

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

**FORMANDOS DE MEDICINA: CONHECIMENTOS, COMPORTAMENTOS E  
ATITUDES FRENTE À SEXUALIDADE**

**Mariluz Terra Silveira**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Hermínia Marques da Silva Domingues.

**COMISSÃO JULGADORA**

Michael V. B. C.

Prof. M. de S. C. S. S.

Alfonso S. S.

## AGRADECIMENTOS

Quando pensei em empenhar na difícil tarefa de escrever uma dissertação de mestrado, jamais poderia imaginar que contaria, por onde passasse, com a ajuda de tantas pessoas. Sei que simplesmente escrever seus nomes nesta parte da dissertação é muito pouco para traduzir o auxílio que prestaram. No entanto é importante que saibam, o quanto estou agradecida pelo que fizeram.

Inicialmente quero agradecer ao meu marido, Rolando Colmán Alfonso, que foi um dos poucos a entender a minha dedicação excessiva ao trabalho, apesar de se ressentir da minha ausência. A meus filhos, Luiza Carolina e Marcus Vinicius, que mesmo algumas vezes achando que eu exagerava, tiveram a compreensão necessária, que me permitiu concluir a dissertação com tranquilidade. A minha secretária doméstica, Valdivina Eterna Dias, que além de cuidar com amor dos meus filhos, administrou com eficiência nossa casa, facilitando a minha concentração no trabalho.

Quero fazer um agradecimento muito especial às minhas auxiliares de pesquisa: Eleusa Fidélis dos Santos, Maria Aparecida Melo de Oliveira e Marlene Vieira de Moraes. Notável foi a disposição que tinham a qualquer momento que delas necessitava,

ajudando-me em todas as fases da pesquisa. Sem elas, com certeza, não teria dado conta de terminar no período de tempo que consegui.

Tenho que agradecer também a minha orientadora Dra. Maria Herminia Marques da Silva Domingues, porque nos momentos em que tudo parecia turbulento, me oferecia a orientação precisa, que me permitia vislumbrar a luz no fim do túnel.

Jamais poderia deixar de citar a ajuda obtida pelas opiniões sábias da Dra. Eleuse Guimarães de Britto, que me influenciaram de maneira significativa durante todos os passos seguidos para a conclusão da dissertação.

Quero agradecer à FUNAPE, na pessoa do Prof.Dr. Mário Okuda, pela ajuda financeira fornecida que, além de ajudar na dinamização do trabalho, me estimulou a não mais parar de pesquisar.

Além destas, outras incríveis pessoas me ajudaram: Prof. Dr. Roberto Torres, Prof. Dr. Alberto José Centeno, Prof. Dr. Peter Fisher, Prof. Delcione Silveira, Profª Josetti do Carmo Barbosa de Parada, Profª Celina Maria Turchi Martelli, Prof. Fernando Rabelo, Profª Maria José Pereira da Rocha. Ainda resta deixar o meu muito obrigada à Lara Denise Parada Gilberti e a Fernando Montenegro Torres.

Seria ingratidão da minha parte, se não agradecesse de maneira eloquente, aos fabulosos formandos de Medicina e Engenharia que, com muita boa vontade, se dispuseram a ser os sujeitos da pesquisa.

**SUMÁRIO**

LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xxi
SUMMARY.....	xxi
APRESENTAÇÃO.....	01
1 - INTRODUÇÃO.....	03
2 - ENTENDENDO NOSSAS ATITUDES FRENTE A SEXUALIDADE.....	08
3 - CONSTRUINDO MITOS, ESTEREÓTIPOS E PRECONCEITOS.....	24
4 - METODOLOGIA.....	55
4.1 Sujeitos.....	55
4.2 Instrumento utilizado.....	56
4.3 Procedimento.....	59
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1 Características da amostra.....	63
5.2 Estudantes de Medicina X Estudantes de Engenharia...75	
5.2.1 Conhecimentos básicos em Sexologia.....	75
5.2.2 Mitos sexuais.....	79
5.2.3 Experiências sexuais.....	85

5.2.4	Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade.....	106
5.2.5	Relação entre sexualidade e exercício profissional.....	107
5.3	Características dos estudantes de Medicina.....	109
5.3.1	Conhecimentos básicos em Sexologia.....	109
5.3.2	Mitos sexuais.....	111
5.3.3	Experiências sexuais.....	113
5.3.4	Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade.....	155
5.3.5	Relação entre sexualidade e exercício profissional.....	160
5.4	Estudantes de Medicina divididos por sexo.....	166
5.4.1	Conhecimentos básicos em Sexologia .....	167
5.4.2	Mitos sexuais.....	169
5.4.3	Experiências sexuais.....	171
5.4.4	Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade.....	179
5.4.5	Relação entre sexualidade e exercício profissional.....	181
6	- CONCLUSÕES.....	183
7	- FORNECENDO UMA PROPOSTA VIÁVEL.....	188
8	- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	194
9	- ANEXOS.....	202
9.1	Principais mitos relacionados à sexualidade, na sociedade ocidental.....	202
9.2	Questionário aplicado.....	207

9.3 Critérios de correção da parte referente a  
conhecimentos básicos em Sexologia.....218

9.4 Tabelas referentes às experiências sexuais dos  
estudantes de Engenharia.....221

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico I -	Conhecimentos básicos em Sexologia dos estudantes de Medicina.....	76
Gráfico II-	Conhecimentos básicos em Sexologia dos estudantes de Engenharia.....	77
Gráfico III-	Mitos sexuais dos estudantes de <u>Medici</u> <u>na</u> .....	81
Gráfico IV-	Mitos sexuais dos estudantes de Enge - nharia.....	82
Gráfico V -	Mitos sexuais entre estudantes de Medi- cina e Engenharia.....	83
Gráfico VI-	Atitudes frente a questões sexuais dos estudantes de Medicina e Engenharia.....	106
Gráfico VII-	Conhecimentos básicos em Sexologia dos estudantes de Medicina divididos por sexo.....	160
Gráfico VIII-	Mitos sexuais entre estudantes de <u>Medi</u> <u>cina</u> divididos por sexo.....	170



Gráfico IX - Atitudes frente a questões sexuais dos estudantes de Medicina divididos por sexo.....	180
--	-----

**ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela I	-	Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo o sexo.....	64
Tabela IIa	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o estado civil e sexo.....	65
Tabela IIb	-	Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o estado civil e sexo.....	66
Tabela IIIa	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo faixa etária e sexo.....	67
Tabela IIIb	-	Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo faixa etária e sexo.....	68
Tabela IVa	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o nível sócio-econômico e sexo.....	69

Tabela IVb	- Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o nível sócio-econômico e sexo.....	70
Tabela Va	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a religião e sexo.....	71
Tabela Vb	- Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a religião e sexo.....	72
Tabela VIa	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o trabalho e sexo.....	73
Tabela VIb	- Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o trabalho e sexo.....	74
Tabela VII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a presença de jogos sexuais infantis.....	86
Tabela VIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia por sexo, segundo a presença de masturbação no passado.....	87
Tabela IX	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia por sexo segundo a presença de atividade sexual.....	88
Tabela X	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a idade que iniciaram vida sexual.....	89

Tabela XI	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual.....	90
Tabela XII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia quanto a utilização atual dos métodos anticoncepcionais.....	91
Tabela XIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a prática do sexo oral.....	92
Tabela XIV	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a prática de sexo anal.....	92
Tabela XV	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a presença de fantasias sexuais.....	93
Tabela XVI	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a afirmação de experiências homossexuais.....	94
Tabela XVII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a percepção quanto a orientação de sua própria sexualidade.....	95
Tabela XVIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo o que acreditam ser sexo saudável.....	96

Tabela XIX	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de jogos sexuais infantis.....	114
Tabela XX	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a visualização dos órgãos genitais de outras crianças nos jogos sexuais infantis.....	115
Tabela XXI	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo gosto pelas brincadeiras sexuais infantis.....	116
Tabela XXII	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de vergonha frente às brincadeiras sexuais infantis.....	117
Tabela XXIII	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de medo de ser abordados por adultos, durante os jogos sexuais infantis.....	118
Tabela XXIV	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença do flagrante pelo adulto durante os jogos sexuais infantis.....	119
Tabela XXV	-	Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a conduta do adulto que o flagrou durante os jogos sexuais infantis.....	120

Tabela XXVI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de conversa sobre sexo com os pais.....	121
Tabela XXVII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade em que seus pais conversaram sobre sexo.....	122
Tabela XXVIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática de masturbação no passado.....	123
Tabela XXIX	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de masturbação atualmente.....	124
Tabela XXX	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a noção de normalidade da masturbação.....	125
Tabela XXXI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de sentimento de culpa, por masturbar-se na adolescência.....	126
Tabela XXXII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de atividade sexual.....	127
Tabela XXXIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade que iniciaram a vida sexual.....	128

Tabela XXXIV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o motivo pelo qual ainda não começaram a ter relações sexuais.....	130
Tabela XXXV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual.....	132
Tabela XXXVI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os métodos anticoncepcionais mais utilizados na primeira relação sexual.....	133
Tabela XXXVII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os motivos pelos quais não usaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual.....	134
Tabela XXXVIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a contaminação por DST.....	135
Tabela XXXIX	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o tipo de DST já adquiridas.....	136
Tabela XL	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o motivos pelos quais se usa o cõdon.....	137

Tabela XLI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de gravidez indesejada.....	138
Tabela XLII	- Distribuição dos estudantes de Medicina quanto a utilização atual dos métodos anticoncepcionais.....	139
Tabela XLIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a preferência do método anticoncepcional utilizado.....	140
Tabela XLIV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os motivos pelos quais usam ocasionalmente métodos anticoncepcionais.....	142
Tabela XLV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os motivos pelos quais não utilizam métodos contraceptivos atualmente.....	143
Tabela XLVI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo oral.....	144
Tabela XLVII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo anal.....	145
Tabela XLVIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de fantasias.....	146



Tabela XLIX	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a afirmação de experiências homossexuais.....	147
Tabela L	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade das experiências homossexuais.....	148
Tabela LI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o sentimento experienciado após contato homossexual.....	149
Tabela LII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o sentimento após a primeira relação sexual.....	150
Tabela LIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de liberdade para conversar sobre sexualidade.....	151
Tabela LIV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o que acreditam ser sexo saudável.....	153
Tabela LV	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a percepção quanto a orientação de sua própria sexualidade.....	154

Tabela LVI	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a abertura para discussão sobre sexualidade no exercício da profissão.....	160
Tabela LVII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a opinião a respeito do aparecimento de oportunidades para discutir sobre sexualidade, no exercício da profissão.....	161
Tabela LVIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo sua capacidade para discutir a respeito da sexualidade no exercício da profissão.....	163
Tabela LIX	- Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a opinião sobre a introdução da disciplina de Sexualidade Humana no seu curso.....	165
Tabela LX	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a visualização dos genitais de outras crianças nos jogos sexuais infantis.....	172
Tabela LXI	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo o gosto pelos jogos sexuais infantis.....	173

Tabela LXII	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de masturbação no passado.....	174
Tabela LXIII	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de sentimento de culpa por masturbarem, na adolescência.....	176
Tabela LXIV	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de atividade sexual.....	177
TABELA LXV	- Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a idade que tiveram a primeira relação sexual.....	178

## RESUMO

Com o objetivo de promover uma reflexão sobre a importância do estudo da sexualidade humana no curso de Medicina, foram avaliados alguns aspectos da sexualidade de formandos de Medicina da UFGO., através da aplicação de um questionário a alunos do 6º ano do referido curso, comparando-os com alunos do último ano do curso de Engenharia Civil e Elétrica. Este questionário foi dividido em cinco partes: conhecimentos básicos em Sexologia, mitos, experiências sexuais, atitudes sexuais e relação entre sexualidade e exercício profissional.

Foi observado que sobre os conhecimentos básicos de Sexologia houve diferença estatisticamente significativa entre os estudantes de turma de Medicina e Engenharia, demonstrando que os alunos de Medicina, apesar de terem baixos conhecimentos também, se saíram melhor que os de Engenharia.

Quanto à presença de mitos, foi notada também diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, sendo que os estudantes de Medicina no geral tem menos mitos do que os de Engenharia, porém foi observada uma sobreposição, apesar da diferença significativa, entre o mitos mais frequentemente

encontrados entre os alunos de Medicina e Engenharia.

Quanto a experiências sexuais não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os estudantes de Medicina e Engenharia.

Quanto à relação entre sexualidade e exercício profissional, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em todas as perguntas.

Considerando os mesmos aspectos citados, foi encontrada diferença significativa relacionada a conhecimentos básicos de Sexologia, quando analisamos os alunos de Medicina por sexo, ou seja, os homens responderam de forma mais adequada do que as mulheres.

Também em relação aos mitos foi verificada diferença significativa entre as respostas masculinas e femininas, sendo que os alunos responderam de forma mais adequada do que as alunas sobre os mitos da fisiologia da resposta sexual feminina.

As respostas referentes a experiências sexuais não obtiveram nível de diferença estatisticamente significativas entre os alunos do sexo feminino e masculino do curso de Medicina. Fazem exceção no entanto, aquelas que se relacionavam aos jogos sexuais infantis, à masturbação, ao sentimento de culpa com a masturbação, à atividade sexual e à idade da sexarca.

Com a análise dos dados obtidos chegamos à conclusão que seria de importância uma disciplina curricular, para o curso de Medicina, que se oriente para a temática sexual, onde os alunos possam não somente aprender e discutir as questões referentes aos pacientes, mas também a se reconhecerem como seres sexuais.

### SUMMARY

With the aim to promote a reflexion about the importance of the study of human sexuality in the Medicine course, some aspects of sexuality were evaluated among the 6th year students of Medicine and compared with studentes from last year of Civil and Eletric Engeneering. A questionnaire applied to the students were divided in five parts: basic knowledge in Sexology, myths, sexual experiences, sexual atitudes and relationship between sexuality and professional practice.

It was observed that in the basic knowledge of sexology there was a statisticly significant difference between the Medicine and Engeneering students, showing that the Medicine students had more knowledge than the Engeneering ones. The same results were observed regarding to myths, showing the Medicine students with better knowledge, although a superposition of the most frequent myths was detected in both groups. Regarding to the sexual experience was not a significant difference between the two groups of students. In the topic about the relationship between sexuality and Medicine practice it was observed a significant

difference between the two groups in all questions. When the data were analyzed considering the sex of the students, it was observed that the male students answered the questions, related to the basic knowledge in Sexology and myths of the physiology, in a more appropriate way than the female ones.

The answers related to sexual experience did not show any significant difference between male and female students of the Medicine course, except those related to child sexual games, masturbation, feelings of guilty for masturbation, sexual activities and about the age of sexual initiation.

It was concluded that a discipline which enable the students to deal and to discuss sexual theme related to patients and to recognize themselves as sexual human being, is very important for the graduate course of Medicine.

## APRESENTAÇÃO

Apesar de ser médica e psicóloga, identifico-me mais com a profissão de professora. Sendo assim, meu interesse é bastante grande em contribuir de alguma maneira com o aperfeiçoamento dos meus alunos. Pensando nisto, empenhei-me nesta árdua tarefa de escrever este trabalho, tendo como objetivo dirigir-me aos estudantes de Medicina, sensibilizando-os para outras dimensões da vida do ser humano bem pouco discutidas na Faculdade de Medicina, às quais me dedico há 12 anos. Com esta intenção construí os capítulos iniciais: Entendendo nossas atitudes frente à sexualidade e Construindo mitos, esteriótipos e preconceitos. Neles descrevo conceitos que acho de suma importância para a compreensão da sexualidade humana.

Foi interessante perceber que apenas com a aplicação do questionário, os alunos demonstraram ter sido sensibilizados para o conhecimento da sexualidade, sugerindo discussão sobre o tema, para antes do término do ano.

Através dos resultados, foi reforçado meu pensamento sobre a necessidade de um momento onde se pudesse discutir de uma maneira mais profunda as questões sobre a sexualidade humana com os



alunos de Medicina.

Acho relevante chamar a atenção de que a análise dos conceitos descritos e dos resultados obtidos sofre profunda influência da minha condição de mulher, que trabalha com mulher. Em muitos momentos este aspecto fica bem evidente neste trabalho. Durante muito tempo, somente os homens tiveram acesso às letras, descrevendo e analisando os fatos com a visão masculina. Permito-me neste trabalho resgatar o lado feminino da vida tão negligenciado por séculos.

Espero que os estudantes de Medicina tenham acesso a esta dissertação porque ela está dedicada integralmente a eles.

## 1 - INTRODUÇÃO

Ainda não se encontram num nível adequado de compreensão as questões sobre a sexualidade. A simples menção do termo "sexo" ou "sexualidade" já nos traz uma sensação de desconforto. Mal conseguimos aprofundar uma conversa séria sobre o assunto. Existe uma mobilização tão grande de sentimentos contraditórios que na grande parte das vezes, a única maneira de aliviar as tensões geradas é começar a brincar. Obviamente, atrás destes comportamentos, existe toda uma história que nos capítulos seguintes teremos a oportunidade de discutir.

Toda a sociedade ocidental reage de maneira a não encarar a sexualidade como uma temática séria, imprescindível para a felicidade humana. Os universitários também não fogem às fortes influências culturais e como as outras pessoas, na maioria das vezes, têm uma grande dificuldade de discutir o tema, o que pode ser detectado através de suas atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade (ARAUJO, 1985; MUNZ et alii., 1976; COLE et alii., 1975). No entanto, isto se torna problemático uma vez que estes estudantes entrarão em contato, obrigatoriamente, na sua prática profissional, com este aspecto da vida, como é o caso

dos acadêmicos de Medicina. Assim sendo, involuntariamente, com a autoridade do saber médico, poderão ajudar a perpetuar os mitos, preconceitos e estereótipos sexuais no exercício de sua profissão.

LIEF<sup>1</sup> (1965), em seus trabalhos pioneiros, mostrou que a média obtida na avaliação dos conhecimentos sobre sexualidade humana em estudantes de Medicina foi muito baixa e que realmente os médicos têm pouco conhecimento no que se relaciona a "sexo", o que foi confirmado por WOODS & NATTERSON (1967), COOMBS (1968), SHEPPE (1970) e LABBY<sup>2</sup> (1971). GOLDEN & LISTON (1972) concluíram, através de seus estudos, que um grupo de estudantes do penúltimo ano do curso de Medicina é, de uma maneira geral, nem mais nem menos liberal ou conhecedores sobre "sexo" do que a população geral. Os estudos no Brasil sobre estudantes de Medicina e sexualidade são inexpressivos, deixando uma grande lacuna para várias pesquisas. Cada vez mais se faz urgente a discussão nas escolas médicas sobre esta temática. ROSS (1984) enumera cinco bons motivos para que o acadêmico de Medicina tenha uma formação específica na área da sexualidade: os pacientes geralmente (ou talvez sempre) recorrem aos médicos para se queixarem dos seus problemas sexuais; os pacientes esperam que os médicos saibam resolver os seus problemas sexuais ou então que os orientem para alguém especializado; está havendo um aumento da consciência e do

---

<sup>1</sup>LIEF, H. apud MUDD, J.W. & SIEGEL, R.J. - Sexuality in medical students. *New Engl. J. Med.* 281(25)1397-1401, 1969.

<sup>2</sup>LABBY, D.H. apud DICKERSON, M. & MYERGOU, P.R. - The evolution of a course in human sexuality. University of Edinburgh, 1972-1978. *Med.Educ.* 13: 432-438, 1979.

preparo da população para procurar soluções para os seus problemas; existe uma necessidade do profissional estar capacitado a fornecer respostas para os problemas sexuais relacionados às condições médicas (por exemplo doenças cardíacas, gestação, cirurgias etc.); é importante que o profissional esteja apto a abordar a área da sexualidade com atitudes terapêuticas, em perfeita harmonia com a sua sexualidade, evitando comunicar as suas próprias ansiedades ao paciente. MASTERS & JONHSON (1979c), em seus trabalhos, fizeram uma estimativa de que problemas sexuais de qualquer natureza ocorreriam em 50% dos casais que têm vida sexual ativa. BURNAP & GOLDEN (1967) encontraram um índice de 15% (queixa expressa) entre os pacientes que procuravam um clínico geral e 78% entre aqueles que procuravam um psiquiatra. BEGG et alii.<sup>3</sup> (1976) encontraram algum problema sexual em 12.5% das pacientes que frequentavam um ambulatório de Planejamento Familiar e 5-6% dos pacientes que consultavam seu clínico geral. COURTENAY (1976) notou que somente 18% dos pacientes que apresentavam alguma dificuldade sexual, queixava-se dela para seu médico de maneira direta. A grande maioria, apresentava-se com outros sintomas psicológicos tais como ansiedade ou depressão ou com o que parecia ser somente um problema orgânico. No Brasil, SCHEIDEMMANTEL et alii.<sup>4</sup> em 1979, em pesquisa realizada no

---

<sup>3</sup>BEGG, A.; DICKERSON, M.G; LOUDON, N.B. apud DICKERSON, M. & MYERSCOUGH, P.R. - The evolution of a course in human sexuality: University of Edinburgh, 1972-1978. *Medical Education* 13: 432-438, 1979.

<sup>4</sup>SCHEIDEMMANTEL, C.; CERQUEIRA E SILVA, M.C.; CERCI, M.M. apud ANDRADE, R.P. - A Sexologia na disciplina de Reprodução Humana. In: VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo. Roca, 1986.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, encontraram que a queixa sexual incide em 1/3 dos pacientes que frequentavam os ambulatórios do Departamento de Tocoginecologia. Em 1992, MANOCCI et alii. pesquisaram 500 pacientes sem queixa sexual prévia, oriundas do ambulatório de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde constataram 45% de mulheres anorgásmicas.

Os dados acima citados reforçam a idéia de que em qualquer área de especialidade médica o profissional pode deparar-se com as questões sobre sexualidade. Aliás, basta lembrarmos que o ser humano é um todo que não se pode dissociar e que sua sexualidade o acompanha em qualquer momento de sua vida. Há uma constante interação, onde uma doença pode interferir na sexualidade da pessoa ou uma sexualidade mal vivida pode interferir em sua higidez física. Além disso, é importante ressaltar que, mesmo sem interferir na saúde diretamente, os problemas sexuais levam à tristeza, angústia, depressão e outros sentimentos negativos que geram infelicidade ao ser humano.

é então imperioso perguntar: estarão estes profissionais aptos a dar uma orientação sexual adequada a seus pacientes? Como lidam com sua própria sexualidade, uma vez que ainda continua sendo assunto "proibido" na nossa sociedade? O curso de Medicina interfere na maneira com que estes universitários percebem a sexualidade? O curso de Medicina tem focado este aspecto do ser humano, propiciando conhecimentos atualizados nesta área? A fim de responder a estas indagações, estabelecemos como objetivo deste trabalho a avaliação e descrição de conhecimentos

básicos em Sexologia, mitos, experiências, atitudes sexuais e relação entre sexualidade e exercício profissional, em acadêmicos do último ano de Medicina e de Engenharia (Civil e Elétrica). Tal escolha supõe que, como formandos, já tiveram sua formação básica completa e estão prontos para se integrarem no mercado de trabalho. O levantamento de dados junto a alunos de Engenharia teve como objetivo comparar os alunos de Medicina com os de outro curso. No entanto, este objetivo não poderá ser compreendido integralmente, se antes não fizermos algumas reflexões sobre aspectos importantes da sexualidade, tais como a repressão, o poder, os mitos, as atitudes e os comportamentos sexuais. Desta maneira este trabalho está dividido em uma parte inicial, capítulos 2 e 3, onde descrevemos alguns aspectos que julgamos importantes para a compreensão de nossas atitudes frente à sexualidade, percorrendo o caminho da história da sexualidade, e a construção dos mitos, estereótipos, com sua repercussão sobre a vida da sociedade ocidental. Os capítulos 4, 5 e 6 referem-se à metodologia, resultados, discussão e conclusões da pesquisa realizada com estudantes de Medicina e de Engenharia.

Somando a leitura dos dados com nossa experiência profissional propomos, no capítulo 8, um curso de Sexualidade Humana a ser inserido como atividade complementar no currículo de Medicina.

## 2 - ENTENDENDO NOSSAS ATITUDES FRENTE A SEXUALIDADE

Constantemente nos deparamos com normas de condutas sexuais que somos obrigados a seguir, com o risco de não sermos aceitos socialmente se não o fizermos. Internalizamos tão bem os valores impostos, que chegamos a considerá-los os únicos naturais e corretos. Não conseguimos ter o discernimento de que estão servindo a uma ideologia da classe dominante, e que nada têm de normal ou natural. Simplesmente foram construídos para melhor controlar a vida das pessoas e, na maioria da vezes, aprisioná-las dentro dos preconceitos, mitos e estereótipos, impedido-as de serem felizes.

A repressão sexual vem permeando a vida das pessoas desde os primórdios da civilização ocidental, de tal modo que fica difícil separar a história da sexualidade da história da repressão sexual. É importante chamar a atenção que tal força vem oprimindo os seres humanos como um todo, mas as mulheres, com certeza, a têm sentido de uma forma mais drástica e completa.

Podemos definir repressão sexual como um conjunto de interdições, permissões, normas, valores, regras estabelecidas histórica e culturalmente para controlar o exercício

da sexualidade (CHAUI, 1984, p.9). Apesar da repressão sexual ser tão antiga quanto a vida humana em sociedade, este conceito é recente ou seja apenas no século XIX, a reflexão sobre suas origens, suas formas e seu significado começa a tomar corpo (CHAUI, 1984).

MILES (1989) chama a atenção para o fato de que, nas sociedades primitivas, havia menor policiamento sobre as pessoas, tendo inclusive as mulheres mais oportunidades de igualdade do que em culturas mais avançadas. Nas sociedades de caça e coleta, os homens não ordenavam e nem exploravam o trabalho da mulher, não faziam fetiche da virgindade ou da castidade, nem exigências quanto à exclusividade sexual da mulher.

Apesar de toda história que conhecemos até hoje retratar de maneira significativa o "Deus masculino", alguns autores, como MILES (1989) e MURARO (1992) defendem a idéia de que no princípio, quando a humanidade emergia da pré-história, Deus era mulher, tendo este período durado de 25.000 a.C. a 500 d.C.. Os imperadores cristãos suprimiram à força nesta última data a adoração da Deusa e fecharam seus últimos templos (MILES, 1989).

TANNAHIL (1983) afirma que a grande parte dos mitos acentua o caráter divino masculino, mas que no entanto os chineses se aproximavam muito do conceito de uma deusa superior, por seu ponto de vista sobre a mulher primitiva como a Grande Mãe, nutrindo o companheiro através do ato sexual, um companheiro cuja limitada força vital ela repõe, extraíndo-a de seu próprio e inexaurível suprimento (p.58). Este autor não exclui a possibilidade de que possa realmente ter existido a Grande Deusa, mas acha que não se



encontra subsídios concretos para tal afirmação.

Achamos importante chamar a atenção para o fato de que após o surgimento da escrita com os sumérios, toda história tem sido contada por homens e não se pode desprezar o viés masculino com que ela tem sido relatada.

Fica difícil imaginarmos como a mulher chegou a atingir um status sagrado como no caso da Grande Deusa, no entanto, MILES (1989) nos relata que nas sociedades mais primitivas, a mulher tinha uma importância vital: o primeiro calendário conhecido foi o relacionado com a menstruação. A alimentação ficava por conta da mulher, tanto através da coleta quanto da agricultura, pois a caça, atividade do homem, contribuía apenas com 20% da alimentação da tribo. Graças ao desconhecimento do papel do homem na reprodução, as mulheres eram consideradas sagradas, pois produziam vidas. Quando Deus era mulher, todas as mulheres e as coisas femininas eram especiais.

Ressentidos contra o monopólio que tinham de todos ritmos da natureza, os homens foram levados a criar os seus próprios mitos como Zeus parindo Atena de sua cabeça e Adão parindo Eva de sua costela. Assim, segundo esta teoria, à medida em que o ser humano começou a entender a relação de causa e efeito, percebeu a participação do homem na reprodução e os ritmos femininos começaram a ser percebidos como humanos e não divinos. Os homens tinham a vantagem de serem superiores na força muscular e na mobilidade porque, frequentemente, as mulheres estavam às voltas com a gravidez ou com filhos pequenos e assim, através da agressão e força militar, as mulheres foram submetidas.

A medida que as sociedades se desenvolviam, o controle pela força bruta foi gradativamente substituído pelas leis. Em Roma, o " Pater familias" tinha poder indiscutível sobre a vida e a morte de todos membros da família. Na Grécia, Sólon proibiu a mulher de sair de casa à noite. No Egito, as mulheres tornaram-se não somente propriedade, mas legalmente parte de seus pais e maridos, condenadas a aceitar tudo o que seus parentes machos lhes fizessem cair sobre as cabeças (MILES,1989).

Na verdade, as culturas antigas, depois da queda da Grande Deusa, reforçavam o mito da inferioridade feminina. É errôneo supor que eram sociedades liberais. A liberalidade simplesmente consistia em manter a supremacia masculina. Aliás, esta é a grande característica comum entre elas. Por exemplo, na Grécia e em Roma a homofilia era tolerada como padrão de comportamento normal entre os cidadãos, homens adultos livres (FOUCAULT, 1984), que perfaziam apenas 10% da população, pois a grande maioria era de escravos, estrangeiros e mulheres. As regalias sexuais eram privilégios de uma minoria, o que por estranho que pareça persiste até hoje, mais de 2000 anos depois. A mulher era considerada apenas como reprodutora, não tendo direito a nada. Sua sexualidade nem era discutida, pois simplesmente não existia como tal.

Por volta de 1500 a.C. a adoração do falo varreu o mundo. Alcançando o poder, o homem buscou o caminho secreto para o controle, e quando começou a olhar para além da ponta do pênis, encontrou um senhor mais forte, um amo maior: Deus (MILES, 1989, p.94). Todos os sistemas - Judaísmo, Confucionismo, Budismo,

Cristianismo ou Islamismo eram apresentados como sagrados, como resultado de inspiração divina, transmitida por um poder masculino aos machos dotados de poder. Assim a própria masculinidade era considerada poder. Nestas religiões o sofrimento era a chave para a felicidade eterna; então, quanto mais degradada a mulher, maior a premiação após a morte.

Jesus, Buda e Maomé, assim como outros, pregaram o amor às mulheres, mas no entanto, o patriarcado mudou isto. Sob o monoteísmo patriarcal, ser mulher era uma condenação perpétua a uma existência de segunda categoria. As expressões de vários cristãos de renome demonstram isso: São Paulo - a mulher foi criada para o homem; Santo Agostinho - a mulher não é a imagem de Deus, enquanto só o homem é; Santo Ambrósio - Adão foi levado por Eva ao pecado e não Eva por Adão (MILES, 1989). Interessante notar que apesar dos seguidores de Cristo terem idéias tão distorcidas sobre as mulheres, o mesmo não se dava com Ele, que foi praticamente o único homem a valorizar a mulher em nível de igualdade com os homens na Antiguidade (HORNER, 1989).

O Apóstolo Paulo dava "conselhos interessantes" às viúvas e às solteiras, ou seja, para conservarem-se em tal estado. No entanto, aquelas que não conseguiam o auto-controle deviam se casar, pois é melhor casar-se do que ficar abraçando (1 CORINTIOS 7:9). O que santificava a relação sexual era a reprodução, se bem que como hoje eram toleradas as "escapadelas masculinas". Paulo, porém, não se esqueceu dos homens e dizia: para evitar a fornicação, tenha cada homem sua mulher e cada mulher o seu marido (1 CORINTIOS 7:9).

A submissão das mulheres foi colocada de maneira bem clara na Bíblia. A Epístola dos Efésios diz:

**As mulheres estejam sujeitas aos seus maridos, como ao Senhor, porque o homem é a cabeça da mulher, como Cristo é a cabeça da Igreja e o salvador do corpo. Como a Igreja está sujeita a Cristo, estejam as mulheres em tudo sujeitas aos seus maridos (EFESIOS 5:22-26).**

Às mulheres, era negada a participação plena na reprodução, assim como o prazer no ato. A valorização da mulher foi transferida da fertilidade e feminilidade para a ignorância virginal (MILES, 1989). Durante algum tempo, o sexo foi considerado como uma ação de segunda categoria, coisa mundana e vergonhosa. O sexo prazer, a partir do domínio da moral judaico-cristã, foi abolido dos conceitos sociais da sexualidade.<sup>5</sup>

Na Idade Média, houve a valorização da virgindade e a exaltação do celibato (KOSNIK et alii., 1982). Odo de Cluny, no século XII, escreveu que abraçar uma mulher é abraçar um saco de esterco (MILES, 1989, p.111). A este tipo de comparação se juntaram outras, também pouco lisonjeiras para as mulheres, que retratavam bem o sentimento que os homens nutriam por elas. Dessa maneira foram privadas de qualquer escolha no casamento, pois eram consideradas como coisas (propriedades). Foi até mesmo lhes negada a segurança no casamento, pois os maridos teriam o direito de mandá-las embora se suspeitassem de infidelidade, mesmo não confirmada como nos hebreus, ou simplesmente se os aborrecessem. Às

---

<sup>5</sup> Existe uma controvérsia nesta questão; Jos Van Ussel (1980) defende a tese de que a Síndrome Anti-sexual que herdamos, tem muito mais relação com o aburguesamento do que com influência da moral judaico-cristã.

mulheres foram forçadas a viver dentro do casamento, vitimizadas pelas leis patriarcais enfim, foram privadas da condição de seres humanos.

A violência sexual no casamento tem sido lugar comum da experiência da mulher ao longo da história com episódios bem conhecidos como casamento forçado, as noivas crianças, a venda de virgens, o controle genital-físico-moral e a mutilação genital (MILES, 1989). É importante chamar atenção para o fato de que os dois últimos itens continuam sendo realidade até os dias de hoje. Assim, sexo, pecado e sofrimento, nesta época, seriam associados tanto à vida das prostitutas quanto à das mulheres casadas.

No entanto, apesar de tanta subjugação, controle e desrespeito, neste período as mulheres começaram a perceber que ignorantes eram inferiores, e o próximo campo de batalha se tornou o acesso ao conhecimento (MILES, 1989). Assim, os conventos na Europa, que eram vistos como mais uma manifestação de repressão patriarcal, constituíram-se contraditoriamente na única via autorizada para evitar o casamento e a maternidade forçada e obter instrução. Através da caça às bruxas, o patriarcado arranhou uma maneira lícita de exterminar as mulheres diferentes ou não conformistas, que não se submetiam à dominação e à repressão.

Neste período houve, de maneira concreta, a transformação do casamento com direito ao repúdio (pelo menos da mulher) para o casamento indissolúvel. Muitos pensam que a indissolubilidade do matrimônio é uma invenção cristã, o que não é verdade. Já em Roma, antes de Cristo, havia uma tendência à estabilidade do relacionamento conjugal, porém era somente uma

"tendência", pois não tinha força de subverter, de imediato, a realidade dos costumes, como de fato não subverteu. No entanto este fato favoreceu o cristianismo em sua normatização do casamento.

No decorrer dos séculos XI e XII, a Igreja foi levada a intervir cada vez mais diretamente nos casamentos, a fim de controlá-los e aproximá-los do modelo sacramental que estava definindo e fixando e agora já não se contentava somente em dar conselhos, não mais hesitando em impor seu ponto de vista, recorrendo a sanções como a excomunhão (ARIES, 1987). O que parecia positivo inicialmente para as mulheres, pois não poderiam mais ser abandonadas por qualquer pretense motivo, com o passar do tempo, se mostrou inconveniente, tanto para mulher quanto para o homem, pois o casamento passou a se assemelhar a uma prisão perpétua; uma vez dado um passo errado, seriam obrigados a arcar com as consequências pelo resto de suas vidas, sem direito à reparação ou à felicidade. Vê-se nitidamente neste fato, a grande tendência da Igreja a controlar os corpos e as vidas de seus seguidores.

O culto do amor cortês, nos primórdios da Europa Moderna, começou como ação contra a difamação patriarcal do segundo sexo. Em desafio a uma Igreja hostil, ele elevou a mulher, afirmou o valor da paixão romântica e não religiosa (TANNAHILL, 1983). No século XVI, aparece a cortesã, figura feminina que representa o poder e o erotismo. Ela constitui uma etapa importante na divisão dos papéis sociais e do trabalho. Assim, em torno do corpo da cortesã e de sua magia, esboçaram-se os traços de uma sexualidade que ocupou um lugar importante na formação dos

mecanismos mentais e familiares das sociedades européias. Ela passa a exprimir as tendências de uma sociedade mercantil e de um capitalismo ativo (ARIES, 1987).

Até a metade do século XVI ,pode-se dizer que havia uma certa liberalidade social em relação à sexualidade. Admitia-se, em geral, que todos satisfizessem as suas necessidades sexuais, para não por a saúde em perigo. A sensualidade era praticada de uma maneira que hoje nos surpreenderia: tocava-se, acariciava-se, abraçava-se, beijava-se; as mães e os pais masturbavam as crianças para acalmá-las; as relações sexuais pré-conjugais estavam institucionalizadas e também, em algumas camadas sociais, as relações extraconjugais eram permitidas. Os jovens não precisavam ser esclarecidos, pois podiam ver, sentir e aprender com adultos o que quisessem saber (VAN USSEL, 1980).

O processo de modernização, que começou no final do século XV e início do século XVI, se concretiza na segunda metade do século XVI. Assim, há uma modificação na estrutura social, que passa de uma sociedade de classes pluralistas para uma sociedade em que o burguês e os valores burgueses se encontram em primeiro plano. Dentre esses valores o puritanismo progressivamente adquire uma grande importância. Com a expansão e diversificação de várias profissões, gerando uma transformação na infra-estrutura sócio-econômica, houve uma modificação sobre a quantidade e qualidade das relações sociais, que influenciou a maneira do homem se perceber. Tudo isto interferiu no conjunto de juízos de valor e indiretamente na educação. Iniciava-se o processo de aburguesamento. Os contatos entre as pessoas eram mais frequentes

e com um círculo maior, porém eram superficiais, porque apenas aspectos parciais dos indivíduos eram conhecidos, diferentemente do que acontecia nas aldeias agrícolas, onde havia a participação intensa de todos na vida do grupo. Assim começa um processo de distanciamento entre os indivíduos, que leva, progressivamente, a uma dessociabilização. As relações sociais se transformaram e também o homem se transformou. Agora, tinham que regular a própria vida afetiva através da autocoação e do autocontrole, pois cada um tinha um papel na longa cadeia de interdependência e, se um elo se rompia, toda a cadeia poderia ruir (VAN USSEL, 1980).

