada de diversas instituições do Estado e das organizações sociais.
- *Caráter histórico:* o Programa Cubano de Educação Sexual é dinâmico, respeita a história e a evolução dos contextos e dos cenários específicos, o qual permite desenvolver atividades de intervenção que garantam seu aperfeiçoamento contínuo.
- *Perspectiva de gênero:* a sexualidade, sua educação, orientação e terapia requerem entendimento profundo sobre a relação complexa que existe entre diversidade, similaridades e diferenças entre homens e mulheres, assim como de critérios firmes de equidade que se direcionem para eliminar as atribuições socioculturais sexistas instituídas no decorrer da história.
- *Referência científica:* uma concepção dialética materialista e humanista da sexuali-

dade, sua educação, orientação e terapia.

[...] Objetivos:

- Desenvolver a educação da sexualidade, sem elementos de discriminação sexista, nas etapas diferentes da vida e como parte da formação integral do indivíduo.
- Promover a saúde sexual como um elemento fundamental da qualidade de vida em grupos diferentes de idade e de população.
- Educar no respeito aos direitos sexuais de todas e de todos.
- Propiciar reflexões sistemáticas que modifiquem estereótipos e preconceitos, que promovam atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável, plena, responsável e prazerosa.
- Os avanços em matéria de educação sexual, com apoio político, social e econômico do Estado, são significativos e nos permitem ter uma consciência maior dos problemas nos quais devemos aprofundar os conhecimentos científicos e aperfeiçoar as ações.” (Castro-Espín, 2002, p.6,7).

Entre as conquistas mais transcendentess dessa etapa está criar e implementar de forma gradual o Programa Nacional de Educação Sexual na escola, para todos os níveis de ensino do Sistema Nacional de Educação, em 1996, como uma das principais estratégias do ProNES.

Apesar da crise do Período Especial em Tempo de Paz,

que provocou um impacto negativo sobre o desenvolvimento econômico e social em Cuba, com a criação do CENESEX, as bases científicas da educação sexual se ampliaram e aprofundaram e seu desenvolvimento metodológico enriqueceu, mediante a introdução do enfoque de gênero como eixo transversal do Programa Nacional de Educação Sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição de política social apresentada na introdução desse trabalho permite considerar que a educação sexual, com enfoque de gênero e em contexto mais amplo de equidade e justiça social, se constituiu em objeto de política a partir das etapas mais precoces da transição socialista em Cuba.

Essa característica para configurar a educação sexual como política social é um indicador de relevância dentro da estratégia de desenvolvimento que o país avaliou. Ele passou e passa por um processo de superação na amplitude e na integralidade das orientações e problemáticas que enfoca.

A política cubana de educação sexual é o resultado de um histórico contínuo, de um processo emancipador que reflete os conflitos e as contradições de uma sociedade em transformação permanente.





REFERÊNCIAS

Albizu-Campos-Espiñeira JC, Benítez-Pérez ME, Catasús-Cervera S, Farnós-Morejón A, González-Quiñones F, Alfonso-Fraga JC, Alvarez-Vázquez L, Sosa-Marín M, Valido-Salas, S, Jiménez-Araya T, MacDonald A. Cuba: transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana, Cuba: CEDEM – ONE-MINSAP; 1995.

Alfonso-Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [accedido en 2010 Nov 10]; 32(1):19p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100002&script=sci_arttext#asterisco#asterisco.

Álvarez-Suárez M. Prólogo. In: Centro de Estudios de la FMC. Cátedras de la Mujer en Cuba: experiencias de transversalización de género. Cambiar cambiando. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 2008.

Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. La Habana, Cuba: Asamblea Nacional del Poder Popular; 2003. p.34.

Castro-Espín M. El Programa Nacional de Educación Sexual en la Estrategia Cubana de Desarrollo Humano. Rev Sexol Soc. 2002;8(20):4-9.

Castro-Espín M. La transexualidad en Cuba. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2008.

Castro-Ruz F. La historia me absolverá. La Habana, Cuba: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado; 1993.

Catasús-Cervera S, Rodríguez-Gómez G. Fecundidad. In: Colectivo de autores. Población y desarrollo. La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos –Universidad de La Habana; 2009. p.39.

CEDEM - Centro de Estudios Demográficos. Población y desarrollo. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana; 2009. Colectivo de autores.

CENESEX - Centro Nacional de Educación Sexual. Rev Sexol Soc. 1994;1:1-40.

CIEM-PNUD - Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. La Habana, Cuba: Caguayo; 2000.

Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Informe del Comité Central del PCC al Primer Congreso, presentado por el compañero Fidel Castro Ruz, Primer Secretario del PCC. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales; 1978.

Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Tesis y Resoluciones. La Habana, Cuba: Departamento de Orientación Revolucionaria; 1976. [I Congreso del Partido Comunista de Cuba; 1975 dec 17-22; La Habana, Cuba].

Espín-Guillois V. Discurso en el acto nacional de la FMC por el XX Aniversario de la victoria de Girón 14 de abril de 1981 en la gesta revolucionaria: acciones y héroes. In: Espín-Guillois V. Discursos, entrevistas, documentos. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 1990a. p.1-7, 260.

Espín-Guillois V. Informes centrales de los Congresos de la FMC. La Habana, Cuba: Federación de Mujeres Cubanas; 1990b.

Espín-Guillois V. Conferencia Inaugural: Historia de la Educación Sexual en Cuba. Rev Sexología y Sociedad. 2007;13(34):23-4, 27. [Presentado en el XVI Congreso Mundial de Sexología; 2003 mar 10-14; La Habana, Cuba].

Espina-Prieto M. Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamiento desde una perspectiva compleja. La Habana: Publicaciones Acuario; 2010.

Federación de Mujeres Cubanas. Memoria. La Habana, Cuba: Federación de Mujeres Cubanas; 1962. [Presentado en el 1er. Congreso Nacional de Mujeres Cubanas; 1923 abr 1-7; La Habana, Cuba].

Federación de Mujeres Cubanas. Memoria. La Habana, Cuba: Editorial Orbe; 1975. p. 211-212. [Presentado en el II Congreso Nacional de la Federación de Mujeres Cubanas; 1974 nov; La Habana, Cuba].

Gaceta Oficial de la República de Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing República de Cuba. In: Algo más que palabras... El Post-Beijing en Cuba: Acciones y Evaluación. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 2002.

Gorry C. La estrategia cubana de respuesta al VIH/Sida: un enfoque integral con base en los derechos. La Habana, Cuba: MEDICC Review –OXFAM Programa Conjunto Cuba; 2008.

Juventud Rebelde. Sexo Sentido. Edición especial. VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. La Habana, Cuba; 1994.

