

Luísa Ferreira da Silva

(organizadora)

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Com a colaboração de Berta Nunes

Cristina Vieira

Emília Nunes

Inês Abraão

Jorge Olímpio Bento

Maria José Nina

Mário Cordeiro

Vasco Prazeres

Vera Cruz

Zaida Azeredo

Universidade Aberta

2002

Cristina Vieira

2. A Sexualidade ao Longo da Vida

Objectivos

No fim deste capítulo os estudantes deverão de ser capazes de:

- Compreender que a sexualidade existe durante toda a vida do ser humano : – desde o nascimento até à morte
- Compreender a dimensão biopsicossocial da sexualidade
- Distinguir a sexualidade antes da puberdade (período pré-púbere) e após a puberdade (período pós-púbere)
- Reconhecer a importância da relação íntima de cada um com o seu desenvolvimento sexual
- Identificar as principais alterações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais nas diferentes etapas do ciclo de vida
- Sensibilizar à intervenção relacional em matéria de sexualidade
- Diferenciar sexualidade de genitalidade.

Partilhando um conceito amplamente defendido pela Organização Mundial de Saúde, que encara a saúde não só como a ausência de doença, mas como o bem-estar físico, mental e social, propusemo-nos abordar neste capítulo alguns aspectos da complexa área da sexualidade.

Esta faceta humana é uma área que desde cedo assume uma grande importância no desenvolvimento do indivíduo.

A análise desta complexa área deverá ser abordada no quadro da saúde de acordo com uma perspectiva multidimensional da realidade individual e social. Em primeiro lugar, porque possuímos um corpo sexuado, preparado para responder a estímulos de natureza sexual e para procurar o prazer, a satisfação e o bem-estar sexuais.

Em segundo lugar, como dimensão humana eminentemente relacional e íntima, a sexualidade tem uma vertente emocional e é um elemento essencial na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima, das competências sociais e do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Ela é também a primeira componente essencial do relacionamento com os outros, nomeadamente no relacionamento amoroso.

Esta dimensão da identidade pessoal e do relacionamento vai evoluindo no contexto do desenvolvimento global e expressa-se de formas diferentes nas várias etapas do ciclo de vida, atravessando períodos de evolução mais lenta e períodos de evolução brusca e acelerada, nomeadamente na adolescência.

Assim sendo, a sexualidade vai influenciar a forma como cada um de nós se relaciona consigo próprio e, no plano das relações interpessoais, vai influenciar a intensidade e a qualidade das relações com os outros.

Por tudo isto, falar de saúde sexual é antes de mais falar da sua dimensão biopsicossocial, bem como da multiplicidade das suas formas de expressão.

2.1 Aspectos bio-psico-sociais da sexualidade

“A sexualidade é uma força viva no indivíduo, um meio de expressão dos afectos, uma maneira de cada pessoa se descobrir e descobrir os outros. A Organização Mundial de Saúde definiu-a como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.”¹

¹ Moita, G.; Santos, M., (s/d) “Falamos de sexualidade”, APF – Associação para o Planeamento da Família, 1 p.

Só uma visão global do indivíduo, tendo presente a dimensão biológica e a dimensão psicossocial permite uma adequada compreensão da sexualidade, que existe em todos nós desde que nascemos até que morremos.

O indivíduo é biologicamente sexuado dado que um conjunto de factores – hormonas sexuais, secreções químicas, etc – determina na pessoa humana, o aparecimento de desejos e de comportamentos sexuais. Estes, por sua vez, desencadeiam algumas alterações fisiológicas, tais como a aceleração do ritmo cardíaco e da respiração.

² Entende-se por Identidade Sexual: – auto-classificação de rapaz ou rapariga.

Simultaneamente, factores psicossociais condicionam e moldam a sexualidade humana à cultura dominante. Desde o nascimento, e antes que a criança tome consciência da sua identidade sexual (o que acontece por volta dos dois, três anos de idade), a sociedade confere-lhe um papel sexual – feminino ou masculino – que condiciona a actuação dos adultos face à criança. Assim, ela cresce rodeada de um conjunto de símbolos culturais (estereótipos) que a cada um dos sexos associa diferentes cores, brinquedos, expectativas, formas de estar, de sentir, etc.