**Estudos antropológicos mostram a profundidade da influência das estruturas sociais sobre a estrutura de personalidade, a ordenação do pensamento, a percepção, a imaginação, as motivações conscientes ou inconscientes. A sociedade determina que tipo de personalidade pode ser considerada como normal ou patológico (VAN USSEL, 1980, p. 56).**

O burguês se caracteriza por um grande domínio sobre si; suas emoções devem ser bem represadas a fim de poder trabalhar melhor e adaptar-se mais facilmente à sociedade. Aqueles que não conseguiam controlar-se eram marginalizados pelo grupo.

Tudo isto levou a uma modificação na escala de valores. Para o burguês, a prioridade era o trabalho, o restante algo de menor importância, inclusive as emoções.

**A ociosidade era a mãe de todos os vícios. O prazer pelo prazer era um pecado. O corpo foi transformado, de órgão de prazer que era, em órgão de realização. A burguesia desenvolveu um espírito de realização, tornando impossível a experiência voluptuosa do sexo e de Eros (VAN USSEL, 1980,p.57).**



Antes as normas eram exteriores, se não eram cumpridas haviam sanções policiais. Com a burguesia, houve interiorização das normas e se não fossem respeitadas gerava um grande sentimento de culpa.

Tiveram importância neste processo os pedagogos através da educação. Assim, para o indivíduo manter-se dentro dos padrões exigidos pela nova moral, era preferível utilizar o trabalho de um pedagogo do que de vários policiais, segundo afirmação de VAN USSEL (1980).

Gradativamente, a sexualidade seria cada vez mais recalcada. Apareceu neste momento a hipocrisia, que seria a característica marcante da sociedade burguesa. Estabelece-se a dupla moral ou seja o que podia ser público e o que devia ser privado. Alguns comportamentos eram aceitos (até hoje) desde que o grupo social não tomasse conhecimento deles. Todas as emoções foram empurradas para o nível do "escondido". O que antes era permitido (expressar claramente o que sentia ou desejava sexualmente), agora era sinal de corrupção moral. Os educadores partiam do pressuposto de que isto não existia, a não ser em casos patológicos ou anormais. Paradoxalmente, ao invés de assumirem a realidade da natureza, eles se empenhavam em inventar maneiras para que o instinto sexual não se manifestasse. Assim, pouco a pouco começou aparecer a imagem do homem moderno na qual a sexualidade enquanto fator de civilização não estava integrada (VAN USSEL, 1980, p.65). Tudo o que ocorria no corpo, principalmente entre os adolescentes, era visto com repugnância. Até mesmo o interesse científico sobre as questões sexuais foi relegado ao abandono, fazendo com que a

Sexologia ficasse atrasada em relação às outras Ciências.

Considerando que o desejo sexual é uma força natural, ele nunca conseguiu ser extinto completamente e cada vez mais havia necessidade de se criar tabus bem convincentes para mantê-lo calmo. No entanto, com esta dessexualização, houve o aparecimento da "compulsão sexual". Por ser muito proibida a sexualidade foi elevada ao status de assunto de maior interesse da sociedade burguesa, ou seja o conflito entre a necessidade sexual endógena e os tabus levou os indivíduos a terem mais consciência da existência do instinto sexual e assim se ocuparem mais com ele. A liberação sexual também significa a diminuição da atenção dada a estas questões.

A sociedade, representada pela burguesia, defendia a realização do que ela intitulava ideal cristão<sup>6</sup> em relação à sexualidade humana, ou seja, sexo somente dentro do casamento, com amor e para reprodução. O exercício da sexualidade deveria ter um objetivo: a procriação. Fora disto não haveria sentido. Assim, o homossexualismo, a sexualidade infantil, a sexualidade no climatério e o orgasmo feminino.

Não parece ter havido anteriormente, problemas em relação às práticas homoeróticas, até o início do aburguesamento,

---

<sup>6</sup>Segundo VAN USSEL, o que se considerava ideal cristão, na verdade era o ideal burguês apropriado pela Igreja para continuar no poder. Isto pode ser comprovado através de estudos realizados em regiões onde os costumes feriam totalmente estes preceitos e a Igreja, percebendo que perderia seus fiéis se neles interferisse, simplesmente fingia que não existiam; ou ainda pelos estudos sobre a história da Idade Média onde os hábitos sexuais eram bastante promiscuos com a aquiescência da mesma.

o que ainda ocorre em muitas culturas não ocidentais. A nova sociedade tratou a homossexualidade não como uma questão social, mas como um problema individual, moral, necessitando de recalçamento e repressão assim também como tratou todas as outras questões sexuais que não seguiam os conceitos pré-estabelecidos.

Para instalar esta nova moral era então necessária a ajuda dos homens da ciência e assim também surgiu um novo enfoque da ciência (pseudo-ciência) que trabalhava no sentido de reforçar os ideais "burgueses-cristãos". A sexualidade, que até então era vista como um todo, parte integrante de todas as aspirações humanas, ficou restrita aos poucos centímetros quadrados dos genitais, desprovida de erotismo e fantasias. A sexualidade genitalizou-se. VAN USSEL(1980) considera que mesmo Freud deu importância excessiva à sexualidade, demonstrando sua forte ligação com a moral burguesa. No entanto se afastava dos burgueses em um ponto: trouxe a sexualidade para o consciente.

**Com base nos princípios da moral ditada pela religião e pelas correntes racionalistas, os donos do poder se utilizavam da repressão sexual como excelente instrumento gerador de culpas e inseguranças. Relacionado a estes sentimentos, encontrava-se o paternalismo moral que ditava para as pessoas o que era certo ou errado, o que era pecado ou não (MACHADO, 1988, p.50).**

Assim foi possível ter o controle sobre a vida das pessoas, tornando-as submissas e alienadas, reforçando a ideologia dominante, através da repressão das formas de prazer, inclusive o sexual. Este jogo não é percebido pela grande parte da sociedade, mas já é momento de ser denunciado. Enquanto a privação material abrange apenas as classes dominadas, a privação sexual (num sentido

amplo), é um fenômeno que atinge todas as categorias da sociedade de classes (REICH, s/data, p.116). A repressão sexual e o poder estão intimamente ligados, pois a base do capitalismo,

...a propriedade privada exige para a sua manutenção, duas de suas instituições básicas: o casamento monogâmico e a família patriarcal. Estas por sua vez, só podem subsistir através da exigência de abstinência sexual pré-matrimonial (virgindade) e a proibição do sexo extra-conjugal (SARQUES, 1986, p.14).

Alguns elementos podem ser observados como consequência dessa repressão, segundo MACHADO (1988, p.51):

- a dessexualização do indivíduo, destruindo-lhe a idéia do prazer (mau) e impondo-lhe a idéia do dever (bom);
- a sublimação, que é uma forma positiva de sociabilização do impulso sexual, tornado-se excessivamente valorizada. O que passa a ser virtude não é o bom exercício da sexualidade, mas sim o desvio constante desta energia para outros objetivos que não sejam sexuais;
- um aumento do consumismo, como parte da ideologia capitalista, privilegiando os bens materiais como forma de compensação das frustrações. Tal busca de emoções descartáveis tenta preencher o vazio deixado pela carência de prazeres mais interiores, mais duradouros, entre o quais se incluiu o livre exercício da sexualidade. Assim os prazeres genuínos e gratuitos das relações interpessoais são substituídos pelos prazeres ilusórios do consumismo.

A repressão sexual não poupa ninguém: crianças, homens, mulheres velhos e velhas; no entanto se faz, como já descrevemos de uma maneira mais completa sobre as mulheres ENGELS (1978, p.71) constata que:

o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia, e a primeira opressão de classes com a opressão do sexo feminino pelo masculino.

Com a revolução industrial, ao contrário do que se esperava, houve um impacto adverso sobre a vida da mulher que perdeu seu status de parceira no trabalho do homem, deixando de ser chefe de suas produções domésticas e assumindo ocupações inferiores e exploradas, além de cumprir uma dupla jornada de trabalho. Ainda no século XIX, na Inglaterra, a lei atribuía ao marido o domínio total sobre a mulher, podendo retê-la à força e surrá-la (MILES, 1989).

A inferioridade feminina não era só reafirmada a nível individual, mas também pelas estruturas que vinham aparecendo no mundo moderno tais como a ascensão do capitalismo, o nascimento da ciência moderna (com seu pseudoconhecimento sobre a natureza feminina) e a reação dos legisladores às mudanças sociais. Um grande avanço foi a mulher ter sido reconhecida como cidadã e o primeiro país a dar o direito de voto a ela foi a Nova Zelândia em 1893, enquanto que na Inglaterra isto só ocorreu em 1918 (MILES, 1989). No entanto, nenhuma mulher pode se considerar livre se não possuir e controlar seu próprio corpo.

Com o advento dos métodos anticoncepcionais mais seguros, principalmente a pílula anticoncepcional, a partir de 1956 (ANDRADE, 1983), isto ficou mais fácil. Poderia parecer que com ela a luta por um relacionamento de igualdade estaria no fim, mas isto não aconteceu. Agora a mulher é submetida pelo medo de ser "frígida"<sup>7</sup>, ou imatura sexualmente.

---

<sup>7</sup>Este termo atualmente tem sido considerado inadequado, por não satisfazer o significado desejado, porém o utilizamos na tentativa de exprimir o que as mulheres relatam.

Cada época inventa ou reinventa sua maneira de submeter as mulheres. Elas têm vivido tão intimamente com seu opressor e isoladas umas das outras que têm sido impedidas de ver seu sofrimento como uma condição política. é ilusão pensar que a mulher hoje ainda não constitui uma classe de oprimidas, em maior ou menor grau, dependendo do lugar, das condições econômicas e do nível cultural.

A dominação nos dias atuais se faz de uma maneira mais sutil, muitas vezes passando uma mensagem de proteção. é frequente escutarmos: "não uso tal roupa porque meu marido não deixa" ou ainda, " não trabalho" pelo mesmo motivo. Se formos analisar o significado de até nossos dias a mulher adotar o nome do marido, após o casamento, com registro em cartório, veremos que nada mais é do que o simbólico da propriedade com escritura.

Apesar da crítica que fazemos ao sistema burguês, não podemos deixar de reconhecer que houve progressos que nunca ocorreriam sem ele. No entanto, urge uma superação, porque os problemas sociais a cada dia se agravam sem podermos perceber uma resolução adequada sem drásticas mudanças nos costumes vigentes.

Neste emaranhado de normas rígidas, preconceitos, mitos e tabus em relação à sexualidade, o ser humano não tem podido vislumbrar a capacidade que por si só esta energia criadora tem de fazê-lo feliz. Tem-se ficado preso a normas fabricadas pelo poder, sem perceber que não se está desfrutando e nem permitindo que as outras pessoas desfrutem da alegria de ser sexual.

### 3 - CONSTRUINDO MITOS, ESTEREÓTIPOS E PRECONCEITOS

Os mitos, estereótipos e preconceitos sexuais constituem fontes inesgotáveis geradoras de infelicidade no campo da sexualidade humana.

Até o século XIX, os especialistas ocidentais trataram o mito como uma ficção, uma fábula. A partir daí, começaram a entendê-lo, não mais como uma mentira, mas como uma "história verdadeira", porque ele confere significado e valor à existência e influencia comportamentos. Na verdade pode ser uma invenção, mas que se torna realidade a partir do momento que tem a força de influenciar as pessoas.

O mito, no sentido antropológico, é sempre a narração de uma criação: descreve como uma coisa foi produzida, como começou a existir (ELIADE, 1989, p.13), descreve as eclosões do sagrado no Mundo. Fixaremos nossa atenção em como fatos inventados, obviamente com uma intenção determinada (muitas vezes inconsciente), têm por tempos, influenciado a maneira do ser humano viver e se relacionar. Nesta dimensão, o mito pode ser considerado uma maneira especial (encoberta) de se falar sobre as coisas, a natureza, a vida humana (CAVALCANTI et alii, 1991, p.243),

precisando ser decifrado e interpretado, traduzindo os desejos (inconscientes ou conscientes, individuais ou coletivos) das pessoas.

Na verdade, muitos mitos são criados para expressar o modo de pensar de toda uma sociedade, as relações que os homens mantêm (e devem manter) entre si e as relações que mantêm com o mundo que os cerca, portanto têm uma função social: expressam aquilo em que determinados grupos querem acreditar (CAVALCANTI et alii., 1991). Assim entendendo, é importante conhecer os mitos sexuais da sociedade ocidental para analisarmos como vem se formando a relação homem-mulher no campo da sexualidade. Numa visão mais ampla, podemos inclusive afirmar que estes mitos têm sido bastante prejudiciais à felicidade coletiva, impedindo o desfrute, em sua plenitude, de todo o prazer que a sexualidade oferece ao ser humano.

Não se pode explicar as formas e variações da sexualidade sem que se examine e explique o contexto em que se formaram. Para HIGHWATER (1992) este contexto é a mitologia que dá base e dá forma às estruturas e aos valores da sociedade. Ele cita o exemplo da visão ocidental sobre as mulheres que recebeu a influência do mito "má Eva" e da posterior reversão desse mito pela história da "Virgem Maria". Explica que

a antiquíssima visão judaico-cristã (patriarcal) da mulher (como Eva), criatura indisciplinada e fortemente sexuada, passou por uma alteração completa por volta do século XVII, a qual redundou na crença de que as mulheres (como Maria) são muito menos sensuais do que os homens (HIGHWATER, 1992, p.19).



BULLOUGH(1976)<sup>6</sup>, especialista em história sexual, cita vários exemplos de como atitudes sexuais diferentes se originam de várias mitologias e são depois socializadas como costumes. O mito da criação, onde a terra é feminina e o céu é masculino, tem contribuído para o mito sexual onde, numa relação sexual "normal", o homem deve estar sempre por cima, como o céu, e a mulher sempre por baixo, como a terra. Assim, é importante se conhecer a época e o lugar, para se entender a formação dos mitos e também ter em mente **que nossos valores e preceitos sexuais são reflexo das mitologias que formam o núcleo e a essência daquilo a que futilmente chamamos de realidade (HIGHWATER, 1992,p.18).**

Os mitos sexuais das sociedades ocidentais são bastante numerosos e bem variados. É interessante notar que nós (os pseudo-civilizados) pensamos que mito é coisa de povos primitivos e não percebemos o quanto nossos comportamentos e atitudes são guiados por eles. Segundo CAVALCANTI et alii. (1991) podemos dividi-los em dois grandes grupos: mitos relativos à anátomo-fisiologia da resposta sexual e mitos relativos ao desempenho sócio-cultural das pessoas. MCCARY (1978) acrescenta também mitos relativos à reprodução e planejamento familiar<sup>7</sup>.

Foram selecionados alguns mitos para discussão a partir de nossa experiência como médica e professora.

---

<sup>6</sup>BULLOUGH, V.L. apud HIGHWATER, J. - Mito e sexualidade. São Paulo. Ed. Saraiva, 1992.

<sup>7</sup>Pela importância que têm os mitos sexuais como conceitos errôneos, relacionamos os principais deles no ANEXO I.

*Mitos relativos à anátomo-fisiologia da resposta sexual:*

1 - é fisiológico que a mulher tenha menos apetite sexual do que o homem. Apesar de estudos como os de CARNEY et alii. (1976) terem sugerido que os androgênios podem desempenhar uma parte na ativação de certos aspectos da sexualidade feminina, como o apetite sexual e a conseqüente inclinação para iniciar a atividade sexual, não está determinado que devido aos homens terem níveis mais altos de testosterona, fatalmente apresentariam mais desejo sexual do que as mulheres, uma vez que as mulheres respondem a níveis de androgênio, que quase certamente são ineficazes no homem (KAPLAN, 1983). Em outras palavras, as mulheres parecem ser mais sensíveis aos efeitos comportamentais dos androgênios do que o homem (BANCROFT, 1980). Assim, com a pequena quantidade de testosterona circulante, a mulher seria tão responsiva sexualmente quanto o homem, se não interferissem os fatores culturais repressivos que a dessexualizam, tornando-a menos apetente (LERER, 1987; KASSORLA, 1980). É também importante saber que a sexualidade masculina é mais genital e a sexualidade feminina mais difusa ou seja, o desejo masculino é demonstrado pela vontade de penetração e o feminino por desejo de carinhos em todo corpo. Ambos são expressão do desejo sexual humano, no entanto, a sociedade ocidental considera necessidade sexual, aquela que retrata apenas a masculina (reforçando o domínio do masculino). ... o homem é predominantemente genital, ao contrário da mulher, que é predominantemente sexual (KUSNETZOFF, 1988, p. 32).

2 - As virgens não têm as mesmas necessidades sexuais das outras mulheres. Parte-se do pressuposto de que o desejo sexual só se inicia após a primeira relação sexual, o que se contrapõe aos estudos de FREUD (1974) - Os três ensaios sobre sexualidade humana - que demonstram que o instinto sexual já se encontra presente no momento do nascimento e que a vida sexual das crianças surge numa forma acessível à observação por volta do terceiro e quarto ano, existindo evidências claras das manifestações da sexualidade infantil. O que ocorre é que a cultura se incumbem de reprimir tanto a sexualidade feminina, que a própria mulher não se permite sentir desejo, porque lhe traz sentimento de culpa, sendo por isto insuportável. Assim, aparentemente, a repressão foi vitoriosa, no entanto, sabemos, também, pelas obras de FREUD (1974), - A sexualidade na etiologia das neuroses - que esta energia é deslocada, podendo ser apontada como etiologia das neuroses.

3 - O hímen é a prova da virgindade. O conceito de virgindade é complexo. Para HOLANDA FERREIRA (1986), significa a qualidade da "mulher" que nunca teve relação sexual, através da vagina. Para a Anatomia, o hímen é a prova da virgindade, mas para a Medicina Legal e para o Direito, muitos outros fatores se tornam necessários (CAMARGO JUNIOR, 1979). Para a maioria dos autores (RIBEIRO, 1992; MACHADO, 1988; REUBEN, 1969), a virgindade tem um significado mais amplo, abrangendo também o sexo masculino e considerando qualquer intercursos erótico com outra pessoa, mesmo sem penetração vaginal. Assim sendo, uma mulher pode não ter ruptura himenal e não ser virgem, pois mantém relações sexuais anais ou orais com seu

parceiro. Além disso, existe o hímen complacente que não se rompe com o coito, mas só com o parto normal, o que também comprova que a presença do hímen intacto não significa virgindade (KUSNETZOFF, 1988; COMFORT & COMFORT, s/data). O contrário também pode ser verdadeiro ou seja, a ruptura himenal não significa ausência de virgindade, pois o hímen pode se romper em acidentes.

**4 - As mulheres não sentem desejo durante a gestação.** Com certa frequência, existe uma diminuição do desejo sexual das mulheres no início da gestação, devido aos sintomas que podem acompanhar os três primeiros meses tais como náuseas, vômitos, mastalgias, indisposição, sonolência, astenia e outros. Este fenômeno pode ocorrer também no terceiro trimestre, por causa do desconforto de final de gravidez (MASTERS & JOHNSON, 1979c; VIGGIANO, 1984; LOPES, 1989). No entanto, algumas mulheres se sentem mais femininas nesta época e ao contrário, há aumento significativo do desejo sexual (LOPES et alii., 1992), ocorrendo casos em que a gestante tem relações sexuais já em trabalho de parto. Observem que pode existir uma diminuição, mas não uma ausência do desejo. Outro aspecto interessante na nossa cultura que tem fortificado este mito é o fato de que a gravidez é santificada e o sexo é considerado como pecado, não ficando bem a "mãe santa" desejar se entregar à "coisa tão profana" (MALDONADO et alii., 1985).

**5 - O coito durante o período menstrual traz um risco de infecção.** Este é um mito que é aceito até por médicos menos avisados. Na verdade sabe-se que durante a menstruação o canal endocervical se

encontra mais pérveo e também há a perda do tampão mucoso (FREDERIKSON & WILKINS-HAUG, 1993). Vale a pena chamar a atenção para o fato de que coito com homem infectado significa risco de infecção em qualquer época do ciclo, apesar de que no período menstrual, devido às condições locais, as probabilidades aumentam. No entanto, é importante termos em mente que a infecção ocorre não por causa da menstruação, mas por manter relações sexuais com parceiro infectado. Outro aspecto a ser considerado é que herdamos da Bíblia, a noção de impureza vinculada à menstruação, sendo assim fácil entender porque este mito tem tanta força entre nós. MASTERS & JOHNSON (1988) afirmam que não é perigoso ter relações durante a menstruação.

**6 - A virgindade é o tesouro da mulher e é fator importante para a felicidade conjugal.** Este preceito nada mais é do que uma maneira que a sociedade patriarcal (machista) encontrou para obter poder e controle sobre o corpo da mulher, fazendo assim com que ela se submetesse às normas convenientes ao homem.

**Uma mulher ter ou não experiência sexual ao casar-se não é tão importante para o ajustamento marital quanto outros fatores, tais como felicidade dos pais, educação sexual adequada, duração do noivado, estabilidade emocional, dependência e segurança econômica (MCCARY, 1987, p. 197).**

**7 - Na mulher o gozo é mais espiritual do que corporal.** Este mito reforça a crença de que a mulher não precisa ter o orgasmo biológico para sentir-se satisfeita sexualmente. Bastaria que ela se sentisse bem espiritualmente com seu parceiro, sem necessidade de ser estimulada adequadamente para atingir seu orgasmo (LERER, 1987).

8 - A lubrificação e a ereção são sinais de que há uma exigência de coito. Estes dois fenômenos são características da fase de excitação do ciclo de resposta sexual humana (MASTERS & JOHNSON, 1979c). Esta fase pode durar horas, segundo descrição destes autores e é fonte de muito prazer. Não obrigatoriamente significa necessidade de coito. Se os parceiros querem prolongar esta fase é opção de cada um. CHALAR SILVA (1989) descreve que nos anos 80, a própria Sexologia percebeu a importância da sexualidade mais lúdica.

O prazer seria o objetivo maior, e nem a necessidade de ereção ou de orgasmo deveriam comprometer o aspecto de brinquedo, de jogo, ou do simples gostar do que se faz... O que passava a importar já não era apenas se haveria ereção, orgasmo ou coisa do gênero, mas também conseguir uma relação que não tivesse princípio, meio ou fim, e que fosse um jogo de prazeres (CHALAR SILVA, 1989, p. 156).

9 - A mulher deve sempre estar pronta para satisfazer o homem. Este conceito também retrata a opressão em que tem vivido a mulher e o rebaixamento de categoria que ela tem sofrido através dos tempos: de ser humano para objeto de satisfação do homem. É importante resgatar a condição de pessoa da mulher: ela tem seus direitos, suas vontades e também suas necessidades. O argumento de muitas que se submetem ao desejo de seus companheiros é que temem que eles procurem outra fora de casa. Primeiramente, é importante saber que o índice de infidelidade masculina (HITE, 1982b) é alto e que independente de a mulher ceder ao homem, ele procura outra fora, de qualquer maneira. VAUGHAN (1992) defende a hipótese de que vários fatores, mais sociais do que individuais, são geradores destas situações. Outro ponto é que se não houver mudança de postura da

própria mulher frente à sociedade, ela vai continuar sendo valorizada como objeto.

10- As mulheres frígidas o são por natureza e jamais conhecerão o orgasmo. Alguns pseudo-cientistas são capazes de utilizar os meios de comunicação para reafirmar estes mitos. Aliás, esta prática já é antiga. Segundo MILES (1989) e KUSNETZOFF (1988), a ciência, por muito tempo, tenta explicar porque a mulher é "naturalmente inferior". A falta de prazer sexual tem sido observada em várias mulheres, no entanto isto não implica que em condições emocionais e afetivas favoráveis ela não possa ter desejo sexual e orgasmo (LERER, 1987). Todo ser humano nasce com o potencial de ser responsivo sexualmente (CONSTANTINE & MARTINSON, 1984). Fatos que ocorrem no decorrer da vida podem bloquear esta função porém, através da psicoterapia ou terapia sexual, pode-se ajudar estas pessoas (MASTERS & JOHNSON, 1979a; KAPLAN, 1977).

11- A menopausa assinala o fim da vida sexual da mulher. Este mito faz parte de um maior que é o que considera o velho um ser imprestável, tão comum na sociedade capitalista. A menopausa é apenas a parada da menstruação conseqüente à perda da função do ovário como produtor de hormônios (HALBE, 1982). A função sexual, em ambos os sexos, inicia-se com o nascimento e termina com a morte. Não estamos falando de genitalidade, mas de sexualidade, que é mais amplo (KOLODNY et alii., 1982). Muitas vezes, a parada de produção de estrogênios, dificulta a vida sexual da mulher, pois diminui a elasticidade da vagina, a lubrificação e o trofismo, levando à dor

(HALBE, 1982). No entanto, isto pode ser facilmente contornado com o tratamento de reposição hormonal. KINSEY et alii.(1951) e MASTERS & JOHNSON (1979c) relataram que a menopausa teve pouco efeito direto na resposta sexual da mulher.

**12- As mulheres não se excitam com a pornografia.** Existe em nossa sociedade uma dicotomia marcante: coisas de homem e coisas de mulher. A pornografia é considerada coisa de homem, tanto que em filmes pornográficos, pouco se importa com a beleza física dos atores masculinos, já demonstrando que são produzidos para a excitação dos homens. É provável que devido ao esquema educacional repressivo, ao qual é submetida a mulher, a grande parte delas não gosta de pornografia, no entanto esta afirmativa não pode ser considerada norma, ainda mais que há algum tempo já existe, nos países do primeiro mundo, material pornográfico dirigido às mulheres, como revistas, livretos e inclusive casas de massagem, clubes para executivas, shows de strep-tease masculino etc.

**13- Sexualmente, a mulher é passiva e o homem é ativo.** Como muitos mitos, este vem retratar uma situação criada pelo homem. A mulher aprendeu a ser passiva e o homem ativo. Desde pequenas, elas aprendem a ser recatadas e a pior ofensa para uma moça de família é ser considerada uma "mulher fácil". Em outras palavras, o interesse sexual da mulher é punido socialmente com a depreciação de sua moral. Segundo MACHADO (1988), mesmo ela tendo necessidade e vontade de ter iniciativa sexual, fica difícil sua concretização pelo bloqueio externo (social) e interno (culpa) a que é submetida



durante sua vida.

14- Se a mulher não é charmosa e jovem, não pode gozar de uma boa relação sexual. É o mesmo que dizer que uma vida sexual satisfatória está reservada apenas para as mulheres belas e jovens. Realmente, beleza e juventude são atributos extremamente valorizados em nossa cultura.

Há de se reconhecer que as alterações da aparência tem uma certa importância na diminuição da atração erótica. Mas, subjugar toda a apetência sexual ao atrativo físico, é próprio da imaturidade da união (CAVALCANTI, 1984, p.15).

Tem-se considerado que a vida sexual é apanágio dos jovens, tanto no que concerne à mulher, quanto ao homem, no entanto, a cobrança da eterna juventude se faz mais veementemente em relação à mulher. Obviamente, com o passar do tempo, as funções biológicas mudam, não fazendo exceção a função sexual (MASTERS & JOHNSON, 1979c), no entanto o prazer advindo do relacionamento com o outro permanece, podendo diminuir ou aumentar na dependência da qualidade do envolvimento afetivo-sexual (CAVALCANTI, 1984).

15- Conhecer o nosso corpo não é importante para a sexualidade. Desde a ascensão da burguesia, onde o puritanismo se disseminou pelo Ocidente (VAN USSEL, 1980), a ignorância passou a ser sinônimo de pureza. Isto é particularmente verdadeiro, quando se analisa a educação que se dá para as crianças no que concerne à sexualidade. Determinadas regiões do corpo não se pode tocar porque "menino(a) bonito(a) ou educado(a)" não deve ter esses hábitos. Constrói-se, desta maneira, uma lacuna no esquema corporal da criança que

dificulta posteriormente a integração dos genitais à sexualidade. Isto é particularmente verdadeiro para a mulher. O conhecimento do próprio corpo é importante para o relacionamento adequado com o outro (RIBEIRO, 1992; MACHADO, 1988). A importância das experiências sexuais da infância, e principalmente da adolescência, não deve ser subestimada, se esperamos usufruir de uma vida sexual ativa satisfatória na maturidade (FORD & BEACH, 1951)<sup>10</sup>.

16- As emissões noturnas são sintomas de distúrbios sexuais. Com a puberdade, os adolescentes já são capazes de ejacular. KINSEY(1948) conclui que há necessidade de mais estudos para estabelecer com certeza os fatores biológicos, psíquicos e mecânicos envolvidos na polução noturna, mas por outro lado afirma que grande porcentagem de homens (85%) tem orgasmos noturnos durante a vida, o que afasta a possibilidade de que qualquer fator patológico ou defeito moral sejam os responsáveis. Basicamente, trata-se de um fenômeno que ocorre mais em homens solteiros, na segunda e terceira décadas da vida, embora ocorra em homens de até oitenta e seis anos e também em homens casados (Kinsey,1948). O importante é esclarecer ao jovens que este é um fato normal e que não há motivo para sentir culpa, mesmo porque a excitação que a motiva é inconsciente e involuntária.

---

<sup>10</sup>FORD, C.S. & BEACH, F.A. apud CONSTANTINE, L.L. & MARTINSON, F. M. - Sexualidade infantil: novos conceitos, novas perspectivas. São Paulo. Ed. Roca, 1984.

17- As mulheres não experimentam orgasmos noturnos. Assim como os homens as mulheres também têm orgasmo durante o sonho (LERER, 1987). Interessante é notar que quando isto ocorre na adolescência precoce, muitas destas garotas são incapazes de reconhecer esta sensação prazerosa como orgasmo. KINSEY (1951) demonstrou que 35% das mulheres entrevistadas tiveram sonhos eróticos que culminaram com orgasmo. Segundo a mesma pesquisa, o número de mulheres que têm sonhos eróticos cresce com a elevação da idade e a incidência maior atinge seu ponto máximo entre mulheres quadragenárias.

18- As mulheres ejaculam como os homens. Apesar de LADAS et alii. (1982) e outros autores por eles citados em seu estudo afirmarem que a mulher ejacula, a maioria dos pesquisadores não a aceita como verdadeira. (MASTERS & JOHNSON, 1988; MCCARY, 1978). A confusão se iniciou porque no fluido transudatório feminino encontrou-se a fosfatase ácida prostática que é uma enzima produzida pela próstata. Na verdade, fica fácil de entender esta constatação se tivermos o conhecimento de que as glândulas para-uretrais (situadas ao lado da uretra) são homólogas à próstata no homem. Durante o orgasmo feminino estas glândulas se contraem e podem expulsar uma substância semelhante à encontrada na próstata masculina, o que não pode ser considerado uma ejaculação.

19- Os orgasmos simultâneos são mais satisfatórios que os experimentados separadamente. São vários os pontos contra a simultaneidade dos orgasmos (LERER, 1987). O primeiro deles é que o tempo necessário para atingir o orgasmo frequentemente é

diferente para os parceiros e a preocupação com este fato leva a uma desconcentração no prazer com a diminuição do mesmo. Muitas vezes o adiamento do orgasmo de um, pode significar o seu comprometimento. Este compromisso leva à ansiedade que, na grande parte das vezes, interfere na satisfação do casal. Além do mais, sabe-se que a mulher pode ser multiorgásmica (MASTERS & JOHNSON, 1979), se o homem tem seu orgasmo junto com o primeiro de sua parceira, a impede de ter outros orgasmos, se não a estimula mais, durante a mesma relação.

**20- Há uma diferença entre o orgasmo vaginal e o clitoridiano.** Este equívoco originou-se primariamente da afirmação de FREUD (1974) em seu ensaio "Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos" que o clitóris era o órgão de estímulo sexual infantil e que o prazer dali advindo, com a maturidade deveria se deslocar para a vagina, propiciando o coito prazeroso. As mulheres que não conseguiam fazer este deslocamento eram taxadas de imaturas ou seja, ficaram fixadas na fonte de prazer infantil. Durante muitos anos as mulheres padeceram com este diagnóstico inadequado, até que na década de 60 o casal de sexólogos MASTERS & JOHNSON, estudando a fisiologia da resposta sexual feminina, puderam afirmar que, do ponto de vista fisiológico, todos os orgasmos femininos seguem os mesmos padrões de resposta reflexa, não importa qual seja a fonte da estimulação sexual (MASTERS & JOHNSON, 1988, p. 76) e ainda que o clitóris serve de receptor e transformador dos estímulos sensuais femininos (MASTERS & JOHNSON, 1979a, p.53), sem levar em conta que esses estímulos tenham tido origem somatogênica

ou psicogênica. Hoje se sabe que a estimulação clitoridiana, quer direta ou indiretamente, é extremamente importante para o aumento de tensão sexual na mulher. Muitos casais desenvolvem inadequações sexuais, pelo simples fato de ficarem esperando o "tão falado orgasmo vaginal", que necessariamente não precisa acontecer.

21- A mulher deve chegar ao orgasmo durante o coito somente com a penetração, pois só assim é o modo correto. Este é um mito que realmente pode trazer uma grande quantidade de problemas ao casal. Podemos dizer que existe uma relação importante entre este mito e o de que a mulher só pode ser satisfeita com a penetração. Já se tem o conhecimento de que o clitóris é o órgão transmissor e receptor das sensações eróticas femininas, assim sendo, é o responsável pelo aumento de tensão sexual e, na grande parte das vezes, pelo orgasmo feminino. Em muitas situações, MASTERS & JONHSON (1979c) afirmam que se não há o estímulo direto sobre o clitóris, não existirá um aumento de tensão suficiente para "disparar" o orgasmo feminino. A penetração é sentida pelas mulheres como importante (HITE, 1982a), mas não necessária para o orgasmo. Além do mais, apesar de assim ocorrer, não se deve padronizar a sexualidade humana, ou seja, não existe o que é errado ou certo, existe o que o casal gosta ou não, então as possibilidades são muitas: orgasmo com a manipulação da mulher ou do homem, no coito ou fora dele, orgasmo com estímulo oral ou ainda estímulo de qualquer parte do parceiro ou outras infinitas maneiras que vai depender exclusivamente da criatividade dos envolvidos. A única regra que existe no relacionamento sexual humano é que haja

satisfação das duas pessoas interessadas, sem que isto incorra em prejuízo físico ou psicológico para um ou ambos.

**22 - A relação sexual termina quando o homem tem orgasmo.** Devido à fase de detumescência peniana e período refratário (MASTERS & JOHNSON, 1979c), que ocorrem logo após a ejaculação masculina, criou-se o mito de que a relação sexual termina com o orgasmo masculino. No entanto, esta é uma maneira machista e egoísta de se relacionar sexualmente. Por muito tempo, o homem foi acostumado a "virar para o lado e dormir" tão logo tivesse o "seu" orgasmo. Muitas vezes, as necessidades da parceira ainda não foram satisfeitas e é importante que o estímulo continue de alguma maneira (sabemos que não precisa penetração) para tal fato acontecer. Apesar do relaxamento, que se segue ao orgasmo masculino, gerar sonolência, um parceiro interessado no relacionamento como um todo, poderá satisfazer de maneira muito eficiente sua companheira de sexo, se assim o desejar.

**23- Os velhos não devem esperar permanecer sexualmente ativos.** Apesar de haver modificações na fisiologia da resposta sexual com a idade, tanto em homens como em mulheres (MASTERS & JOHNSON, 1979c), a sexualidade permanece até a morte. Considerando-se que vivemos numa sociedade capitalista, onde a produção e o consumo dirigem os caminhos das pessoas, não é de se estranhar que o velho (que não produz e que consome pouco) seja colocado de lado em todos os aspectos, incluindo a sexualidade. A questão mais séria é que uma grande parte dos idosos absorvem o conceito popular, de que

já estão velhos demais para fazerem qualquer coisa, entre elas também o sexo (CAVALCANTI, 1984). Assim, passam a responder conforme o mito imposto, reforçando-o. Os idosos sadios continuam tendo impulso sexual que exigem resolução adequada (KOLODNY et alii., 1982).

**24 - Algumas substâncias são poderosos afrodisíacos.** Parece que as pessoas sentem necessidade em acreditar que possam aumentar o desejo sexual, com alguma coisa fora de si. Realmente, proceder desta maneira se torna mais fácil do que se empenharem no cotidiano, para enriquecerem sua vida sexual. KAPLAN (1977) refere que o melhor afrodisíaco é o amor. Todas as listas de substâncias afrodisíacas são inventadas (MCCARY, 1978) no sentido de obter resultados milagrosos para situações difíceis de se resolver com o próprio esforço. É mais cômodo acreditar que a resolução dos problemas está fora de nós do que pegar a responsabilidade de resolvê-los sozinhos.

**25 - Uma boa relação sexual é aquela que sempre termina em orgasmo.** Particularmente para o homem, esta é uma afirmativa verdadeira, e se lembrarmos que no homem a ejaculação vem normalmente associada ao orgasmo fica mais fácil entender. A reprodução é a função mais valorizada na nossa sociedade, e do orgasmo masculino (ejaculação) decorre esta capacidade. Além disso, por muito tempo, não era esperado da mulher, ser orgásmica, então a afirmação vem da lógica masculina. Na verdade, a nossa sociedade é "orgasmolatra" ou seja, supervaloriza o orgasmo como prova do desempenho sexual. De um

momento para o outro, da mulher, que se esperava que não fosse orgásmica (mas simplesmente um objeto de prazer masculino), surge uma cobrança tenaz, onde mais uma vez ela não tem direito de opção: antes não podia ter orgasmos, agora deve tê-los. No entanto, muitas mulheres relatam que não consideram o orgasmo, a experiência máxima da vida. Através do Relatório HITE (1982a), foram identificadas mulheres que valorizavam mais o aconchego do relacionamento, a troca de carinhos, o compartilhar da experiência sexual, o calor, a proximidade, a aceitação física do outro. Isto é particularmente frequente, nos depoimentos de pacientes em consultórios de Ginecologia, onde relatam que muitas vezes, preferem "ficar namorando," ao invés de buscar simplesmente o orgasmo. Relatam que já tiveram oportunidades de ter relações sexuais sensacionais sem orgasmo e relações altamente insípidas que culminaram em orgasmo. Alguns homens estão aprendendo, com as mulheres, a prolongarem seu prazer através dos intercursos amorosos lúdicos, lentos, cuja única finalidade é colocar em contato duas pessoas que se querem bem. CHALAR SILVA (1989, p. 127) refere que

... mesmo dentro dos valores atuais, há condições em que a felicidade erótica pode prescindir do orgasmo, ou seja, há fases e momentos em que a excitação e o envolvimento se justificam por si. E as evidências nesse sentido são muitas...