Moya-Richard I. Alas desatadas. La Jiribilla [Internet]. 2009 [accedido en 2010 Nov 10]: [5p.] Disponible en: www.lajiribilla.cubaweb.co.cu/2009/n400_01/400_05.html.

ONE - Oficina Nacional de Estadísticas. Mujeres cubanas. Estadísticas y realidades 1958 -2008. La Habana, Cuba: ONE; 2010.

Proveyer-Cervantes C, Fleitas-Ruiz R, González-Olmedo G, Múnster-Infante B, Cesar MA. 50 años después: mujeres en Cuba y cambio social. La Habana, Cuba: OXFAM International; 2010. p.8.

República de Cuba. Código de Familia. Ley No. 1289 de febrero de 1975. Gaceta Oficial de 15 de febrero de 1975. La Habana: Editorial Orbe; 1975.

Rodríguez–Lauzurique RM. Prevenir desde la diversidad. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2005.

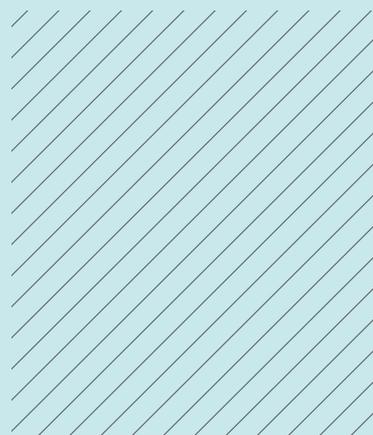
Rodríguez–Lauzurique RM, Alfonso-Rodríguez AC, González Jiménez M. Prevenir desde la diversidad sexual. Herramientas para el autocuidado y la prevención de las ITS y el VIH. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2009.

Sexología y Sociedad. [Accedido en 2012 junio]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/revista.htm>

Sosa-Marín M. Aborto en Cuba. Breves consideraciones históricas y jurídicas. situación actual. Panamá: Publicación FIGO; 2008.

Terry–Molinert H. Prólogo. In: Castell Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

Vasallo-Barrueta N. Los estudios de la mujer, mujeres y género en Cuba. In: Lundy C, Vasallo-Barrueta N. (eds.). Mujeres cubanas. Historia, contradicciones y cambios contemporáneos. Ottawa, Canada: Editorial Carleton University; 2001.



Mariela Castro Espín: *Mestre em Ciências; Professora auxiliar e investigadora auxiliar da Universidade Médica de La Habana; Presidente da Cátedra de Sexologia e Educação da Sexualidade da Escola Nacional de Saúde Pública e da Comissão Nacional de Atenção Integral às Pessoas Transexuais; Diretora do Centro Nacional de Educação Sexual; Membro do Conselho Assessor da Associação Mundial de Saúde Sexual.*

E-mail: cenesex@infomed.sld.cu



REIMPLANTE PENIANO APÓS AMPUTAÇÃO: RELATO DE UM CASO

SILVIA ACOSTA FLORES, NÉSTOR AVILÉS MARTÍNEZ, CESAR PORRO GUTIERREZ, GILBERTO TAM POW SANG, TELMO MANYARI TELLO

RESUMO

Relata-se o caso clínico de um paciente de 24 anos de idade, que ingressou no hospital depois de ser agredido. Ele apresentava múltiplas feridas cortantes no rosto, no abdome, na perna e no pênis, o qual evidenciava mutilação de ambos os corpos cavernosos. Realizou-se reimplante por anastomose simples de corpos cavernosos e veia dorsal.

Palavras-chave: amputação; pênis; reimplante.

INTRODUÇÃO

Em nosso meio, a amputação de pênis é uma condição relatada com pouca frequência (Wessells e Long, 2006; Babaei e Safarinejad, 2007). Cerca de 87% dos pacientes tinha problemas psiquiátricos e apresentavam lesões por automutilação (Schweitzer, 1990; Volker e Maier, 2002; Gyan *et al.*, 2010). Alguns casos se originaram de acidentes de trabalho (Alonso Gracia *et al.*, 2003; Phonsombat, 2008). Em

1970, na Tailândia, observou-se uma epidemia de amputações de pênis como castigo pela infidelidade dos homens (Bhanganada *et al.*, 1983; Ferguson y Brandes, 2008).

Nesses casos, o mais rápido possível, deve-se tentar uma reconstrução completa para propiciar as melhores condições de reabilitação do paciente (Jordan e Gilbert, 1989; Sherman *et al.*, 1996; Kochakarn *et al.*, 1997; Kochakarn, 2000; Park *et al.*, 2001; Alonso Gracia *et al.*, 2003; Günther-Mangelsdorff *et al.*, 2005). O reimplante microvascular oferece prognóstico melhor para a volta das sensações e da função erétil, contudo, quando não for possível realizá-la, a anastomose simples mostrou bons resultados (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001; Gyan *et al.*, 2010).

RELATO DE CASO

Um paciente com 24 anos de idade, natural de Lima, no Peru, chegou ao pronto socorro de nosso hospital, refe-

rindo de um hospital de menor complexidade, com o tempo da enfermidade desconhecido uma vez que o paciente foi encontrado inconsciente em uma lixeira e não dava informações (*Figura 1*).



Ao ingresso a pressão arterial era 100\80, a frequência cardíaca 80, a frequência respiratória 20, e o hematócrito 30. Ao exame físico observou-se lesões múltiplas cortantes profundas e avulsivas, com bordas irregulares, e zonas necrosadas. Apresentava cortes múltiplos em túnicas albugíneas, um deles chegava até o corpo esponjoso (*Figura 2*).



Figura 1. Paciente com lesões múltiplas, contuso cortantes no tórax, abdome e pênis.



Figura 2. Cortes múltiplos em túnicas albugíneas.

Iniciou-se a preparação do paciente para a sala de cirurgia: indicou-se cobertura antibiótica ampla; colocou-se sonda foley nº 18, pela qual se identificou que tanto a uretra quanto o corpo cavernoso estavam íntegros; também realizou-se lavagem profusa da ferida com solução fisiológica (Figura 3).

Uniu-se a túnica albugínea de ambos os corpos cavernosos ao septo com sutura contínua com ácido poliglicólico 3/0. Suturou-se a fásia de Buck com ácido poliglicólico 3/0. Depois da irrigação da veia dorsal do pênis com heparina salina, ela foi anastomosada com fio prolene 7-0 mediante surgete contínuo (Figura 4).



Figura 4. Sutura da túnica albugínea com ácido poliglicólico 3/0.

Para encerrar, imergiu-se o pênis embaixo da pele do escroto com sutura catgut crômico 2/0 (Figura 5).