“(…) homens e mulheres adultas tratam normalmente as crianças de maneira diferente. (...) Diferenças sistemáticas no vestuário, penteado e tudo o resto fornecem indicações visuais para o processo de aprendizagem da criança. Por volta dos dois anos de idade, uma criança tem um entendimento parcial do que é o género. Elas sabem se são “meninos” ou “meninas” e normalmente são capazes de categorizar correctamente outros. (...) Os brinquedos, os livros de história e os programas de televisão com os quais as crianças estão em contacto tendem a realçar as diferenças entre os atributos masculinos e femininos.”³

³ Giddens, A. (2000), “Sociologia”, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 124 p.

Até aos 13 meses de idade não há diferenciação notória entre o tipo de jogos que escolhem os meninos e as meninas. Aos 3 anos já se dá conta que os meninos tem preferência por uns jogos e as meninas por outros.

Não é habitual vermos os meninos usar roupas cor de rosa. Da mesma forma, os educadores não os incentivam a brincar com bonecas. As meninas, por sua vez, usam várias vezes roupas cor-de-rosa com padrões floridos e não são muito estimuladas a brincar com carros e bolas.

⁴ López, F., Fuertes, A., (1999), Para Compreender a Sexualidade, APF – Associação para o Planeamento da Família, 9 p.

*Existirá algo que altere mais a forma de se estar no mundo do que o facto de sermos homem ou mulher?*⁴

Quando, num Centro de Atendimento a Jovens (C.A.J.), se pergunta “O que é a sexualidade?”, após algumas reacções de hesitação e após alguns risos mais ou menos nervosos, lá vão respondendo:

- “É a diferença de se ser homem ou mulher”;
- “Tem a ver com as relações Sexuais”;
- “Tem a ver com o planeamento dos filhos”.

E de seguida se perguntamos “Acham que as crianças e os velhos têm sexualidade?”, as respostas são imediatas:

- “Coitados! Claro que não !”;
- “As crianças só a partir dos 14 anos”;
- “Os mais velhos com o passar do tempo vão perdendo o interesse e a capacidade para terem relações sexuais”.

As formas de viver a sexualidade diferem ao longo da vida. A sexualidade é diferente na criança, no adolescente, no adulto e no idoso.

Na sociedade ocidental as grandes diferenças são marcadas principalmente por dois períodos:

- a sexualidade antes da puberdade (período pré-púbere),
- a sexualidade após a puberdade (período pós-púbere).

1.2 Período pré-púbere

1.2.1 Do nascimento aos 2 anos

As crianças têm motivações diferentes dos adultos e a sua sexualidade é vivida de uma forma mais afectiva do que sexual.

Nos primeiros meses de vida a criança está muito dependente dos adultos e tem respostas exclusivamente sensorio-motoras. Não há uma diferenciação clara entre a sexualidade e outros sentimentos de prazer, bem-estar e segurança. As carícias são muito importantes para o desenvolvimento dos sentimentos de

segurança e confiança que são a base estrutural das relações afectivas. O vínculo afectivo, com as designadas “figuras de apego” – progenitores ou seus substitutos –, tem uma enorme importância para a vida futura da criança. Alguns estudos têm demonstrado que as crianças que vivem em regime de internato, frequentemente sem vínculos afectivos estáveis, vêm a ter na sua vida adulta mais problemas de insegurança emocional e de relacionamento do que as outras.

É com os pais que se aprendem as formas de expressão afectiva íntimas. Estes vínculos afectivos são, ao longo da vida, a base emocional adequada para a existência de relações sociais equilibradas, entre as quais se integram os relacionamentos sexuais.

2.2.2 Dos 2 aos 6 anos

Neste período a criança entra numa nova fase da sua vida com uma constante descoberta do mundo exterior. Vai conquistando uma maior autonomia através da aquisição de novas competências: locomotoras, linguagem, etc. Esta etapa de desenvolvimento é também um processo de separação em relação aos pais. A criança perde o sentimento de onipotência numa partilha com o mundo exterior em que a sua postura egocêntrica, com uma relação de afectividade exclusiva, se transforma numa postura de partilha com cada um dos pais ou com o irmão. Esta nova situação dá origem ao desenvolvimento de conflitos que coexistem com sentimentos de afecto.