*Mitos relativos ao desempenho sócio-cultural das pessoas:*

1 - Práticas sexuais excessivas ou fora do comum podem causar colapsos mentais. Definitivamente, não existe nenhuma forma de



comportamento sexual, nem qualquer grau de sua frequência, que possa provocar desequilíbrios mentais de qualquer espécie (MCCARY, 1978, p.131). Apenas aquelas práticas muito carregadas de culpa, podem levar a desequilíbrios emocionais, não pelas práticas, mas pela culpa, que gera ansiedade. é importante também questionar o que se considera "excessivo" ou "fora do comum", porque estes termos são muito relativos. Hoje sabe-se que existem várias formas das pessoas se satisfazerem sexualmente, que não são consideradas anormais (MASTERS & JOHNSON, 1988) e que o aspecto quantitativo é particular a cada um.

2 - A pornografia tem um efeito corrosivo sobre a mente e o comportamento das pessoas, em particular das crianças. Primeiramente, temos que considerar o conceito de pornografia. Dependendo das projeções de cada indivíduo, um nu artístico pode ser taxado como uma obra pornográfica. Sem dúvida, a pornografia existe e o que há de pior nela é que ela representa um sexo irreal e por vezes desumano, sem levar em conta os aspectos afetivos, que dão sentido e o enriquecem. MCCARY (1978) cita a conclusão de dezenove peritos que realizaram, por dois anos, um estudo sobre pornografia nos Estados Unidos: não há evidências para sugerir que a exposição dos jovens à pornografia tenha um impacto negativo sobre o caráter moral, a orientação sexual ou as atitudes (MCCARY, 1978, p.183). MASTERS & JOHNSON (1988, p.183) transcrevem outro trecho do mesmo relatório:

Quando as pessoas são expostas a materiais eróticos, algumas aumentam o comportamento masturbatório ou o coito e uma proporção menor os diminui, mas a

maioria das pessoas não declara qualquer mudança nesses comportamentos. O aumento, em qualquer um deles, têm vida curta e geralmente desaparecem em 48 horas... Descobriu-se que os padrões de comportamento sexual estabelecidos, em geral, são muito estáveis e não se alteram substancialmente pela exposição ao material erótico.

McCary (1978) cita a pesquisa do Dr. CLIFFORD. B.REIFLER comunicada à American Psychiatric Association, onde 23 rapazes foram expostos intensamente a material pornográfico em que, de início, estavam bem entusiasmados, mas que no final, sua única reação era de tédio e muitos informaram que, daí em diante, tinham declinado convites particulares para verem materiais pornográficos.

**3 - Os jovens de hoje estão se tornando sexualmente depravados.** As pesquisas mostram que houve um aumento das relações sexuais pré-maritais (BEMFAM, 1992; BASTOS et alii., 1989; KANTNER & ZELNIK, 1972), no entanto seria preconceito considerar o início da atividade sexual fora do casamento como sinal de depravação. A pesquisa da BEMFAM (1992) sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem mostra que a grande parte dos jovens de ambos os sexos (predominantemente as mulheres de 15 a 24 anos), tiveram um só parceiro nos últimos 30 dias nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. Os conflitos de gerações são fenômenos, que sempre existirão. Hesíodo, séc. VII a.C. e Sócrates há 2.400 anos já caracterizavam os jovens como amante da luxúria e frívolos (MCCARY, 1978). Existe uma tendência dos adultos caracterizarem os jovens como depravados por não apresentarem o mesmo padrão de conduta que eles.

4 - As pessoas são homossexuais porque nasceram assim. Apesar de continuas pesquisas, até hoje, não conseguiram provar que a homossexualidade é um fator geneticamente determinado (KENYON, 1980; KOLODNY et alii, 1982; MASTERS & JOHNSON, 1988), idéia ainda muito divulgada. De certa maneira, sua comprovação poderia até beneficiar os homossexuais, pois a sociedade tem a tendência de ser mais benevolente com problemas que sejam causados pelo determinismo biológico, ou seja, tirariam dos ombros dos homossexuais a culpa de sê-lo. Seriam considerados como aqueles que tivessem uma doença congênita, sem outras conotações. Porém, enquanto isto não acontece, seria de bom senso, que simplesmente aprendêssemos a conviver com as diferenças.

5 - Os homossexuais molestam mais crianças do que os heterossexuais. Não há evidências de que entre os molestadores de crianças estejam predominantemente os homossexuais (MAZIN & BRUSCHINI, 1990). Sendo uma população marginalizada, a sociedade deseja jogar em cima dela toda culpa de suas mazelas.

6 - No casal homossexual masculino existe sempre o ativo e o passivo. Não existe esta regra nos casais homossexuais, ora um penetra, ora é penetrado, existindo ainda aqueles que não gostam de ser penetrados (MASTERS & JOHNSON, 1979b; MAZIN & BRUSCHINI, 1990). Existe uma tendência social de se estereotipar condutas que não se conhecem bem.

7 - O estímulo sexual que excita o homem, é o mesmo que excita a mulher. Qualquer tipo de estímulo sexual é capaz de excitar tanto homens como mulheres, no entanto, tem-se notado que os estímulos visuais são mais efetivos para os homens enquanto os táteis para a mulher (CAVALCANTI, 1992). Isto significa que para a excitação sexual masculina, a visão de uma situação excitante, já é o suficiente, enquanto para a mulher não. Para ela, é necessário uma estimulação na pele, sob forma de carinho, por um tempo, mais prolongado. Este fato leva a muitos problemas de ajustamento sexual, porque um considera como efetivo para o outro, o estímulo que lhe excita. Se não há diálogo e compreensão para as diferenças, a inadequação sexual entre o casal se instala.

8 - O tempo que leva o homem para ficar excitado é, na maioria das vezes igual, ao tempo que leva a mulher a ficar excitada. Esta é outra crença que leva a inadequações sexuais. Tem-se observado que, para a maioria das mulheres, o tempo de excitação comumente é superior ao do homem. E, segundo FISHER mesmo após a excitação, para atingir o orgasmo, necessita de uma estimulação mais prolongada do que o homem. Isto não sendo respeitado, e após o orgasmo masculino não se continuar o estímulo, a mulher tem uma grande chance de ficar insatisfeita, na grande parte das relações sexuais (LERER, 1987; MASTERS & JOHNSON, 1979a; KAPLAN, 1977).

9 - A masturbação provoca demência, espinhas e vários outros problemas físicos e psicológicos. Segundo MCCARY (1978),

A masturbação nunca prejudicou ninguém, embora o sentimento de culpa possa provocar muita angústia. Na opinião de vasta maioria das autoridades a masturbação, antes de ser pecaminosa e prejudicial à saúde, é normal e benéfica, faz parte do crescimento, da auto-descoberta, um passo para o papel do jovem como ser adulto sexual e, na realidade, um ato saudável e normal. Em nenhum caso pode ser considerado anormal, posto que sua prática é muito difundida ... somente quando empregada como descarga sexual exclusiva é sintoma de algo errado.

10- Os profissionais da área de saúde estão capacitados e emocionalmente preparados para lidar com problemas sexuais das pessoas. Era de se supor que sim, no entanto, não existe normalmente formação adequada nas Universidades. Vários trabalhos mostram a desinformação dos estudantes de Medicina (GOLDEN & LISTON, 1972; GABALDON, 1980). As Escolas Médicas procuram ensinar bem o processo reprodutivo, mas são totalmente negligentes ao não abordarem a fisiologia da resposta sexual humana, além de outros aspectos não menos importantes como por exemplo o prazer.

*Ainda, mitos referentes à reprodução e planejamento familiar:*

1 - Uma mulher virgem (hímem íntegro) não pode estar grávida. Sabemos da fisiologia que o espermatozóide é uma célula flagelada, sendo assim tem movimento próprio. Considerando que durante a excitação feminina existe uma lubrificação copiosa, e que o espermatozóide se movimenta bem em meio líquido, se o homem ejacula próximo ao introito vaginal (entre as coxas), fica fácil para a célula germinativa masculina percorrer a vagina, chegando nas trompas para fecundar o óvulo. Assim sendo, não adianta evitar a

penetração vaginal para evitar gravidez, se a ejaculação do homem não for bem distante da vagina (COSTA, 1986; SUPLICY, 1988; DUARTE, 1991; GUIMARÃES, 1992).

**2 - A pílula anticoncepcional pode causar uma grande variedade de doenças em qualquer mulher que tomá-la.** A pílula tem sido um dos medicamentos mais estudados nos últimos 30 anos, assim como também um dos mais usados no mundo (ANDRADE, 1983). é relatado um grande número de efeitos colaterais, no entanto, não é uma fatalidade. A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), através de sua Comissão Nacional de Reprodução Humana, publicou as conclusões da XI Reunião do Comitê Nacional de Reavaliação dos Métodos Anticoncepcionais em que afirmava:

**os estudos clínicos indicam que as combinações gestodene/etinilestradiol e desogestrel/etinilestradiol promovem, embora com pouca frequência, alterações clínicas subjetivas e objetivas; estas repercussões tendem a diminuir com o uso" (1990, p.4).**

Isto quer dizer que as novas substâncias utilizadas nas pílulas anticoncepcionais têm diminuído os efeitos colaterais. O efeito colateral sempre será um risco da usuária de pílula, porém não podemos afirmar que qualquer mulher que faça uso, terá infalivelmente problemas de saúde. O artigo do POPULATION REPORTS, entitulado "Os anticoncepcionais orais na década de 1980", publicado em 1983, conclui que os riscos do uso da pílula limitam-se principalmente às mulheres de mais de 35 anos que fumam.

Como vimos existe uma grande variedade de mitos especialmente sobre as questões femininas e sobre o

homossexualismo, que são minorias.

Além dos mitos o comportamento das pessoas pode ser influenciado pelos estereótipos.

Estereótipos são generalizações que atribuem a todos os integrantes de um determinado grupo características comuns, tratando estas pessoas segundo os critérios aleatórios pré-estabelecidos. A compreensão dos estereótipos é importante para o entendimento dos nossos comportamentos e atitudes frente a questões sobre sexualidade humana.

Na nossa sociedade, os estereótipos sexuais que mais se destacam são aqueles que procuram caracterizar os homens, as mulheres, as mulheres separadas/divorciadas e os homossexuais masculinos e femininos. Segundo CAVALCANTI et alii. (1991) os estereótipos que se referem ao homem e à mulher podem ser assim numerados:

HOMEM	MULHER
agressivo	tímida
audacioso	recatada
conquistador	sedutora
constante	volúvel
estável	instável
atirado	prudente
seguro	insegura
rude	suave
frio	sentimental
intelectual	afetiva
racional	intuitiva
planificador	improvisadora
autoritário	liberal
forte	frágil
independente	dependente
profundo	superficial
ativo	passiva
"não pode chorar"	"pode chorar"
rígido	espontânea

TUCKER & MONEY (1981) também relacionam outros estereótipos: se é homem - pode seduzir garotas para provar sua masculinidade, mas tem o direito de casar com mulher virgem; pode realizar fora de casa qualquer tipo de trabalho, por mais servil que seja, mas não pode fazer trabalhos domésticos, a não ser em certas situações de emergência, e mesmo assim fazendo estas tarefas de modo displicente; não pode demonstrar afeto por nenhum homem, a não ser que sua demonstração de amizade seja à base de tapinhas, soquinhos ou empurrões; deve se gabar de suas conquistas sexuais. Se é mulher: tem de casar e ter filhos; depois de casada, deve zelar pelo bem-estar do marido e dos filhos; seus sentimentos sexuais são pouco importantes, devendo estar sempre à disposição do marido; pode ter um emprego, desde que não interfira nos trabalhos domésticos e tendo o cuidado de jamais superar o marido, em qualquer tipo de ganho.

Outro estereótipo bem comum é o da mulher separada\divorciada: ela é considerada uma mulher disponível para a investida de qualquer homem, uma ameaça constante para as amigas bem casadas. é como se ela partisse sempre à procura de um homem. Nunca poderia dizer "não" a uma "cantada". A ela, não seria permitido "namorar", pois qualquer relacionamento já deveria se iniciar com a relação sexual. Não deveria esperar mais nada de um relacionamento além de sexo, pois afinal de contas, já é considerada oficialmente "objeto de segunda mão". Seria extremamente difícil, os homens se disporem a amá-la, e quererem constituir famílias com ela, principalmente se já tivesse filhos. Nisto tudo o que é pior, é que a própria mulher acredita nestes



conceitos, agindo segundo eles e assim reforçando-os.

Alguns estereótipos se referem aos homossexuais masculinos, entre eles podemos destacar: são sempre uns "safados, desclassificados"; são todos femininos e só gostam de profissões ditas femininas tais como cabelereiro, costureiro, decorador etc; gostariam de ser mulher e têm em geral muita criatividade; costumam seduzir crianças e devido a seu comportamento sexual, tendem mais do que os heterossexuais a ser ladrões ou criminosos; que as homossexuais femininas são sempre masculinizadas (MAZIN & BRUSCHINI, 1990) e são perigosas, pois querem "transar" com qualquer mulher. São incapazes de dedicar uma amizade sincera a outra mulher.

Em maior ou menor grau os estereótipos influenciam o comportamento e a análise das pessoas. Eles são interiorizados de uma maneira tão significativa, que as próprias pessoas começam a agir, não da maneira que pensam, mas segundo os próprios estereótipos internalizados. Os estereótipos são baseados nos mitos.

Muito próximo do estereótipo se encontra o preconceito, sendo que este é avaliatório ou seja

**... pode-se mudar com relativa facilidade o pensamento estereotipado desde que se propicie um conhecimento maior com indivíduo de um grupo. No preconceito, porém, o conhecimento não é suficiente; quando uma ou várias pessoas pertencentes a um determinado grupo contradizem as opiniões preconceituosas, elas são rubricadas como atípicas ao grupo (CAVALCANTI et alii, 1991, p.239).**

Provavelmente os preconceitos funcionam como defesas inconscientes das pessoas contra agir de uma determinada maneira,

que são inaceitáveis socialmente. Deste modo se protegem, ou seja, defendendo o preconceito, não se permitem ter atitudes que seriam desaprovadas pelo meio social. É como se ficassem dizendo continuamente para si, que jamais poderiam se comportar de maneira que fossem alvo de críticas.

A sexualidade ainda hoje é encarada como uma verdade anatômica. Os genitais selam nosso destino e assim já somos iniciados nos modelos culturais separados. A grande parte das pessoas não questionam se realmente é válido submeter nossos sentimentos, nosso espírito à simples biologia. Assim aparece a crença do "homem natural", inato, trans-histórico e transcultural e a idéia da natureza humana eterna, fixa (HIGHWATER, 1992), ligada ao determinismo biológico. No entanto fica difícil pensar que o homem do século XVII possa se comportar de maneira igual ao homem do ano 2000, mas é isso que fazemos quando analisamos o ser humano usando exclusivamente os critérios biológicos, supondo que a psicologia é tão invariável quanto a anatomia.

WEEKS (1987) afirma que a sexualidade não é um fenômeno primordialmente natural, mas antes um produto de forças sociais e históricas... uma unidade imaginária. Ela na verdade, não é a força mais natural da nossa vida, mas sim a que é mais susceptível a influências culturais. Queremos dizer que a sexualidade é influenciada por valores aprendidos e não por verdades "naturais" como se acredita. O que melhor tem retratado este fato são os estudos antropológicos de outras culturas. Através deles, temos podido diferenciar o que é biológico e o que é cultural (aprendido).

Estudando várias tribos da Nova Guiné, MEAD (1969, 1972) notou que entre os Mundugumor o que era "normal" era a mulher ser ativa e agressiva como o homem; já entre os Arapesh, tanto homens como mulheres deviam ser cooperativos, suaves, simpáticos. Nestas tribos, não havia diferenciação de comportamentos entre homens e mulheres: nos primeiros, ambos deviam ser agressivos e nos segundos, deviam ser suaves e passivos. No entanto entre os Tchambuli, as mulheres detinham o poder, eram responsáveis pela produção de alimentos (pesca) e controlavam os lucros. Eram diligentes, dominadoras e ativas. Com a permissão das esposas, os homens podiam fazer compras e trocas; nestas ocasiões, saíam ornados de penas e conchas, constituindo momentos especiais. Os homens eram emocionalmente dependentes, usavam adornos, pintavam, dançavam e esculpiam, preocupavam-se com seus trajes, com a beleza de suas máscaras, com a habilidade de tocar flauta, com o reconhecimento e a valorização que outros dispensavam ao seu desempenho; o único aspecto sólido e seguro de suas vidas, eram as relações com mulheres. O homem somente podia ter propriedades se a mulher lhe presenteasse, o que ocorria em troca de olhares lânguidos e palavras doces.

São inúmeros os exemplos que podemos citar de culturas que têm valores sexuais totalmente diferentes dos nossos, caindo por terra a existência de uma maneira natural do ser humano comportar-se sexualmente. ELWIN, em 1968<sup>11</sup>, descreveu os costumes

---

<sup>11</sup> ELWIN, V. apud CONSTANTINE, L.L. & MARTINSON, F.M. - Sexualidade infantil: novos conceitos, novas perspectivas. São Paulo. Ed. Roca, 1984.

do povo Muria (povo não indu, da Índia Central). Nesta tribo, o sexo, assim como o trabalho, os jogos, a alimentação e o sono, é aceito abertamente como parte natural da vida; as crianças de 3-4 anos já se encontram familiarizadas com os fatos básicos do comportamento sexual. Numa criança de 8-9 anos de idade, tanto a inocência quanto assuntos sexuais são considerados coisa do passado. Neste período de vida da criança, os pais as estimulam a passar cada vez mais tempo no reduto ghotul (local onde elas se entregam à exploração do corpo, carícias e relações sexuais, tanto com crianças do mesmo sexo, quanto do sexo oposto - é considerado lugar sagrado). Assim, a iniciação sexual da criança Muria é feita em um ambiente seguro, acolhedor e culturalmente legítimo, o que proporciona ao povo Muria uma atitude frente ao sexo das mais encantadoras já registradas na etnografia mundial. Contrariamente do que se prega, na cultura ocidental, a maioria esmagadora das culturas pré-industriais considera o sexo como um aspecto inevitável e inócuo na infância (CONSTANTINE & MARTINSON, 1984, p. 11).

Com base nas análises acima citadas, podemos perceber o quanto é ingênuo, o conceito de que existe uma sexualidade natural. A conduta sexual é mais um fenômeno sócio-cultural, construída de maneira diferente, seguindo as necessidades e os interesses de cada povo. Não temos o pretensão de taxar determinadas condutas de "normais" ou "anormais", pois o que é considerado "anormal" hoje, poderá ser aceito e até estimulado amanhã. A História, assim como a Antropologia, tem nos mostrado quão variáveis têm sido os padrões de conduta sexual

humana. é importante nos despojarmos dos mitos, preconceitos e estereótipos, para que possamos entender a verdadeira essência do homem, que está em busca simplesmente da felicidade.

#### 4 - METODOLOGIA

O presente estudo que visava compreender e identificar os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos estudantes de Medicina frente a sexualidade, se pauta por uma abordagem descritiva de como se encontravam estes alunos no último ano.

##### 4.1 - Sujeitos:

Nossa população de estudo é constituída pelos alunos do último ano de Medicina, uma vez que consideramos que estes já devem estar mais preparados para atuarem como profissionais. No entanto, achamos importante comparar estes alunos com outros que não tivessem nenhuma relação com a área da saúde, justamente para termos a condição de perceber, se o curso de Medicina está interferindo nos conhecimentos científicos, na destruição dos mitos, na experiência e nas atitudes frente à sexualidade. Assim, elegemos os alunos do curso de Engenharia.

Desta maneira, foram escolhidos para sujeitos deste estudo alunos do último ano (6º) de Medicina e do último ano (5º) de

Engenharia: Civil e Elétrica da Universidade Federal de Goiás.

O total de formandos em Medicina no ano de 1993 era de 111 alunos, no entanto 24 estavam fazendo internato (6º ano) no Hospital do Servidor Público em São Paulo, sendo impossível o acesso a eles na época da aplicação (início do ano). Como apenas um acadêmico se negou a responder o questionário, o total de questionários respondidos foi de 86, obtendo-se assim uma amostra de 77.48%. Deste, 49 (56.98%) eram do sexo feminino 37 (43.02%) do sexo masculino com idades variando entre 21 e 33 anos.

O número de graduandos nos cursos de Engenharia Civil e Elétrica somava 60 , dos quais 59 colaboraram com a pesquisa, sendo que apenas um aluno não demonstrou interesse em reponder o questionário. A amostra, de 98.33%, era constituída de 13(22.03%) estudantes do sexo feminino e 46(77.97%) do sexo masculino, cujas idades variavam de 20 a 32 anos.

#### 4.2 - Instrumento Utilizado:

Foi elaborado, para este estudo, um questionário composto de duas partes: (ANEXO II)

A primeira parte composta por perguntas referentes a variáveis de identificação (seis perguntas - 1 a 5): religião, sexo, idade, trabalho e renda mensal, estado civil e ao nível sócio-econômico (doze perguntas - 6 a 17), utilizando-se aqui de variáveis e indicadores propostos por LOMBARDI et alii. (1988), adaptado de BRONFMAN E TUIRÁN, com a classificação em: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado

não típico, proletariado típico e subproletariado.

A segunda parte, foi constituída por perguntas que se destinam a identificar conhecimentos científicos, mitos, experiências, atitudes frente a questões sexuais e relação entre sexualidade e exercício profissional. É composta por cinco conjuntos:

**1 - Conhecimentos básicos em Sexologia (doze perguntas - 1 a 12)<sup>12</sup>**

- \* ciclo de resposta sexual humana
- \* fisiologia da resposta sexual humana
- \* disfunções sexuais
- \*\* conceito de homossexualidade
- \*\*\* doenças sexualmente transmissíveis
- \*\*\* contracepção

Consideramos para as perguntas de 2 a 8: resposta incompleta 50% ou mais da resposta certa, inclusive se permeando-a houver repostas erradas; resposta errada - erro completo ou menos de 50% de acerto; e resposta certa - acerto integral.

Classificamos este tópico em relação à porcentagem de acertos: 0 a 25% - fraco; 26 a 50% - insuficiente; 51 a 75% suficiente e 76 a 100% bom.

---

<sup>12</sup>\* segundo Masters e Johnson(1979a)  
 \*\* segundo Goldenson e Anderson(1986)  
 \*\*\* segundo Cavalcanti et alii(1991)



As respostas certas estão disponíveis no *ANEXO III*

**II- Mitos sexuais (vinte e duas perguntas - 13 a 27 e 52 a 58) sobre:**

intercurso sexual, menstruação, função sexual, impulso sexual, reprodução, homossexualidade, distúrbios e anormalidades reais e imaginários e outros, tendo como referência KAPLAN (1977), MCCARY (1978), LERER (1987), LOPES (1989), CAVALCANTI et alii. (1991).

**III- Experiência sexual abrangendo as práticas, satisfação e percepção em relação à sexualidade**

\* **práticas sexuais** (quinze perguntas 28-29-35-36-40-41-42-42b-43-44-45-46-47a-48a-59) medidas através de perguntas referentes a jogos sexuais infantis, masturbação, intercurso sexual, comportamentos preventivos tais como utilização de métodos para evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

\* **satisfação relacionada à sexualidade** (sete perguntas 30-31-32-38-47b-48b-49) analisada com jogos sexuais infantis, masturbação e relação sexual hétero ou homoerótica.

\* **- percepção da sexualidade como positiva ou negativa** (quatro perguntas - 33b-34-37-51)

**IV- Atitudes sexuais (pergunta 60)**

medidas através de escala que varia de 1 a 7, sendo 1, radicalmente contra e 7, radicalmente a favor. Os temas são: aborto, relações

pré-conjugais, adultério, planejamento familiar, homossexualidade, prostituição e virgindade.

#### **V- Relação entre sexualidade e exercício**

**profissional - (quatro perguntas - 61 a 64)**

Estas questões pretendem avaliar a relação entre o interesse do aluno frente à sexualidade, no desempenho de sua profissão.

#### **4.3 - Procedimento:**

Após elaboração do questionário, realizamos pré-teste em formandos do ano de 1992 de diversos cursos: Pedagogia (UFGO.) - 7; Educação Física (UFGO.) - 4; Educação Artística (UFGO.)1; Filosofia (UFGO.) - 2; Medicina (UFGO.) - 10; Enfermagem (UFGO.)-2; Pedagogia (UCG.) - 3; Enfermagem (UCG.) - 2 e Psicologia (UCG.) - 7, totalizando 38 estudantes.

O pré-teste foi aplicado nestes sujeitos porque inicialmente, pretendíamos trabalhar com todos os alunos que atuariam com a questão da sexualidade, como professores, psicólogos, enfermeiros e médicos. A aplicação do pré-teste evidenciou a dificuldade em se trabalhar com uma população tão ampla.

A partir do pré-teste foram feitas as alterações e elaborado o instrumento final.

Na aplicação do questionário final, contamos com a colaboração de três auxiliares de pesquisa (AU), com as seguintes

características: sexo feminino, faixa etária que varia de 38 a 50 anos e psicólogas.

Para conseguirmos aplicar o questionário num curto espaço de tempo nos estudantes de Medicina, optamos por fazê-lo nas maternidades (Maternidade Dona Iris, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Centro Materno Infantil e Maternidade do Hospital das Clínicas - todas localizadas em Goiânia), uma vez que todos internos (alunos do último ano de Medicina) obrigatoriamente dão plantão pelo menos uma vez por semana. Tendo a escala de plantão em mãos, cada AU ficou responsável por uma maternidade, visitando-a diariamente às 19:30 hs., momento em que se iniciava o plantão noturno, durante duas semanas. Durante as primeiras semanas, conseguiram aplicar a grande parte dos questionários, no entanto, devido à constante troca de plantões, alguns internos, inicialmente não foram encontrados, tendo as AU de se deslocarem para as maternidades em horários diferentes daqueles inicialmente previstos.

Ao chegar às maternidades, a conduta sempre seria a mesma: procurar o staff do dia, se apresentarem, entrarem em contato com os internos, levá-los a uma sala tranquila, onde não poderiam ser interrompidos e aplicar o questionário, lendo as instruções previamente convencionadas. Se tivessem dúvidas ficou definido que as mesmas não seriam esclarecidas, no entanto, como cada AU tinha seu livro de relatório, este fato seria devidamente anotado, assim como qualquer intercorrência detectada. Não havia limite de tempo para a conclusão do questionário.

Considerando que o questionário abrange questões íntimas da sexualidade de cada aluno, este era entregue dobrado, dentro de um envelope pardo e instruído para que não fosse assinado e que após o término, dobrasse novamente colocando-o dentro do mesmo envelope e a seguir o depositasse numa urna fechada que cada AU levava.

A participação na pesquisa foi voluntária, o estudante que não estivesse disposto a colaborar, não responderia.

O mesmo procedimento de aplicação de questionário foi realizado com os estudantes de Engenharia Civil e Elétrica, no entanto, para reuni-los, necessitamos conversar com os professores das disciplinas do último ano e solicitamos um espaço durante as aulas para que o mesmo pudesse ser aplicado. A aplicação foi concluída em duas semanas.

Com as respostas em mãos, iniciamos a classificação dos alunos quanto a classe social segundo a proposta de LOMBARDI et alii. (1988) e em seguida uma leitura de todas as repostas dos questionários, na tentativa de perceber a coerência das mesmas.

Alguns dados foram apenas tabulados e outros sofreram tratamento estatístico. Para os resultados referentes a conhecimentos científicos, mitos, experiências e aspecto profissional foram montadas tabela de contingência e analisadas pelo teste do  $\chi^2$  para avaliar as diferenças entre os sexos masculino e feminino, na turma de Medicina e entre o grupo de Medicina e Engenharia. Para os resultados referentes a atitudes, foi calculada a média dos valores atribuídos na escala e utilizado o teste t de Student. Alguns dados das tabelas relacionadas com a

experiência sexual sofreram correção pelo índice de Yates (Steel e Torrie, 1980), para dar maior precisão ao teste, uma vez que apresentavam valores esperados menores que 5 ou número total de casos observados menor que 20 (na fórmula do  $\chi^2$ ).

Com os resultados computados, iniciou-se a análise dos mesmos.

## 5 - RESULTADOS<sup>13</sup> E DISCUSSÃO

Iniciaremos a apresentação dos resultados pela caracterização dos alunos de Medicina e Engenharia.

### 5.1 Características das amostras

Quanto ao sexo, observamos que na Medicina há um predomínio de mulheres, enquanto na Engenharia, de homens. (TABELA I)

---

<sup>13</sup> A fonte de todas as tabelas foi constituída pelos dados relativos à pesquisa aqui apresentada.

TABELA I

Distribuição dos alunos de Medicina e Engenharia segundo o sexo. Goiânia - GO, 1993.

SEXO	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
MASCULINO	37	43.02	46	77.97
FEMININO	49	56.98	13	22.03
TOTAL	86	100.00	59	100.00

No que se refere ao estado civil, a TABELA IIa demonstra que a grande maioria dos alunos de Medicina é solteira independente do sexo, sendo que os casados são mais do sexo masculino.

**TABELA IIa**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo estado civil e sexo.**

**Goiânia - GO, 1993.**

ESTADO CIVIL	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SOLTEIRO	30	34.88	47	54.65	77	89.53
CASADO	06	06.98	02	02.32	08	09.30
JUNTO S/CASAMENTO	01	01.16	00	0.0	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>43.02</b>	<b>49</b>	<b>56.98</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>



Os estudantes de Engenharia também são solteiros na sua maioria conforme pode se verificar na **TABELA I Ib**. O grupo de casados se equivale entre os dois sexos.

**TABELA I Ib**

**Distribuição dos alunos de Engenharia segundo estado civil e sexo. Goiânia - GO, 1993.**

ESTADO CIVIL	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SOLTEIRO	41	69.49	10	16.95	51	86.44
CASADO	04	06.78	03	05.08	07	11.86
JUNTO S/CASAMENTO	01	01.69	00	0.00	01	01.69
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>77.97</b>	<b>13</b>	<b>22.03</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

Quanto a faixa etária, há predomínio dos alunos tanto de Medicina quanto de Engenharia entre 20 e 26 anos. (TABELAS IIIa e IIIb)

**TABELA IIIa**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo a faixa etária e sexo. Goiânia - GO, 1993.**

FAIXA ETÁRIA	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
20 - 26	34	39.53	44	51.16	78	90.70
27 - 33	03	03.49	05	05.81	08	09.30
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>43.02</b>	<b>49</b>	<b>56.98</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

TABELA IIIb

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo a faixa etária e sexo. Goiânia - GO, 1993.

FAIXA ETÁRIA	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
20 - 26	43	72.88	13	22.03	56	94.91
27 - 33	03	05.08	00	0.0	03	05.08
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>77.97</b>	<b>13</b>	<b>22.03</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

Em relação ao nível sócio-econômico, foi observado que a maioria dos alunos tanto da Medicina (83.72%) quanto da Engenharia (69.54%) pertenciam as classes privilegiadas economicamente. (TABELAS IVa e IVb)

**TABELA IVa**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo o nível sócio-econômico e sexo. Goiânia - GO, 1993.**

N.S.ECONÔMICO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BURGUESIA	03	03.49	05	05.81	08	09.30
NOVA PEQ BURGUESIA	20	23.25	26	30.23	46	53.49
PEQ BURQUESIA TRAD	07	08.14	11	12.79	18	20.93
PROLET NÃO TÍPICO	05	05.81	06	06.98	11	12.79
IMPOSSÍVEL ANÁLISE <sup>1*</sup>	02	02.32	01	01.16	03	03.48
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>43.02</b>	<b>49</b>	<b>56.98</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

<sup>1\*</sup> Categorizamos de "impossível a análise", quando o conjunto de respostas no questionário, que permitia classificar o nível sócio-econômico estava incompleto.

TABELA IVb

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo o nível  
socio-econômico e sexo. Goiânia - GO, 1993.

N.S.ECONÔMICO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BURGUESIA	05	08.47	05	08.47	10	16.95
NOVA PEQ BURGUESIA	15	25.42	04	06.78	19	32.20
PEQ BURGUESIA TRAD	11	18.64	01	01.69	12	20.39
PROLET NÃO TÍPICO	12	20.39	03	05.08	15	25.42
SUBPROLETARIADO	02	03.39	00	0.00	02	03.39
IMPOSSÍVEL ANÁLISE	01	01.69	00	0.00	01	01.69
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>77.97</b>	<b>13</b>	<b>22.03</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

Quanto à religião foi observado um predomínio da religião Católica em ambos os cursos. No entanto, no curso de Medicina fica em segundo lugar a religião Espírita, e no curso de Engenharia a categoria de "nenhuma religião". (TABELAS Va e Vb)

**TABELA Va**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo a religião e sexo.**

**Goiânia - GO, 1993.**

RELIGIÃO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
CATÓLICA	22	25,58	36	41,86	58	67,44
ESPÍRITA	06	06,98	06	06,98	12	13,95
PROTESTANTE	02	02,32	03	03,49	05	05,81
NENHUMA	05	05,81	02	02,32	07	08,13
OUTRA	01	01,16	01	01,16	02	02,32
SR	01	01,16	01	01,16	02	02,32
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>43,02</b>	<b>49</b>	<b>56,98</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

TABELA Vb

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo a religião e sexo.  
Goiânia - GO, 1993.

RELIGIÃO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
CATÓLICA	24	40.68	08	13.56	32	54.24
ESPÍRITA	03	05.08	01	01.69	04	06.78
PROTESTANTE	06	10.17	02	03.39	08	13.56
NENHUMA	08	13.56	01	01.69	09	15.25
OUTRA	03	05.08	01	01.69	04	07.14
SR	02	03.39	00	0.0	02	03.39
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>77.97</b>	<b>13</b>	<b>22.93</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

No que se refere ao trabalho, houve diferença entre os cursos pois, no curso de Medicina a maioria não trabalha enquanto na Engenharia acontece o contrário. (TABELAS VIa e VIb)

**TABELA VIa**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo trabalho e sexo.**

**Goiânia - GO, 1993.**

TRABALHO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SIM	24	27.91	16	18.60	40	46.51
NÃO	13	15.12	33	38.37	46	53.49
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>43.02</b>	<b>49</b>	<b>56.98</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>



## TABELA VIb

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo trabalho e sexo.

Goiânia - GO, 1993.

TRABALHO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SIM	29	49.15	09	15.25	38	64.41
NÃO	17	28.81	04	06.78	21	35.59
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>77.97</b>	<b>13</b>	<b>22.03</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

Até aqui, tivemos uma visão das características dos alunos pesquisados. Agora entraremos diretamente nas questões referentes a sexualidade.

O procedimento escolhido para a apresentação desta parte será o seguinte: inicialmente, faremos uma comparação entre os grupos estudados (Medicina e Engenharia), ressaltando as semelhanças e as diferenças; a seguir descreveremos as características dos alunos de Medicina obtidas pelas respostas do questionário e finalmente, analisaremos as respostas dos alunos do curso de Medicina levando em conta o sexo.

Como o questionário aplicado foi dividido em cinco partes, os resultados serão apresentados seguindo esta divisão.