Indicou-se tratamento antibiótico com ceftriaxona e metronidazol e vacina antitetânica. Aplicou-se enoxaparina subcutânea (60 g/dia, durante 7 dias) para evitar trombose da veia dorsal e acetato de ciproterona (50 mg a cada 12 horas, durante 7 dias) para evitar ereções penianas. No pós-operatório havia boa coloração da glândula e presença de sensibilidade.

Uma semana depois, o paciente teve sonhos eróticos, durante os quais apresentou tumescência e sentiu dor quando a pele do escroto foi estirada.

Após duas semanas, suturou-se o enxerto de pele escrotal com catgut crômico 2/0 (Figuras 6, 7 e 8). Uma semana depois, o tratamento com ciproterona foi suspenso e iniciado com tadalafila (5 mg, tomada diária).

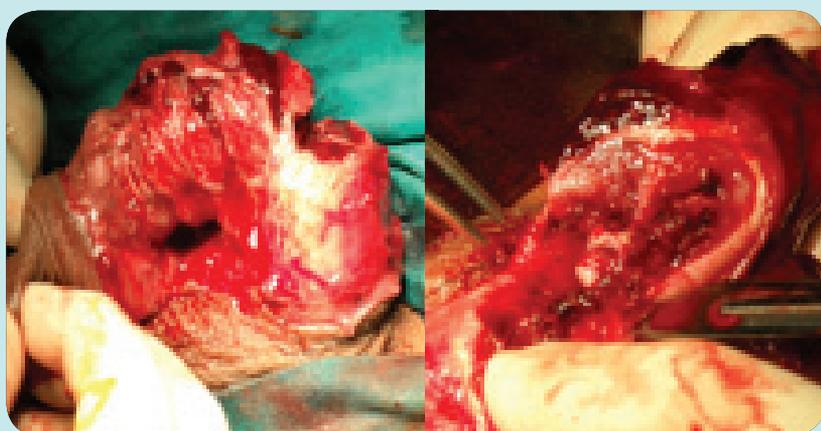


Figura 3. Ressecção da pele do pênis. Amplas zonas necrosadas e contaminadas (com terra).



Figura 5. Resultado da primeira cirurgia. Pênis imerso no escroto.





Figura 6. Abertura da pele do escroto.

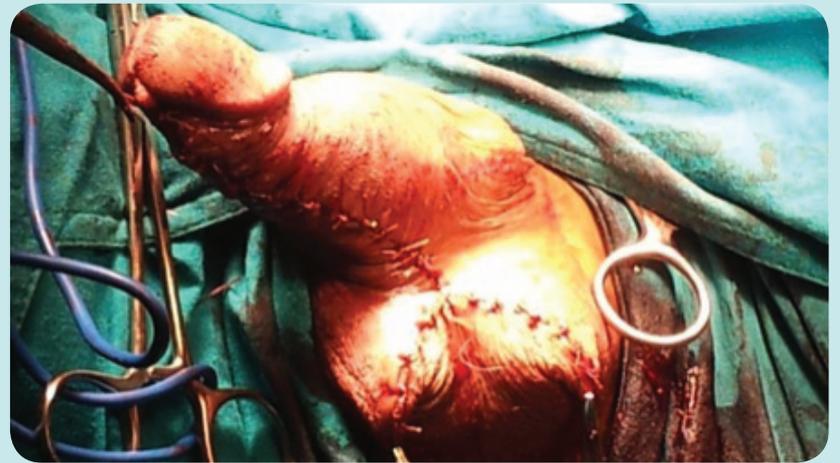


Figura 7. Sutura da pele escrotal com catgut crômico 2/0.

DISCUSSÃO

O primeiro caso documentado de reimplante macroscópico de pênis foi relatado em 1929, e o primeiro reimplante microvascular, em 1977. Desde então, vários casos de reimplante microvascular têm sido reportados com bons resultados funcionais e estéticos (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001). Contudo, quando o reimplante microvascular não for possível, o macroscópico com anastomose simples ainda é uma boa opção.

Aqui, apresentamos um caso que não ocorreu nas melhores condições. A ferida estava muito contaminada, não havia sido preservada em cadeia de frio, e desconhecia-se o tempo transcorrido após a agressão. No entanto, realizou-se a intervenção ao se observar que as bordas do tecido estavam viáveis e havia fluxo sanguíneo na região distal. A falta de tecido levou à utilização de retalho do escroto para imergir o pênis (Castillo *et al.*, 2008; Ching *et al.*, 2010).

As mutilações, avulsionadas e/ou necrosadas, em muitos

lugares, impediram a identificação de todas as estruturas e de se fazer anastomose total de todas as veias e artérias dorsais.

Entre as complicações relatadas desse tipo de cirurgia, espera-se encontrar: necrose de pele, infecção da ferida, formação de fístulas arteriovenosas, perda da sensibilidade na glândula e disfunção erétil.

No presente caso não houve complicações, seja infecciosa, seja vascular. Indicou-se os inibidores da fosfodiesterase 5, porém o paciente não os utilizou por falta de recursos econômicos.

No seguimento de três meses, o rapaz apresentou ereções matutinas e ao estímulo visual e tátil, adequadas para sua idade.

CONCLUSÃO

O reimplante com anastomose simples de corpos cavernosos e veia dorsal para a amputação parcial de pênis, no nosso caso, apresentou bons resultados cosméticos e fisiológicos.



Figura 8. Resultado final após duas semanas da cirurgia.



REFERÊNCIAS

- Alonso Gracia N, Bielsa Gali O, Arango Toro O, León Morales E de, Cañís Sánchez D, Gelabert-Mas A. Manejo de la incarceration del pene y escroto por objeto metálico. *Actas Urol Esp.* 2003;27(8):633-6.
- Babaei AR, Safarinejad RM. Penile replantation, science or myth? A systematic review. *Urol J.* 2007;4(2):62-5.
- Bhanganada K, Chayavatana T, Pongnumkul C, Tonmukayakul A, Sakolsatayadorn P, Komaratat K, Wilde H. Surgical management of an epidemic of penile amputations in Siam. *Am J Surg.* 1983;146(3):376-82.

Castillo O, Vidal-Mora I, Fonerón A. Glanuloplastia con colgajo escrotal pediculado (Colgajo de Mazza) para penectomía parcial: experiencia en 2 casos. Rev Chil Urol. 2008;73(1):65-9.

Ching WC, Liao HT, Ulusal BG, Chen CT, Lin CH. Salvage of a complicated penis replantation using bipediced scrotal flap following a prolonged ischaemia time. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63(8):e639-43.

Cohen BE, May JW Jr, Dalsy JS, Young HH. Successful clinical replantation of an acute amputated penis by microvascular repair. Case report. Plast Reconstr Surg. 1997;59(2):276-80.

Darewicz B, Galek L, Darewicz J, Kudelski J, Malczyk E. Successful microsurgical replantation of an amputated penis. Int Urol Nephrol. 2001;33(2):385-6.