Nesta fase inicia-se a regulação dos comportamentos da criança de acordo com os padrões dominantes da sociedade. Uma das novas capacidades exigidas à criança por exemplo, é o controlo dos esfíncteres – controlo dos músculos que possibilitam a expulsão ou contenção da urina e das fezes. Este processo deve ter início na altura em que a criança começa a ser capaz de entender o seu significado. Para que se desenvolva de forma “saudável”, este processo não deve decorrer com grande ansiedade – deve respeitar-se o ritmo fisiológico de cada criança. Uma educação rígida do controlo dos esfíncteres, com grandes pressões e consequentes castigos, pode resultar num desenvolvimento psicossocial desarmonioso. A criança poderá desenvolver uma má percepção do seu corpo, com sensações desagradáveis (de nojo) que terão consequências no desenvolvimento da sua sexualidade, ou seja associar a sexualidade a algo que é feio e sujo.

Nesta fase a criança vai tendo a percepção das diferenças fisiológicas através da observação dos órgãos sexuais externos, bem como dos diferentes papéis estabelecidos socialmente.

Neste sentido, deve-lhe ser dada a oportunidade de explorar os seus órgãos genitais com a mesma naturalidade e curiosidade com que explora as restantes partes do corpo. Só desta forma ela consegue obter uma noção do seu corpo – uma noção íntegra e global. É uma atitude normal do seu desenvolvimento que se manifesta em crianças de todos os meios e culturas. Estamos numa fase onde o auto-erotismo é a característica mais importante da sexualidade.

É frequente existir um consentimento diferente por parte dos pais no que respeita à exploração dos órgãos sexuais externos aos meninos e às meninas. No rapaz este comportamento é muitas vezes incentivado – é comum os adultos enfatizarem o tamanho do pénis e nas raparigas é frequentemente reprimido.

Quando adultos, os homens falam entre si sobre o assunto e as mulheres, nas raras ocasiões que falam sobre os seus órgãos sexuais, fazem-no com grande discrição.

Nesta altura da vida as crianças costumam ter algumas curiosidades face às diferenças anatómicas entre os meninos e as meninas. Procuram brincadeiras que multiplicam o toque e o reconhecimento do corpo (por exemplo brincam aos médicos, aos pais e mães).

As crianças costumam perguntar:

- Por que é que o rapaz tem uma “pilhina” e a rapariga não?
- Como nascem os bebés?
- Por que é que a mamã tem a barriga a crescer?
- Por que é que o papá tem muitos pêlos no corpo?
- Etc.

A estas curiosidades os pais devem responder com sinceridade, tendo presente não só informações sobre a reprodução como também sobre o prazer sexual. É importante que a educação sexual das crianças não se restrinja à reprodução. Grande parte do comportamento da criança é feito por imitação dos pais (ou substitutos). No caso dos adultos não responderem a estas curiosidades as crianças constróem as suas próprias teorias em função da observação dos comportamentos dos pais e dos familiares mais próximos. Se as crianças observarem relações afectuosas, manifestações de prazer e alegria, adquirem modelos de identificação positivos.

2.2.3 *Dos 6 aos 10/12 anos*

Com a entrada na escola a criança inicia uma nova fase promotora do desenvolvimento intelectual, com significativas evoluções físicas e intelectuais – alterações fisiológicas, mentais, linguísticas, sociais ... Ela adquire consciência da sua identidade sexual. Esta fase, conhecida por latência, faz passar para segundo plano o seu interesse pela sexualidade. De forma conformista a criança interioriza os valores e os padrões sociais dominantes.

A sociedade continua a modelar a sua identidade, principalmente através das instituições família e escola. Mas a criança interage não só com as referidas instituições como com um crescente leque de, por exemplo, programas de televisão e livros/revistas, etc. Desta forma, vai confrontando as novas informações com as suas emoções. Neste sentido, os pais (ou educadores) devem promover o diálogo, orientando-a na escolha das leituras, proporcionando a discussão dos programas de televisão e ajudando a elaboração do seu pensamento. A criança baseia o conhecimento da sua identidade sexual nos diferentes papéis estereotipados para cada um dos géneros. Daí que continue a ser muito importante que a transmissão de conhecimentos seja acompanhada por modelos adequados ao discurso teórico, procurando que a educação sexual da criança se desenvolva num ambiente “saudável”, de bem-estar.