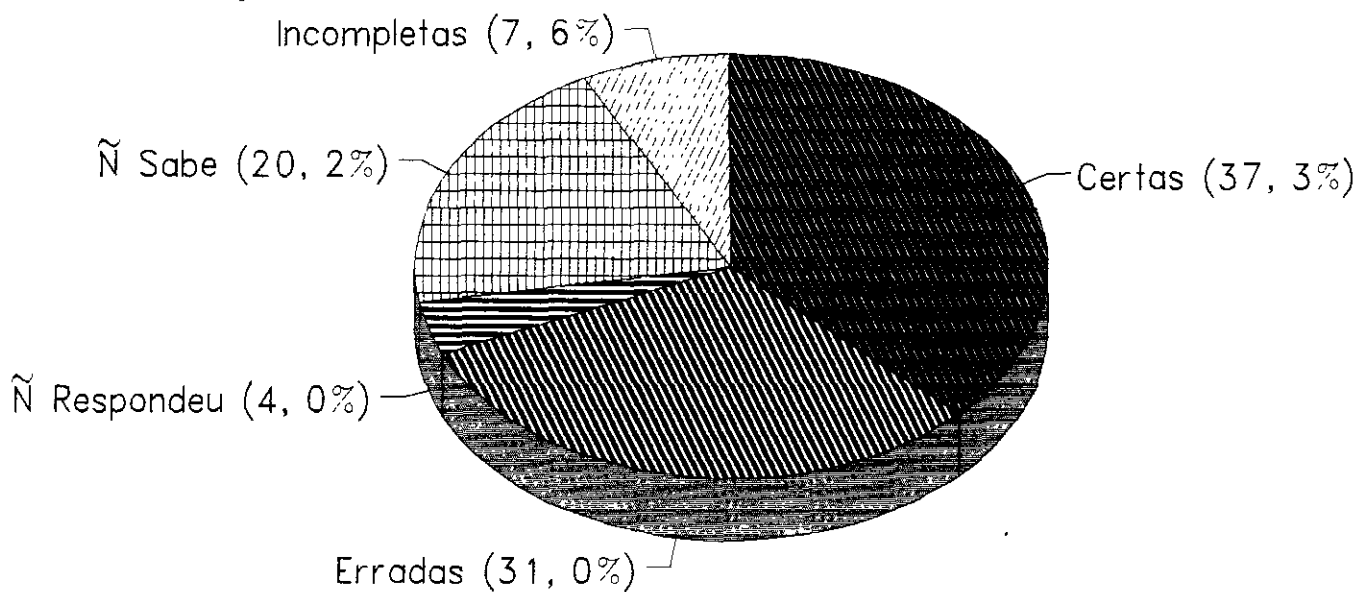
## 5.2 Alunos de Medicina X Alunos de Engenharia

### 5.2.1 Conhecimentos básicos em Sexologia

Neste tópico, houve diferença significativa ( $\chi^2=60.805, p<0.01$ ) entre os estudantes de Medicina e de Engenharia, quando se analisou o total de questões corretas, erradas, incompletas, ignoradas e não respondidas: num total de 1032 respostas (nº de perguntas multiplicado pelo nº de alunos) a turma de Medicina acertou 385 (37,31%), errou 320 (31.01%), não soube 208(20.15%), não respondeu 41 (3.97%) e não completou 78(7.56%). O GRÁFICO I dá uma visão desta distribuição. Os alunos de Engenharia, de 708 questões, responderam corretamente a 241 (34.04%), de forma errada 217 (30.65%), não sabiam 229 (32.34%), não responderam a 7 (0.99%) e o fizeram de maneira incompleta em 14 (1.98%), sendo que o GRÁFICO II demonstra esta distribuição. Embora os alunos de Medicina tenham acertado a um maior número de questões, a porcentagem de 37.31% é insuficiente para profissionais em cuja prática seguramente vão lidar com a sexualidade das pessoas. Sabe-se que os primeiros a serem lembrados, quando se tem uma dificuldade na área da sexualidade é o médico conforme afirmam os estudos de BURNAP & GOLDEN (1967) e ROSS (1984). Mesmo para palestras com a comunidade, nas escolas, no meios de comunicação de massa, o médico é chamado para transmitir seu "saber". Considerando o pequeno conhecimento deste profissional sobre a sexualidade humana (uma vez que a Universidade não o capacita, na grande parte das vezes), é de se questionar como ele se aventura na

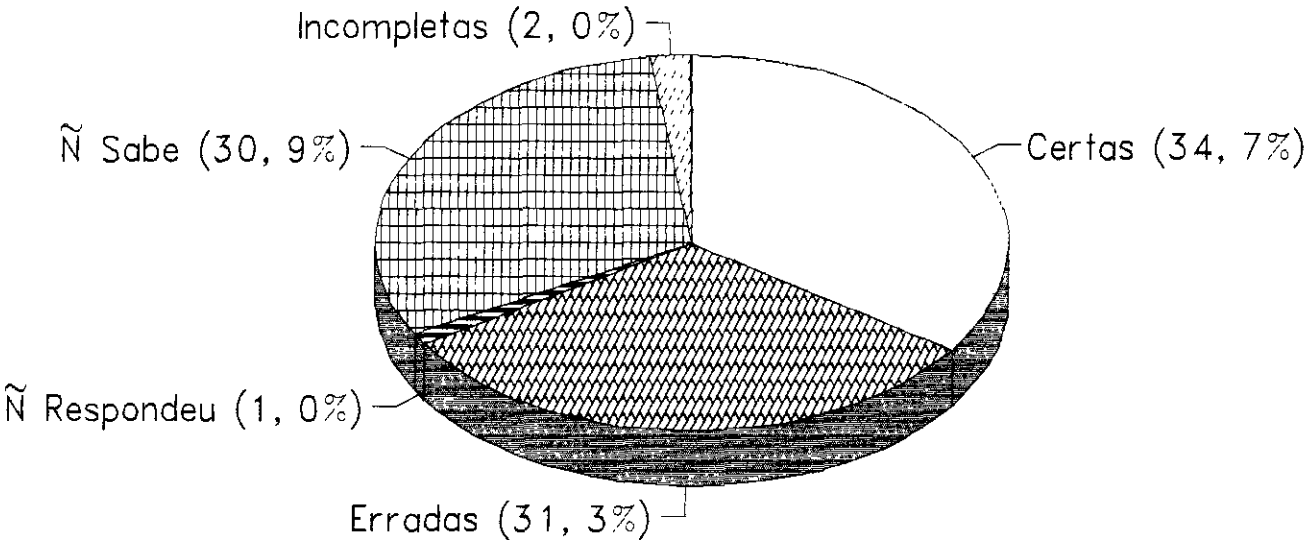
## Gráfico I

Distribuição das respostas totais dos estudantes de Medicina às perguntas sobre conhecimentos básicos em sexologia.



## Gráfico II

Distribuição das respostas totais dos estudantes de Engenharia às perguntas sobre conhecimentos básicos em Sexologia.



difícil tarefa de orientar uma grande quantidade de pessoas neste importante aspecto da vida. No Brasil, não encontramos dados que confirmam nossos achados, no entanto, nos Estados Unidos, a questão sobre a formação do aluno de Medicina em Sexualidade Humana é um problema discutido desde a década de 60. LIEF et alii (1960), HERNDON & NASH (1962), LIEF (1963), MASTERS & JOHNSON (1965), BURNAP & GOLDEN (1967) e muitos outros perceberam, através das pesquisas, que os estudantes de Medicina não tinham preparo para lidar com as questões sexuais dos pacientes por falta de conhecimento. Este é um aspecto importante do ensino médico que urge repensar.

Na análise de cada pergunta, observou-se uma diferença significativa entre os grupos em apenas três perguntas: na nº 7 - sobre disfunção sexual feminina ( $X^2 = 23.567$ ,  $p < 0.01$ ), na nº 8 - sobre disfunção sexual masculina ( $X^2 = 22.280$ ,  $p < 0.01$ ) e na nº 12 - sobre o método anticoncepcional reversível mais seguro ( $X^2 = 17.403$ ,  $p < 0.01$ ). É interessante perceber que a diferença entre as turmas de Medicina e Engenharia ocorre justamente nas questões referentes a doenças e a medicação, aspectos estes supervalorizados durante todo o curso de Medicina. Nas perguntas restantes, onde se aborda a fisiologia da resposta sexual e homossexualismo, as respostas de ambos os cursos se equiparam, ou seja, os alunos de Engenharia responderam no mesmo nível dos alunos de Medicina. Estes dados necessitam de uma reflexão mais profunda. Nosso aluno de Medicina, em questões básicas sobre Sexualidade Humana estará saindo tão mal preparado quanto o aluno de Engenharia?

Também GABALDÓN (1980), na Venezuela, observou que, em geral os estudantes do ciclo profissional de Medicina têm melhor informação sobre assuntos relacionados com as áreas morfológicas da Sexualidade Humana, mas na área funcional e específica, seus conhecimentos são baixos e se equiparam com os alunos do curso profissional de Engenharia.

Estes resultados já eram esperados e vêm confirmar nossa hipótese, que entre outras, esta é uma falha do currículo médico que deve ser corrigida. Com a expansão populacional, a disseminação da AIDS, o aumento de gravidezes indesejadas, tanto em adolescentes como em adultas (VALENZUELA, 1988) cada vez mais se requisita do médico conhecimentos sobre a sexualidade humana. Que outro profissional pode estar tão perto do ser humano nestas questões tão vitais para ele senão o médico?

### 5.2.2 Mitos sexuais

Comparando-se a presença de mitos entre os dois grupos, notou-se diferença significativa, demonstrando que os alunos de Engenharia possuem, no geral, mais mitos sexuais do que os de Medicina. Isto foi mais evidenciado nas questões 13( $X^2=19.273$ ,  $p<0.01$ ); 15( $X^2=9.439$ ,  $p<0.01$ ); 16( $X^2=9.339$ ,  $p<0.01$ ); 18( $X^2=14.917$ ,  $p<0.01$ ); 21( $X^2=11.724$ ,  $p<0.01$ ); 22( $X^2=25.879$ ,  $p<0.01$ ); 23( $X^2=20.234$ ,  $p<0.01$ ). O total de respostas para os mitos foi de 1892 (número de questões multiplicado pelo número de alunos) para a Medicina e 1298 para a Engenharia. A turma de Medicina respondeu acertadamente 1227 perguntas (64,85%), de maneira errônea 342

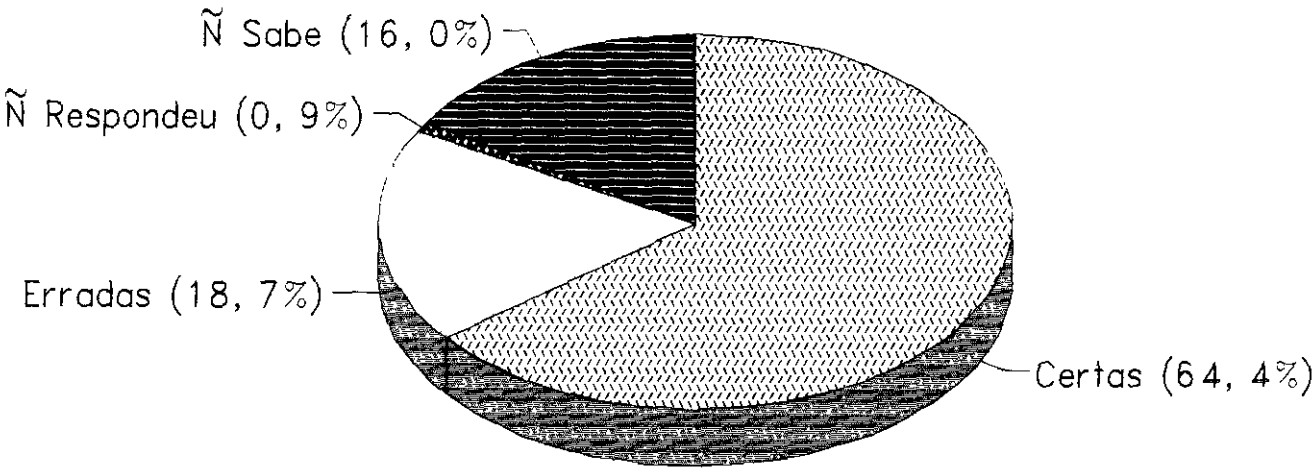
(18.08%), não soube 305 (16.12) e não respondeu a 18 perguntas (0.95%) conforme pode ser verificado no GRÁFICO III. A turma de Engenharia acertou 720 perguntas (55.47%), errou 301 (23.19%), não soube responder 275 (21.19%) e não respondeu a 2 perguntas (0.15%). O GRÁFICO IV dá uma visão desta distribuição.

Os mitos mais frequentemente encontrados entre os estudantes de Medicina foram: sobre o efeito corrosivo da pornografia (nº 23) com 45.35%; sobre afrodisíacos (nº 16) com 39.52%; sobre a divisão ativo-passivo em homossexuais masculinos (nº 20) com 38.37% e sobre a ejaculação feminina (nº 58) com 38.37%. Os mitos mais frequentemente encontrados nos estudantes de Engenharia foram os de nº 23 em 77.97%, o de nº 16 em 47.46% e o nº 54 com 44.06% (sobre o estímulo sexual para os diferentes sexos). Estes dados podem ser visualizados no GRÁFICO V. Observa-se que existe uma equivalência entre os dois primeiros mitos mais frequentes no grupo de Medicina e de Engenharia. Isto pode significar que também os estudantes de Medicina absorvam os mitos disseminados entre a população leiga e que seu curso, não tem contribuído muito para a destruição dos mesmos. Isto é particularmente perigoso se considermos o médico, o profissional que normalmente é procurado para orientar sobre dúvidas em relação à sexualidade.

Na grande parte das questões referentes aos mitos, quinze (os de nº 14 - sobre a diferença do orgasmo vaginal e clitoridiano, nº 17 - sobre a gravidez com hímen íntegro, nº 19 - sobre o caráter congênito do homossexualismo, nº 20 - sobre a presença do ativo e passivo no casal homossexual masculino, nº 24

### Gráfico III

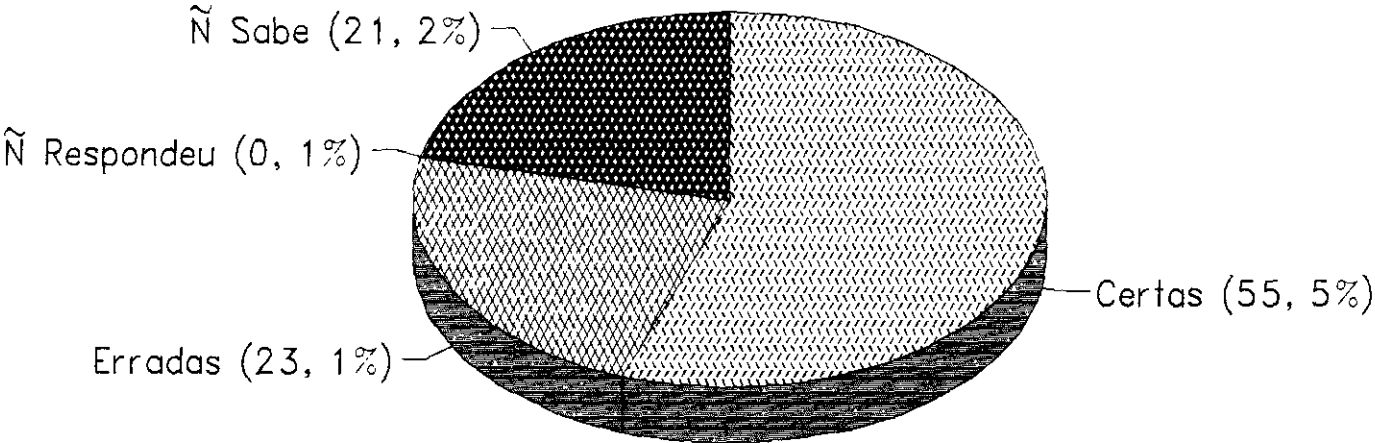
Distribuição das respostas totais dos estudantes de Medicina às perguntas sobre os mitos sexuais.





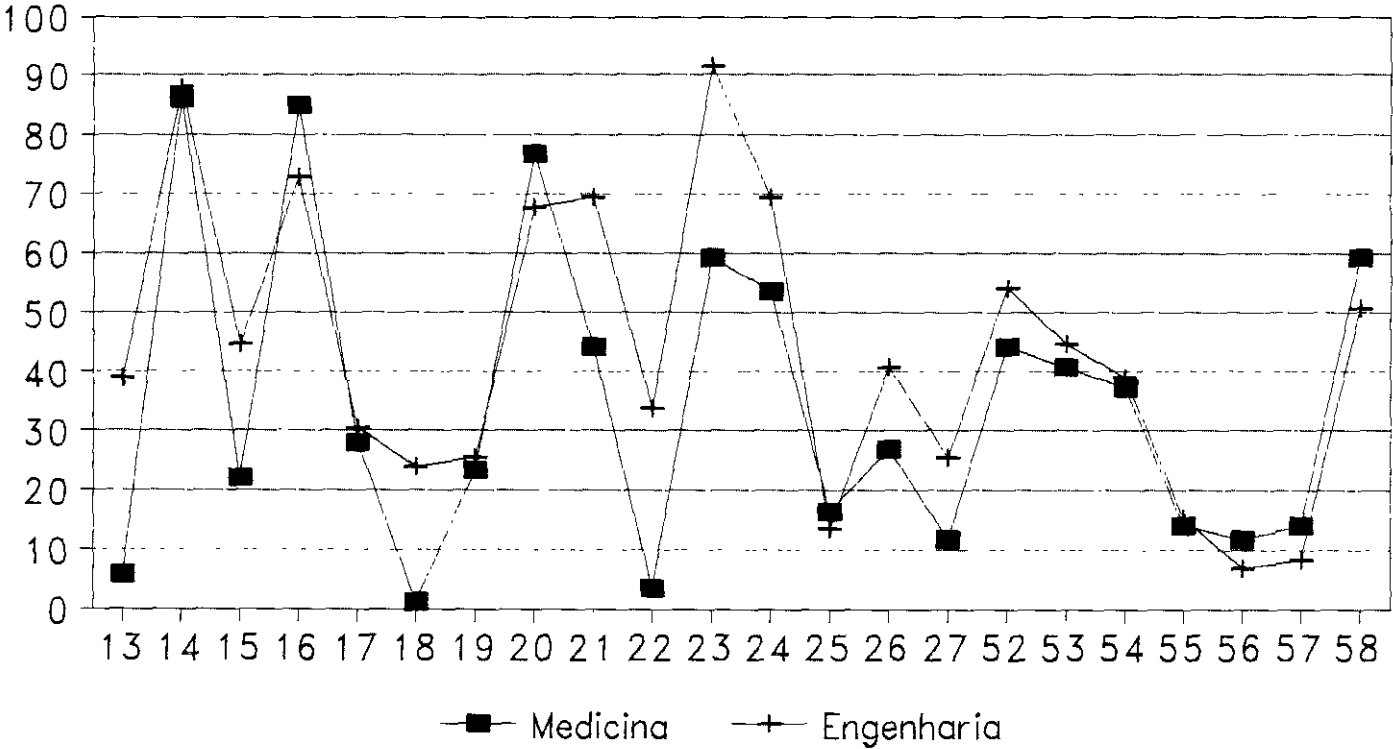
# Gráfico IV

Distribuição das respostas totais dos estudantes de Engenharia às perguntas sobre os mitos sexuais.



# Gráfico V

Distribuição das respostas inadequadas dos estudantes de Medicina e Engenharia sobre mitos sexuais.



- sobre a tendência maior dos homossexuais a molestar crianças, n° 25 - sobre a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com problemas sexuais, n° 26 - sobre a depravação dos jovens de hoje, n° 27 - sobre a importância da virgindade feminina como fator para a felicidade conjugal, n° 52 - sobre a necessidade do orgasmo em toda relação, n° 53 - sobre a simultaneidade do orgasmo, n° 54 - sobre a característica do estímulo sexual para homens e mulheres, n° 55 - sobre o tempo de excitação para homens e mulheres, n° 56 - sobre a obrigatoriedade da penetração para o orgasmo feminino, n° 57 - sobre o término da relação sexual com o orgasmo masculino, n° 58 - sobre a ejaculação feminina) não se notou diferença significativa entre os alunos estudados.

O mito, como apresentado no questionário, tem um significado de "concepção falsa". Geralmente, estes conhecimentos distorcidos norteiam os comportamentos das pessoas, médicos ou não. É importante refletir se estes profissionais, com tais conceitos errôneos internalizados (e não esclarecidos, onde deveriam ser) poderão realmente ajudar os pacientes que os procurarem com inquietações nesta área.

A sociedade ocidental tem se utilizado dos mitos, que são inúmeros, como uma forma de controle da sexualidade humana. O profissional de saúde, não tendo um preparo adequado neste campo, ajuda a perpetuar este status quo.

Devido a sua milenariedade, a profissão médica adquiriu respeitabilidade e autoridade. A palavra do médico é significativa para uma boa parte da população. Assim, ele assume uma grande responsabilidade frente à felicidade das pessoas de um

modo geral. Se carrega consigo conceitos errôneos a respeito da sexualidade, como se fossem verdades, poderá influenciar de maneira danosa os comportamentos de seus pacientes.

### 5.2.3 Experiências sexuais<sup>14</sup>

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos pesquisados, no que se refere às respostas relacionadas à experiência sexual. Os estudantes, de uma maneira geral, se comportam como o esperado para faixa etária e condição sócio-econômica (BEMFAM, 1992; BASTOS et alii., 1989).

Vale a pena chamar a atenção para alguns aspectos da prática sexual que é comum em ambos os cursos e descrito como esperado na população geral (CONSTANTINE & MARTINSON, 1984; MACHADO, 1988; BASTOS et alii., 1980; RIBEIRO, 1992; BEMFAM, 1992).

---

<sup>14</sup> A totalidade das tabelas referentes às experiências sexuais dos alunos de Engenharia se encontra no anexo IV.

Os jogos infantis estão presentes em 65% dos alunos de Medicina e em 57,63% dos alunos da Engenharia. (TABELA VII)

**TABELA VII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina e Engenharia segundo a presença de jogos sexuais infantis. Goiânia - Go, 1993.**

JOGOS SEXUAIS	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	56	65.12	34	57.63
NÃO	22	25.58	10	16.95
NÃO LEMBRA	08	09.30	08	13.56
NÃO BRINCAVA	00	0.00	07	11.86
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

A masturbação na adolescência, foi relatada em 100% dos alunos do sexo masculino, tanto na Medicina quanto na Engenharia, diferindo do sexo feminino, onde somente 67,35% das alunas de Medicina e 69.23% das alunas de Engenharia disseram tê-lo feito. (TABELA VIII)

**TABELA VIII**  
Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de masturbação no passado. Goiânia - Go, 1993.

MASTURBAÇÃO	MEDICINA				Total Freq.	ENGENHARIA				Total Freq.
	Masc. Freq.	%	Fem. Freq.	%		Masc. Freq.	%	Fem. Freq.	%	
SI	37	100.00	33	67.35	70	46	100.00	09	69.23	55
NÃO	00	0.00	15	30.66	15	00	0.00	04	30.77	04
SR	00	0.00	01	02.04	01	00	0.00	00	0.00	00
TOTAL	37	100.00	49	100.00	86	46	100.00	13	100.00	59

A atividade sexual foi referida por 69.77% da turma de Medicina, (considerando que apenas 9.3% são casados 86.66% têm atividades sexuais pré-maritais) e por 77.97% da turma de Engenharia (considerando que apenas 15.22% são casados, 84.78% dos que têm atividade sexual o fazem solteiros). (TABELA IX)

TABELA IX

Distribuição dos alunos de Medicina e Engenharia segundo a presença de atividade sexual, por sexo. Goiânia - GO, 1993.

AT. SEXUAL	MEDICINA				Total Freq.	ENGENHARIA				
	Masc. Freq.	%	Fem. Freq.	%		Masc. Freq.	%	Fem. Freq.	%	
SIM	34	91.09	26	53.06	60	37	80.34	09	69.23	46
NÃO	03	8.11	23	46.94	26	08	17.04	04	30.77	12
BR	00	0.00	00	0.00	00	01	2.17	00	0.00	01
TOTAL	37	86	49	100.00	86	44	100.00	13	100.00	57

Um total de 52.33% dos alunos de Medicina e 69.49% dos alunos de Engenharia que têm vida sexual ativa, começaram-na na adolescência. (TABELA X)

**TABELA X**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade que iniciaram vida sexual. Goiânia - GO, 1993.**

IDADE	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
< 10	01	01.16	01	01.69
10-15	17	19.77	12	20.34
16-20	27	31.39	28	47.46
> 20	14	16.28	05	08.47
SEM RELAÇÃO	26	30.23	12	20.34
SR	01	01.16	01	01.69
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>



Na Medicina, 38.33% dos alunos e na Engenharia 36.17% estavam usando algum método anticoncepcional no momento de sua primeira relação sexual (TABELA XI).

**TABELA XI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.**

USO	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	23	38.33	17	36.17
NÃO	29	48.33	25	53.19
NÃO SEI	07	11.66	05	10.64
SR	01	01.66	00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

Apenas 78.33% do grupo de Medicina e 65.96% de Engenharia declararam usar métodos anticoncepcionais em todas relações sexuais; 11.67% dos estudantes de Medicina e 17.02% de Engenharia utilizavam métodos contraceptivos ocasionalmente; 10.00% dos alunos da Medicina e 14.89% de Engenharia não faziam uso de contracepção (TABELA XII).

TABELA XII

Distribuição dos estudantes de Medicina quanto a utilização atual dos métodos anticoncepcionais. Goiânia - GO, 1993.

UTILIZAÇÃO	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM, TODAS VEZES	47	78,33	31	65.96
SIM, AS VEZES	07	11.67	08	17.02
NÃO	06	10.00	07	14.89
SR	00	0.00	01	02.13
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

Entre os alunos de Medicina, 86.66% e entre os alunos de Engenharia 87.23% já praticaram sexo oral (TABELA XIII).

**TABELA XIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo oral. Goiânia - GO, 1993.**

SEXO ORAL	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	52	86.67	41	87.23
NÃO	08	13.33	06	12.76
TOTAL	60	100.00	47	100.00

Na Medicina, 30.00% dos alunos e na Engenharia, 34.04% dos alunos já praticaram sexo anal (TABELA XIV).

**TABELA XIV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo anal. Goiânia - GO, 1993.**

SEXO anal	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	18	30.00	16	34.04
NÃO	42	70.00	30	63.83
SR	00	0.00	01	02.13
TOTAL	60	100.00	47	100.00

Somente 61.67% dos alunos de Medicina e 55.32% dos alunos de Engenharia têm fantasias durante as relações sexuais (TABELA XV).

**TABELA XV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de fantasias. Goiânia - GO, 1993.**

FANTASIAS	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	37	61.67	26	55.32
NÃO	22	36.67	21	44.68
SR	01	01.67	00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

Um total de 15.00% dos estudantes de Medicina e 14.89% dos estudantes de Engenharia já tiveram experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo (TABELA XVI).

**TABELA XVI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a afirmação de experiências homossexuais. Goiânia - GO, 1993.**

EXPERIÊNCIAS	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
SIM	09	15.00	07	14.89
NÃO	50	83.33	39	82.98
SR	01	01.67	01	02.13
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

No entanto, nenhum aluno tanto da Medicina quanto da Engenharia se considera homossexual, apenas 2.32% dos alunos de Medicina e 3.39% dos alunos de Engenharia se consideram bissexuais (TABELA XVII).

**TABELA XVII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a percepção quanto à orientação de sua própria sexualidade. Goiânia - GO, 1993.**

ORIENTAÇÃO	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
HETEROSSEXUAL	82	95.35	57	96.61
BISSEXUAL	02	02.32	02	03.39
HOMOSSEXUAL	00	0.00	00	0.00
SR	02	02.32	00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

Na questão n° 51, 47.67% dos alunos de Medicina e 45.76% de Engenharia responderam que sexo sadio é aquele feito de relação genital com genital (TABELA XVIII).

TABELA XVIII

Distribuição dos alunos de Medicina segundo o que acreditam ser sexo saudável. Goiânia - GO, 1993.

SEXO ORAL	MEDICINA		ENGENHARIA	
	Freq.	%	Freq.	%
GENITAL/GENITAL	41	47.67	27	45.76
OUT.MANEIRAS	02	02.32	00	0.00
FORMA Q SAT. CASAL	26	30.23	11	18.64
ORAL E GENITAL	11	12.79	16	27.12
COM AMOR	01	01.16	00	0.00
ORAL E MAST.	01	01.16	00	0.00
PARC.UNICO	01	01.16	00	0.00
CARÍCIAS	00	0.00	01	01.69
GENITAL, ORAL E ANAL	00	0.00	02	03.39
GENITAL, ORAL, ANAL E OUTROS	00	0.00	02	03.39
SR	03	03.49	00	0.00
TOTAL	86	100.00	59	100.00

O primeiro autor a levantar a questão da sexualidade infantil foi FREUD (1974) em sua obra "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" publicada pela primeira vez em 1905. Na época, ele foi muito criticado, como era de se esperar. No entanto, até os dias de hoje as pessoas, de uma maneira geral, têm muita dificuldade de lidar com a sexualidade da criança. Muitas delas, pela repressão, não participam de jogos sexuais que fazem parte do desenvolvimento normal da sexualidade do ser humano. ERIKSON (1963) e PIAGET (1962) demonstraram que os jogos tem muitas funções importantes para o desenvolvimento da criança. Além de permitirem o relacionamento entre várias crianças, favorecem seu desenvolvimento cognitivo, permitindo a exploração do ambiente e principalmente oferecendo oportunidades de praticarem papéis que futuramente terão na vida, assim como de elaborarem suas ansiedades e conflitos. Desta maneira, os jogos sexuais infantis constituem um treino para o desempenho futuro da criança. O estudo de GUNDERSEN et alii. (1984) demonstrou que as crianças têm uma grande necessidade de vivenciar os seus sentimentos e curiosidades sexuais, o que elas conseguem nos jogos. Muitos estudos étnicos mostram que os jogos e os treinamentos sexuais existem em vários graus, em todas as culturas (FORD & BEACH 1951<sup>17</sup>; MONEY et alii, 1970). Também os etologistas demonstram que todos os primatas treinam, em jogos precoces, os movimentos e as posições que eles usarão no ato sexual (HARLOW, 1971; LANGFELDT, 1984). Ao que tudo

---

<sup>17</sup>FORD, C.S. & BEACH, F.A. apud CONSTANTINE, L.L. & MARTINSON, F.M. - Sexualidade infantil: novos conceitos, novas perspectivas. São Paulo. Roca, 1984.



indica os jogos sexuais fazem parte de um preparo saudável da criança para um desenvolvimento normal de sua sexualidade. LANGFELDT (1984) mostra que os adultos e os jovens com disfunção sexual, com muita frequência, tiveram uma falta de interação sociossexual durante a infância e a adolescência. Considerando - se que os jogos sexuais são fatos normais e saudáveis na infância, achamos que a porcentagem obtida através dos dados analisados em nossa pesquisa é baixa.

FREUD (1974) refere-se, em seu estudo "Contribuições a um debate sobre a masturbação", publicado em 1912, à masturbação da puberdade como uma das formas normais de comportamento adolescente. FORD & BEACH (1951)<sup>10</sup> notaram que muitas espécies de macacos e micos adquirem hábitos de auto-estimulação e também outros mamíferos praticam a masturbação, como os porcos espinhos, elefantes, cães, gatos, golfinhos etc. O estudo realizado por ARAFT & COTTON (1974), entre 435 estudantes universitários, revelou experiência masturbatória em 89% dos homens e 61% das mulheres. HITE (1982a) encontrou um índice de 82% de masturbação entre mulheres e de 99% entre os homens (HITE, 1982b). Baseando-se nestes dados, os valores encontrados entre os alunos goianos estudados estão de acordo com a literatura mundial. Apesar de FREUD (Etiologia das neuroses, 1974) admitir a masturbação somente até a adolescência, hoje se sabe que é uma prática frequente entre

---

<sup>10</sup>FORD, C.S. & BEACH, F.A. apud MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E.  
- O relacionamento amoroso. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1988.

pessoas de qualquer idade e mesmo entre pessoas casadas (HUNT, 1975)<sup>19</sup>. A masturbação, além de promover o prazer provocado pelo estímulo tátil sobre o genital, também oferece oportunidade de conhecimento do próprio corpo com a finalidade de facilitar o relacionamento com o outro. Por outro lado, torna-se importante para aquelas pessoas que não possuem o mesmo ritmo sexual que seus parceiros.

Com o estímulo dos meios de comunicação de massa, os valores sexuais têm mudado rapidamente e o interesse pela prática sexual vem aumentando na juventude (ANDRADE & MELLO, 1992), juntamente com a facilidade para exercê-la (motéis, carros, drive-in, cinemas, shoppings etc.). Na pesquisa sobre "Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem" elaborada pela BEMFAM (1992), encontrou-se que 94.5% dos homens de 20 a 24 anos no Rio, 94.2% em Curitiba e 92.9% em Recife tiveram relações sexuais pré-maritais, enquanto entre as mulheres estas porcentagens caíam para 69.1% no Rio, 66.6% em Curitiba e 44.3% em Recife. Já o dados de BASTOS et alii. (1989) em Salvador, mostram um índice de 96.1% de relacionamento sexual pré-marital entre os homens e 61.6% entre as mulheres, na faixa de 22-24 anos. ARAUJO (1985), em seu estudo com universitários cariocas, verificou que 91.3% de homens e 64.4% das mulheres tinham experiências sexuais pré-maritalmente.

O relacionamento sexual pré-marital deve ser considerado um fato positivo entre os jovens que dispõem de

---

<sup>19</sup>HUNT, M. apud MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. - O relacionamento amoroso. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1988.

conhecimentos adequados sobre a sexualidade humana e suas consequências e entre aqueles que têm atitudes positivas e responsáveis frente ao sexo, não permitindo que força tão construtiva possa fazer vítimas. Na verdade, o que é preocupante, é que a grande maioria deles (BEMFAM, 1992; BASTOS, 1989), assim como na nossa população de estudo, o início sexual ocorre na adolescência e de maneira inesperada, nem sempre sendo possível uma relação sexual planejada e completamente satisfatória.

O uso de métodos contraceptivos na primeira relação, na população de jovens de 18-24 anos das cidades analisadas (BEMFAM, 1992) foi de 37.5% para os homens e de 42.6% para as mulheres no Rio de Janeiro; 43.8% para os homens e de 37.8% para as mulheres em Curitiba e 36.3% para os homens e 31% para as mulheres em Recife. Em Salvador (BASTOS et alii., 1989) foi de 30.7% para mulheres e 38.5% para os homens. Observa-se que estes dados são semelhantes aos obtidos no nosso estudo, e que, apesar da condição sócio-cultural da população em questão, isto não é o suficiente para diferenciá-los da população geral.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos em toda relação, notou-se que a grande parte dos estudantes, tanto de Medicina (78.33%) quanto de Engenharia (65.96%), o fazem, no entanto, ainda se tem uma quantidade significativa de ambos os grupos que os utiliza ocasionalmente ou não utiliza. Na Medicina, os motivos alegados para usar ocasionalmente foram: falta de disposição, esquecimento, confiança na parceira e relações inesperadas, enquanto na Engenharia foram: desconforto do cêndon e emoção no momento. Se pensarmos um pouco, são todos motivos fúteis

que não justificam o risco e as consequências de uma gravidez indesejada. Apesar de universitários, não fogem à regra da população geral, tendo também o pensamento mágico.

Entre os que não usam os métodos contraceptivos na turma de Medicina, os motivos relatados foram: relações inconstantes, relações sem penetração, anovulação crônica e não sabem explicar; na Engenharia 5 não informaram e 1 não soube dizer porque não faz uso de contracepção. Também estes merecem uma reflexão. É importante ter em mente de que existe uma facilidade muito grande de, repentinamente, uma relação sem penetração, passar a tê-la; e a anovulação crônica, principalmente em jovens, é altamente reversível. Na verdade, quando não se sabe explicar porque não se usa um método para evitar uma gravidez indesejada, é porque o motivo só pode ser a inconsequência. Do ponto de vista prático, um adulto jovem que iniciou ou não vida sexual deve sempre esperar tê-las a qualquer momento. A pesquisa da BEMFAM (1992) verificou que a porcentagem dos jovens não casados, de 20-24 anos de idade, com experiência sexual, que usaram métodos anticoncepcionais na última relação foi de 59.3% para homens e de 80.8%, para mulheres no Rio de Janeiro, 67% de homens e de 87.3% para mulheres em Curitiba, e 62.6% para homens e 80% para mulheres em Recife, demonstrando que enquanto grupo, tanto os alunos de Medicina quanto os de Engenharia, usam mais contraceptivos do que os homens e menos do que as mulheres. Em Salvador (BASTOS et alii., 1989), 66% dos homens e 65% das mulheres não casadas, de 20-24, anos usaram algum método anticoncepcional nos últimos 30 dias. Na análise dos nossos dados, observamos que o índice de uso é maior

nos estudantes de Medicina, em que a turma é predominantemente feminina e menor na Engenharia, que é predominantemente masculina.

O sexo oral é uma prática bem disseminada entre os casais. HITE (1982a) descreveu-a numa frequência de 97.15% de cunilingue entre as mulheres e de 95% de felação e 97% de cunilingue entre os homens anônimos que responderam a seu questionário (Hite, 1982b). SANCHES et alii. (1991) encontrou esta prática em 82.95% das universitárias cursando Psicologia em São Paulo. Entre os universitários cariocas, ARAÚJO (1985) relata que da amostra masculina 80% dos sujeitos já tinham praticado cunilingue ao se casarem e na amostra feminina 48.8% já praticaram felação. Na população estudada este hábito se encontra em menor porcentagem, em comparação com HITE (1982a, 1982b) e equipara-se com os índices apontados por SANCHES (1991), talvez por se tratarem de populações semelhantes no que se refere ao nível cultural. Do ponto de vista científico, o contato orogenital não é menos higiênico do que o beijo na boca (MASTERS & JOHNSON, 1988, p.316).

Já o sexo anal, não tem boa aceitação entre os casais, principalmente porque uma boa parte das mulheres não se sentem bem com ele. Muito se tem falado contra ele, principalmente com um argumento bem biológico, de que "o que naturalmente foi feito para sair, não se pode entrar". Na verdade, o sexo anal não causa tantos problemas como se pensa. Eles podem ocorrer somente se esta via for utilizada como a exclusiva para o coito ou se não se tiver o cuidado de fazer uma higiene adequada (água e sabão), após a introdução no ânus e antes da introdução vaginal. HITE (1982a) encontrou um total de 43.58% de mulheres que não gostavam do coito

anal; entre os heterossexuais uma porcentagem de 53% dos homens que faziam ou que já experimentaram a penetração anal e 38% que nunca experimentaram, e que nem gostariam (HITE, 1982b). No nosso estudo encontramos um total de 30% dos alunos de Medicina e 34.04% de Engenharia que praticavam sexo anal.

Desde a infância, a fantasia é uma constante na vida do ser humano. Elas ajudam a lidar com as frustrações e modificam o cotidiano. A capacidade de fantasiar já indica uma boa saúde mental. As fantasias sexuais não fogem à regra, também têm a função de enriquecer a vida sexual. Muitas pessoas se sentem ansiosas com elas, porque têm medo de que se tornem realidade, o que, segundo seus critérios racionais, seria absurdo. No entanto, só as crianças e os doentes mentais não conseguem fazer esta distinção. A culpa frequentemente acompanha as fantasias porque, dependendo do conteúdo das mesmas, as pessoas se julgam pervertidas, infiéis, depravadas. É importante ressaltar que as fantasias estão no mundo do imaginário e que vai depender de cada um a concretização das mesmas ou não. Geralmente, considera-se o desejo sexual uma força avassaladora, sem controle nenhum, sendo que este pensamento se deve principalmente à pouca discussão séria sobre o assunto. O desejo sexual é controlável assim como também o é o apetite. Somente algumas pessoas não têm o domínio sobre si, portanto fantasiar é bom e saudável (MASTERS & JOHNSON, 1988), apesar de muitas vezes se dizer o contrário. Nossos dados demonstraram que 61.67% dos alunos de Medicina e 55.32% dos alunos de Engenharia tinham fantasias sexuais.

Os pré-púberes e púberes masculinos concretizam suas

ligações homossexuais através de jogos sexuais, popularmente chamados de "troca-troca" (TIBA, 1986).