Ferguson GG, Brandes SB. The epidemic of penile amputation in Thailand in the 1970 's. J Urol. 2008;179(4, suppl):312.

Günther-Mangelsdorff G, Bruno-Dagnino U, Rodrigo-Contreras D, Pedro-Vidal G H. Reconstrucción de pene. Rev Chil Urol. 2005;70(4):169-74.

Gyan S, Sushma S, Maneesh S, Rajesh S, Misra M. Successful microsurgical penile replantation following self amputation in a schizophrenic patient. Indian J Urol. 2010;26(3):434-7.

Jordan GH, Gilbert DA. Management of amputation injuries of the male external genitalia. Urol Clin North Am. 1989;16(2):359-67.

Kochakarn W. Traumatic amputation of the penis. Braz J Urol. 2000;26(4):385-9.

Kochakarn W, Muangman V, Krauwit A. Traumatic penile amputation: results with primary reattachment. J Urol. 1997;157:857.

Park JK, Min JK, Kim HJ. Reimplantation of an amputated penis in prepubertal boys. J Urol. 2001;165(2):586-7.

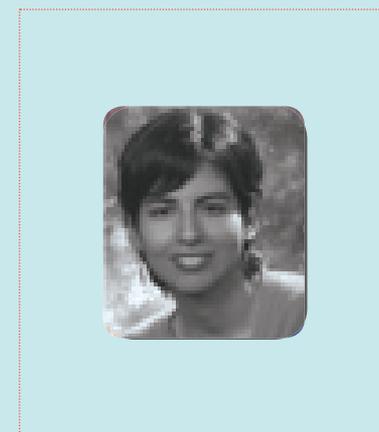
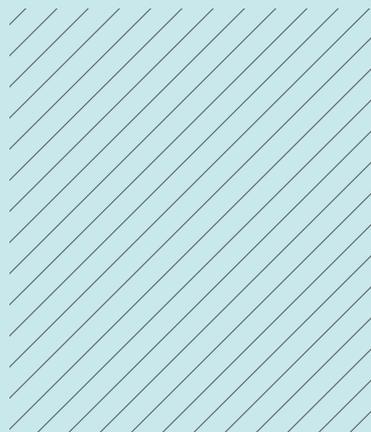
Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30-year single institution experience. J Urol. 2008;180(1):192-5.

Schweitzer I. Genital self amputation and the Klingsor syndrome. Aust N Z J Psychiatry. 1990;24(4):566-9.

Sherman J, Borer JG, Horowitz M, Glassberg KI. Circumcision: successful granular reconstruction and survival following traumatic amputation. J Urol. 1996;156(2 part 2):842-4.

Volker BG, Maier S. Successful penile replantation following autoamputation twice! Int J Impot Res. 2002;14(3):197-8.

Wessells H, Long L. Penile and genital injuries. Urol Clin N Am. 2006;33(1):117-26.



Silvia Acosta Flores: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professora universitária. Lima, Perú.
E-mail: silvia_acostaf@hotmail.com

Néstor Avilés Martínez: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário; Doutor em Medicina. Lima, Perú.

Cesar Porro Gutierrez: Urologista; Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú.

Gilberto Tam Pow Sang: Urologista; ex-Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú.

Telmo Manyari Tello: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú..

TUDO ORGÂNICO OU TUDO PSICOLÓGICO OU TUDO MUITO PELO CONTRÁRIO?

SIDNEY GLINA

Quando o problema começou, o Sr. João tinha 52 anos. Foi tudo muito agudo. Apesar de fumar 20 cigarros por dia e ser diabético, razoavelmente controlado, há dois anos, sua vida sexual era normal, “nunca havia tomado nenhum dos comprimidos para ajudar na ereção”. Na fatídica noite estava tendo uma relação sexual normal quando recebeu um telefonema dizendo que sua loja tinha sido assaltada; ficou muito chateado, mas resolveu acabar a relação antes de correr para a loja para contabilizar o prejuízo, mas não conseguiu, “foi incrível doutor, ele não subia, eu tentava, a Maria fez de tudo e ele não quis saber”.

Nos dias seguintes o João passou por um grande estresse, o prejuízo havia sido grande, mas ele não conseguia tirar da cabeça a “falha”. Todas as noites ele ia para a cama com a Maria e tentava ter uma relação. Até que no começo a ereção era boa, mas na hora de penetrar perdia a rigidez e não conseguia.

Muitas vezes acordava com uma ereção bem rígida e acordava sua esposa, rapidamente tentava penetrar e na grande maioria das vezes não conseguia. Mesmo na masturbação que antes sempre fora fácil,

começou a ejacular com o pênis a “meia bomba”. Como a Maria começasse a reclamar da insistência diária e a não querer continuar tentando, “afinal você não consegue mesmo”, foi em uma casa de massagem para fazer um teste. E de novo não conseguiu, até que no início pareceu que ia dar certo, pois a ereção estava boa, mas ela desapareceu no momento de colocar o preservativo. “Que bom que era uma profissional, pois o vexame foi menor!”

Foi na farmácia e comprou um dos inibidores de fosfodiesterase tipo 5, “o de maior dosagem e de marca”. Trouxe um buquê de flores e uma garrafa de vinho chileno, convenceu a Maria, e mesmo com o comprimido a ereção não foi boa. Conseguiu ejacular, mas não penetrou e a esposa dele ficou muito nervosa.

Ficou muito deprimido e, gradativamente, passou a perder a vontade de se masturbar e de tentar qualquer atividade sexual. Foi mais três vezes às casas de massagens e saiu mais quatro vezes com garotas de programa e só conseguiu penetração em uma das vezes, quando tinha tomado dois comprimidos de sildenafil 100mg e não colocou o preservativo. Nas últimas ve-

zes nem tentou a penetração, ficou apenas no sexo oral.

Foi a um urologista que, em uma rápida consulta, lhe prescreveu a mesma medicação que já vinha tomando sem sucesso. Seu endocrinologista sugeriu-lhe procurar um especialista, “que não aceitava meu convênio e cobrava caro, mas era muito famoso”. Fez vários exames: uma ultrasonografia Doppler mostrou “artérias normais”, porém a velocidade diastólica estava elevada em todas as medidas; os hormônios estavam normais; não teve ereção com a injeção de prostaglandina. O médico disse-lhe que ele tinha uma “fuga venosa” e lhe prescreveu tadalafila de uso diário e que se não desse resultado o passo seguinte seria a colocação de uma prótese peniana.

O Sr. João ficou muito assustado. Tomou a medicação por quinze dias, tentou mais duas

vezes com garotas de programa e ficou apenas no sexo oral ou na masturbação.