- Rapariga: *A mãe da minha amiga disse-lhe que ela agora já é uma mulher e que tinha de ter cuidado com os rapazes.*
- Rapaz: *Os rapazes do 8ºano que tomam banho connosco depois da aula de Educação Física não querem tirar as cuecas no balneário porque têm um pénis mais pequeno do que o dos rapazes do 10ºano ... talvez tenham um pénis “anormal”.*

2.3 Período pós-púbere

2.3.1 Adolescência

Chegamos à fase das grandes transições. Todos os dias os adolescentes descobrem alterações fisiológicas no seu corpo e constroem novas formas de pensar e de agir e lentamente vão consolidar identidade pessoal e sexual.

A grande alteração da passagem da pubescência à puberdade está na capacidade de procriação. No entanto, é com as designadas características sexuais secundárias – que estão relacionadas com as mudanças de aparência – que o/a jovem vai ter uma maior preocupação.

Um dos sinais da pubescência dá-se com o surto do crescimento – que nas raparigas acontece geralmente 2 anos mais cedo do que nos rapazes.

Por volta dos 12 anos as raparigas podem apresentar formas corporais adultas:

- O aumento da altura e alteração da forma do corpo;
- O aparecimento dos pêlos axilares e púbicos;
- O aumento do tamanho das mamas;
- e outros.

Nos rapazes as transformações das formas do corpo acontecem por volta dos 14 anos :

- Aumento da altura e alterações das formas do corpo;
- Aparecimento dos pêlos axilares e púbicos;
- Crescimento dos pêlos da cara;
- Mudanças iniciais da voz;
- e outros.

Com a chegada da adolescência os rapazes e as raparigas adquirem capacidade de reprodução através das designadas características sexuais primárias:

- **nos rapazes** (fig. 2) – crescem os testículos, o escroto (bolsa de pele que reveste os testículos), o pénis. Os testículos iniciam a produção de espermatozóides (células sexuais masculinas) e de testosterona (hormona sexual masculina). Dá-se a possibilidade da primeira ejaculação. A hipófise (glândula que está situada na base do cérebro) segrega a hormona responsável pelo crescimento e pela reprodução – uma destas hormonas controla a produção dos espermatozóides pelos testículos.

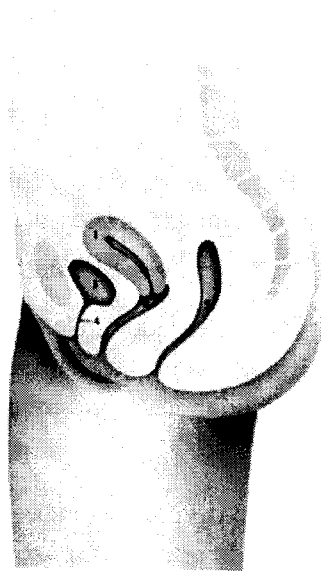


Figura 1 – 1 – Útero; 2 – Vagina;
3 – Bexiga; 4 – Uretra; 5 – Recto.

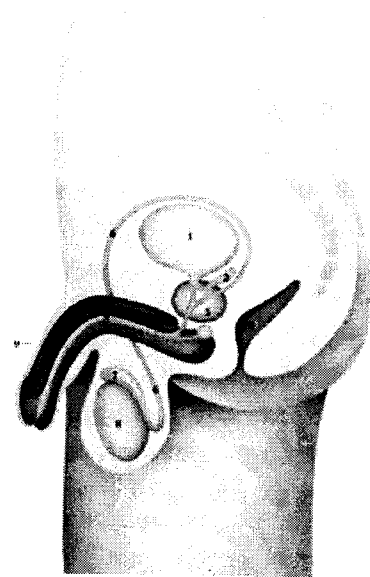


Figura 2 – 1 – Bexiga; 2 – Vesí-
cula Seminal; 3 – Próstata;
4 – Uretra; 5 – Corpos Caver-
nosos; 6 – Conducto Seminal; 7
– Epidídimo; 8 – Testículo;
9 – Pénis; 10 – Recto.

A próstata é a glândula que segrega o líquido que com os espermatozoides dão origem ao esperma.

É pela uretra (tubo estreito que parte da bexiga e percorre o pênis) que passa, separadamente, para o exterior quer a urina quer o esperma.

- **nas raparigas** (fig. 1) – Desenvolvem-se os órgãos sexuais externos – as mamas, a vulva, etc. – e os órgãos sexuais internos – as trompas de falópio, o útero, os ovários, etc. Os ovários, embora aumentem de tamanho e de peso, não sofrem grandes alterações com a chegada da adolescência já que desde o nascimento a rapariga contém nos ovários todos os óvulos necessários para a reprodução. A única alteração prende-se com a possibilidade destes amadurecerem – o que acontece com a chegada da primeira menstruação ou menarca.