**é, de certa forma, comum para muitos rapazes e moças, experimentarem uma atração física por membros do mesmo sexo, sobretudo próximo à época da puberdade e do período inicial da adolescência (MACHADO, 1987, p.24).**

As experiências homossexuais ocorridas nesta época não podem ser consideradas como um sinal de homossexualidade futura, pois na maioria das vezes são passageiras (MACHADO, 1988; RIBEIRO, 1992). Em 1951, o American Journal of Psychiatry publicou:

**Certamente, o homossexualismo não é uma vantagem, mas não é nada para se sentir vergonha, não é nenhum vício ou degradação, e não pode ser considerado como uma doença; é uma variação do desenvolvimento sexual" (MASTERS & JOHNSON, 1988, p.352).**

A experiência homossexual não existe somente entre humanos, como se pensa. KINSEY, em 1951, já descrevia comportamentos homossexuais em outros mamíferos como ratos, camudongos, hamsters, coelhos, porcos-espinhos, martas, antílopes, cabras, cavalos, porcos, leões, ovelhas, macacos e chimpanzés. Em seu trabalho estima em 12 a 13% a população homossexual feminina nos Estados Unidos e uma porcentagem de 4% a 11% de bissexuais entre as solteiras e 1 a 2% entre as casadas. HITE (1982b), em seu relatório sobre a sexualidade masculina, descreveu 9% de homossexuais masculinos e 6% de bissexuais masculinos. Os nossos dados são realmente ímpares, uma vez que não encontramos nenhum aluno, tanto na Medicina quanto na Engenharia, que se considera homossexual. Em relação à bissexualidade, verificou-se que entre os

alunos da Medicina 2.32% e entre os alunos de Engenharia 3.39% se consideram bissexuais. Ainda assim, os dados obtidos se encontram abaixo dos dados de KINSEY e HITE.

O conceito de que sexo saudável é aquele que privilegia a relação genital é bem difundida entre as pessoas. Isto se deve ainda à noção de que a relação sexual é exclusivamente para a reprodução, o que é bem reforçado até hoje pela Igreja Católica e até mesmo por alguns profissionais, que analisam o relacionamento humano sómente pelas leis da Biologia. Assim sendo, qualquer outra forma de relacionamento é vista como errada ou inadequada. O sexo saudável é aquele em que as pessoas se sentem bem, independente das técnicas utilizadas para estimulação. Desde que o casal esteja feliz e não haja ameaça à integridade física de um deles, tudo que leve ao prazer, é positivo entre quatro paredes. Assim sendo, é de se esperar que uma parcela significativa dos alunos considerem o sexo saudável somente aquele em que haja contato genital uma vez que, através das descrições anteriores, pudemos observar que o comportamento deles não difere do encontrado na população geral.

A análise comparativa dos grupos estudados permite concluir que não há diferença entre os estudantes de Medicina e os de Engenharia no que diz respeito a experiências sexuais, assim como também não há diferença entre eles e a população pesquisada nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba, Recife e Salvador.



#### 5.2.4 Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade

Este aspecto está demonstrado no GRÁFICO VI.

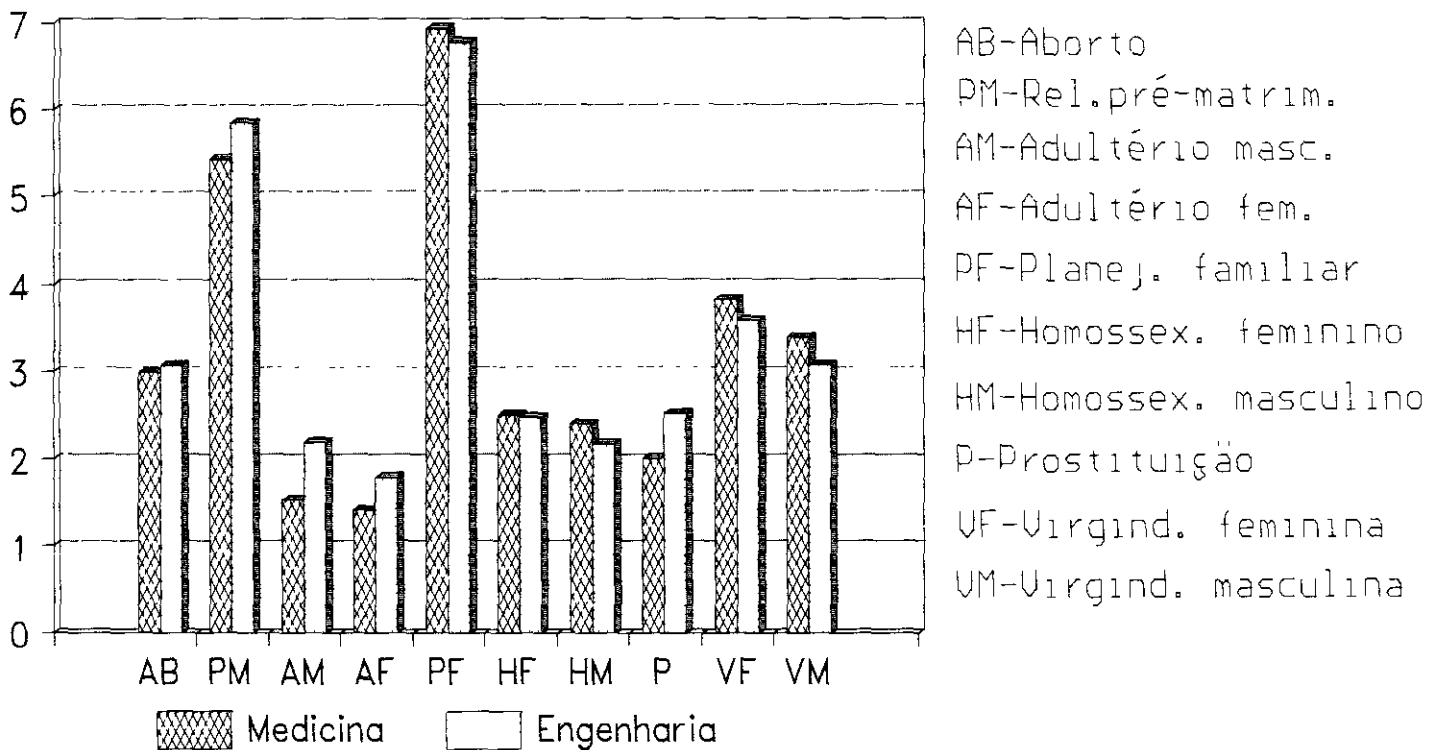
Não houve, no geral, diferença significativa entre as atitudes dos estudantes de Medicina e dos estudantes de Engenharia, exceto na atitude frente ao adultério pelo homem onde a média da Engenharia foi 2.19 - consideravelmente contra, e a da Medicina foi 1.53 ( $t = 2.4896$ ,  $p < 0.05$ ) - radicalmente contra. Isto significa que os estudantes de Medicina são mais contra o adultério masculino do que os estudantes de Engenharia. Possivelmente, tal fato possa ser explicado pela turma de Medicina ser composta mais de mulheres (56.98%) e a de Engenharia não (22.03%). Frente aos outros assuntos, tanto a Medicina quanto a Engenharia se posicionaram de maneira semelhante<sup>29</sup>: aborto - contra; relações sexuais pré-matrimoniais - consideravelmente a favor; adultério pela mulher - radicalmente contra (é interessante notar que a turma de Engenharia é mais contra o adultério feminino que o masculino - a turma de Engenharia é predominantemente masculina); planejamento

---

<sup>29</sup>Classificamos as médias das atitudes da seguinte maneira: radicalmente contra - entre 1 e 2; consideravelmente contra - entre 2 e 3; contra - entre 3 e 4; nem contra, nem a favor - 4; a favor - entre 4 e 5; consideravelmente a favor - entre 5 e 6; radicalmente a favor - entre 6 e 7.

Gráfico VI

Distribuição dos alunos de Medicina e Engenharia segundo as atitudes frente as questões sexuais.



familiar - radicalmente a favor; homossexualismo feminino - consideravelmente contra; homossexualismo masculino - consideravelmente contra; prostituição - consideravelmente contra (é importante chamar a atenção para o fato de que não há diferença das atitudes dos alunos frente ao homossexualismo e a prostituição); virgindade feminina - contra; virgindade masculina - contra. Os resultados obtidos foram semelhantes àqueles relatados por CAVALLIERI et alii. (1983).

#### 5.2.5 Relação entre sexualidade e exercício profissional

Com estas perguntas desejou-se saber se os alunos estariam abertos às questões sexuais no exercício da profissão (n° 61); se achavam que poderiam ser interrogados sobre sexualidade (n° 62); se consideravam-se capacitados para discutir sobre esta questão (n° 63) e, finalmente se eram a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no curso (n° 64). Como era previsto houve diferença significativa em todas as questões: 61 ( $X^2=14.645$ ,  $p < 0.01$ ); 62 ( $X^2=44.212$ ,  $p < 0.01$ ); 63 ( $X^2= 8.685$ ,  $p < 0.05$ ) e 64 ( $X^2= 29.515$ ,  $p < 0.01$ ). 69.77% dos estudantes de Medicina e 44.07% de Engenharia se consideram abertos à discussão das questões sexuais. Consideramos pequena a porcentagem de estudantes de Medicina que se considera aberto à discussão sobre a sexualidade. Porém, cremos que cada pessoa tem limites em alguns aspectos da vida e isto deve ser respeitado, inclusive pela própria pessoa. O importante é que se reconheça estes limites e que ajude o paciente encaminhando-o para

um profissional competente. 90.7% dos estudantes de Medicina e 37.29% dos estudantes de Engenharia acham, que no exercício da profissão, aparecerá oportunidade onde serão questionados sobre sexualidade. É justa esta diferença estatística, uma vez que os médicos irão lidar diretamente com o sofrimento e o sentimento humano e os engenheiros não. 18.61% dos estudantes de Medicina e 27.12% de Engenharia se consideram capacitados para discutir sobre sexualidade no exercício de sua profissão. É interessante perceber que os estudantes de Medicina se julgam menos capazes de discutir sexualidade do que os estudantes de Engenharia. No entanto, não acreditamos que este fato seja verdade. Achamos que, provavelmente, o aluno de Medicina tenha mais consciência das dificuldades de discutir um assunto tão controverso sem o embasamento científico necessário. 95.35% dos alunos de Medicina e 57.63% de Engenharia são a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no currículo de seus cursos. Justifica-se o interesse do estudante de Medicina no curso de Sexualidade Humana, mas deixou-nos surpresa, o fato dos alunos de Engenharia perceberem que este campo é importante para qualquer ser humano, seja ele da área das Ciências Biológicas, das Ciências Humanas ou das Ciências Exatas. É um assunto universal, de interesse de qualquer ser racional e afetivo.

Finalmente, na última pergunta sobre o sentimento que o questionário despertou, pudemos constatar que houve interesse da maioria dos alunos independente do curso (74.42% de Medicina e 64.41% de Engenharia).

### 5.3 Características dos estudantes de Medicina

Para a análise das reais necessidades de aprendizagem sobre a sexualidade humana, torna-se importante uma descrição pormenorizada dos dados encontrados nos questionários respondidos pelos estudantes de Medicina.

#### 5.3.1 Conhecimentos básicos em Sexologia

Podemos dizer que foram Masters e Johnson os responsáveis pelo aparecimento da Moderna Sexologia (CHALAR SILVA, 1989), idealizando um conceito de ciclo da resposta sexual humana. Considerando como conhecimentos básicos aqueles referentes à fisiologia da resposta sexual humana, às disfunções sexuais, questões sobre o homoerotismo e questões sobre contracepção, propusemos algumas perguntas para detectar as lacunas no conhecimento sobre sexualidade no estudante de Medicina. Para nosso desencanto, apesar de esperado, pudemos notar que existe um despreparo geral, pois a média de acertos não ultrapassou 40%.

A primeira pergunta que se tratava do gráfico da resposta sexual, apenas 48.84% responderam acertadamente. Nenhum aluno respondeu de maneira correta a segunda, terceira, quarta e quinta perguntas, as quais se referiam as modificações biológicas que ocorrem no ser humano com a excitação e o orgasmo. Com certeza se a pergunta fizesse menção a fisiologia da reprodução, o índice de acerto seria bem maior. Até o ensino médico retrata a

supervalorização do aspecto reprodutivo em detrimento do prazer, que acompanha o ato sexual. é bom lembrar que a sexualidade é a norma; a reprodução é uma ocorrência (CAVALCANTI, 1984, p.13).

O conhecimento, de que o órgão transmissor e receptor da sensação erótica feminina é o clitóris, é relativamente alto, uma vez que 79.07% dos alunos acertaram. Nas questões 7 e 8, que se referem às disfunções sexuais, não houve acerto, apesar de existir uma quantidade significativa de tentativas o que foi visto pela porcentagem respectivamente de 30.23% e 38.37% de respostas incompletas. Na tentativa de definir o homossexualismo, dentro dos critérios aceitos atualmente, 69.77% o fizeram acertadamente. Já em relação à décima pergunta que relaciona experiência homossexual na adolescência com homossexualidade houve um total de 88.37% de acerto. Nem todos os alunos de Medicina sabem que o método anticoncepcional que pode ser utilizado na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis é o condon, uma vez que houve apenas 95.35% de acerto. Do mesmo modo, nem todos sabem que os anticoncepcionais hormonais são os métodos anticoncepcionais reversíveis mais seguros, pois o índice de acerto foi de 63.95% e o de erro 23.25%.

Obviamente, dizer que o problema se encontra entre os alunos, não seria justo. Eles na verdade estão totalmente isentos de culpa. A universidade é que não tem representado bem seu papel, junto ao meio acadêmico, estimulando-os ao estudo de tão importante tema para a felicidade humana. Queremos chamar a atenção para o fato de que após terem respondido ao questionário e percebido que grandes eram as falhas nesta área do conhecimento,

solicitaram cursos de preparação. Isto significa que o interesse existe, simplesmente não havia sido despertado. Urge agora o corpo docente tomar as devidas providências, para que as dificuldades dos estudantes de Medicina referentes à sexualidade humana sejam solucionadas, permitindo não só que eles possam ajudar nas ansiedades dos pacientes, mas também dissipar dúvidas a respeito de suas próprias questões sexuais.

### 5.3.2 Mitos Sexuais

Esta parte do questionário serviu para mostrar-nos, que os médicos não ficam imunes aos mitos disseminados na cultura ocidental e que se necessita de muito cuidado, porque podemos estar repassando para os pacientes conhecimentos míticos como se fossem científicos.

Os mitos com maior número de respostas inadequadas (errada + não sabe) dadas pelos estudantes de Medicina foram: há uma diferença entre orgasmo vaginal e o clitoridiano (o nº 14 - 86.05%); algumas substâncias são valorosos afrodisíacos (o nº 16 - 73.25%); no casal homossexual masculino existe sempre o ativo e o passivo (o nº 20 - 76.74%); a pornografia tem um efeito corrosivo sobre a mente e o comportamento das pessoas, em particular crianças (o nº 23 - 59.3%); a mulher ejacula como o homem (o nº 58 - 59.3%). Neste tópico, em especial, ficamos imaginando como seria danoso ao casal, se um médico não soubesse informar ou chegasse a afirmar que a mulher ejacula como o homem, e eles ficassem esperando a ejaculação, sem nada acontecer). Rejeitam (índice de

acerto), na sua grande maioria, as concepções errôneas de que: manter relações sexuais com a mulher menstruada prejudica a saúde do casal (o nº 13 - 94.19% de acertos); a pílula anticoncepcional causa uma grande variedade de doenças em qualquer mulher que tomá-la por qualquer período de tempo (o nº 18 - 98.84% de acertos); a masturbação provoca demência, espinhas e vários outros problemas físicos e psicológicos (o nº 22 - 96.51% de acertos).

Mais uma vez pudemos constatar que os conhecimentos adquiridos de maneira mais consistente pelos estudantes de Medicina são aqueles que usualmente se ensina na sala de aula, como sobre a menstruação e a pílula. Novamente concluímos que temas menos fisiológicos, patológicos ou terapêuticos poderiam ser introduzidos com a finalidade de oferecer um preparo mais prático e global para o estudante de Medicina, atendendo mais as reais necessidades do ser humano.



### 5.3.3 Experiências sexuais

Cumprido, neste tópico, descrever as vivências dos estudantes de Medicina frente às questões sexuais.

FREUD (1974) defendia, em 1905, a teoria de que existe uma amnésia infantil que oculta, na maioria das pessoas, o início da vida sexual até mais ou menos oito anos. Na verdade, não há o desaparecimento destas lembranças, mas simplesmente o afastamento destas impressões da consciência ao que ele chamou de repressão. Segundo ele, os germes dos impulsos sexuais já estão presentes no recém-nascido e desenvolvem-se por um tempo sendo dominados pelo processo de repressão. LANGFELDT (1984) afirma que os mecanismos fisiológicos que promovem a competência orgásmica nos seres humanos já estão totalmente desenvolvidos nos recém-nascidos.

Dos alunos, 65.12% referiram participar de jogos sexuais na infância, 25.58% negaram e 9.3% não lembravam (TABELA XIX).

**TABELA XIX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

JOGOS SEXUAIS	Frequência	%
SIM	56	65.12
NÃO	22	25.58
NÃO LEMBRA	08	09.30
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Uma porcentagem significativa de estudantes afirmou haver procurado participar destes jogos, contrariando a teoria freudiana, o que pode ser explicado através da diminuição da repressão imposta a crianças de umas décadas para cá. Outros estudos como o de CONSTANTINE & MARTINSON (1984), além de FREUD, vêm demonstrando que estas brincadeiras são saudáveis e que preparam a criança para o exercício de seu papel, como adulto. A repressão se afrouxando, já não existe tanto necessidade do inconsciente impedir que sua lembrança venha à tona, pois já não causa tanto desconforto.

A pergunta seguinte, que é sobre a visualização ou manipulação dos genitais dos companheiros, os 25.58% que negaram a brincadeira na pergunta 28 diminuíram para 12.79% na 29, tendo 34.88% afirmado que viam ou mexiam nos genitais das outras crianças; 43.02 responderam que não e 9.3% não se lembravam (TABELA XX).

**TABELA XX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a visualização dos órgãos genitais de outras crianças, nos jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

VISUALIZAÇÃO	Frequência	%
SIM	30	34.88
NÃO	37	43.02
NÃO LEMBRA	08	09.30
NÃO BRINCAVA	11	12.79
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Pode ser que na pergunta 28 eles usaram o mecanismo de negação para responder e com uma pergunta mais mobilizadora que a anterior, resolveram respondê-la com a negativa. Com isto, acreditamos que muitos que responderam negativamente (não brincavam), na verdade o faziam, mas possivelmente não mexiam ou visualizavam os genitais das outras crianças.

Quando inquiridos se gostavam destas brincadeiras, 55.81% afirmaram que sim; 4.65% disseram que não; 16.28% disseram que não se lembravam. Nestes estão também incluídos aqueles que não se lembravam se brincavam ou não e 23.26% afirmaram que não brincavam (TABELA XXI).

**TABELA XXI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo gosto pelas brincadeiras sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

GOSTO	Frequência	%
SIM	48	55.81
NÃO	04	04.65
NÃO LEMBRA	14	16.28
NÃO BRINCAVA	20	23.26
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Como podemos observar, fica meio contraditório: na primeira pergunta 25.58% não participavam destas brincadeiras; na segunda, 12.79% e na terceira, 23.26%. Podemos aventar a hipótese de que entre alguns alunos ainda exista um forte mecanismo de repressão o qual dificulte a lembrança, de forma real, das experiências sexuais infantis, o que é normal, considerando que ainda somos herdeiros da cultura vitoriana.

À pergunta sobre vergonha destas brincadeiras, 26.74% responderam afirmativamente e 44.19% responderam negativamente (TABELA XXII).

**TABELA XXII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de vergonha frente às brincadeiras sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

VERGONHA	Frequência	%
SIM	23	26.74
NÃO	38	44.19
NÃO LEMBRA	05	05.81
NÃO BRINCAVA	20	23.26
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Observamos aqui que o total dos que tem vergonha destas brincadeiras somado aos que não tem, (supõe-se que para ter ou não vergonha da brincadeira, é necessário que se tenha brincado) é maior do que a resposta positiva (se brincava ou não) da pergunta 28. Mais um dado contraditório. Pode-se ter a hipótese de que, muitos que responderam negativamente à pergunta 28, não retrataram a realidade factual (pode ter retratado a realidade psicológica). Nesta questão manteve-se o último resultado do 23.26% dos que não brincaram.

Na pergunta de número 32, que questionava sobre o medo de que algum adulto os flagrasse, houve 44.19% de respostas afirmativas, comprovando que realmente como crianças achavam que estavam fazendo algo proibido; 23.26% não tinham medo; 9.3% não se lembravam e 23.26% não brincavam (também mantido) (TABELA XXIII).

TABELA XXIII

Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de medo de ser abordado por adulto, durante os jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.

MEDO	Frequência	%
SIM	38	44.19
NÃO	20	23.26
NÃO LEMBRA	08	09.30
NÃO BRINCAVA	20	23.26
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Quanto à pergunta 33a se foi flagrado por algum adulto durante estes jogos sexuais, 23.26% responderam que sim; 48.84% responderam que não( mais uma vez a somatória dos que responderam sim e não supera os 65.12% que responderam que brincavam na pergunta 28); 6.98% referem não lembrar (havendo aqui uma diminuição dos que brincavam) e 20.93% disseram não participar destes jogos (TABELA XXIV).

**TABELA XXIV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença do flagrante pelo adulto durante os jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

FLAGRANTE	Frequência	%
SIM	20	23.26
NÃO	42	48.84
NÃO LEMBRA	06	06.98
NÃO BRINCAVA	18	20.93
TOTAL	86	100.00

Quanto à conduta dos adultos que surpreenderam os alunos, nos seus jogos sexuais, verificamos que 40% repreenderam; 15% bateram; 15% fingiram não ver; e 30% conversaram sem repreender (TABELA XXV).

**TABELA XXV**

**Distribuição de estudantes de Medicina segundo a conduta do adulto que o flagrou durante os jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

CONDUTA	Frequência	%
REPREENDEU	08	40.00
BATEU	03	15.00
FINGIU NÃO VER	03	15.00
CONVERSOU	06	30.00
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100.00</b>

Podemos somar entre os 20 adultos que flagraram as crianças 70% não tiveram atitudes muito adequadas, o que retrata ainda o estágio em que se encontra a educação sexual para as crianças.



No que se refere à educação sexual no lar, presente na pergunta 34, 40.7% responderam que seus pais já conversaram abertamente sobre sexo com eles; enquanto que 59.3% disseram que não (TABELA XXVI).

**TABELA XXVI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de conversa sobre sexo com os pais. Goiânia - GO, 1993.**

CONVERSA	Frequência	%
SIM	35	40.70
NÃO	51	59.30
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

é importante perceber que ainda existe a falta de diálogo sobre sexualidade nos lares, mesmo considerando pertencerem a uma classe social mais favorecida como é o caso dos estudantes de Medicina.

Dentre aqueles que tiveram oportunidade de conversar sobre sexo com seus pais, 20% tinham menos de 10 anos, quando isto aconteceu; 57.14% tinham entre 10 e 15 anos; 11.43% tinham mais de 15 anos e 11.43% não responderam (TABELA XXVII).

**TABELA XXVII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade em que seus pais conversaram sobre sexo com eles. Goiânia - GO, 1993.**

IDADE	Frequência	%
< 10	07	20.00
10-15	20	57.14
> 15	04	11.43
SR	04	11.43
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>

Verificamos que a faixa etária em que os pais mais conversaram sobre sexo com seus filhos foi de 10 a 15 anos, o que nos parece inadequado, pois a educação sexual é um processo que deve ser contínuo, iniciada na infância com a educação geral. Segundo os dados da BEMFAM (1992), boa parte dos jovens iniciam sua vida sexual com menos de 15 anos: aproximadamente 15% das mulheres do Rio e de Recife e 10% das mulheres de Curitiba; 37% dos homens do Rio, 31% de Curitiba e 40% de Recife. Até 18 anos, mais de 80% dos rapazes e 58.5% das moças já têm relações sexuais. A idade

média em que iniciam vida sexual é para as meninas de aproximadamente 17 anos e para os meninos de 15 anos. Estes dados são confirmados por BASTOS et alii. (1989). Entendemos que na adolescência já é tarde para se falar de sexo. O modo de pensar, as inseguranças, as crenças errôneas já se instalaram, sendo difícil fazer com que o adolescente reflita mais profundamente sobre a questão. O momento de se iniciar a educação sexual é com o nascimento, assim como qualquer processo educativo. Isto com certeza evitaria muita angústia para os jovens e seus pais.

Embora a ciência tenha reconhecido o papel saudável da masturbação, persiste a dificuldade entre a maioria das pessoas para abordar este tema. Os mitos ainda não perderam sua força, e ela continua sendo motivo de vergonha. Na pergunta 35, se já se masturbaram, 81.39% responderam afirmativamente; 17.44% não o fizeram e 1.16% não responderam (TABELA XXVIII).

**TABELA XXVIII**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo a prática, no passado, de masturbação. Goiânia - GO, 1993.**

MASTURBAÇÃO	Frequência	%
SIM	70	81.39
NÃO	15	17.44
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Na pergunta complementar, se ainda se masturbam, 59.3% continuam se masturbando, 39.53% disseram que não e 1.16% não responderam (TABELA XXIX).

**TABELA XIX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de masturbação atualmente. Goiânia - GO, 1993.**

MASTURBAÇÃO	Frequência	%
SIM	51	59.30
NÃO	34	39.53
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Pode-se observar, que a masturbação é uma prática bem comum entre os jovens. ARAÚJO (1989) encontrou em seu estudo, que na amostra masculina todos os sujeitos já tinham se masturbado antes de casar e que, na feminina, 75.5% tiveram experiências nesta atividade antes do casamento.

Sobre a masturbação, 91.86% dos alunos consideram-na normal, 5.81% anormal e 2.32% não responderam (TABELA XXX).

**TABELA XXX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a noção de normalidade da masturbação. Goiânia - GO, 1993.**

NORMAL	Frequência	%
SIM	79	91.86
NÃO	05	05.81
SR	02	02.32
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Vale a pena ressaltar que mesmo entre os alunos de Medicina, o mito da anormalidade da masturbação está presente.

No que se refere a culpa por masturbar-se, 43.02% dos já sentiram culpa, enquanto 38.37% não e 1.16% não responderam (TABELA XXXI).

**TABELA XXXI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de sentimento de culpa, por masturbar-se na adolescência Goiânia - GO, 1993.**

CULPA	Frequência	%
SIM	37	43.02
NÃO	33	38.37
NÃO MASTURBOU	15	17.44
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Estes resultados reforçam o que foi dito inicialmente, demonstrando os sentimentos negativos a respeito do auto-erotismo na maior parte dos alunos, sem considerar aqueles 17.44% que nunca o fizeram, provavelmente pelo sentimento que os dominava, de estar fazendo algo errado.

No que se refere às relações sexuais, 69.77% dos alunos declararam já ter tido este tipo de relação (TABELA XXXII).

**TABELA XXXII**

**Distribuição dos alunos de Medicina segundo a presença de atividade sexual. Goiânia -GO, 1993.**

AT. SEXUAL	Frequência	%
SIM	60	69.77
NÃO	26	30.26
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Considerando a idade dos estudantes, o índice de atividade sexual é inferior ao encontrado no Rio de Janeiro(81.8%) e Curitiba(80.4%) e semelhante ao de Recife(68.6%) (BEMFAN,1992).

Quanto a idade em que iniciaram vida sexual, verificamos que a maior concentração está entre 15 e 20 anos. (TABELA XXXIII).

TABELA XXXIII

Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade que iniciaram vida sexual. Goiânia - GO, 1993.

IDADE	Frequência	%
< 10	01	01.16
10-15	17	19.77
16-20	27	31.39
> 20	14	16.28
SEM RELAÇÃO	26	30.23
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Em relação à idade do primeiro coito, os índices descritos são inferiores ao da população descrita pela BEMFAM (1992) e BASTOS et alii (1989), o que significa que estes estudantes iniciaram sua vida sexual mais tardiamente. Se compararmos a frequência de atividade sexual dentre os da mesma faixa etária e instrução (II grau completo/Universidade), observa-se que praticamente não existe diferença entre os índices da população das cidades do Rio de Janeiro (68.65%) e Curitiba



(66.4%) estando a porcentagem de Recife (57.15%) um pouco abaixo daquela obtida nos estudantes de Medicina (BEMFAM, 1992). Parece que as pessoas que têm nível de escolaridade maior, postergam um pouco mais o início da vida sexual (BEMFAM, 1992).

Um terço dos alunos (30.23%) não tiveram relações sexuais ainda. Dentre as causas relatadas estão: 15.38% - não são casados e querem ter relação sexual só com o cônjuge; 3.86% - têm medo; 46.15% não encontraram o parceiro ideal; 3.86% a família condena antes do casamento; alguns alegam mais de um motivo para esta situação e 7.69% não responderam (TABELA XXXIV).

**TABELA XXXIV - Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o motivo pelo qual ainda não começaram a ter relações sexuais.**

**Goiânia - GO, 1993.**

MOTIVO	Frequência	%
NÃO É CASADO(SOLTEIRO)	04	15,38
TEM MEDO	01	03,86
NÃO ENCONTROU PARCEIRO IDEAL	12	46,15
FAMILIA CONDENA	01	03,86
SOLTEIRO, NÃO ENCONTROU PARCEIRO, RELIGIÃO, FAMILIA CONDENA	01	03,86
SOLTEIRO, RELIGIÃO, NÃO ENCONTROU PARCEIRO	01	03,86
NOVO, SOLTEIRO, NÃO ENCONTROU PARCEIRO	01	03,86
SOLTEIRO, FAMILIA CONDENA	01	03,86
SOLTEIRO, NÃO ENCONTROU PARCEIRO	01	03,86
SOLTEIRO, RELIGIÃO	01	03,86
SR	02	07,69
TOTAL	26	100,00

É interessante notar que o item "não encontrou parceiro ideal", além de aparecer em um maior número de justificativas, também alcançou a maior porcentagem delas. O casamento também parece ter peso como fator liberador para o início da atividade sexual. O início da vida sexual jamais deve ser visto como uma imposição social. É importante que as pessoas sintam que estão fazendo uma opção consciente e com a pessoa certa. Antes,

dificultava-se o início da vida sexual entre os jovens, agora praticamente se tornou uma obrigação, caso contrário estão fora de moda. Em nenhum momento, tem-se respeitado a liberdade das pessoas. O exercício da sexualidade genital, sem dúvida, constitui uma fase para o desenvolvimento do indivíduo, no entanto é preciso que se tenha em mente que cada um tem o seu tempo interno e desrespeitá-lo, tanto no sentido de apressá-lo quanto atrasá-lo, não tem trazido felicidade ao ser humano.

Questionando, se na primeira relação sexual estavam usando algum método anticoncepcional, obtivemos que 48.33% não usavam; 38.33% responderam que sim e 11.66% não sabiam (TABELA XXXV).

**TABELA XXXV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.**

USO	Frequência	%
SIM	23	38.33
NÃO	29	48.33
SR	07	11.66
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

O índice de alunos que usaram algum método anticoncepcional na primeira relação sexual é maior do que o obtido pela BEMFAM (1992) que foi para a cidade do Rio de Janeiro de 21.8% para os homens e 31.6% para as mulheres; para Curitiba, 23.5% para os homens e 27% para as mulheres e para Recife, 22.6% para os homens e 21.7% para as mulheres. Em Salvador (BASTOS et alii., 1989), apenas 23.1% das mulheres e 19.5% dos homens o utilizaram. Apesar de baixo, também pode ser explicado pelo fato de que tendo um nível sócio econômico melhor, os estudantes de Medicina tiveram mais acesso à informação e ao próprio método do

que a população pesquisada pelos outros estudos.

Entre os métodos mais utilizados na primeira relação encontramos que os mais usados foram o preservativo (43.48%), a tabela (21.74%) e a pílula (17.39%). (TABELA XXXVI).

#### TABELA XXXVI

Distribuição dos alunos de Medicina segundo os métodos anticoncepcionais mais utilizados na primeira relação sexual.

Goiânia - GO, 1993.

MÉTODO	Frequência	%
CONDOM	10	43.48
TABELA	05	21.74
PÍLULA	04	17.39
CONDOM E TABELA	01	04.35
COITO INTERROMPIDO	02	08.69
DIAF/ESPERMATICIDA	01	04.35
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>

Segundo a pesquisa da BEMFAM (1992), o método mais usado em Recife e Curitiba também foi o condom, já no Rio de Janeiro a pílula. A tabela, que foi o segundo método mais usado no nosso estudo, foi um dos últimos descrito no trabalho acima citado. Em Salvador (BASTOS et alii., 1989), a pílula foi o método mais adotado pelas mulheres (38%) e o condom pelos homens.

Os motivos pelos quais os alunos não usaram métodos anticoncepcionais na primeira relação foram principalmente a desinformação; relações inesperadas; consideravam as relações sem risco de gravidez e não se preocuparam. Chama a atenção a porcentagem se "sem resposta" - 17.24%. (TABELA XXXVII).

**TABELA XXXVII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os motivos pelos quais não usaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.**

MOTIVO	Frequência	%
DESINFORMAÇÃO	08	27.59
NÃO RESPONDERAM	05	17.24
REL. INESPERADA	04	13.79
NÃO PREOCUPARAM	02	06.90
SEM RISCO	03	10.34
PARC. GRAVIDA	01	03.45
SEM ACESSO	01	03.45
NÃO QUISERAM	01	03.45
ANS./IMPACIÊNCIA	01	03.45
MEDO/DESINFORMAÇÃO	01	03.45
RELAÇÃO PRECOCE	01	03.45
NÃO SABE RESPONDER	01	03.45
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>

Na pesquisa da BEMFAM (1992), o principal motivo pelo qual não usaram nenhum método anticoncepcional, na primeira relação, foi simplesmente porque não se preocuparam com isso. Em Salvador (BASTOS et alii., 1989), o motivo mais alegado pelas mulheres foi de que não conheciam nenhum método e, pelos homens, de que não esperavam ter relações naquele momento. Considerando que estes alunos de Medicina pertencem a uma classe social bem privilegiada, o índice de desinformação é bastante alto, o que confirma que este é um fenômeno generalizado entre os jovens.

Inquirindo sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), apenas 13.33% afirmaram que já tiveram alguma. (TABELA XXXVIII)

**TABELA XXXVIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a contaminação por DST. Goiânia - GO, 1993.**

DST	Frequência	%
SIM	08	13.33
NÃO	51	85.00
SR	01	01.66
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Destes, 37.5% tiveram gonorréia, 25% herpes e infecção pelo HPV; 12.5% condiloma acuminado; 12.5% chato; e 12.5% infecção por Trichomonas e Gardnerella. (TABELA XXXIX)

**TABELA XXXIX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o tipo de DST já adquiridas. Goiânia - GO, 1993.**

TIPOS	Frequência	%
BLNORRAGIA	03	37.50
HERPES - HPV	02	25.00
CONDILOMA	01	12.50
CHATO	01	12.50
TRICHOMONAS E GARDNERELLA	01	12.50
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>100.00</b>



Em relação à pergunta sobre o motivo pelo qual usavam o condom, 25% usavam-no como contraceptivo e como meio preventivo contra as DST; 13.33% usavam apenas como método contraceptivo, 3.33% usavam apenas como método preventivo contra as DST e 58.33% não usavam. (TABELA XL)

TABELA XL

Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o motivo pelo qual se usava o condom. Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
EVITAR DST	02	03.33
EVITAR GRAVIDEZ	08	13.33
AMBOS	15	25.00
NÃO USA	35	58.33
TOTAL	60	100.00

Levando em conta a disseminação das DST, principalmente da AIDS, considera-se baixa a utilização do preservativo entre os estudantes de Medicina. Obviamente, pode ser devido a relações sexuais com parceiro único, mas mesmo assim não se pode esquecer que é melhor prevenir do que arcar com as duras consequências de ser portador de uma doença tão cruel.

Quanto à presença de gravidez indesejada decorrente de relações sexuais, obtivemos que 20% dos que têm vida sexual, responderam positivamente (não significa que engravidaram enquanto estudante de Medicina) (TABELA XLI).

**TABELA XLI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de gravidez indesejada. Goiânia - GO, 1993.**

GRAVIDEZ	Frequência	%
SIM	12	20.00
NÃO	48	80.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Na pesquisa realizada pela BEMFAM (1992), este resultado é de 58% para as mulheres, 70.4% para os homens do Rio de Janeiro; 45.8% para as mulheres de Curitiba e 53.3% para os homens; e 46.7% para as mulheres e 63.4% para os homens de Recife. Observamos que é muito superior o índice de gravidezes indesejadas na população destas cidades do que entre os estudantes de Medicina. Pode ser devido à maior facilidade de informação e acesso aos métodos.

Diante da pergunta, se atualmente usam algum método contraceptivo em todas as relações sexuais, a maioria (78.33%) dos alunos respondeu que sim enquanto que 11.67% disseram que usam ocasionalmente e 10% disseram que não (TABELA XLII).

**TABELA XLII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina quanto à utilização atual dos métodos anticoncepcionais. Goiânia - GO, 1993.**

UTILIZAÇÃO	Frequência	%
SIM, TODAS VEZES	47	78,33
SIM, AS VEZES	07	11.67
NÃO	06	10.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Dentre os métodos utilizados pelo casal em todas relações, 57.45% referiram a sua preferência pela pílula e em segundo lugar, 8.51% disseram que usam o preservativo. (TABELA XLIII).

**TABELA XLIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a preferência do método anticoncepcional utilizado em todas as relações. Goiânia - GO, 1993.**

MÉTODO	Frequência	%
PÍLULA	27	57.45
CONDOM	04	08.51
COITO INT. OU CONDOM	03	06.38
PÍLULA E CONDOM	02	04.25
PÍLULA OU CONDOM	02	04.25
BILLING E TABELA	01	02.13
BILLING/TAB/TEMP	01	02.13
CONDOM/TABELA	01	02.13
PÍLULA OU TABELA	01	02.13
LIGADURA	01	02.13
SR	03	06.38
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

Com esta tabela, podemos concluir que houve um aumento significativo do uso de métodos contraceptivos entre a primeira relação (38.33%) e o momento atual (78.33%) e que a pílula, possivelmente pela sua segurança, é o método de primeira escolha entre os alunos de Medicina. No entanto comparando com a população de jovens da mesma faixa etária (20-24 anos) pesquisados pela BEMFAM (1992), não existe diferença importante (70.05% dos pesquisados no Rio de Janeiro; 77.15% em Curitiba e 71.3% em Recife deles usaram algum método contraceptivo na última relação sexual) sendo a preferência também pela pílula.