Passados mais três meses, o quadro já tinha três anos, foi a uma das clínicas que “aparecem na TV” e após uma série de exames foi diagnosticado com um problema de insuficiência vascular. Garantiram-lhe que se usasse uma injeção no pênis duas vezes por semana ficaria bom. Apesar de muito caras e de ter medo da “picada”, as injeções faziam efeito e passou a usá-las para ter relações sexuais. “A Maria permitia porque eu conseguia penetrar, mas me dizia que nunca tinha visto um homem precisar de injeções para ser Homem!” Além disto, passou a ter mais confiança e agora tem conseguido masturbar-se com boas ereções.

O caso do Sr. João é real, e pode representar uma coletânea de casos que vejo



frequentemente e que deve passar em todos os consultórios de quem faz Medicina Sexual. Para muitos, o quadro é orgânico: a diabetes e o tabagismo explicam o problema. Já os psicólogos e sexólogos mostrarão o início abrupto, a ansiedade de desempenho, a depressão, a parceira pouco colaborativa e até castradora, como explicação para uma disfunção erétil psicogênica.

Alguns mais condescendentes, no sentido de acomodar todos os dados, classificam como disfunção sexual de causa mista. O debate pode se estender; afinal, o paciente já era diabético e fumava antes do início abrupto da disfunção erétil e o quadro surgiu em um grande momento de ansiedade, onde a notícia do assalto, provavelmente, produziu um grande estímulo adrenérgico que derrubou a ereção. A necessidade de performance aliada à falta de percepção de que aquele não era o momento para ele continuar a atividade sexual pode ter levado o paciente a ficar muito preocupado e seguir perpetuando com a falha.

As ereções matinais rígidas, que persistiam no início do quadro e faziam o paciente acordar sua esposa e tentar ter relação a qualquer preço, atestam a integridade anatômica e mostram que a “máquina” funcionava e que, provavelmente, era a descarga adrenérgica que acabava com a ereção. Segundo Mann *et al.* (2005), “a presença de pelo menos uma ereção noturna normal indica que as estru-

turas penianas estão intactas e que os requerimentos orgânicos periféricos para o desenvolvimento de uma ereção foram preenchidos”.

A sequência de falhas e, conseqüentemente, de frustrações deve ter feito com que o interesse do paciente pela atividade sexual diminuísse, afinal é muito difícil lidar com alguma incapacidade sexual e, secundariamente, a não tentativa “protege” o homem da frustração.

Muitos irão arguir que se o paciente não conseguiu ter ereção nem com o uso de altas doses de inibidores de PDE-5, isto significa que há um problema orgânico, provavelmente uma disfunção endotelial causada pelo diabete.

Embora o diagnóstico de disfunção endotelial seja bastante complexo, a falta de resposta aos inibidores de PDE-5 não é patognomônico de lesão endotelial ou de patologia orgânica. Altos níveis de ansiedade são capazes de bloquear a resposta a essas drogas. Ghanem *et al.* (2006) mostraram que cerca de 10% de homens jovens sem lesão orgânica e que apresentavam a “impotência de lua de mel” não responderam ao uso de sildenafil.

Geralmente, os pacientes com disfunção erétil psicogênica costumam apresentar falhas com algumas parceiras e com outras não e o quadro tende a ser situacional.

Nosso paciente passou a apresentar falhas com todas as parceiras e em todas as situações.

Provavelmente, essa situação pode decorrer por causa de seu nível de ansiedade. É sabido que o músculo liso do corpo cavernoso permanece contraído e, conseqüentemente, o pênis no estado flácido, por ação do sistema simpático. Se um homem estiver tendo uma relação sexual normal, com uma ótima ereção e alguém ou alguma coisa o assusta (por exemplo, alguém entra no quarto), a perda da ereção é inevitável e isso ocorre por estímulo adrenérgico. A pressão para ter ereção ou o medo de falhar mantém o homem em um nível de ansiedade elevado, com uma superexcitação do sistema adrenérgico, o que dificulta e, muitas vezes, impede a ereção de ocorrer ou de se manter, independente da parceira ou da situação. Ele não vai para o ato sexual para ter prazer, mas para testar sua capacidade de não falhar. A relação negativa ansiedade-ereção é muito percebida no contexto dos tratamentos de infertilidade. Saleh *et al.* (2003) relataram que 11% dos homens, com função sexual normal, não conseguiram ter ereção no momento de colher sêmen para realizar o espermiograma ou alguma técnica de reprodução assistida.

Nesse caso, outro ponto importante é o resultado da ultrassonografia doppler das artérias cavernosas que mostrou presença de artérias normais, não houve ereção com a droga intracavernosa e a presença de velocidade de pico diastólico elevada levou o ultrassonografista ao diagnóstico de disfunção veno-oclusiva ou “fuga venosa”.

A resposta do músculo liso cavernoso às drogas vasoativas não é uniforme, há muitos anos se conhece que em muitos homens é necessário reaplicar doses ou associar drogas para se conseguir uma resposta total do músculo cavernoso. Pagani *et al.* (1997) mostraram que em cerca de 70% de homens com disfunção erétil psicogênica foi necessária, pelo menos, mais uma dose de droga vasoativa para que a resposta fosse completa. Como não há uma maneira precisa de se avaliar a resposta do corpo cavernoso a essas drogas deve-se olhar com grande desconfiança os diagnósticos de fuga venosa, baseados na ultrassonografia Doppler ou na cavernosometria, principalmente quando não se conhece tanto a dose utilizada quanto o número de aplicações realizadas (Ghina e Ghanem, 2012).

No caso em questão, o paciente apresentou boa resposta erétil em outras ocasiões, o que afasta definitivamente o diagnóstico de disfunção veno-oclusiva dos corpos cavernosos ou “fuga venosa”.

Para quem atende pacientes com disfunção sexual é muito importante ouvir o paciente atentamente. Neste caso, é muito fácil mesmo fazer um diagnóstico de disfunção



erétil orgânica, depende da ênfase que o paciente dá aos fatos da história; basta ele omitir a presença de ereções matinais ou a maneira como o quadro se iniciou. Cabe ao profissional buscar os dados relevantes da história, não se deixando levar por ideias pré-concebidas. É importante observar que fator de risco não significa etiologia. Nem todo paciente diabético ou fumante vai ter disfunção erétil e os que tiverem, necessariamente, não irão tê-la em razão da diabetes ou do hábito de fumar. Da mesma maneira que a diabetes e a hipertensão são fatores de risco para a disfunção erétil, fatores psicossociais como depressão e estresse também o são, de modo igualmente importante. Assim, é fundamental lembrar que cada paciente é único e nosso cuidado para com ele deve ser completo e, muitas vezes, o que é bom para um não é bom para o próximo.