A menarca (primeiro ciclo menstrual)

Após o surgimento da menarca sucedem-se ciclos menstruais de cerca de 28 dias, com uma duração média do fluxo de 3 a 6 dias. Cada ciclo tem início no 1º dia da menstruação e o seu término ocorre no dia anterior ao novo aparecimento.

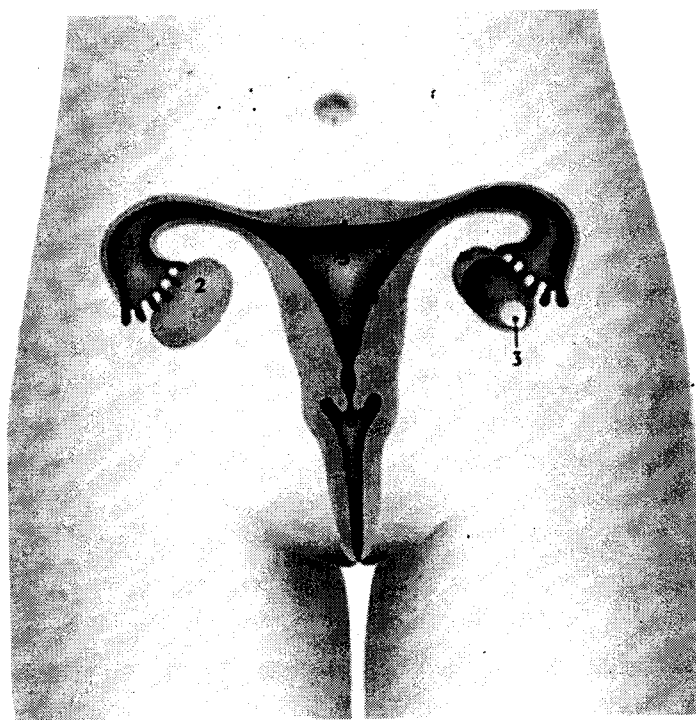


Figura 3 – 1 – Hipófise; 2 – Ovários; 3 – Útero.

A regulação da ovulação e do ciclo menstrual resulta da interação tripartida:

- do hipotálamo – complexo sistema nervoso, “gerador de sinal” e elemento de coordenação;
- da hipófise – estimula a produção de hormonas sexuais femininas no ovário e a maturação de um folículo até à ovulação;
- do ovário – centro de controlo do processo ovulatório, cujas hormonas governam o ciclo menstrual e travam a produção de hormonas na hipófise.

Para uma melhor compreensão do ciclo menstrual normal convém subdividi-lo em três fases:

fase folicular – tem uma duração variável entre uma e três semanas. Nos primeiros dias desta fase dá-se uma pequena elevação dos níveis de hormona folicular – estimulante responsável pelo recrutamento de um grupo de folículos. Deste grupo apenas um se torna no folículo dominante, destinado a ovular.