Entre o motivos alegados por aqueles que usam ocasionalmente métodos contraceptivos se encontram: falta de disposição - 14.28%; esquecimento - 14.28%; confiança na parceira - 14.28%; relações sexuais inesperadas - 14.28% e 21.01% não forneceram informações. (TABELA XLIV)

**TABELA XLIV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os motivos pelos quais usam ocasionalmente métodos anticoncepcionais  
Goiânia - GO, 1993.**

MOTIVO	Frequência	%
FALTA DISPOSIÇÃO	01	14.28
ESQUECIMENTO	01	14.28
CONFIA NA PARCEIRA	01	14.28
REL. INESPERADAS	01	14.28
SR	03	21.01
TOTAL	07	100.00

Dentre os motivos aventados para a não utilização de métodos anticoncepcionais atualmente temos os seguintes: relações sexuais inconstantes - 16.66%; relações sexuais sem penetração - 16.66%; anovulação crônica - 16.66%; não sabe dizer por quê - 16.66% e não informaram - 33.33% (TABELA XLV).

TABELA XLV

Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o motivo pelo qual não utilizam métodos contraceptivos atualmente.

Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
REL. INCONSTANTES	01	16.66
SEM PENETRAÇÃO	01	16.66
ANOVLUÇÃO CRONICA	01	16.66
NÃO SABE	01	16.66
SR	02	33.33
TOTAL	06	100.00

Considerando serem estudantes de Medicina, é importante chamar a atenção que estão correndo risco como qualquer pessoa da população geral. Apesar de terem informações sobre os métodos anticoncepcionais, só isto não é suficiente para fazê-los utilizar. Achamos que por este e outros motivos, é que se deve fazer uma reflexão mais aprofundada das questões sexuais junto a elas.

Quanto ao sexo oral, 86.67% responderam já terem praticado e apenas 13.33% responderam que não. Sabemos pela literatura (MASTERS & JOHNSON, 1988) que este é um costume difundido entre os casais, assim sendo os estudantes de Medicina se comparam à população geral (TABELA XLVI).

**TABELA XLVI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo oral. Goiânia - GO, 1993.**

SEXO ORAL	Frequência	%
SIM	52	86.67
NÃO	08	13.33
TOTAL	60	100.00

Quanto ao sexo anal, o resultado já foi inferior, apenas 30% responderam afirmativamente (TABELA XLVII).



## TABELA XLVII

Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a prática do sexo anal. Goiânia - GO, 1993.

SEXO ANAL	Frequência	%
SIM	18	30.00
NÃO	42	70.00
TOTAL	60	100.00

Sabe-se que esta prática tem sido rejeitada principalmente pelas mulheres, o que mesmo na população geral não alcança índices tão elevados quanto o sexo oral (ARAÚJO, 1985).

Quanto à presença de fantasias durante a relação, 61.67% responderam afirmativamente enquanto 36.67% negaram sendo que 78.38% dos que fantasiam se sentem satisfeitos em fazê-lo (TABELA XLVIII).

**TABELA XLVIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de fantasias. Goiânia - GO, 1993.**

FANTASIAS	Frequência	%
SIM	37	61.67
NÃO	22	36.67
SR	01	01.67
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Também neste aspecto, os estudantes de Medicina, se comparam com a população geral, demonstrando capacidade de fantasiar, o que pode enriquecer a vida sexual dos mesmos.

Apenas 15% dos estudantes de Medicina, afirmaram haver tido experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo (TABELA XLIX).

**TABELA XLIX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a afirmação de experiências homossexuais. Goiânia - GO, 1993.**

EXPERIÊNCIAS	Frequência	%
SIM	09	15.00
NÃO	50	83.33
SR	01	01.67
TOTAL	60	100.00

Dentre estes, 33.33% o fizeram na adolescência; 22.22% na infância e 33.33% entre 20 e 25 anos. (TABELA L).

**TABELA L**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a idade das experiências homossexuais. Goiânia - GO, 1993.**

IDADE	Frequência	%
05-09	02	22,22
10-19	03	33.33
20-25	03	33.33
SR	01	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100.00</b>

Sabemos, pelas pesquisas já citadas (MASTERS & JOHNSON, 1988; MACHADO, 1987; RIBEIRO, 1992), que as experiências homoeróticas são muito frequentes e normais no período da infância-adolescência, estando estes alunos dentro do comportamento esperado.

No entanto, apesar destas experiências serem consideradas normais, tivemos que 55.55% deles se sentiram culpados com este fato; 22.22% tiveram medo; 11.11% se sentiram culpados e tiveram medo e apenas 11.11% se sentiram indiferentes à experiência (TABELA LI).

**TABELA LI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo o sentimento experienciado após contato homossexual. Goiânia - GO, 1993.**

SENTIMENTO	Frequência	%
CULPADO	05	55.55
COM MEDO	02	22.22
INDIFERENTE	01	11.11
CULPADO/COM MEDO	01	11.11
TOTAL	09	100.00

Ainda se tem muito preconceito contra os contatos sexuais com o mesmo sexo, o que geralmente leva o indivíduo a ter sentimentos negativos quando se defronta com tais situações.

Em relação ao sentimento após sua primeira experiência sexual, 45% relataram satisfação; 28.33% confusão; 15% medo; 5% angústia; 3.33% culpa; 1.67% culpa, medo e angústia ; e 1.67% culpa medo e confusão (TABELA LII).

**TABELA LII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo os sentimentos após a primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.**

SENTIMENTOS	Frequência	%
SATISFEITO	27	45.00
CONFUSO	17	28.33
CULPADO	02	03.33
COM MEDO	09	15.00
ANGUSTIADO	03	05.00
CULP.MED.CONF.	01	01.67
CULP.MED.ANG.	01	01.67
TOTAL	60	100.00

Nas pesquisas sobre "Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem" (BEMFAM, 1992) e "Saúde e Educação Sexual do Jovem": um estudo em Salvador (BASTOS et alii., 1989), os sentimentos predominantes foram prazer, realização e amor, diferentemente dos estudantes de Medicina que na sua maioria (55%), associaram a primeira relação sexual com sentimentos negativos como confusão,

medo, angústia e culpa.

Ainda hoje, a sociedade vê a sexualidade como um aspecto feio do ser humano. O conceito de pecado e sujo continuam relacionados ao sexo. Assim sendo, fica difícil para as pessoas iniciarem a vida sexual, principalmente na adolescência, sem carregarem consigo, estes valores internalizados. Esta maneira de encarar a sexualidade humana, em nada tem ajudado as pessoas. Considerando os diversos problemas inerentes à vida cotidiana, ainda se utiliza esta força criativa, que poderia encher de prazer o ser humano, para aumentar as dificuldades já existentes.

Com respeito às respostas a pergunta, se têm liberdade de esclarecer suas dúvidas sobre sexualidade com algumas pessoas, 63.95% disseram que sim enquanto 33.72% disseram que não. (TABELA LIII).

**TABELA LIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a presença de liberdade para conversar sobre sexualidade. Goiânia - GO, 1993.**

LIBERDADE	Frequência	%
SIM	55	63.95
NÃO	29	33.72
SR	02	02.32
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

As pessoas mais frequentemente consultadas sobre as questões sexuais (considerando aqueles que tem alguém - 55 alunos) são: 30.91% familiares; 20% amigos e 18.18% amigos e família. Percebe-se que, à medida que os alunos ficam mais velhos, existe uma maior facilidade de abordar as questões sexuais com a família. Segundo a pesquisa da BEMFAM (1992), a pessoa que primeiro deu informação sobre sexo para os jovens foi, em ordem decrescente: amigos, mãe e professor/orietador.



Com relação ao conceito sobre o que seria sexo saudável, perguntamos como achavam que o sexo sadio devia ser feito: 47.67% disseram que só de genital com genital; 30.23% da maneira que satisfizesse o casal; 12.79% oral e genital; 2.32% outras maneiras não especificadas; 1.16% com amor; 1.16% oral e masturbação e 1.16% com parceiro único. (TABELA LIV)

TABELA LIV

Distribuição dos alunos de Medicina segundo o que acreditam ser sexo saudável. Goiânia - GO, 1993.

CRENÇA	Frequência	%
GENITAL/GENITAL	41	47.67
OUT.MANEIRAS	02	02.32
FORMA Q SAT. CASAL	26	30.23
ORAL E GENITAL	11	12.79
COM AMOR	01	01.16
ORAL E MAST.	01	01.16
PARC.UNICO	01	01.16
SR	03	03.49
TOTAL	86	100.00

Perceber-se que ainda é forte a noção de que o "sexo normal" é aquele que envolve pênis e vagina. Isto se deve principalmente ao conceito de que o sexo, para não ser vergonhoso,

deve ser aquele vinculado à reprodução, assim sendo, outras formas de se relacionar sexualmente são logo descartadas porque existe, de maneira implícita, a desconsideração do prazer. Atualmente, aceita-se, do ponto de vista científico (MASTERS & JOHNSON, 1966) que desde que não haja ameaça à integridade física e psicológica dos parceiros, todo ato consentido, que possa aumentar o prazer do casal, pode ser utilizado como recurso para o enriquecimento da vida conjugal.

Em resposta à pergunta de como se consideravam segundo a orientação sexual, 95.35% disseram ser heterossexuais, 2.32% se consideram bissexuais e 2.32% não responderam (TABELA LV).

**TABELA LV**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a percepção quanto à orientação de sua própria sexualidade. Goiânia - GO, 1993.**

ORIENTAÇÃO	Frequência	%
HETEROSSEXUAL	82	95.35
BISSEXUAL	02	02.32
HOMOSSEXUAL	00	0.00
NR	02	02.32
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Nenhum aluno diz ser homossexual entre os 86 alunos de Medicina que responderam ao questionário. Dado singular, uma vez que em qualquer grupo de pessoas tem-se encontrado 9% de homossexuais masculinos (HITE, 1982b) e 12 a 13% de homossexuais femininas (KINSEY, 1951).

Os dados levantados indicam que não existe diferença, no que se refere à prática sexual entre estudantes e a população estudada pela BEMFAM (1992), CHAN (1990), MUNZ et alii. (1976), COLE et alii. (1975), MUDD & SIEGEL (1969). O único dado bem diferente da população geral, foi no que concerne à homossexualidade, no entanto, não podemos tirar nenhuma conclusão a partir deles.

Não sabemos, realmente, se deveríamos esperar alguma diferença nas experiências dos estudantes. Também não sabemos se uma prática sexual própria, diferenciada, vai torná-los mais capacitados na ajuda aos pacientes com dificuldades sexuais. Não há dados que comprovem isto. Fica ainda no campo da suposição. É provável que médicos mais liberais sexualmente, com uma prática sexual consciente, responsável e feliz poderão ajudar, de maneira mais efetiva, aqueles pacientes com problemas na esfera sexual.

#### **5.3.4 Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade**

Os estudantes de Medicina obtiveram média 2.99 na questão referente ao aborto, denotando que eles são consideravelmente contra o aborto. Pesquisa realizada em vários

estados brasileiros (CAVALLIERI, 1983), demonstrou que as pessoas se colocam contra o aborto. No entanto, quando esta postura é do estudante de Medicina, algumas questões devem ser colocadas: a primeira delas é que muito provavelmente, mais cedo ou mais tarde, na prática de sua profissão, vai ter que enfrentar situações, onde uma paciente o procurará para saber sua opinião, pois quer abortar. É importante então, na vida acadêmica, ir amadurecendo sua conduta para que possa ajudar sua paciente da melhor maneira possível.

Grande parte das pessoas tentam influenciar, com sua opinião, a pessoa necessitada. No entanto, achamos que não é esta a conduta do bom profissional. Sua opinião deve guiar sua vida, mas não a da paciente. Como médico, deve-se mostrar as vantagens e as desvantagens do procedimento e permitir que a paciente escolha o que julgar melhor.

A segunda questão é que, sendo contra o aborto, ao receber paciente com complicações do abortamento provocado, em plantões de maternidades, muitas vezes, inconscientemente (e às vezes conscientemente), deseja puni-la pelo mal que julga ter sido feito. Assim sendo, usa espéculos grandes, faz o toque violentamente e, o que é pior, agride verbalmente a mulher que, com certeza, já está bem sofrida pelo próprio ato. Acreditamos que cada um deve ter seu sistema de valores, mas que quando se cuida de outro ser humano, é importante o respeito pelo valor do outro.

Quanto a relações sexuais pré-matrimoniais, os alunos obtiveram a média 5.43, o que demonstra que são consideravelmente a favor das relações sexuais antes do casamento. CAVALLIERI et alii(1983). também encontraram opinião semelhante

entre os jovens e os velhos, mas que mudou quando entrevistaram uma população situada numa faixa etária entre 30 e 45 anos. Nas pesquisas já descritas (BEMFAM, 1992; BASTOS et alii, 1989; ARAUJO, 1985), observou-se que uma grande parte da população jovem tem vida sexual pré-marital. A atitude favorável a este costume facilita o médico no contato com estes jovens e o situa dentro de um contexto mais real.

Os estudantes são radicalmente contra o adultério masculino, pois obtiveram média 1.53. É necessário lembrar que a turma de Medicina é composta de 56.98% de mulheres e que podem ser muito rigorosas, quanto à fidelidade masculina, assim como o são também para a fidelidade feminina (obtiveram média 1.4). Possivelmente tal dado seja decorrente destes valores que são mais arraigados na alma feminina que deseja que o homem se comporte com ela, da mesma maneira que ela tem a intenção de se comportar com ele. Segundo KINSEY, em 1948, a metade dos homens casados (cálculo aproximado) tinham relações extraconjugais. Em 1951, o mesmo autor observou que aos 40 anos 26% das mulheres casadas tinham tido relações extraconjugais. No entanto, segundo o Relatório HITE (1982b), a maioria dos homens são infiéis, e que apenas 33% dos homens casados são monógamos.

É importante, mais uma vez, não utilizar o próprio referencial como maneira de lidar com os pacientes. O índice de infidelidade feminina, ao que parece também, tem aumentado (MASTERS & JOHNSON, 1980). Cada um tem sua verdade, seus motivos e deve ser compreendido e ajudado como ser humano, com necessidades e dificuldades peculiares. Devemos nos abster de julgar e nos colocar

como profissionais de ajuda, pois como humanos que somos, algum dia podemos nos encontrar no lugar do nosso paciente.

Quanto ao planejamento familiar, o grupo foi unânime em optar por radicalmente a favor, numa média de 6.92, possivelmente por perceberem, na prática clínica, os inúmeros benefícios que dele advém.

Os alunos se colocam consideravelmente contra tanto quanto ao homossexualismo feminino (média 2.5), quanto ao homossexualismo masculino (média 2.39) denotando o modelo social em que vivemos. É extremamente difícil conviver com o diferente, principalmente quando a todo o momento ele nos lembra que podemos assimilá-lo. Pode-se pensar se também os estudantes de Medicina acreditam que o homoerotismo é uma opção consciente. O perigo está justamente em demonstrar, a nível da profissão, o preconceito existente no pensamento coletivo.

A atitude frente à prostituição é de radicalmente contra (média 2). Sem dúvida esta é uma profissão perigosa e cheia de dificuldades, no entanto é uma das mais antigas do mundo. Seria bom se pudéssemos questionar se as pessoas não teriam o direito de ganhar a vida com o próprio corpo. E se não teríamos que ser também radicalmente contra a maneira com que são tratados pelas autoridades, pelos policiais e pela sociedade em geral. É importante que o médico não carregue em si comportamentos que firam os prostitutas enquanto seres humanos.

A virgindade feminina ainda constitui uma questão polêmica, no entanto os estudantes de Medicina são simplesmente contra, uma vez que obtiveram a média 3.83. Pode-se pensar que o

grande contingente feminino tenha também pesado na avaliação da média global. A atitude mais liberal dos estudantes muitas vezes contrasta com a solicitação no lar. CAVALLIERI et alii (1983) demonstraram que 42.66% da população entrevistada é totalmente a favor de que a mulher case virgem. A grande parte dos pais ainda faz questão de que as filhas se casem virgens. É interessante notar que, apesar do grupo como um todo ser contra a virgindade feminina, tem-se um percentual de 46.94% entre as mulheres que ainda não tiveram relações sexuais. Estaria havendo uma discrepância entre o que pensam e o que fazem?

A virgindade masculina obteve a média 3.38, assim sendo classificada, como a feminina, em simplesmente contra. No entanto não tem sido assim, durante estes dois últimos séculos. A virgindade feminina nunca pode se equiparar à virgindade masculina, a ponto das pessoas não acreditarem que exista homens virgens (nosso estudo mostrou que 8.11% dos rapazes nunca tiveram relações sexuais). É interessante que os alunos de Medicina percebiam a equivalência dos assuntos pois, a não ser pela educação, o desejo biológico não difere entre homens e mulheres, assim também não é diferente o direito de escolha de ter ou não relações sexuais. Nem os homens podem ser obrigados a ter relações sexuais, nem as mulheres podem ser obrigadas a deixar de tê-las, se assim o quiserem.

Na grande parte dos temas propostos, os alunos de Medicina se comparam à população geral, no entanto devem ter em mente que não podem ter, frente aos pacientes, o comportamento da população geral.

### 5.3.5 Relação entre a sexualidade e exercício profissional

No que se refere à pergunta se considerava-se aberto à discussão das questões sexuais, no exercício da profissão, houve 69.77% de respostas afirmativas, 10.46% de respostas negativas e 18.6% que nunca pensaram a respeito. (TABELA LVI).

**TABELA LVI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a abertura para discussão sobre sexualidade no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.**

ABERTURA	Frequência	%
SIM	60	69.77
NÃO	09	10.46
NUNCA PENSOU	16	18.60
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

É importante perceber que a grande maioria dos alunos se acham abertos à discussão de tal tema.

O estudo científico da sexualidade é relativamente recente. Por muito tempo, a sexualidade ficou restrita a mesas de bares, a palcos de teatros ou cinemas pornográficos. Há poucos anos



começou-se o empreendimento de trazê-la para o meio acadêmico. Neste momento, é extremamente positivo notar que os estudantes se encontram dispostos a lidar com ela de maneira séria e responsável.

Quanto a ser questionado sobre o tema no exercício da profissão, 90.7% consideram que sim enquanto apenas 1.63% acham que não e 5.81% não sabem. (TABELA LVII)

**TABELA LVII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a opinião a respeito do aparecimento de oportunidades para discutir sobre sexualidade, no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.**

OPINIÃO	Frequência	%
SIM	78	90.70
NÃO	01	01.16
NÃO SEI	05	05.81
NUNCA PENSOU	01	01.16
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

Os alunos demonstram ter consciência de que mesmo sendo um patologista, radiologista, quimioterapeuta, radioterapeuta, ou outras especialidades médicas semelhantes, não ficarão livres de serem questionados sobre sexualidade. Devido à

autoridade que lhe é investida, as pessoas confiam no saber médico. Em qualquer lugar que esteja, ele sempre é reconhecido como médico, sendo solicitado a todo momento necessário. Vale a pena lembrar que sempre que se precisa de um profissional para discorrer sobre a sexualidade humana, o primeiro a ser lembrado é o médico. Também junto à população, quando se identifica uma disfunção ou qualquer problema de origem sexual, na grande parte das vezes, procura-se o médico. Sendo assim, existe realmente uma chance significativa de qualquer profissional da área médica ser solicitado no esclarecimento sobre a sexualidade humana.

Quanto a se considerarem capacitados para responder às solicitações, neste campo, 18.61% responderam que sim enquanto que 68.6% disseram que não e 11.63% disseram que nunca pensaram a respeito. (Tabela LVIII)

**TABELA LVIII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo sua capacidade para discutir a respeito da sexualidade, no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.**

CAPACIDADE	Frequência	%
SIM	16	18.61
NÃO	59	68.60
NUNCA PENSOU	10	11.63
NÃO RESPONDEU	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

A maioria não se julga capacitada. Apesar de ser negativa, a falta de condições para atender as necessidades dos pacientes, por outro lado é positivo eles serem capazes de perceber a realidade, ficando mais fácil assim modificá-la. O mais preocupante, no entanto, é afirmar ter competência para a discussão de tal assunto e não conseguir perceber a ilusão que estão vivendo. Fazendo o cruzamento desta pergunta com a opinião sobre a normalidade da masturbação, dois alunos que se julgam

capacitados, responderam que acham que a masturbação é anormal. Esta noção realmente esteve dentre os conhecimentos científicos do século passado, mas atualmente permeiam somente as religiões mais ortodoxas. De maneira nenhuma podemos orientar nossos pacientes por preceitos não científicos, mesmo que fira nossa crença religiosa. Além do mais, na parte de conhecimentos básicos sobre Sexologia, os alunos que mais acertaram o fizeram em 50% das questões. É necessário repensar se realmente 18.6% dos estudantes de Medicina, do último ano estão preparados para discutir satisfatoriamente, sobre sexualidade humana, com seus pacientes.

Quanto a serem a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no curso de Medicina, 95.35% responderam sim; nenhum aluno respondeu não e 3.49% responderam que nunca pensaram a respeito. (Tabela LIX).

**TABELA LIX**

**Distribuição dos estudantes de Medicina segundo a opinião sobre a introdução da disciplina de Sexualidade Humana no seu curso. Goiânia - GO, 1993.**

OPINIÃO	Frequência	%
A FAVOR	82	95.35
CONTRA	00	0.00
NUNCA PENSOU	03	03.49
SR	01	01.16
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100.00</b>

A maioria dos alunos é a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no curso. Isso pode significar que realmente percebem a lacuna em seu conhecimento, assim também como reconhecem a importância da mesma no exercício profissional. Faz-se necessário agora, frente a estes resultados, as providências burocráticas para a concretização do desejo da maioria dos alunos do 6º Ano do Curso de Medicina do ano de 1993.

Pensando que talvez, devido ao caráter íntimo das perguntas e a extensão do questionário proposto, os alunos ficassem embaraçados e entediados, fizemos uma última pergunta sobre o sentimento em relação ao mesmo. Para nossa surpresa, 74.42% responderam que se sentiram interessados, 9.3% ficaram indiferentes, 8.14% ficaram embaraçados 6.98%, referiram embaraço e interesse, e ninguém se sentiu cansado. O interesse neste tema é nítido e, sem dúvida, é necessário aproveitá-lo e revertê-lo em conhecimentos que ajudarão tanto aos alunos quanto aos pacientes.

#### 5.4 Estudantes de Medicina divididos por sexo

Vários são os estudos (BEMFAM, 1992; BASTOS et alii., 1989; MASTERS & Johnson, 1988; HITE, 1982a, 1982b; KAPLAN, 1977; KINSEY, 1953; KINSEY, 1948) que descreveram comportamentos e atitudes diferentes entre homens e mulheres frente à sexualidade. Na sociedade ocidental, apesar do avanço tecnológico alcançado, podemos conviver com valores de cem anos atrás e valores do ano 2000. Assim, ainda estão em moda princípios ditados pela era vitoriana, cheios de repressão e contradição. Espera-se da mulher que ela adie seus sentimentos sexuais até o casamento e do homem que prove sua masculinidade o mais cedo possível. A questão da virgindade feminina continua sendo assunto atual (CAVALLIERI, 1983). Apesar da grande parte dos jovens de ambos os sexos estarem mantendo relações sexuais (BEMFAM, 1992; BASTOS et alii., 1989; ARAUJO, 1985) os pais continuam a esperar que as filhas mantenham-se virgens até o casamento. Assim, temos um duplo código

moral: ao adolescente é permitido ser sexual com honra; A adolescente é obrigatório postergar qualquer manifestação sexual até o momento que a sociedade decidir (casamento). Esta dupla moral repercute no cotidiano das pessoas, em suas crenças, em suas experiências e atitudes. Com isto, achamos necessário fazer uma análise dos estudantes de Medicina, separando-os por sexo.

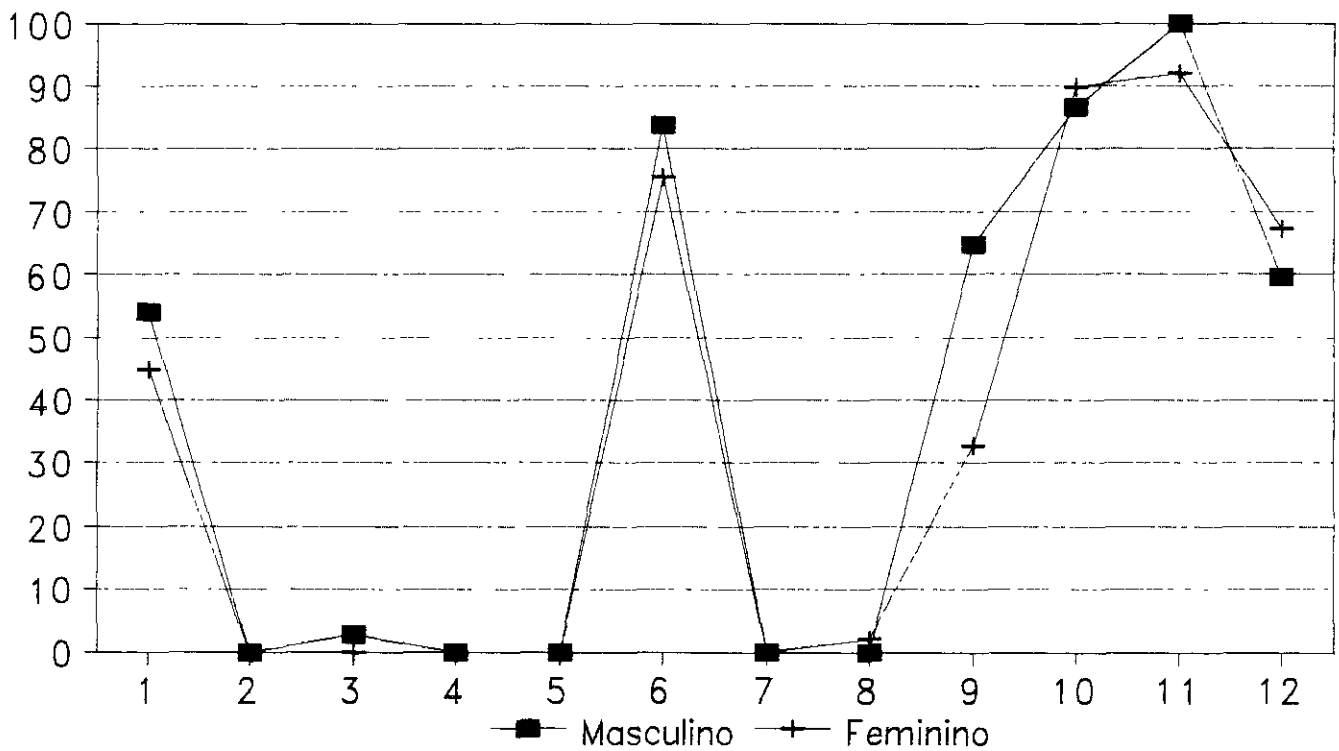
#### 5.4.1 Conhecimentos básicos de Sexologia

Considerando o total de respostas para o sexo masculino, (o número de alunos do sexo masculino multiplicado pelo número de perguntas - 444) e o total de respostas para o sexo feminino, (o número de alunos do sexo feminino multiplicado pelo número de perguntas - 588) obtivemos os seguintes resultados: os homens responderam a 37.61% perguntas corretamente; 37.39% de forma errada; 14.64% das perguntas não sabiam; 2.48% não responderam e 7.88% o fizeram de maneira incompleta. As mulheres responderam: 37.07% das perguntas de maneira correta; 26.19% de maneira errada; 24.32% não sabiam; 5.1% não responderam e 7.31% o fizeram de maneira incompleta. Após tratamento estatístico, foi observado que há diferença estatisticamente significativa entre os totais de respostas masculinas e femininas ou seja os homens responderam de forma mais adequada do que as mulheres conforme mostra o GRÁFICO VII.

Como já foi dito, na nossa sociedade, ignorância é sinônimo de pureza, assim não se estimula que a mulher adquira conhecimentos sobre a sexualidade. Espera-se que ela, além de adiar

## Gráfico VII

Distribuição das respostas certas sobre conhecimentos básicos em Sexologia dos estudantes de Medicina divididos por sexo.





seus sentimentos sexuais, também adie sua curiosidade sexual, para depois do casamento.

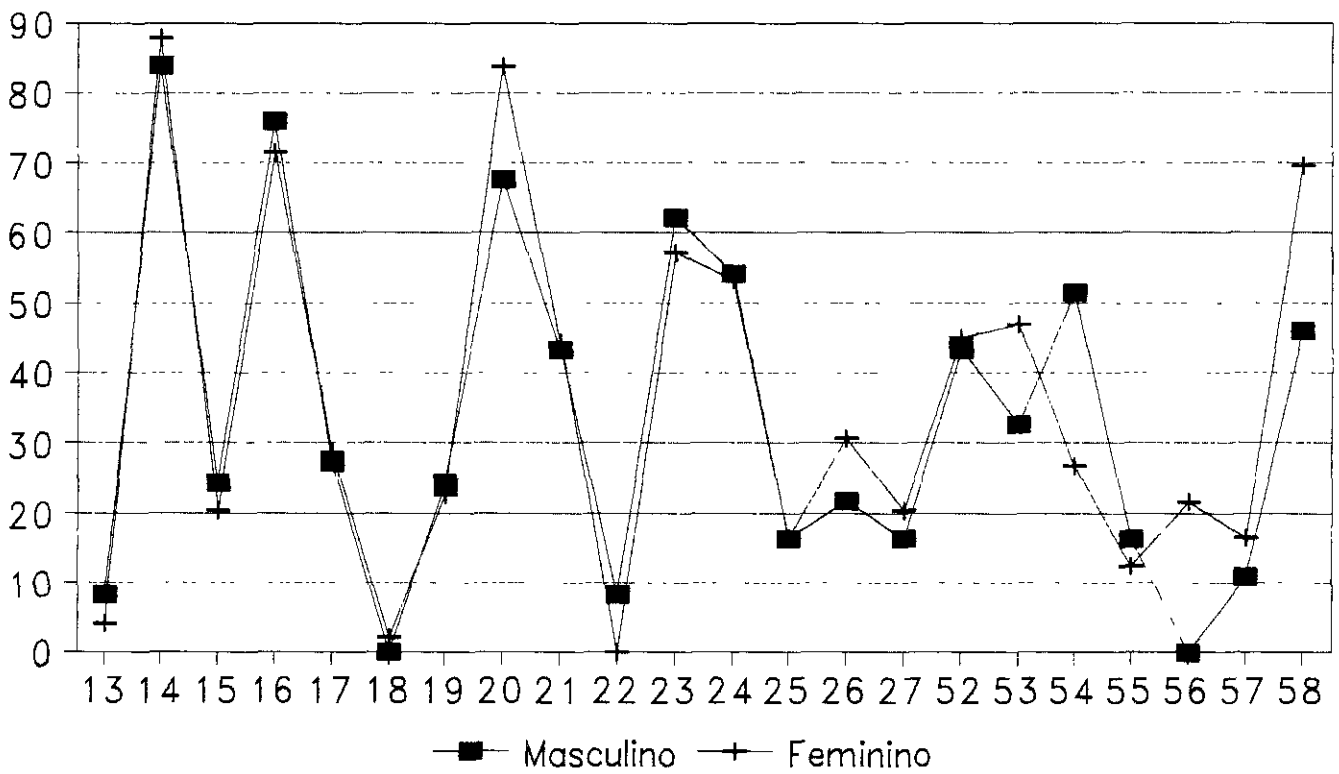
#### 5.4.2 Mitos sexuais

Considerando o número de resposta total para os mitos entre os alunos (o número de questões multiplicado pelo número de alunos - 814) e o número de resposta total para os mitos entre as alunas (o número de questões multiplicado pelo número de alunas - 1078) tivemos o seguinte resultado: os homens responderam 66.58% das perguntas de maneira correta; 18.43% de maneira errada; 14.86% não sabiam e 0.12% não responderam. As mulheres responderam 63.54% de maneira correta; 17.81% de maneira errada; 17.07% não sabiam e 1.58% não responderam, como mostra o GRÁFICO VIII.

Verificou-se diferença significativa entre as respostas masculinas e femininas ( $X^2= 10.782$ ,  $p<0.05$ ). As perguntas que deram diferenças significativas foram a de número 56 ( $X^2= 7.361$ ,  $p<0.05$ ) e 58 ( $X^2= 8.016$ ,  $p<0.05$ ). Na pergunta 56, 100% dos rapazes acertaram, enquanto somente 75.51% das moças o fizeram. Isto significa que os alunos têm maior conhecimento quando perguntados se para a grande parte das mulheres atingir orgasmo, só a penetração é necessária. Era de se esperar o contrário, ou seja que as alunas soubessem que, na grande parte das vezes, só a penetração não basta para atingir o orgasmo. Porém, considerando que 46.94% delas ainda não iniciaram vida sexual, talvez não tenham experienciado este fato. Na pergunta 58, se a mulher ejacula, 54.05% dos alunos responderam acertadamente, enquanto somente

# Gráfico VIII

Distribuição das respostas inadequadas dos estudantes de Medicina sobre mitos sexuais, divididos por sexo.



22.45% das alunas o fizeram; 32.43% dos rapazes e 42.86% das moças responderam de forma errada; 13.51% dos alunos e 26.53% das moças não sabiam. Notamos que os rapazes sabem mais de fisiologia da resposta sexual feminina do que as próprias moças. Justifica-se estes resultados, uma vez que ainda hoje, entre as mulheres, ignorância é sinal de pureza, que seria o ideal de toda moça solteira. É frequente entre alunos, ao perceber que quando uma moça se destaca no conhecimento sobre o ciclo de resposta sexual humana, o grupo a chama maliciosamente de "sabidinha". Com isto, não se têm encorajado a exploração pela mulher deste campo de tanto importância para o ser humano.

#### 5.4.3 Experiências sexuais

A grande parte das respostas referentes a experiências sexuais não obtiveram nível de diferença estatisticamente significativa entre os alunos do sexo feminino e masculino do curso de Medicina. Vale a pena citar aquelas respostas que, após se submeterem ao teste do  $\chi^2$ , mostraram-se influenciada pelo sexo.

No que se relaciona aos jogos sexuais infantis (pergunta 29), os alunos relataram que viam mais os órgãos sexuais das outras crianças que as alunas ( $X^2= 19.147$ ,  $p<0.01$ ) (TABELA LX).

TABELA LX

Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a visualização dos genitais de outras crianças nos jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.

JOGOS SEXUAIS	Masculino		Feminino		Total
	Freq.	%	Freq.	%	
SIM	23	62.16	07	14.28	30
NÃO	08	21.16	29	59.18	37
NÃO LEMBRA	03	08.11	05	10.20	08
NÃO BRINCAVA	03	08.11	08	16.33	11
TOTAL	37	100.00	49	100.00	86

Este fato vem demonstrar a separação dos comportamentos desde muito precoce na infância, onde já o elemento sexual é permitido à criança do sexo masculino e proibido ao sexo feminino. Costuma-se estimular mais o desenvolvimento da vergonha nas meninas do que nos meninos, é muito frequente escutar frases como: "menina não pode ficar sem calcinha" ou "menina não deve sentar-se com as pernas abertas". Todas estas normas para as meninas vão fazendo com que ela perceba que o genital é algo para ser escondido, daí não procurarem, diferentemente dos meninos, vê-los em outras crianças.

Quanto à pergunta se gostava das brincadeiras sexuais, 78.38% dos alunos disseram que sim e somente 38.77% das alunas responderam afirmativamente ( $X^2= 10.55$ ,  $p<0.05$ ) (TABELA LXI).

**TABELA LXI**

**Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo o gosto pelos jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

GOSTO	Masculino		Feminino		Total
	Freq.	%	Freq.	%	
SIM	29	78.38	19	38.77	48
NÃO	01	02.70	03	06.12	04
NÃO LEMBRAVA	03	08.11	11	22.45	14
NÃO BRINCAVA	04	10.81	16	32.65	20
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>	<b>85</b>

Na verdade, não se brinca do que não se gosta. O que pode acontecer com as alunas é que o sentimento de vergonha e culpa interferia de maneira negativa sobre o prazer, fazendo com que elas se sentissem muito incomodadas com este tipo de brincadeira. Sendo socialmente mais aprovado os meninos brincarem assim, podiam desfrutar de todo o prazer obtido pelos jogos.

Na pergunta 35, sobre se já tinham se masturbado, 100% dos alunos responderam que sim e apenas 67.35% das alunas o fizeram. (12.034,  $p < 0.01$ ) (TABELA LXII).

**TABELA LXII**

**Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de masturbação no passado. Goiânia - GO, 1993.**

MASTURBAÇÃO	Masculino		Feminino		Total
	Freq.	%	Freq.	%	
SIM	37	100.00	33	67.35	70
NÃO	00	0.00	15	30.66	15
SR	00	0.00	01	02.04	01
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>	<b>86</b>

Estes dados são semelhantes ao da literatura mundial (KINSEY, 1948; KINSEY, 1953; HITE, 1982a, 1982b; MASTERS & JOHNSON, 1988). Em pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e experiências sexuais em estudantes de Medicina em Hong Kong, CHAN (1990) encontrou que 77% dos homens e apenas 29% das mulheres tinham se masturbado. A maneira como se cria uma criança de sexo feminino se diferencia da maneira como se educa um menino, desde o nascimento. Assim, com certeza, estes terão comportamentos diferenciados na grande parte dos aspectos da vida, e sobretudo frente à sexualidade, onde a linha que separa homens e mulheres se encontra muito bem definida. De uma maneira geral, as questões relacionadas

com o prazer na nossa sociedade são desprezadas, mas especialmente se relacionadas com o prazer feminino. Por muito tempo, a mulher foi considerada objeto de satisfação masculina, ou simplesmente animal reprodutor, não sendo levado em conta as necessidades afetivas e sexuais da mesma. Ainda entre nós existe o mito de que as mulheres que se masturbam são anormais (MCCARY, 1978). É interessante notar, que não houve diferença entre as respostas na pergunta 36, que é sobre se masturba atualmente. Seria porque, com o amadurecimento, as mulheres vão percebendo que é um ato normal, saudável?