Embora a literatura nos leve a pensar o contrário, uma lesão orgânica da função erétil não é tão simples de ocorrer. Os níveis de testosterona onde ocorre a abolição da resposta erétil são extremamente baixos; níveis subnormais não impedem a ocorrência de ereções normais em animais e homens (Traish e Guay, 2006).

A via do óxido nítrico-GMP cíclico não é a única que existe na célula endotelial e no músculo liso do corpo cavernoso, a prostaglandina E1 que é produzida no tecido cavernoso produz o relaxamento sinusoidal via AMP cíclico. Estes são alguns exemplos de que a

natureza se protege no sentido de não permitir que a função responsável pela perpetuação da espécie seja facilmente danificada. A resposta quase universal aos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 é mais uma reafirmação dessa hipótese.

Para que haja uma ereção com o uso desses medicamentos, é necessário que o homem sem desejo, transmita o impulso ao tecido cavernoso, o óxido nítrico seja liberado, o GMP-cíclico seja produzido e só aí a medicação vai agir bloqueando a degradação deste último. Mas ainda a musculatura sinusoidal precisa distender, o sistema arterial cavernoso dilatar, a albugínea distender e a drenagem venosa ser bloqueada. A quase totalidade da “máquina” tem de estar íntegra e funcionando.

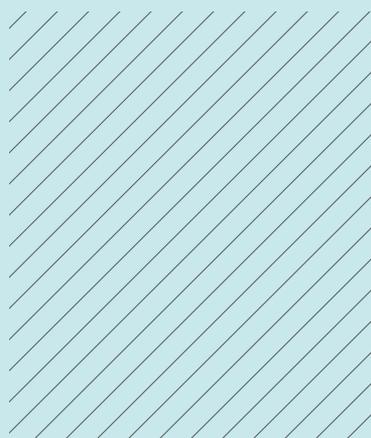
É claro que existem causas orgânicas. A disfunção erétil pós-prostatectomia é o exemplo mais claro, mas é fundamental que o especialista em Medicina Sexual não seja partidário de um lado ou outro. Como já disse, nosso paciente precisa ser ouvido e tratado como um todo e sempre temos de buscar o melhor tratamento para ele, independente de preconceitos e ideias pré-estabelecidas.

Encaminhei o Sr. João para psicoterapia sexual e hoje, após 8 meses, consegue boas relações sexuais sem o uso das injeções. Apenas de vez em quando, em “situações especiais” ele usa um dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5, “afinal ninguém é de ferro, né doutor?”



REFERÊNCIAS

- Ghanem H, Zaaza A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. *Int J Impot Res.* 2006;18(1):52-4.
- Glina S, Ghanem H. SOP: corpus cavernosum assessment (cavernosography/cavernosometry). *J Sex Med.* 2012 Sep 12. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02795.x. [Epub ahead of print].
- Mann K, Pankok J, Connemann B, Sohn M, Thüroff JW, Benkert O. Sleep investigations in erectile dysfunction. *J Psychiatr Res.* 2005;39:93-9.
- Pagani E, Puech-Leão P, Glina S, Reis JM. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int J Impot Res.* 1997;9(3):167-8.
- Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril.* 2003;79(4):909-12.
- Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med.* 2006;3(3):382-404.



Sidney Glina: Urologista; Chefe do Departamento de Urologia do Hospital Ipiranga; Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina do ABC; Diretor do Instituto H. Ellis; Presidente da SLAMS – Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual.

ESCREVER É UMA ARTE INATA OU APRENDIDA? (I)

FERNANDO FACIO

"[...] escrever é uma arte, difundir e compartilhar conhecimentos possibilita subsídios reais para a sobrevivência dos profissionais [...]"

Escrever um artigo científico não é muito diferente de produzir uma obra de arte (Meadows, 1999). Qualquer profissional da área de sexualidade precisa de inspiração, ideias originais, conhecimento de técnicas, um conjunto de ferramentas e um meio de divulgar sua opinião. Entretanto, escrever um artigo técnico nem sempre é tarefa fácil.

Nosso propósito é apresentar alguns instrumentos que possam auxiliar os profissionais de saúde, principalmente, os membros de nossa Sociedade e os profissionais convidados a mostrarem o melhor de suas áreas de atuação e suas experiências em forma de artigos, painéis ou opiniões que aqueçam e fortaleçam os conhecimentos de uma Sociedade organizada e forte.

Ao longo de nossa vivência nessa área, enfrentamos desafios e buscamos trazer o melhor cenário do diagnóstico e da condução das moléstias sexuais, acima de tudo, procuramos nos colocar em posição de aprendizagem constante, o que torna o fardo do dia a dia plenamen-

te prazeroso e muito dinâmico, cujo fato, viabilizou a criação da ReLAMS.

As experiências adquiridas, positivas ou negativas nos indicaram que temos um longo caminho a seguir, o que nos desafia diariamente em busca de novos horizontes aos estudiosos e praticantes do exercício da medicina sexual, que focados em vários de seus aspectos, enfrentamos os percalços da escassez de produtores e divulgadores de conhecimento em forma de Artigos ou Opiniões.

Esse caminho já nos permitiu constatar um quadro pedagógico-científico longe daqueles ideais. Infelizmente, temos pouco a cobrar de quem não teve treinamento ideal nas Escolas de Medicina, de Psicologia e dos Serviços de Residência. Por acreditar na necessidade de criar um novo ciclo de renovação e de atitudes na formação dos profissionais da Medicina Sexual, especialmente nas Escolas

Médicas, junto aos graduandos, temos ensinado e discutido sexualidade, estimulado a todos, despertado a possibilidade de escreverem e assim colocarem no papel suas opiniões e ideias, para tornarem-se cientificamente visíveis e criarem seu ID (*Scientific Identification*).

COMO COMEÇAR?

Muitos profissionais experientes, em seus arquivos, possuem uma grande quantidade de material a espera para ser ensinado, divulgado e publicado. Tudo o que eles necessitam é de alguém especializado e entusiasmado para dividir o trabalho de organizar, escrever e fazer com que o conhecimento se torne um artigo. Os bancos das escolas médicas e de psicologia estão repletos de jovens graduandos sedentos por informações e conhecimento advindos de especialistas em medicina sexual.

A colaboração de um profissional experiente é necessária aos estudantes em formação, que se iniciam no gosto e na intenção do aprendizado em sexualidade. Os profissionais da SLAMS (Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual) saberiam selecionar temas e casos clínicos de interesse a serem discutidos. Esse é um brilhante exercício do profissional de nossa sociedade que também despertaria para o ensinar e, posteriormente, materializar o sonho de termos futuros grandes colaboradores e escritores.

O objetivo principal dos futuros escritores (profissionais de sexualidade) é a realização de um estudo e sua divulgação. A fase inicial da redação de um artigo, por vezes, é difícil para muitos autores. Ela é de fundamental importância, já que a divulgação do estudo entre os pares está diretamente ligada à redação e à atração do artigo. Entretanto, o processo de colocar o estudo em termos concretos e organizá-lo em um padrão lógico, pode ser extremamente útil ao leitor. Nessa fase o autor tem a oportunidade de relacionar seu trabalho, de forma mais sistemática, aos estudos disponíveis na literatura, o que irá chamar a atenção para os dados proeminentes da sexualidade (Nahas *et al.*, 2004).



Durante sua redação, todo artigo passa por algumas fases de amadurecimento. É difícil especificá-las, pois elas acontecem de forma simultânea.

Sequencialmente deve-se:

- 1) colocar as ideias no papel;
- 2) ordenar as ideias (reagrupar os parágrafos, coordenar os assuntos em uma sequência lógica);
- 3) dar o acabamento ao texto (fazer a correção da gramática, da concordância e do estilo); é interessante reler o artigo para efetuar as alterações necessárias em cada fase para facilitar a visualização dos pontos a serem corrigidos (Nahas et al., 2004).

A clareza e a objetividade devem estar sempre na mente de quem escreve, este é um dos pontos que serão julgados pelos revisores. Um texto longo não significa que será compreendido melhor pelo leitor. Nesses casos, dados e ideias expostos em excesso podem comprometer o texto e tornar a leitura mais árdua.



Schopenhauer (2007) já dizia que: “Escrever e ler são condições que cansam”. Cansa porque envolve esforço, tempo e concentração. Hoje, com todas as facilidades da vida moderna, muitos lêem ou escrevem somente quando obrigados: na escola, na faculdade ou para se manterem atualizados profissionalmente. Segundo Schopenhauer: “Poucos lêem por prazer, menos ainda os que escrevem por prazer”. Arthur Schopenhauer foi um filósofo que influenciou grandes nomes da atualidade, como Machado de Assis, Nietzsche, Freud, Wagner, Tolstói, Sartre e Thomas Mann, entre outros. Até hoje, ele é considerado um dos principais pensadores de toda a história alemã. O livro *A Arte de Escrever* é uma coletânea que nos remete a um pensar na escrita, no estilo, na leitura e na crítica ao exercitarmos a confecção de um artigo.

Por conta disso, registramos nosso profundo desejo de que nosso leitor, ao adquirir os conhecimentos trazidos nesta revista, também possa contribuir e compartilhar os ensinamentos criando uma sociedade mais junta e cumpridora de sua missão de informar e formar grandes profissionais.

“A procura da verdade é difícil e é fácil, já que ninguém poderá desvendá-la por completo ou ignorá-la inteiramente. Contudo, cada um de nós poderá acrescentar um pouco do nosso conhecimento sobre a natureza e, disto, uma certa grandeza emergirá.” Aristóteles, 350 aC

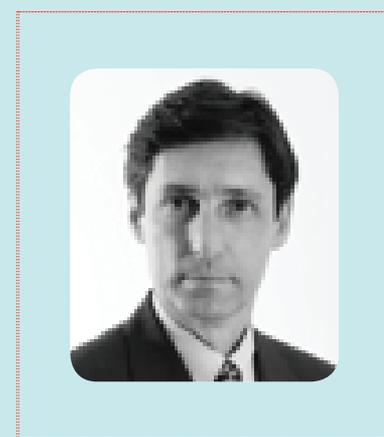
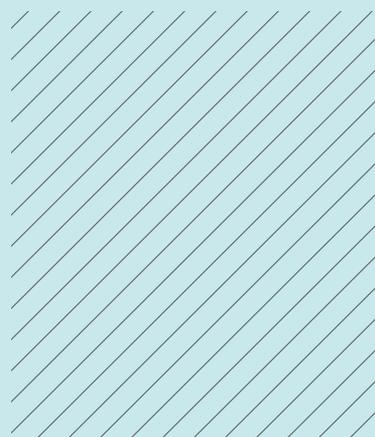


REFERÊNCIAS

Meadows AJ. *A comunicação científica*. 1a ed. Brasília: Briquet de Lemos 1999.

Nahas FX, Ferreira LM, Sabino NM, Garcia EB. *Elaboração de trabalho científico*. Rev Bras Cir Plast. 2004;19:11-28.

Schopenhauer A. *A arte de escrever*. Porto Alegre: L&PM Editores; 2007. Coleção L&PM Pocket nº 479(2ª):169.



Fernando Nestor Facio Jr: Urologista; Professor Adjunto da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; Responsável pelo Ambulatório de Andrologia do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME. São José do Rio Preto, SP; Research Fellow do Departamento de Urologia do Johns Hopkins Hospital, Estados Unidos.

DISFUNÇÃO SEXUAL E SEXO SOCIAL

SERGIO ALMEIDA

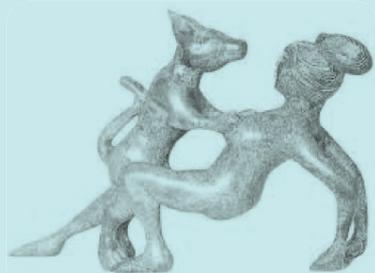
Um fator que não parece existir, embora seja muito importante quando tratamos do binômio Urologia/Sexualidade, é o que chamamos de sexo social.

Raramente, quando se faz uma entrevista com um paciente portador de uma disfunção erétil (DE) tocamos nessa área tão sensível e escondida da sexualidade humana.

Nelson Vitiello, ginecologista e fundador da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH), da qual foi “anima e cuori”, sempre nos lembra dessa negligência que em geral cometemos.

Sexo social seria aquela forma de sexo que é praticada como preferência, para mais de 50% da população. As formas de sexualidade que estão situadas em menor porcentagem, aquelas praticadas por menos pessoas na sociedade, receberam o nome de “Desvios Sexuais”.

Como tal denominação soava muito pejorativa, surgiu a palavra “parafilia” para substituí-la, hoje, muitos estudiosos preferem a denominação “Questões de Preferência”.



Como exemplos mais comuns e significativos podemos citar alguns como sadismo, masoquismo, voyerismo, exibicionismo, fetichismo, pedofilia, preferência por adolescentes (muito diferente de pedofilia, mas em geral confundidos todos os dias, como se fossem a mesma coisa, tanto por médicos como pela mídia e assim tratados), zoofilia e dezenas de outras formas. Porém, de uma maneira geral nunca pesquisamos, ou quase nunca, esses temas quando nos chega um novo paciente com queixa de DE.

Digamos que o jovem seja um fetichista e só tenha excitação (boa) e ereção (boa), quando a mulher usa calcinha vermelha e permanece com ela durante o ato, apenas afastando as laterais no momento da penetração, tanto o exame físico quanto os laboratoriais vão estar totalmente normais.