Quanto ao sentimento de culpa na adolescência, com a masturbação, os homens sentiram menos culpa que as mulheres (59.45% contra 22.45% nas mulheres;  $X^2 = 16.27$ ,  $p < 0.01$ ) reafirmando mais uma vez a dificuldade maior das mulheres em lidar com o prazer sem culpa (TABELA LXIII)

TABELA LXIII

Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo presença de sentimento de culpa por masturbarem, na adolescência. Goiânia - GO, 1993.

CULPA	Masculino		Feminino		Total
	Freq.	%	Freq.	%	
SIM	15	40.54	22	44.90	37
NÃO	22	59.45	11	22.45	33
S/MAST.	00	0.00	15	30.61	15
SR	00	0.00	01	02.04	01
TOTAL	37	100.00	49	100.00	86



Inquiridos sobre a atividade sexual, 91.9% dos homens afirmaram já ter iniciado vida sexual, enquanto somente 53,06% das mulheres já o fizeram ( $X^2= 13.286$ ,  $p<0.01$ ) (TABELA LXIV).

TABELA LXIV

Distribuição dos estudantes de Medicina por sexo, segundo a presença de atividade sexual. Goiânia - GO, 1993.

AT.SEXUAL	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	%	Freq.	%		
SIM	34	91.90	26	53.06	60	
NÃO	03	08.11	23	46.94	26	
TOTAL	37	100.00	49	100.00	86	

Os dados da BEMFAM (1992) mostram que no Rio de Janeiro, para a mesma faixa etária, 94.5% dos homens e 69.1% das mulheres já tiveram relações sexuais; em Curitiba, 94.2% dos homens e 66.6% das mulheres e em Recife, 92.9% dos homens e 44.3% das mulheres. Se cruzarmos com a instrução, temos no Rio de Janeiro, 83.1% dos homens e 42.5% das mulheres com o segundo grau completo ou cursando universidade já tiveram relações sexuais; em Curitiba, 79.1% de homens e 39.1% das mulheres; em Recife, 78.7% dos homens e 25.4% das mulheres. Observamos que, levamos em conta o nível de escolaridade, os índices caem tanto em relação ao homem quanto em relação à mulher. O que chama atenção é a diferença entre os

índices de atividade sexual entre homens e mulheres. Como afirmamos antes, a virgindade feminina ainda não é tema do passado. Também houve diferença entre a idade, que homens e mulheres iniciam sua vida sexual. 47.06% dos rapazes iniciaram com idade, entre 10-15 anos, enquanto nesta faixa etária somente 3.85% das mulheres o fizeram. Entre 16-20 anos, 38.23% dos homens e 53.85% das mulheres começaram a ter relações sexuais. Com mais de 20 anos, 11.76% dos homens e 38.46% das mulheres deram início a sua vida sexual (TABELA LXV).

TABELA LXV

Distribuição dos alunos de Medicina por sexo, segundo a idade em que tiveram a primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.

IDADE	Masculino		Feminino		Total
	Freq.	%	Freq.	%	
< 10	01	02.94	00	0.00	01
10-15	16	47.06	01	03.85	17
16-20	13	38.23	14	53.85	27
> 20	04	11.76	10	38.46	14
BR	00	0.00	01	03.85	01
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>60</b>

As mulheres iniciam a atividade sexual mais tardiamente do que o homem, o que é facilmente compreensível, considerando que a sociedade em que vivemos é altamente repressiva com a sexualidade feminina. Os dados descritos pela BEMFAM(1992), por BASTOS et alii. (1989) também mostram um início mais precoce para a atividade sexual masculina.

#### 5.4.4 Atitudes frente às questões relacionadas à sexualidade

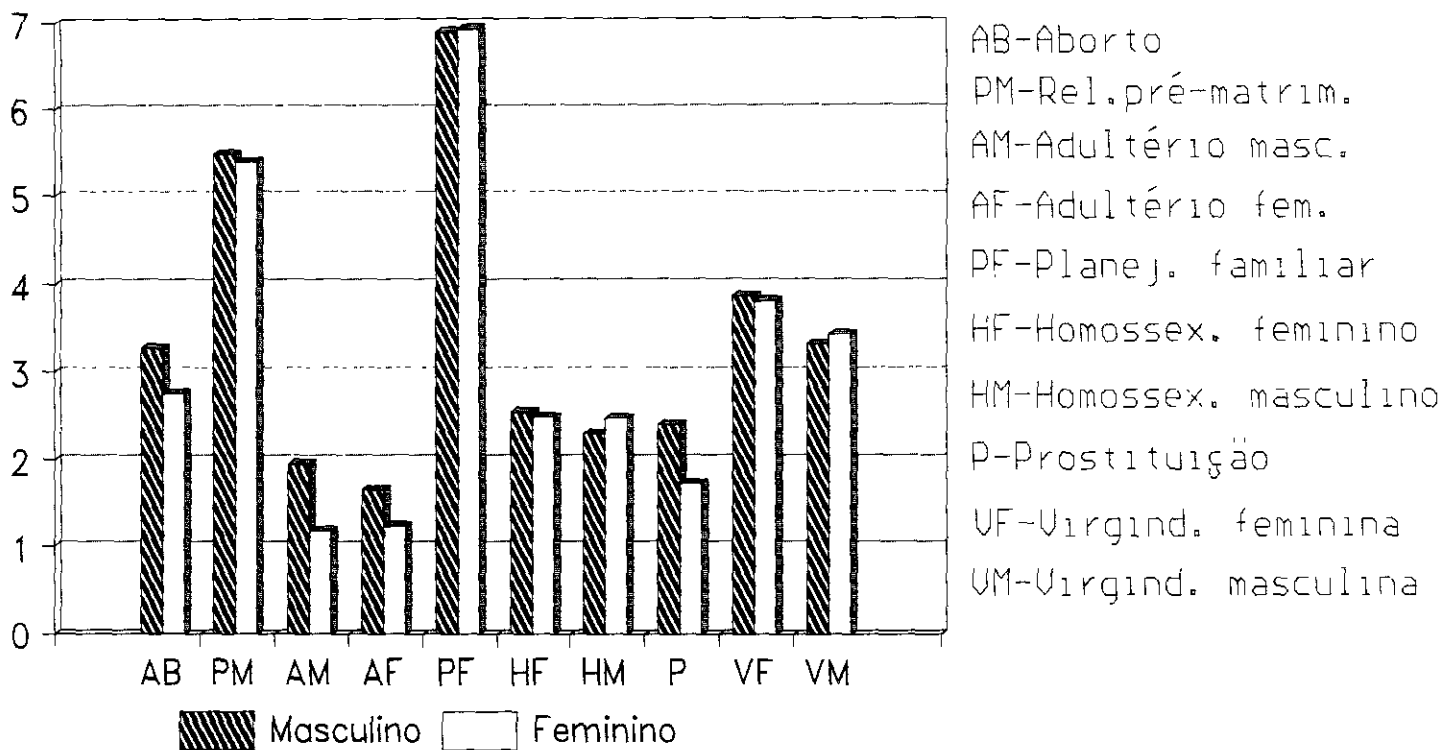
O GRÁFICO IX representa este aspecto.

As atitudes diferentes estatisticamente significativas entre os sexos foram evidenciadas nas questões sobre o adultério masculino ( $t= 2.497$ ,  $p<0.05$ ) e sobre a prostituição ( $t= 2.092$ ,  $p<0.05$ ). Considerando que a turma de Medicina é predominantemente feminina (56.98%), e que as questões de fidelidade parecem ser muito valorizadas pela mulher, culturalmente, era de se esperar que elas fossem mais rigorosas do que os homens. Elas obtiveram  $X= 1.229$  enquanto os alunos  $X= 1.944$ , ou seja as mulheres são mais "contra" a infidelidade masculina que os homens.

A outra questão que demonstrou diferença entre os sexos foi com relação à prostituição. A média feminina foi de 1.708 enquanto a masculina foi de 2.388, demonstrando que também as mulheres são, em maior grau, contra a prostituição do que os homens. Quando se fala em prostituição, associa-se mais comumente à feminina. é inclusive difícil, usarmos o termo "prostituto" ou

## Gráfico IX

Distribuição dos estudantes de Medicina, por sexo, segundo as atitudes frente as questões sexuais.



"puto" para os homens. Pode-se pensar que a repugnância maior das mulheres à prostituição se encontre justamente no fato delas se identificarem com as mulheres prostitutas (por serem também mulheres - no sentido de classe feminina) e este fato mobilizar uma grande quantidade de sentimentos negativos, o que não acontece com os homens, que por tradição têm sido os usuários de seu trabalho.

#### 5.4.5 Relação entre sexualidade e exercício profissional

No que se refere a relação entre sexualidade não se notou diferenças entre as respostas masculinas e femininas.

Como se pode observar, dentro do mesmo curso, existe uma diferença importante, em alguns aspectos, dos comportamentos, crenças e atitudes masculinas e femininas. Temos a hipótese de que por muito tempo ainda será assim. Apesar de não basearmos nossas análises no primado da Anatomia, pensamos que homens e mulheres são realmente diferentes, o que não significa uma hierarquia. Cada sexo tem suas peculiaridades.

Por muito tempo, o feminismo lutou pela igualdade entre os sexos, no entanto hoje, um outro movimento está surgindo: o feminismo da diferença (OLIVEIRA, 1991), reafirmando a diferença sem inferioridade. Simplesmente, maneiras próprias de ver e interagir com o mundo, tendo a mulher o que aprender com o homem e o homem, muito mais a aprender com a mulher, considerando que o mundo da atualidade foi construído por homens, que não conseguiram

encontrar a felicidade. Parece-nos já é momento, deste mundo sofrer a contribuição da mulher para sua modificação ou talvez seja a hora de se promover a feminização do mundo, na esperança de dias melhores.

## 6 - CONCLUSÕES

Apesar de termos encontrado diferença estatisticamente significativa no que se refere à quantidade de conhecimentos básicos em Sexologia, tendo os estudantes de Medicina maior conhecimentos que os de Engenharia, estes são insuficientes para um bom desempenho da profissão de médico, uma vez que seus scores não ultrapassaram 40%. Tal fato se torna mais crucial quando se considera que as questões propostas podem ser consideradas elementares dentro dos conhecimentos em Sexualidade Humana.

É interessante notar que, as perguntas que os estudantes de Medicina tiveram respostas significativamente diferentes dos estudantes de Engenharia, na parte de conhecimentos básicos sobre Sexologia, referem-se a disfunções sexuais (doença) e anticoncepção hormonal (medicação), aspectos estes bastante enfatizados de, maneira geral, no curso de Medicina. Nas questões relacionadas à fisiologia da resposta sexual humana, onde estes conhecimentos poderiam ajudar na promoção de saúde (aspecto preventivo) não observamos diferenças, demonstrando que o curso de Medicina não tem interferido neste tipo de compreensão.

Os estudantes de Medicina estão menos envolvidos com mitos sexuais do que os estudantes de Engenharia, embora tenha se observado a presença de uma grande quantidade de mitos entre os primeiros, o que é muito preocupante, pois o saber médico (mesmo inadequado) é acatado na maioria das vezes pelos pacientes. Obviamente, os alunos de Medicina, no decorrer do curso, têm mais oportunidades de discutir sobre algumas questões míticas do que os alunos de Engenharia.

Não há diferença entre os alunos de Medicina e os de Engenharia, no que diz respeito a experiências sexuais, assim também como não há diferença entre eles e as populações citadas em várias pesquisas (HITE, 1982a, 1982b; CAVALLIERI et alii., 1983; ARAUJO, 1985; BASTOS et alii., 1989; BEMFAM, 1992). Isto vem demonstrar que o curso de Medicina não tem interferido nas práticas sexuais de seus alunos.

Em relação a atitudes frente às questões sexuais, pudemos concluir que os estudantes de Medicina têm mais restrições em relação ao adultério masculino do que os estudantes de Engenharia. Não podemos no entanto esquecer, que entre os alunos de Medicina há mais mulheres do que entre os de Engenharia, o que possivelmente a diferença da Engenharia que é predominantemente masculina.

Outro aspecto relevante é que os estudantes de Medicina se consideram mais abertos, menos capazes, com maior chance de serem abordados sobre este tema, no exercício da profissão, e com maior interesse na introdução da disciplina de Sexualidade Humana no currículo, do que os estudantes de



Engenharia, demonstrando já estarem sensibilizados para a questão.

Na análise das atitudes dos estudantes de Medicina, frente a questões relacionadas à sexualidade, pudemos verificar que são consideravelmente contra o aborto, o homossexualismo feminino e masculino; radicalmente contra o adultério masculino e feminino e a prostituição; radicalmente a favor do planejamento familiar, e contra a virgindade feminina e masculina. Também nas atitudes, eles retratam as tendências de outras populações semelhantes estudadas (BEMFAM, 1992).

É importante ressaltar que, existe formandos de Medicina os quais não se julgam abertos à discussão sobre Sexualidade Humana, demonstrando a necessidade da Faculdade de Medicina propiciar maior reflexão sobre o tema. A grande parte não se acha preparada para a discussão, junto ao paciente. Porém, alguns se consideram preparados e entre estes estão aqueles que responderam inadequadamente a questões elementares. Esse é um problema sério, porque se o aluno tem consciência de sua deficiência, provavelmente não se aventurará a emitir orientações errôneas ao paciente, mas se ele se acha capaz e competente para fazê-lo, mesmo não estando, será imprevisível a iatrogenia que poderá gerar.

A maioria absoluta dos alunos de Medicina é a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no currículo, demonstrando, possivelmente, já estarem cientes da importância desta dimensão na vida do ser humano e de como problemas desta ordem poderão influenciar no bem estar bio-psico-social do paciente.

O foco deste trabalho está sobre os alunos de Medicina de maneira geral, independente do sexo a que pertencem, no entanto sabemos que esta pode ser uma variável que interfere na conduta dos futuros médicos. Assim, alguns aspectos significativamente diferentes entre os sexos merecem ser relatados. Os estudantes de Medicina, do sexo masculino, estão menos envolvidos com mitos do que os do sexo feminino, sendo particularmente verdadeiro, paradoxalmente, quando se considera algumas questões sobre a fisiologia da resposta sexual feminina. Vale a pena ressaltar que, o padrão de conduta feminina socialmente aceito, é retratado também pelas alunas de Medicina. Desta maneira, constatamos que as meninas visualizavam menos os órgãos genitais das outras crianças, durante os jogos infantis do que os meninos, além de também referirem mais que os últimos, que não gostavam das brincadeiras sexuais. Outro aspecto interessante, que segue as pesquisas na área, foi de que as alunas de Medicina se masturbavam menos do que os alunos, sendo que destes, todos já o fizeram, sentindo menos culpa do que elas.

Uma quantidade maior de homens do que de mulheres já iniciaram vida sexual, refletindo as características repressivas da sociedade sobre a sexualidade feminina, às quais as estudantes de Medicina não estão imunes.

Considerando a ausência de espaço para discussão sobre Sexualidade Humana, no curso de Medicina da Universidade

Federal de Goiás<sup>21</sup>, faz-se urgente medidas no sentido de propiciá-lo. Sabemos que a sexualidade é uma energia que permeia a vida de todo indivíduo. é importante ter em mente de que não é porque se está doente ou internado, que o ser humano se torna assexuado. Muitas vezes, estes problemas se exarcebam, como no caso dos infartados, diabéticos, deficiente físicos etc. Os médicos não podem mais ficar alheios a estas questões, fingindo que não existem, simplesmente porque não dominam o assunto. Além do mais, há os aspectos preventivos da sexualidade, mais importantes ainda, e que precisam ser aprofundados no meio acadêmico.

Com os dados obtidos chegamos à conclusão de que é de suma importância uma disciplina curricular, para o curso de Medicina, que se oriente para a temática sexual, onde os alunos possam não somente aprender e discutir as questões referentes aos pacientes, mas também a se reconhecerem como seres sexuais.

---

<sup>21</sup>Não existe disciplina no currículo do curso de Medicina que privilegie a Sexualidade Humana.

## 7 - FORNECENDO UMA PROPOSTA VIÁVEL

Considerando a necessidade do futuro médico se informar e refletir sobre as questões sexuais, achamos que seja imprescindível a introdução da disciplina de Sexualidade Humana no curso de Medicina.

A introdução deste tema no curso de Medicina data desde a década de 60 principalmente através dos estudos de LIEF (1964), SHEPPE & HAIN (1966), WOODS & NATTERSON, (1967), MUDD & SIEGEL (1969), GABALDON (1980), SCHNARCH & JONES (1981), VOLLMER & WELLS (1988), CHAN (1990). Todos são unânimes em defender o aprofundamento dos estudantes de Medicina nesta temática.

Vários aspectos são apontados por VOLLMER & WELLS (1988), com a intenção de confirmar a necessidade de se discutir sexualidade com os estudantes de Medicina; problemas sexuais são frequentes na prática médica; a identificação dos problemas sexuais e o grau de abertura do paciente são afetados pela naturalidade do médico em discutir assuntos ligados à sexualidade; os médicos geralmente evitam discutir temas referentes à sexualidade com seus pacientes; tendem a julgar aqueles pacientes que têm práticas sexuais diferentes de suas normas e admitem ser inadequados no tratamento

de problemas sexuais. Assim sendo, é de bom senso preparar os futuros médicos para desempenharem um papel adequado junto ao paciente, no que diz respeito a problemática sexual.

Na década de 60, apenas três Escolas Médicas nos Estados Unidos ofereciam cursos de Sexualidade Humana (SCHNAROFF & JONES, 1981). EM 1971, o número cresceu para 29 e em 1974, 106 de 114 Escolas Médicas nos Estados Unidos tinham cursos de Sexualidade Humana, eletivos ou obrigatórios (LIEF, 1971). ALZATE, em 1973 na Colômbia, cria o primeiro curso sobre Sexualidade Humana na América Latina dentro do currículo do curso de Medicina (GABALDON, 1980). No Brasil, poucos são os dados relativos a este assunto. Através de entrevista<sup>22</sup> feita com o prof. HARUO OKAWARA, constatamos que a primeira escola médica no Brasil, que se preocupou em aprofundar questões sobre sexualidade humana foi a Faculdade de Medicina de Marília - SP. O prof. HANS HALBE, então chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, convidou o prof. HARUO OKAWARA para ministrar um curso de extensão de 15 horas sobre Sexualidade Humana, que foi iniciado em 1972 e ocorreu anualmente até 1982. O estudo de ANDRADE (1986) refere que também a Universidade Federal do Paraná, foi uma das primeiras Universidade a interessar-se por este tema e em 1979, deu início a um curso sobre sexualidade humana, acoplado ao currículo normal da disciplina de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná. Começaram por quatro aulas somente, logo no entanto, chegaram à conclusão que havia necessidade de se oferecer um curso

---

<sup>22</sup> Entrevista realizada no segundo semestre de 1993

mais amplo. Atualmente, o curso de Sexualidade Humana faz parte do currículo obrigatório na Faculdade de Medicina, correspondendo a 30 horas de curso, durante um semestre, num total de 2 horas semanais.

Segundo SERAPIÃO et alii (1988, p.1080),

A partir de 1985, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro procurou abrir espaço para a discussão do problema da sexualidade humana, ampliando as informações de natureza médica, habitualmente contidas na sua programação curricular.

Como consequência ocorreu o III, Seminário sobre Sexualidade Humana, com o qual se chegou à conclusão de que seria importante a apresentação, aos Colegiados de Ensino de Graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ do Projeto para a criação da disciplina de Sexualidade Humana, de natureza extracurricular e interdepartamental. Atualmente, segundo levantamento feito por ANDRADE & MELLO (no prelo) em 1992, durante o VI Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual e IV Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, em Belo Horizonte, constatou-se a presença de quatro Faculdades de Medicina que ministravam o curso de Sexualidade Humana. São elas: Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina; Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Além destas, a disciplina de Sexualidade Humana é também oferecida pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1992 (SERAPIÃO, 1993).

A carga horária mais frequentemente escolhida para

os cursos de Sexualidade Humana gira em torno de 42 horas (HAWTON,1979), no entanto, encontramos desde cursos de 3-4 horas (HAWTON,1979), seminários com duração de aproximadamente 12 horas (STANLEY, 1978), workshops (MANDEL,1983), cursos com 20-21 horas (GOLDEN & LISTON, 1972; SCHNARCH,1981), cursos de 30 horas (ANDRADE,1986; ROSS, 1984) e cursos de 88 horas (SERAPIÃO, 1993).

Apesar de termos em mente que as informações não são suficientes para mudança de atitudes(MUNZ et alii., 1976; BEMFAM, 1992), acreditamos que uma discussão aberta e profunda sobre a sexualidade possa facilitar a interação do futuro médico com o paciente e assim estar mais disponível para uma reflexão em conjunto sobre o tema.

Achamos que deva ser introduzida no currículo do curso de Medicina, a disciplina Sexualidade Humana, de caráter obrigatório, para alunos de 3º ano<sup>23</sup>, com carga horária de 60 horas,distribuídas em 2hs/aula duas vezes por semana, por um semestre,vinculada ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Compartilhamos com os objetivos descritos por HAWTON (1979) que, em relação ao estudante de Medicina, esta disciplina deveria: ajudá-lo a se tornar mais natural nas discussões sobre a sexualidade e problemas sexuais com os pacientes, preparando-o, inicialmente, a ser mais natural com outros estudantes; ajudá-lo a tornar-se mais consciente sobre suas atitudes sexuais, permitindo que perceba como estas, podem influenciar o relacionamento

---

<sup>23</sup>A escolha do 3º ano e não outro se deve ao fato de representar o início do estudo de disciplinas clínicas, já tendo passado por Anatomia e Fisiologia Humanas.

médico-paciente; proporcionar a ele, momento de discussão sobre a influência das doenças físicas na sexualidade e fornecer informações gerais sobre a sexualidade humana. Ao término desta disciplina, é importante que o estudante de Medicina saia com uma gama de conhecimentos essenciais para uma abordagem educativa junto à comunidade, além de ter podido refletir sobre sua sexualidade. Pretende-se, também, naqueles alunos sensibilizados, estimular o estudo continuado e a pesquisa.

Tendo em mente que a informação não é suficiente para modificação de atitude, mas também que pode funcionar como um agente facilitador, achamos que o curso deve ser distribuído em um semestre para proporcionar, ao aluno, tempo suficiente para elaborações dos temas sexuais, favorecendo mudanças interiores. Acreditamos que a metodologia usada jamais poderia ser de aulas expositivas tradicionais; é importante a participação dos alunos, com a exposição das suas próprias dificuldades sexuais, para que em cima deste material, pudéssemos fazer as generalizações para a população geral.

Acreditamos que os recursos didáticos a serem utilizados deveriam ser os mais variados possível utilizando filmes, músicas, reportagens, slides para a facilitação da aprendizagem.

Poderia se pensar, a primeira vista que esta proposta assemelhará a qualquer programa para o curso de Medicina. Queremos ressaltar, no entanto, que a grande diferença se encontra na metodologia que deveria ser utilizada para a transmissão do conteúdo. Achamos que todo tema deva ser trazido para a experiência



dos alunos, estimulando-os a refletir e a colocar para o grupo o fruto desta reflexão, permitindo um intercâmbio de idéias e uma auto-crítica frente a seus comportamentos e atitudes sexuais. Deveria se trabalhar com os estudantes de Medicina em grupos educativos, reflexivos e eventualmente terapêuticos na abordagem da sexualidade. Propomos que esta disciplina tenha uma característica diferenciada dentro do curso de Medicina, pois não visaria dar somente conhecimentos técnicos para a atuação do médico junto ao paciente, mas também permitir um aprofundamento das questões sexuais do próprio aluno, futuro profissional.

Esperamos que, ao se tornar mais natural para o médico a discussão sobre este tema, ele possa ajudar os seres humanos a encontrarem a felicidade mais facilmente, no campo da sexualidade.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, R.P. - **Métodos contraceptivos**. Danc, 1983.
- ANDRADE, R.P. - A Sexologia na disciplina de Reprodução Humana. In: VITIELLO, N. - **Sexologia II**. São Paulo. Roca, 1986. p.207- 216.
- ANDRADE, R. P. & MELLO, C.R. - **Temas de Sexualidade Humana**. Curitiba. Relisul, 1992.
- ANDRADE, R.P. & MELLO, C.R. - Formação em Sexologia e Educação Sexual no Brasil. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, (No prelo).
- ARAFAT, I. & COTTON, W.L. - Masturbation practices of males and females. **Journal of Sex Research** 10: 293-307, 1974.
- ARAÚJO, M.L.M. - **A sexualidade do universitário: pesquisa entre estudantes do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Gama Filho, 1985.
- ARIÈS, P. - O casamento indissolúvel. In: ARIÈS, P. & BÈJIN, A. **Sexualidades ocidentais**. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1987.
- BANCROFT, J. - Endocrinologia da função sexual. In: **Clinicas Obstétricas e Ginecológicas**. Rio de Janeiro. Interamericana, 1980. p. 251-280.
- BASTOS, A.V.B.; MORRIS, L. FERNANDES, S.R.P. (org.) - **Saúde e educação sexual do jovem: um estudo em Salvador**. Salvador. Pathfinder Fund. 1989.
- BEMFAM ( SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR ) - **Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem**. US Department of Health and Human Services. 1992.

- BÍBLIA SAGRADA. 18.ed. São Paulo. Ed. Ave Maria, 1971.
- BURNAP, D. W. & GOLDEN, J. S. - Sexual problems in medical practice. *Journal of Medical Education*, 42: 673, 1967.
- CAMARGO JÚNIOR, B.S. - *Aulas de Medicina Legal*. Goiânia. Dom Bosco, 1979.
- CARNEY, A.; BANCROFT, J.; MATHEW, A. - Combination of hormonal and psychological treatment for female sexual unresponsiveness a comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 133:339-346, 1976.
- CAVALCANTI, R. C. - O sexo no climatério e na velhice feminina. In: CAVALCANTI, R. C. & VITIELLO, N. - *Sexologia I: textos do I Encontro Nacional de Sexologia*. São Paulo. Fêmina Livro, 1984. p. 10-24.
- CAVALCANTI, R.C.(org.); SOUZA, A.P.B.; LOYOLA, C.; CAVALCANTI, M. DIAZ, M.; GOODSON, P. - *Saúde sexual & reprodutiva: ensinando a ensinar*. Pathfinder Fund. 1991.
- CAVALCANTI, R. C. & CAVALCANTI, M. - *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo. Roca, 1992.
- CAVALLIERI, A.; GIKOVATE, F.; OKAWARA, H.; CHARBONNEAU, P.E.; NUNES, R.; CREMA, R.; BERNHOEFT, R.; COSTA, R.V. - *Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros*. São Paulo. Ed.Cultrix, 1983.
- CHALAR SILVA, A. - *Terapia do sexo e dinâmica do casal*. Rio de Janeiro. Editora Espaço e Tempo. 1989.
- CHAN, D.W. - Sex knowledge, attitudes, and experience of chinese medical students in Hong Kong. *Archives of Sexual Behavior*. 19(1): 73-93, 1990.
- CHAUÍ, M. - *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. 6.ed.São Paulo. Editora Brasiliense, 1984.
- COLE, J. B.; BEIGHTON, F. C. L. ; JONES, I. H. - Contraceptive practice and unplanned pregnancy among single university students. *British Medical Journal* 4: 217-219, 1975.
- COMFORT, A. & COMFORT, J. - *ABC do amor e do sexo*. São Paulo. Circulo do Livro, s/data.
- CONSTANTINE, L. L. & MARTINSON, F. M. - *Sexualidade infantil: novos conceitos, novas perspectivas*. São Paulo. Roca, 1984.
- COOMBS, R. H. - *Sex education in American colleges: programs and perspectives at 29 medical schools in Human Sexuality in Medical Education and Practice*. Springfield, Illinois. Ed. C. E. Vincent , 1968.

- COSTA, M. - **Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento.** São Paulo. L&PM Editores, 1986.
- COURTENAY, M. - The presentaion of psycho-sexual problems. **Journal of Family Planning Doctors**, 2(1): 16, 1976.
- DICKERSON, M. & MYERCOUGH, P.R. - The evolution of a course in human sexuality: University of Edinburgh, 1972-1979. **Med. Educ.** 13: 432-438, 1979.
- DUARTE, A. - **O prazer de ser mulher.** Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos, 1991.
- ELIADE, M. - **Aspectos do mito.** Rio de Janeiro. Edições 70, 1989.
- ENGELS, F. - **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Rio de Janeiro. Ed.Civilização Brasileira, 1978.
- ERIKSON, E. H. - **Childhood and society.** New York. Norton, 1963.
- FEBRASGO. Comissão Nacional de Reprodução Humana da FEBRASGO. XI Reunião do Comitê Nacional de Reavaliação dos Métodos Anticoncepcionais da FEBRASGO. **Conclusão.** Brasília, 1990.
- FISHER, S. - **O orgasmo da mulher.** São Paulo. Editora Manole, 1980.
- FOUCAULT, M. - **História da sexualidade: uso dos prazeres.** Rio de Janeiro. Graal, 1984.
- FREDERICKSON, H.M. & WILKINS-HAUG, L. - **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
- FREUD, S. - Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmundo Freud.** Rio de Janeiro. Imago, 1974. v. 19.p. 303-320.
- FREUD, S. - A sexualidade na etiologia das neuroses. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro. Imago, 1974. v.3. p. 287-312.
- FREUD, S. - Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro. Imago, 1974. v. 7. p. 123-250.
- GABALDÓN, M.P. - Conocimientos en Sexologia en un grupo de estudiantes universitarios. **Acta Científica Venezolana** 31:291-295, 1980.
- GOLDEN, J. S. & LISTON, E. H. - Medical sex education: the world of illusion and the practical realities. **Journal of Medical Education**, 47: 761-777, oct, 1972.

- GOLDENSON, R. M. & ANDERSON, K. N. - **Dicionário do sexo.** São Paulo. Editora Atica, 1986.
- GUIMARÃES, E.M.B. - **Adolescência para pais e professores.** Goiânia. Editora Escaleno, 1992.
- GUNDERSEN, B.H.; MELAS, P.S.; SKAR, J.E. - **Comportamento sexual da criança pré-escolar: observação dos professores.** In: Constantine L. L. & Martinson, F. M. **Sexualidade infantil: novos conceitos e novas perspectivas.** São Paulo, 1984.p.40-55.
- HALBE, H.W. - **Ginecologia endócrina 1.** São Paulo. Livraria Roca, 1982.
- HARLOW, H.F. - **Learning to Love.** San Francisco. Albion, 1971.
- HAWTON, K.E. - **A human sexuality course for Oxford University medical students.** *Medical Education* 13:428-431, 1979.
- HERNDON, C. N. & NASH, E. M. - **Pre-marriage and marriage counseling: a study of practices of North Carolina physicians.** *J.A.M.A.*, 180: 395-401, 1962.
- HIGHWATER, J. - **Mito e sexualidade.** São Paulo. Ed. Saraiva, 1992.
- HITE, S. - **O relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade humana.** 14.ed.São Paulo. Difel, 1982a.
- HITE, S. - **O relatório Hite sobre sexualidade masculina.** São Paulo. Difel, 1982b.
- HOLANDA FERREIRA, A.B. **Novo dicionário Aurélio.** 2. ed. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1986.
- HORNER, T. - **O sexo na Bíblia.** São Paulo. Gemini Comunicação, 1989.
- KANTNER, J.F. & ZELNIK, M. - **Sexual experience of young unmarried women in the United States.** *Family Planning*, 4(4): 9-18, 1972.
- KAPLAN, H.S. - **A nova terapia do sexo.** 2. ed. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1977.
- KAPLAN, H. S. - **O desejo sexual.** Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1983.
- KASSORLA, I. - **Amor no es vergonzoso.** Barcelona. Editora Grizalbo, 1980.
- KENYON, F.E. - **Homossexualidade na prática ginecológica.** In: **Clinicas Obstétricas e Ginecológicas: Medicina sexual.** Rio de Janeiro. Interamericana, 1980.

- KINSEY, A.; POMEROY, W. B. ; MARTIN, C. E. - **Sexual behavior in human male.** Filadelfia e Londres. W.B. Sauders Co., 1948.
- KINSEY, A.; POMEROY, W. B.; MARTIN C. E. - **Sexual behavior in the human female.** Philadelphia. Sauders Co., 1951.
- KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - **Manual de Medicina Sexual.** São Paulo. Editora Manole, 1982.
- KOSNIK, A.(org.);CARROL, W.; CUNNINGHAM, A.; MODRAS, R.; SCHULTE, J. - **A sexualidade humana: novos rumos do pensamento católico americano.** Petrópolis. Vozes, 1982.
- KUSNETZOFF, J.C. - **A mulher sexualmente feliz.** Rio de Janeiro. 4.ed. Editora Nova Fronteira, 1988.
- LANGFELDT, R. - **Processos de desenvolvimento sexual.** In: Constantine, L.L. & Martinson, F. M. - **Sexualidade infantil: novos conceitos, novas perspectivas.** São Paulo. Roca, 1984. p. 33-39.
- LADDAS, A.K.; WHIPPLE, B. ; PERRY, J.D. - **O ponto G e outras descobertas recentes sobre a sexualidade feminina.** Editora Record, 1982.
- LERER, M.L. - **Sexualidad femenina: mitos, realidades y el sentido de ser mujer.**2. ed. Mexico. Editorial Hermes, 1987.
- LIEF, H.I. - **Sex Education in Medical Schools.** *Journal of Medical Education*, 46: 343, 1971.
- LOPES, G.P. - **Sexualidade humana.** Rio de Janeiro. Medsi, 1989.
- LOPES, G. P.; MAIA, M.; MARQUES, C.; GOODSON, L.; CARVALHO, M.A.; TORRES, L.O. - **Sexualidade durante a gravidez.** In: LOPES,G.P.; CAVALCANTI, R.R.; ANDRADE, R.P. - **Sexologia Integral.**Curitiba. Relisul, 1992.
- MACHADO, J. C. F. - **Sexo com liberdade.** Belo Horizonte. Fênix, 1988.
- MALDONADO, M.T.; NAHOM, J.C.; DICKSTEIN, J. - **Nós estamos grávidos.** 6.ed. Rio de Janeiro. Bloch Educação, 1985.
- MANDEL, J.B. - **Medical education about human sexuality: the impact of film in the workshop setting.** *Medical Education*, 17:305-310, 1983.
- MANOCCI, J. F.; GONÇALVES, N.; VLAINICH, G. I. - **Abordagem etiológica e incidência da anorgasmia feminina na Santa Casa de Misericórdia - S.P.** In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE SEXOLOGIA E EDUCAÇÃO SEXUAL, 6, Belo Horizonte, 1992. Anais. Belo Horizonte, 1992. p.164.

- MANZIN, R. & BRUSCHINI, C. - Homossexualidade. In: Barroso, C. & Bruschini, C. - *Sexo e juventude*. 3. ed. São Paulo. Cortez Editora, 1990. p. 75-81.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. - *Counseling with sexually incompatible: marriage partness in couseling in marital and sex problems*. Baltimore. Klemer, R. H. Ed., 1965.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. - *A incompetência sexual*. 3.ed. Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira, 1979a.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. - *Homossexualidade em perspecitva*. São Paulo. Artes Médicas, 1979b.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. - *A conduta sexual humana*. 3. ed. Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira, 1979c.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. - *O relacionamento amoroso*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1988.
- MCCARY, J. C. - *Mitos e credidices sexuais*. São Paulo. Ed. Manole, 1978.
- MEAD, M. - *Sexo e temperamento*. 3.ed. São Paulo. Perspectiva, 1969.
- MEAD, M. - *Macho e fêmea*. Petrópolis. Vozes, 1971.
- MILES, R. - *A história do Mundo pela mulher*. Rio de Janeiro. Casa Maria Editorial, 1989.
- MONEY, J. & EHRHARDT, A.A. - *Man and woman, boy and girl*. Baltimore. Johns Hopkins Press, 1972.
- MUDD, J.W. & SIEGEL, R.J. - *Sexuality: the experience and anxieties of medical students*. *New Engl. J. Med.*, 281(25):1397-1403, 1969.
- MUNZ, D.; CARSON, S.; BROCK, B.; BELL, L.; KLEINMAN, I.; ROBERT, M. and SIMON, J. - *Contraceptive knowledge and practice among undergraduates at a Canadian University*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*124(5): 499-503, 1976.
- MURARO, R. M. - *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. Petrópolis. Vozes, 1983.
- MURARO, R. M. - *A mulher no terceiro milênio*. 2.ed. Rio de Janeiro. Ed. Rosa dos Tempos, 1992.
- OLIVEIRA, R.D. - *Elogio da Diferença*. São Paulo. Editora Brasiliense, 1991.

- PIAGET, J. - **Plays, dreams and imitation in childhood.** New York. Norton, 1962.
- POPULATION REPORTS - **Os anticoncepcionais orais na década de 1980.** Série A(6), 1983.
- REICH, W. - **Irrupção da Moral Repressiva.** São Paulo. Ed. Martins Fontes, s/data.
- REUBEN, D. - **Tudo que você queria saber sobre sexo.** 12.ed. Rio de Janeiro. Editora Record, 1969.
- RIBEIRO, M. - **Sexo sem mistérios.** Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos, 1992.
- ROSS, M. W. - **Designing sexual Medicine courses: a model.** *Medical Education*, 18: 24-30, 1984.
- SANCHES, F.M.; TEIXEIRA, L.L.; RODRIGUES JR., O.M. - **Opinião de estudantes universitários sobre sexo oral em relações heterossexuais.** *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 2(1): 52-68, 1991.
- SARQUES, J. J. - **Ideologia Sexual dos Gigantes.** Brasília. Dissertação de Mestrado - Departamento de Comunicação, UnB, 1986.
- SCHNARCH, D.M. - **Impact of Sex Education on medical students projections of patients attitudes.** *Journal of Sex and Marital Therapy* 7(2): 141-155, 1981.
- SCHNARCH, D.M. & JONES, K. - **Efficacy of Sex Education courses in Medical School.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7(4):307-317, 1981.
- SERAPIÃO, J.J. - **Disciplina de Sexualidade Humana no Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** In: **WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY**, 11, Rio de Janeiro, 1993. **Tematic Session 18.** Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993. (Abstract)
- SERAPIÃO, J.J.; SOUZA, I.B.; COURO, I.D. - **III Seminário sobre sexualidade humana: um projeto de Educação Sexual para universitários da UFRJ.** *Femina*, 16(12): 1000-1003, 1988.
- SHEPPE, W.M. - **Sex, the human condition and the family physician.** *Southern Medical Journal*, 63: 584, 1970.
- SHEPPE, W.M. & HAIN, J.D. - **Sex and the medical student.** *Journal of Medical Education*, 41: 457-463, 1966.
- STANLEY, E. - **An introduction to sexuality in the medical curriculum.** *Medical Education*, 12: 441-445, 1978.