Como de uma maneira geral o paciente, no início, não nos fornece espontaneamente tais informações muito íntimas, sem dúvida ficaremos no escuro, sem saber o que realmente está acontecendo. Podemos atribuir o fato à ansiedade, a qual certamente existirá, mas não chegaremos ao núcleo da questão.



Esses pacientes tendem a ter uma relação muito ruim com mulheres, noivas, namoradas, mas muito bom com garotas de programa, para elas, ele pode revelar seu fetiche, pois o que está falando mais alto é o dinheiro.

O exemplo a seguir cita um caso bastante tranquilo, mas existem muitos outros que são comportamentos muito mais difíceis de serem ditos e, principalmente, compreendidos pelas parceiras.

Para fechar esse pequeno artigo, citarei o caso real de um jovem de 26 anos, que apresentava DE com a noiva. Ele não relatou a ninguém que sempre fizera sexo com animais, principalmente cachorros, ocasião em que não tinha nenhum problema de ereção.

Este rapaz, R, engenheiro civil, havia sido criado em zona ru-

ral. Aos doze anos, levado por amigos, passou a ter relações sexuais com éguas, bezerras e outros animais. Por volta dos dezesseis, passou a fazer jogos eróticos com um amigo, nos quais um introduzia o dedo ou algum pequeno objeto no ânus do outro. Esse fato durou aproximadamente um ano. Simultaneamente, ele também gostava muito de ver cópulas entre cachorros, principalmente animais grandes. Por essa época o paciente comprou um pastor alemão e passou a “adestrá-lo” para que fosse penetrado pelo cachorro. Após várias tentativas e alguns ferimentos conseguiu seu intento. Relata que nesses momentos tinha uma ereção maravilhosa (que chega a doer – SIC) e um orgasmo fabuloso. Depois de algum tempo essa passou a ser a única forma de ter ereções, o que lhe traz grandes problemas em seus relacionamentos. Nega qualquer desejo homossexual atual ou anterior.

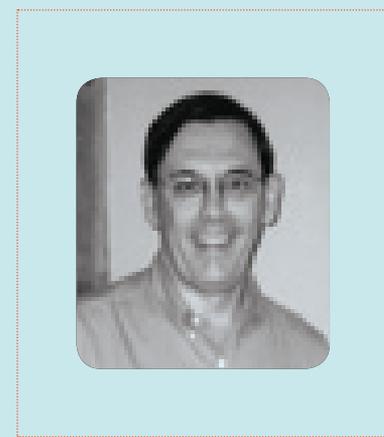
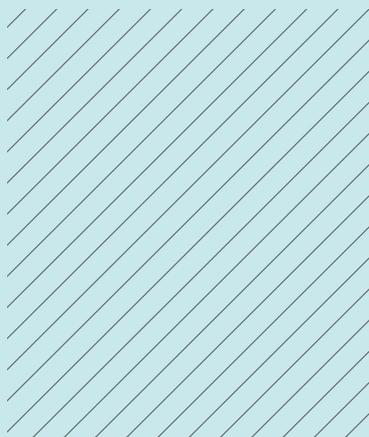
Por ironia do destino, alguns meses depois, um homem faleceu de raiva. Era o paciente F. S., 35 anos, branco, solteiro, trabalhador rural. Ele foi internado no Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP) com a queixa principal de dificuldade para engolir há seis dias. Relatou que também começou a apresentar dor intensa no braço esquerdo, a qual se irradiava para o hemitórax do mesmo lado, além de hipoestesia e dificuldade para dormir. Há três dias, além da disfagia progressiva, apresentou sialorreia abundante, hidrofobia, agressividade e nervosismo.

O exame neurológico mostrou: espasmos musculares, ataxia de marcha, arreflexia generalizada, rigidez de nuca e agitação psicomotora.

Veio a óbito alguns dias após. Amostras de cérebro, cerebelo, medula espinhal e bulbo foram examinadas por imunofluorescência preta para pesquisa do antígeno rábico. O resultado de todas as amostras foi positivo. Quanto à vida sexual, esse paciente relatou que só mantinha relações com animais, de várias espécies, mas dava preferência a cachorros.

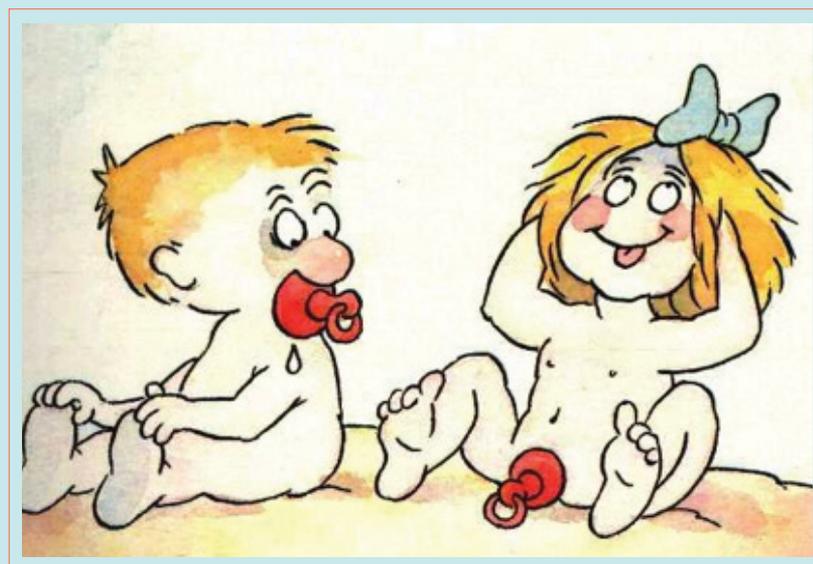
Um zoófilo (mais comum em ares rurais) vir a falecer de raiva é fato extremamente raro e inusitado, o que me fez lembrar do caso do jovem R citado.

Fica aqui a sugestão: em nossas entrevistas, vamos pesquisar as preferências sexuais de nossos pacientes e conseguiremos mais ferramentas de trabalho.



Sergio Almeida: Urologista pela Universidade Federal de Goiás - UFG; Psiquiatra pela Universidad Complutense de Madri - Espanha; Especialista em Terapia Sexual pela Sedes Sapientiae; Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FAMERP-SP; Professor Adjunto da Disciplina de Urologia da FAMERP.

HUMOR



“As mulheres amadurecem mais cedo do que os homens.”

SLAMS 2013



XII Congresso
da Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual

28 A 31 DE AGOSTO DE 2013

FIESTA AMERICANA CONDESA HOTEL

Cancun Quintana Roo, México



www.slamsnet.org
www.slams2013.org