- STEEL, R.G.D. & TORRIE, F.H. - **Principles and Procedures of Statistics**. New York. McGraw-Hill Book Company, 1980.
- SUPLICY, M. - **Sexo para adolescentes**. São Paulo. FTD, 1988.
- TANNAHILL, R. - **O sexo na História**. Rio de Janeiro. Editora Francico Alves, 1983.
- TIBA, I. - **Sexo e Adolescência**. São Paulo. Editora Atica, 1986.
- TUCKER, P. & MONEY, J. - **Os Papéis Sexuais**. São Paulo. Editora Brasiliense, 1981.
- VALENZUELA, M.S.; HEROLD J.M.; MORRIS, L. - Encuesta de salud de la reproducción en adultos jóvenes del Gran Santiago. ISSN 0716-1336. 19-26, 1988.
- VAN USSEL, J. - **Repressão Sexual**. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1980.
- VAUGHAN, P. - **O mito da monogamia**. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos, 1992.
- VIGGIANO, M.G.C. - Sexualidade e gravidez. In: VITIELLO, N. & CAVALCANTI, R.R. - **Sexologia I: textos do I Encontro Nacional de Sexologia**. São Paulo. Femina Livro, 1984.p. 107-118.
- VOLMER, S.A. & WELLS, K.B. - How comfortable do first year medical students expect to be when taking sexual histories? **Medical Education**, 22:418-425, 1988.
- WEREBE, M. J. G. - Estudos sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. **Ciência e Cultura**, 31(4): 373-381, 1979.
- WOODS, S. M. & NATTERSON, J. - Sexual attitudes of medical students: some implications for medical education. **Amer. J. Psychiat**, 124:323-332, 1967.

## ANEXO I

*Relação dos mitos relacionados à sexualidade mais frequentemente encontrados nas sociedades ocidentais: (CAWALCANTI et alii., 1991; LOPES, 1989; LERER, 1987; MCCARY, 1978)*

- 01 - Os orgasmos simultâneos são necessários à compatibilidade sexual no casamento.
- 02 - A rotura himenal prova que uma jovem não é virgem.
- 03 - O homem sabe, através da relação sexual, se a mulher é virgem ou não.
- 04 - Após a mulher perder a virgindade, seu corpo se modifica.
- 05 - A mulher não deve ter iniciativa frente ao sexo.
- 06 - A mulher não deve dar conhecimento de suas preferências eróticas para não ferir o seu companheiro.
- 07 - A mulher não deve vivenciar a atividade sexual quando não intervenha a vagina como zona erógena.
- 08 - Aqueles que se absterem de sexo gozam de melhor saúde.
- 09 - A atuação esportiva é prejudicada pela relação sexual no dia anterior.
- 10 - A redução funcional das glândulas sexuais assinala o fim da vida sexual do homem e da mulher.
- 11 - Um pênis grande é importante para a gratificação sexual da mulher.
- 12 - O homem que tem pênis grande é mais potente do que aquele que tem um pequeno.
- 13 - Deve-se evitar relações sexuais durante a gravidez.

- 14 - A cada indivíduo cabe apenas um grande número de experiências sexuais e, ao esgotar-se a quota, encerra-se a atividade sexual dessa pessoa.
- 15 - O álcool é estimulante sexual.
- 16 - Se um homem ou mulher é esterilizado, o impulso sexual diminui.
- 17 - A castração destrói totalmente o impulso sexual.
- 18 - A menopausa ou a histerectomia determinam o fim da vida sexual de uma mulher.
- 19 - O desejo e a habilidade sexuais decrescem sensivelmente entre os quarenta e os cinquenta anos.
- 20 - A mulher jamais se excita no sono, como ocorre no homem.
- 21 - A mulher mais sexy deve ser multiorgásmica.
- 22 - A vagina frouxa impossibilita o orgasmo.
- 23 - Se a mulher for lenta para atingir o orgasmo, deve fingir que conseguiu para agradar ou prender seu parceiro.
- 24 - A ejaculação precoce está vinculada a causas físicas, como a hipersensibilidade da glândula.
- 25 - O homem sempre quer e está disposto para o sexo.
- 26 - Toda atividade sexual requer como condição indispensável a ereção.
- 27 - O papel da mulher deve ser passivo.
- 28 - A mulher que já teve outros relacionamentos (não é virgem) tem maior possibilidade de vir a ser adúltera.
- 29 - O homem que se masturba fica fraco, inseguro ou louco.
- 30 - A masturbação não é coisa para a mulher e aquela que se masturba é doente.
- 31 - Sexo oral ou anal é sujo e repugnante, e quem o pratica é degenerado.
- 32 - Fantasias sexuais não são para mulher decente.
- 33 - A mulher só é violada porque provocou.
- 34 - A mulher que nunca teve relação sexual é histérica e fracassada.

- 35 - A remoção da próstata assinala o fim da atividade sexual do homem.
- 36 - O homem não tem ou não deve expressar certos sentimentos.
- 37 - No sexo, como em qualquer outra coisa, o que conta é o rendimento.
- 38 - O homem é o encarregado de conduzir a relação sexual e é responsável pelo orgasmo feminino.
- 39 - Depois de casado, o homem deixa de masturbar-se.
- 40 - O desequilíbrio hormonal é que causa a homossexualidade.
- 41 - O sexo orogenital entre um homem e uma mulher é indicador de tendências homossexuais.
- 42 - O homem que sente estimulação no seu mamilo reprimiu seus desejos homossexuais.
- 43 - Delinquentes homossexuais são uma ameaça para a sociedade.
- 44 - Os homossexuais são mais criativos que os heterossexuais.
- 45 - Qualquer lésbica preferiria um homem, se fosse um homem de verdade e usasse a técnica correta.
- 46 - A típica mulher profissional é uma lésbica reprimida.
- 47 - Toda mulher feminista é homossexual.
- 48 - Um travesti e um transexual são a mesma coisa e ambos são homossexuais.
- 49 - Toda relação tem que acabar em orgasmo.
- 50 - A Educação Sexual estimula os adolescentes a transarem.
- 51 - A pílula anticoncepcional esteriliza a mulher.
- 52 - Um mulher não engravida se não houver penetração vaginal.
- 53 - A mulher não pode engravidar nunca durante a menstruação.
- 54 - O DIU dá câncer.
- 55<sup>29</sup> - É fisiológico que a mulher tenha menos apetite sexual do que o homem.

---

<sup>29</sup> Os mitos de n° 55 a 91 foram os trabalhados no corpo do trabalho.

- 56 - As virgens não têm as mesmas necessidades sexuais das outras mulheres.
- 57 - O hímen é a prova da virgindade.
- 58 - As mulheres não sentem desejo durante a gestação.
- 59 - Uma mulher virgem (hímen íntegro) não pode estar grávida.
- 60 - O coito durante o período menstrual traz um risco de infecção.
- 61 - A virgindade é o tesouro da mulher e é fator importante para a felicidade conjugal.
- 62 - Na mulher o gozo é mais espiritual do que corporal.
- 63 - A lubrificação e a ereção são sinais de que há uma exigência de coito.
- 64 - A mulher deve sempre estar pronta para satisfazer o homem.
- 65 - As mulheres frigidas o são por natureza e jamais conhecerão o orgasmo.
- 66 - A menopausa assinala o fim da vida sexual da mulher.
- 67 - As mulheres não se excitam com a pornografia.
- 68 - Sexualmente a mulher é passiva e o homem é ativo.
- 69 - Se a mulher não é charmosa e jovem, não pode gozar de uma boa relação sexual.
- 70 - Conhecer o nosso corpo não é importante para a sexualidade.
- 71 - As emissões noturnas são sintomas de distúrbios sexuais.
- 72 - As mulheres não experimentam orgasmos noturnos.
- 73 - As mulheres ejaculam como os homens.
- 74 - Os orgasmos simultâneos são mais satisfatórios que os experimentados separadamente.
- 75 - Há uma diferença entre o orgasmo vaginal e o clitoridiano.
- 76 - A mulher deve chegar ao orgasmo durante o coito somente com a penetração, pois só assim é o modo correto.
- 77 - A relação sexual termina quando o homem tem orgasmo.
- 78 - Os velhos não devem esperar permanecer sexualmente ativos.

- 79 - Algumas substâncias são poderosos afrodisíacos.
- 80 - Uma boa relação sexual é aquela que sempre termina em orgasmo.
- 81 - Práticas sexuais excessivas ou fora do comum podem causar colapsos mentais.
- 82 - A pornografia tem um efeito corrosivo sobre a mente e o comportamento das pessoas, em particular das crianças
- 83 - Os jovens de hoje estão se tornando sexualmente depravados.
- 84 - As pessoas são homossexuais porque nasceram assim.
- 85 - Os homossexuais molestam mais crianças do que os heterossexuais.
- 86 - No casal homossexual masculino existe sempre o ativo e o passivo.
- 87 - O estímulo sexual que excita o homem, é o mesmo que excita a mulher.
- 88 - O tempo que leva o homem para ficar excitado é, na maioria das vezes o tempo que leva a mulher para ficar excitada.
- 89 - Os profissionais da área de saúde estão capacitados e emocionalmente preparados para lidar com problemas sexuais das pessoas.
- 90 - A masturbação provoca demência, espinhas e vários outros problemas físicos e psicológicos.
- 91 - A pílula anti-concepcional pode causar uma grande variedade de doenças em qualquer mulher que tomá-la.

## ANEXO II

## QUESTIONÁRIO

A finalidade deste questionário é avaliar os conhecimentos científicos, valores, práticas e satisfação em relação aos conceitos de sexualidade em estudantes universitários, que poderão, na prática profissional, entrar em contato com este aspecto da vida das pessoas. Apesar de sexo ser tão importante para a felicidade humana, pouco se sabe e pouco se fala a respeito, na comunidade científica.

Solicito sua colaboração, como futuro profissional, para concretização desta pesquisa que faz parte de um projeto de mestrado. Por gentileza, responda as perguntas da maneira mais honesta possível.

Por favor, leia cada pergunta, assinale sua resposta nos parênteses correspondentes e/ou nas linhas acessórias se for necessário. Algumas perguntas podem ter mais de uma resposta.

Asseguramos que não nos interessa identificar as pessoas que responderam, portanto não assine o questionário.

## 1ª PARTE

Curso que faz: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

As perguntas de 1 a 5 referem-se a você.

01- Sexo:

- ( ) 1 Masculino  
( ) 2 Feminino

02- Idade: \_\_\_\_\_ anos

03- Trabalho:

- ( ) 1 Sim Renda Mensal: \_\_\_\_\_  
( ) 2 Não

04- Estado Civil:

- ( ) 1 Solteiro ( ) 2 Casado ( ) 3 Viúvo  
( ) 4 Separado/desquitado/divorciado ( ) 5 Junto sem casamento

05- Tem filhos?

- ( ) 1 Sim Quantos? \_\_\_\_\_  
( ) 2 Não

As perguntas 6 e 7 referem-se à família como um todo

06- Quem colabora mais para a renda familiar?

- ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Você ( ) Outros \_\_\_\_\_

07- Renda Familiar:

- ( ) até 15 salários mínimos ( ) maior que 15 salários mínimos



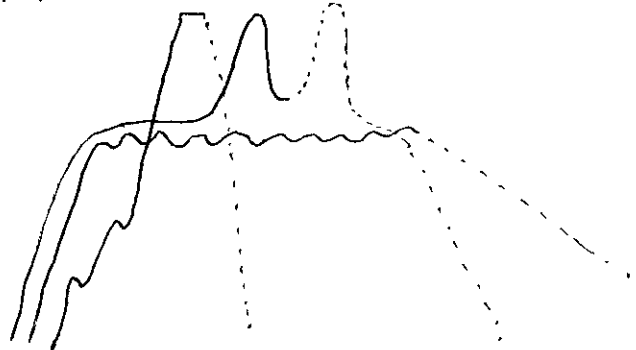


2ª Parte

01- Coloque F no esquema que se aplica à resposta sexual feminina e M no esquema que se aplica à resposta sexual masculina.

( )

( )



( ) Não sei

02- Você conseguiria descrever as modificações que ocorrem no corpo da mulher durante a fase de excitação sexual?

( ) Sim

Quais? .....

( ) Não

03- Você conseguiria descrever as modificações que ocorrem no corpo do homem durante a fase de excitação sexual?

( ) Sim

Quais? .....

( ) Não

04- Você saberia descrever o que ocorre no organismo feminino no momento do orgasmo?

( ) Sim

O que? .....

( ) Não

05- Você saberia descrever o que ocorre no organismo masculino no momento do orgasmo?

( ) Sim

O que? .....

( ) Não

06- Nas mulheres, você sabe qual o órgão receptor e transmissor das sensações eróticas que provoca o orgasmo feminino?

- ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

07- Você conhece as disfunções sexuais femininas?

- ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

08- Você conhece as disfunções sexuais masculinas?

- ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

09- Você acha que homossexualismo é:

- ( ) a mulher se sentir homem e vice-versa  
 ( ) o homem agir como mulher e vice-versa  
 ( ) um desvio de comportamento  
 ( ) um indivíduo ter atração e/ou relações sexuais com pessoas de ambos os sexos  
 ( ) um indivíduo sentir-se atraído e/ou ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo  
 ( ) não sei

10- Se na adolescência ocorre a atração sexual e/ou relação sexual entre pessoas do mesmo sexo, com certeza este adolescente será:

- ( ) transexual ( ) heterossexual ( ) bissexual  
 ( ) homossexual ( ) nada podemos afirmar ( ) não sei

11- Você sabe qual o método anticoncepcional que pode ser utilizado na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

12- Você sabe qual o método anticoncepcional reversível mais seguro?

- ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

**Marque V (verdadeiro) , F (falso) ou N (não sei)**

- 13- ( ) Manter relações sexuais com a mulher menstruada prejudica a saúde do casal.
- 14- ( ) Há uma diferença entre orgasmo vaginal e o clitoridiano.
- 15- ( ) Os velhos não devem esperar permanecer sexualmente ativos
- 16- ( ) Algumas substâncias são valiosas como afrodisíacos.
- 17- ( ) Uma mulher pode engravidar mesmo tendo hímen íntegro (sendo virgem).
- 18- ( ) A pílula anticoncepcional causa uma grande variedade de doenças em qualquer mulher que tomá-la por qualquer período de tempo.
- 19- ( ) Os homens e as mulheres homossexuais o são porque nasceram assim.
- 20- ( ) No casal homossexual masculino existe sempre o ativo e o passivo.
- 21- ( ) Práticas sexuais excessivas ou fora do comum podem causar colapsos mentais.
- 22- ( ) A masturbação provoca demência, espinhas e vários outros problemas físicos e psicológicos.
- 23- ( ) A pornografia tem um efeito corrosivo sobre a mente e o comportamento das pessoas, em particular crianças.
- 24- ( ) Os homossexuais têm uma tendência maior a molestar crianças.
- 25- ( ) Os profissionais da área de saúde estão capacitados e emocionalmente preparados para lidar com problemas sexuais das pessoas.
- 26- ( ) Os jovens de hoje estão se tornando sexualmente depravados.
- 27- ( ) A virgindade feminina é um fator importante para a felicidade conjugal.

**Você sabe que é comum, na infância, as crianças brincarem de papai e mamãe, de médico e enfermeira etc. fazendo desta forma, suas primeiras experiências sexuais. Assim sendo responda as seguintes perguntas:**

**Obs. Você pode responder a mais de uma alternativa nas perguntas abaixo:**

28- **Você, quando criança procurou brincar de médico e enfermeira ou de papai e mamãe?**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

29- **Nestas brincadeiras, você via ou mexia nos genitais (vulva ou pênis) das outras crianças?**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

30- **Você gostava destas brincadeiras?**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

31- **Você tinha vergonha delas?**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

32- **Tinha medo de que algum adulto pegasse você brincando assim?**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

33a- **Alguma vez, um adulto surpreendeu você durante estas brincadeiras? Se responder sim, passe para a 33b.**

1 Sim       2 Não       3 Não me lembro       4 Não brincava

33b- **Qual foi a conduta deste adulto?**

1( ) repreendeu com palavras sua conduta.

2( ) bateu em você.

3( ) fingiu que não viu.

4( ) conversou com você a respeito, sem repreendê-lo.

34- **Seus pais já conversaram abertamente sobre sexo com você?**

1 Sim      Qual sua idade, quando isto aconteceu pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos.

2 Não

35- Você já se masturbou( mexeu nos genitais até gozar)?

( )1 Sim ( )2 Não

36- Você se masturba?

( )1 Sim ( )2 Não

37- Você considera masturbação:

( )1 Normal ( )2 Anormal

38- Na adolescência, você já sentiu culpa por masturbar-se?

( )1 Sim ( )2 Não ( )3 Não me masturbei

39- Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?

1 \_\_\_\_\_ anos ( )2 Nunca tive

**Se você nunca teve relações sexuais, responda à pergunta 40 e depois vá para a pergunta 50; se já teve relações sexuais, não responda à pergunta 40 e continue respondendo às perguntas a partir da 41.**

40- Se você nunca teve relações, foi porque:

( )1 é muito novo(a)

( )2 não é casado(a) e quer ter relação sexual só com o cônjuge

( )3 é imoral antes de casar

( )4 tem medo de que? \_\_\_\_\_

( )5 não encontrou o (a) parceiro(a) ideal

( )6 por motivos religiosos

( )7 porque a família condena antes do casamento

( )8 outros(explique) \_\_\_\_\_

41- Na primeira relação sexual, você ou seu parceiro(a) estava usando algum método anticoncepcional (qualquer método que evite gravidez)?

( )1 Sim Qual? \_\_\_\_\_

( )2 Não Por quê? \_\_\_\_\_

( )3 Não sei

42a- Alguma vez, você já teve "doença sexualmente transmissível"?

( )1 Sim Quais? \_\_\_\_\_

( )2 Não

42b- Quando tem relação sexual, você (ou o seu parceiro) usa "camisinha" ?

- ( ) 1 para evitar doenças sexualmente transmissíveis  
 ( ) 2 para evitar gravidez  
 ( ) 3 ambos os motivos acima citados  
 ( ) 4 não usa

43- Alguma vez houve gravidez indesejada como consequência de suas relações sexuais?

- ( ) 1 Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 ( ) 2 Não

44- Durante o período que você tem relações sexuais, você ou o(a) parceiro(a) utiliza algum método para evitar gravidez?

- ( ) 1 Sim, todas as vezes Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) 2 Sim, às vezes Por quê? \_\_\_\_\_  
 ( ) 3 Não Por quê? \_\_\_\_\_

45- Já praticou sexo oral (estímulos dos genitais do parceiro(a) com a boca)?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

46- Já praticou sexo anal (penetração do pênis no ânus)?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

47a- Durante a relação sexual você tem fantasias sexuais (imagina situações excitantes)? Se responder sim, passe para 47b.

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

47b- Se tem fantasias, como se sente a respeito delas?

- ( ) 1 satisfeito ( ) 2 culpado ( ) 3 indiferente

48a- Você já teve experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo (troca de carícias ou relação sexual)? Se responder sim, passe para 48b.

- ( ) 1 Sim Que idade tinha, quando ocorreu pela primeira vez?  
 \_\_\_\_\_ ANOS.

- ( ) 2 Não

48b- Você se sentiu:

- ( ) 1 satisfeito ( ) 2 culpado ( ) 3 com medo ( ) 4 indiferente

49- Após sua primeira experiência sexual, você se sentiu:

- ( ) 1 satisfeito ( ) 2 culpado ( ) 3 com medo  
 ( ) 3 decepcionado ( ) 5 angustiado ( ) 6 confuso

50- Você tem liberdade de esclarecer suas dúvidas a respeito da sexualidade com algumas pessoas?

- ( ) 1 Sim Quem? \_\_\_\_\_  
 ( ) 2 Não

51- Você acha que sexo sadio é aquele feito:

- ( ) 1 de relação genital com genital (pênis-vagina)  
 ( ) 2 sexo oral  
 ( ) 3 sexo anal  
 ( ) 4 outras maneiras: \_\_\_\_\_

52- Você acha que toda relação tem que acabar em orgasmo? (prazer máximo)

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

53- Você acha que para o casal ter prazer na relação sexual, o orgasmo (prazer máximo) dos dois, deve ser simultâneo?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

54- Você acha que o estímulo sexual (tátil, visual e outros) que excita o homem, é o mesmo que excita a mulher?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

55- Você acha que o tempo que leva o homem para ficar excitado, é na maioria das vezes igual ao tempo que leva a mulher a ficar excitada?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

56- Você acha que para a grande parte das mulheres atingir orgasmo, só a penetração é necessária?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

57- Você acha que a relação sexual acaba quando o homem chega ao orgasmo?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

58- Você acha que a mulher ejacula (solta um líquido no momento do orgasmo, como o homem)?

- ( ) 1 Sim ( ) 2 Não ( ) 3 Não sei

59- Você se considera:

- ( ) 1 heterossexual (tem desejo ou tem relações sexuais só com pessoas do sexo oposto)  
 ( ) 2 bissexual (tem desejo ou tem relações sexuais com homens e mulheres)  
 ( ) 3 homossexual (tem desejo ou tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo)

60- Gostaríamos que circulasse o número na escala de 1 a 7 (um número apenas) que mais condiz com o grau de seu sentimento a respeito dos seguintes assuntos:

Obs.: O número 1 significa radicalmente contra e o número 7 radicalmente a favor; os números intermediários avaliam o grau que você é contra ou a favor.

#### ABORTO

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### RELAÇÕES SEXUAIS ANTES DO CASAMENTO

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### ADULTÉRIO PELO HOMEN

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### ADULTÉRIO PELA MULHER

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### PLANEJAMENTO FAMILIAR

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### HOMOSSEXUALISMO FEMININO

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7

#### HOMOSSEXUALISMO MASCULINO

contra    1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1    a favor  
          1    2    3    4    5    6    7



**PROSTITUIÇÃO**

contra     1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1     a favor  
               1    2    3    4    5    6    7

**A MULHER CASAR VIRGEN**

contra     1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1     a favor  
               1    2    3    4    5    6    7

**O HOMEM CASAR VIRGEN**

contra     1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1     a favor  
               1    2    3    4    5    6    7

61- Você se considera aberto à discussão das questões sexuais, no exercício de sua futura profissão?

( ) 1 Sim            ( ) 2 Não            ( ) 3 Nunca pensei a respeito

62- Você acha que na sua futura profissão aparecerá oportunidades onde será questionado sobre sexualidade?

( ) 1 Sim            ( ) 2 Não            ( ) 3 Não sei  
 ( ) Nunca pensei a respeito

63- Você se considera capacitado para discutir sobre sexualidade no exercício de sua futura profissão?

( ) 1 Sim            ( ) 2 Não            ( ) 3 Nunca pensei a respeito

64- Você é a favor da introdução da disciplina de Sexualidade Humana no seu curso?

( ) 1 Sim            ( ) 2 Não            ( ) 3 Não tenho opinião formada

65- Como você se sentiu em relação às perguntas acima?

( ) 1 embaraçado    ( ) 2 interessado    ( ) 3 indiferente    ( ) 4 cansado

Queremos agradecer a você pela participação. Tentaremos retribuir sua colaboração e de todas as outras pessoas através da publicação deste estudo no intuito de promover discussão, reflexão e informações sobre a sexualidade.

Por favor, dobre o questionário, coloque - o dentro do envelope fechado e o deposite na urna.

### ANEXO III

Os critérios para correção das perguntas sobre conhecimento foram: certo, errado, incompleto, não sabe e não respondeu.

As respostas corretas são:

- 1 - M e F
- 2 - Aumento do clitóris, dos pequenos e grandes lábios ; elevação do útero e afastamento do assoalho da vagina; lubrificação vaginal; expansão interna da vagina (aumento da largura); aumento da profundidade da vagina; a cor dos genitais se torna vermelha violácea; ereção do mamilo; aumento da aréola; aumento do fluxo cutâneo e pequeno aumento do volume das mamas.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>Segundo o texto básico de MASTERS & JOHNSON (1979), a hiperventilação, a taquicardia, a pressão sanguínea e a reação perspiratória ocorrem no final da fase de plateau e fase orgásmica. Alguns autores (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1992; CAVALCANTI et alii., 1991) não aceitam a fase de plateau e a incorporam a fase de excitação. Assim sendo, estas modificações físicas são também consideradas próprias desta última.

- 3 - Ereção completa do pênis; elevação parcial dos testículos; rugas da pele escrotal começam a desaparecer; testículos aumentam ligeiramente de tamanho e algumas vezes ereção dos mamilos.
- 4 - Contrações uterinas, vaginais e do esfíncter externo do ânus, contrações da musculatura esquelética, hiperventilação, taquicardia, elevação da pressão arterial e prazer.
- 5 - Contrações dos ductos deferentes, próstata e vesículas seminais (1ª fase); contrações da uretra e do pênis com ejaculação. (2ª fase); contrações do esfíncter externo do ânus, hiperventilação, taquicardia, elevação da pressão arterial e prazer.
- 6 - Clitóris
- 7 - Inibição do desejo sexual, deficit da excitação, anorgasmia, vaginismo e dispareunia.
- 8 - Inibição do desejo sexual, disfunção erétil (impotência), dispareunia, ejaculação precoce e ejaculação retardada.
- 9 - Item 5
- 10 - Item 5

11 - Condom ou camisinha

12 - Contracepção hormonal.

**ANEXO IV****TABELAS REFERENTES A EXPERIÊNCIAS SEXUAIS NOS ALUNOS  
DE ENGENHARIA****TABELA I**

**Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença  
de jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.**

<b>JOGOS SEXUAIS</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>SIM</b>	<b>34</b>	<b>57.63</b>
<b>NÃO</b>	<b>10</b>	<b>16.95</b>
<b>NÃO LEMBRA</b>	<b>08</b>	<b>13.56</b>
<b>NÃO BRINCAVA</b>	<b>07</b>	<b>11.86</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

TABELA II

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a visualização dos órgãos genitais de outras crianças, nos jogos sexuais infantis. Goiânia Go, 1993.

VISUALIZAÇÃO	Frequência	%
SIM	22	37.29
NÃO	19	32.20
NÃO LEMBRA	08	13.56
NÃO BRINCAVA	10	16.95
TOTAL	59	100.00

TABELA III

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo gosto pelas brincadeiras sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.

GOSTO	Frequência	%
SIM	26	44.07
NÃO	03	05.08
NÃO LEMBRA	15	25.42
NÃO BRINCAVA	15	25.42
TOTAL	59	100.00

TABELA IV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de vergonha frente as brincadeiras sexuais infantis. Goiânia-GO, 1993.

VERGONHA	Frequência	%
SIM	08	13.56
NÃO	26	44.07
NÃO LEMBRA	11	18.64
NÃO BRINCAVA	14	23.73
TOTAL	59	100.00

TABELA V

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de medo de ser abordado por adulto, durante os jogos sexuais infantis. Goiânia - GO, 1993.

MEDO	Frequência	%
SIM	27	45.76
NÃO	08	13.56
NÃO LEMBRA	09	15.25
NÃO BRINCAVA	15	25.42
TOTAL	59	100.00

TABELA VI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença do flagrante pelo adulto durante os jogos sexuais infantis.  
Goiânia - GO, 1993.

FLAGRANTE	Frequência	%
SIM	07	11.86
NÃO	30	50.85
NÃO LEMBRA	07	11.86
NÃO BRINCAVA	15	25.42
TOTAL	59	100.00

TABELA VII

Distribuição de estudantes de Engenharia segundo a conduta do adulto que o flagrou durante os jogos sexuais infantis.  
Goiânia - GO, 1993.

CONDUTA	Frequência	%
REPREENDEU	03	42.86
BATEU	00	0.00
FINGIU NÃO VER	03	42.86
CONVERSOU	01	14.28
TOTAL	07	100.00



TABELA VII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de conversa sobre sexo com os pais. Goiânia - GO, 1993.

CONVERSA	Frequência	%
SIM	22	37.29
NÃO	37	62.71
TOTAL	59	100.00

TABELA VIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a idade em que seus pais conversaram sobre sexo com eles. Goiânia - GO, 1993.

IDADE	Frequência	%
< 10	02	09.09
10-15	12	54.54
> 15	05	22.73
SR	03	13.64
TOTAL	22	100.00

TABELA IX

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo a prática, no passado, de masturbação. Goiânia - GO, 1993.

MASTURBAÇÃO	Frequência	%
SIM	55	93.22
NÃO	04	06.78
SR	00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

TABELA X

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de masturbação atualmente. Goiânia - GO, 1993.

MASTURBAÇÃO	Frequência	%
SIM	43	72.88
NÃO	16	27.12
SR	00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.00</b>

TABELA XI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a noção de normalidade da masturbação. Goiânia - GO, 1993.

NORMAL	Frequência	%
SIM	53	89.83
NÃO	06	10.17
SR	00	0.00
TOTAL	59	100.00

TABELA XII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de sentimento de culpa, por masturbar-se na adolescência. Goiânia - GO, 1993.

CULPA	Frequência	%
SIM	26	44.07
NÃO	30	50.85
NÃO MASTURBOU	03	05.08
TOTAL	59	100.00

TABELA XIII

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo a presença de atividade sexual. Goiânia - GO, 1993.

AT. SEXUAL	Frequência	%
SIM	46	77.97
NÃO	12	20.34
SR	01	01.69
TOTAL	59	100.00

TABELA XIV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a idade que iniciaram vida sexual. Goiânia - GO, 1993.

IDADE	Frequência	%
< 10	01	01.69
10-15	12	20.34
16-20	28	47.46
> 20	05	08.47
SR	01	01.69
SEM RELAÇÃO	12	20.34
TOTAL	59	100.00

TABELA XV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo motivo pelo qual ainda não começaram a ter relações sexuais.

Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
NÃO É CASADO(SOLTEIRO)	04	33.33
NÃO ENCONTROU PARCEIRO IDEAL	04	33.33
RELIGIÃO	01	08.33
OUTROS	01	08.33
FALTA LUGAR/CONDIÇÃO	01	08.33
SOLTEIRO, RELIGIÃO	01	08.33
TOTAL	12	100.00

TABELA XVI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.

USO	Frequência	%
SIM	17	36,17
NÃO	25	53,19
NÃO SEI	05	10,64
TOTAL	47	100.00

## TABELA XVII

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo os métodos anticoncepcionais mais utilizados na primeira relação sexual.  
Goiânia - GO, 1993.

---

MÉTODO	Frequência	%
CONDOM	07	41.18
TABELA	03	17.65
PÍLULA	06	35.29
COITO INTERROMPIDO	01	05.88
TOTAL	17	100.00

---

TABELA XVIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo os motivos pelos quais não usaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
DESINFORMAÇÃO	07	28.00
REL. INESPERADA	02	08.00
NÃO PREOCUPARAM	01	04.00
SEM RISCO	02	08.00
NÃO CONVERSARAM	02	08.00
PARC. GRAVIDA	01	04.00
SEM ACESSO	01	04.00
NÃO QUISERAM	02	08.00
NERVOSISMO	01	04.00
NÃO FOI COMPLETA	01	04.00
DESINF./VERGONHA	01	04.00
SR	04	16.00
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100.00</b>

TABELA XIX

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a contaminação por DST. Goiânia - GO, 1993.

DST	Frequência	%
SIM	08	17.02
NÃO	39	82.98
TOTAL	47	100.00

TABELA XX

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o tipo de DST já adquiridas. Goiânia - GO, 1993.

TIPOS	Frequência	%
BLENORRAGIA	05	62.50
URETRITE	01	12.50
MICOSE	01	12.50
INFECÇÃO	01	12.50
TOTAL	08	100.00



TABELA XXI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o motivo pelo qual se usava o condom. Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
EVITAR DST	02	04.25
EVITAR GRAVIDEZ	11	23.40
AMBOS	17	36.17
NÃO USA	17	36.17
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

TABELA XXII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de gravidez indesejada. Goiânia - GO, 1993.

GRAVIDEZ	Frequência	%
SIM	04	08.51
NÃO	43	91.49
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>

TABELA XXIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia quanto à utilização atual dos métodos anticoncepcionais. Goiânia - GO, 1993.

UTILIZAÇÃO	Frequência	%
SIM, TODAS VEZES	31	65,96
SIM, AS VEZES	08	17,02
NÃO	07	14,89
SR	01	02,13
TOTAL	47	100,00

## TABELA XXIV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a preferência do método anticoncepcional utilizado. Goiânia - GO, 1993.

MÉTODO	Frequência	%
PÍLULA	13	41.93
CONDOM	06	19.35
TABELA	01	03.22
COITO INT.	01	03.22
COITO INT. OU CONDOM	01	03.22
COITO INT. OU CONDOM OU TAB.	02	06.45
PÍLULA OU TAB. E/OU CONDOM	01	03.22
PÍLULA E CONDOM	04	12.90
PÍLULA OU CONDOM	02	06.45
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>

TABELA XXV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo os motivos pelos quais usam ocasionalmente métodos anticoncepcionais.  
Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
DESCONFORTO/COND.	04	50.00
EMOÇÃO NO MOMENTO	02	25.00
DEPENDE DO MOMENTO	01	12.50
SR	01	12.50
TOTAL	08	100.00

TABELA XXVI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o motivo pelo qual não utilizam métodos contraceptivos atualmente.  
Goiânia - GO, 1993.

MOTIVO	Frequência	%
LIGADURA	01	14.28
NÃO SABE	01	14.28
SR	05	71.43
TOTAL	07	100.00

TABELA XXVII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a prática do sexo oral. Goiânia - GO, 1993.

SEXO ORAL	Frequência	%
SIM	41	87.23
NÃO	06	12.76
TOTAL	47	100.00

TABELA XXVIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a prática do sexo anal. Goiânia - GO, 1993.

SEXO ANAL	Frequência	%
SIM	16	34.04
NÃO	30	63.83
SR	01	02.13
TOTAL	47	100.00

TABELA XXIX

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de fantasias. Goiânia - GO, 1993.

FANTASIAS	Frequência	%
SIM	26	55.32
NÃO	21	44.68
TOTAL	47	100.00

TABELA XXX

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a afirmação de experiências homossexuais. Goiânia - GO, 1993.

EXPERIÊNCIAS	Frequência	%
SIM	07	14.89
NÃO	39	82.98
SR	01	02.13
TOTAL	47	100.00

TABELA XXXI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a idade das experiências homossexuais. Goiânia - GO, 1993.

IDADE	Frequência	%
05-09	04	57.14
10-19	02	28.57
SR	01	14.28
TOTAL	07	100.00

TABELA XXXII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo o sentimento experienciado após contato homossexual. Goiânia - GO, 1993.

SENTIMENTO	Frequência	%
CULPADO	02	28.57
COM MEDO	01	14.28
INDIFERENTE	04	57.14
TOTAL	07	100.00

TABELA XXXIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo os sentimentos após a primeira relação sexual. Goiânia - GO, 1993.

SENTIMENTOS	Frequência	%
SATISFEITO	23	48.94
COM MEDO	05	10.64
ANGUSTIADO	01	02.13
CONFUSO	12	25.53
CULP.MEDO	01	02.13
SAT.MEDO	01	02.13
SAT.CONFUSO	01	02.13
MEDO.CONFUSO	02	04.25
SR	01	02.13
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>



TABELA XXXIV

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a presença de liberdade para conversar sobre sexualidade. Goiânia - GO, 1993.

LIBERDADE	Frequência	%
SIM	42	79.66
NÃO	17	28.81
TOTAL	59	100.00

TABELA XXXV

Distribuição dos alunos de Engenharia segundo o que acreditam ser sexo saudável. Goiânia - GO, 1993.

CRENÇA	Frequência	%
GENITAL/GENITAL	27	45.76
FORMA Q SAT. CASAL	11	18.64
ORAL E GENITAL	16	27.12
CARÍCIAS	01	01.69
GENITAL, ORAL E ANAL	02	03.39
GENITAL, ORAL, ANAL E OUTROS	02	03.39
TOTAL	59	100.00

TABELA XXXVI

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a percepção quanto à orientação de sua própria sexualidade. Goiânia - GO, 1993.

ORIENTAÇÃO	Frequência	%
HETEROSSEXUAL	57	96.61
BISSEXUAL	02	03.39
HOMOSSEXUAL	00	0.00
SR	00	0.00
TOTAL	59	100.00

TABELA XXXVII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a abertura para discussão sobre sexualidade no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.

ABERTURA	Frequência	%
SIM	26	44.07
NÃO	03	05.08
NUNCA PENSOU	30	50.85
TOTAL	59	100.00

TABELA XXXVIII

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a opinião a respeito do aparecimento de oportunidades para discutir sobre sexualidade, no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.

OPINIÃO	Frequência	%
SIM	22	37.29
NÃO	10	16.95
NÃO SEI	14	23.73
NUNCA PENSOU	13	22.03
TOTAL	59	100.00

TABELA XXXIX

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo sua capacidade para discutir a respeito da sexualidade, no exercício da profissão. Goiânia - GO, 1993.

CAPACIDADE	Frequência	%
SIM	16	27.12
NÃO	26	44.07
NUNCA PENSOU	17	28.81
TOTAL	59	100.00

TABELA XL

Distribuição dos estudantes de Engenharia segundo a opinião sobre a introdução da disciplina de Sexualidade Humana no seu curso. Goiânia - GO, 1993.

---

OPINIÃO	Frequência	%
A FAVOR	34	57.63
CONTRA	07	11.86
NUNCA PENSOU	18	30.51
TOTAL	59	100.00

---