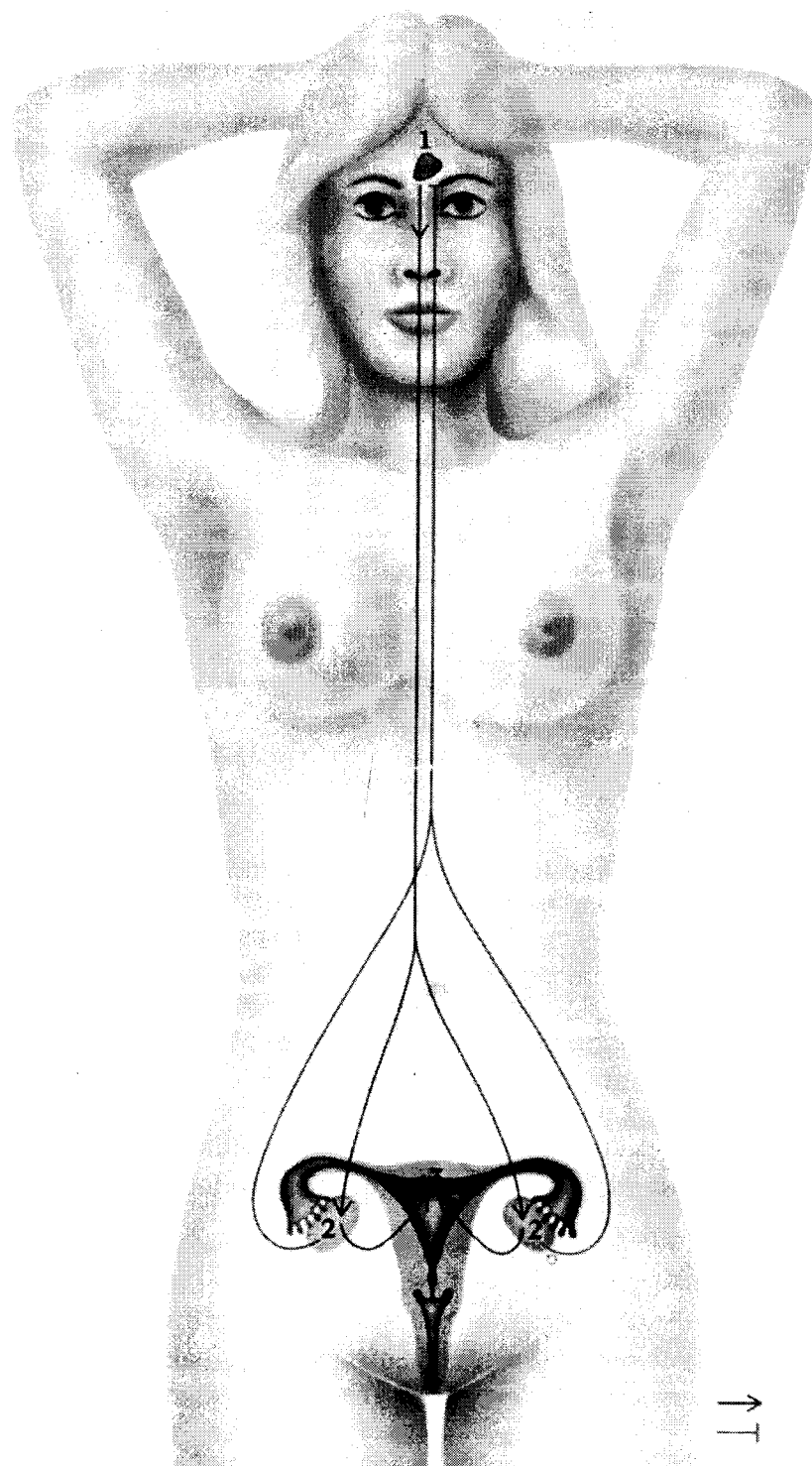


Figura 4 – 1 – Trompa; 2 – Ovário; 3 – Folículo; 4 – Endométrio, 5 – Útero; 6 – Vagina.

fase ovulatória – decorre entre o 12º e o 14º dia.

Dá-se o aumento dos níveis de estrogéneos⁵ e tem início a maturação de um novo óvulo e a ovulação – a libertação de um óvulo por um dos ovários.

fase luteínica – tem duração de catorze dias.

Entre o 9º e o 11º dia, após a ovulação, desenvolve-se o corpo lúteo (corpo amarelo), glândula hormonal que provoca o aumento dos vasos endométrios. Ficam criadas as condições necessárias para a recepção do óvulo fecundado. Se a fecundação não ocorrer o que acontece na grande maioria das vezes, o corpo amarelo degenera e a ausência de gravidez resulta numa nova menstruação, com expulsão do tecido mucoso que reveste o interior do útero (composto por sangue e pequenos fragmentos de endométrio). E inicia-se um novo ciclo.

Esta fase é acompanhada por novas experiências e novas sensações físicas nunca experimentadas. São sensações de excitação sexual – no caso das raparigas, por exemplo, a vagina humedece; e no caso dos rapazes ocorrem erecções espontâneas. Todas estas alterações levam a que o adolescente assuma novas posturas face ao seu corpo, ao seu eu e ao seu mundo.

As alterações no corpo do/da jovem, isto é, as designadas características sexuais secundárias, são aparentemente simplificadas se tivermos em atenção apenas os aspectos exclusivamente biológicos. No entanto, esta passagem da adolescência ao estado adulto, quando observada no seu contexto cultural, assume uma grande complexidade. Isto porque é necessário compreender a sexualidade do/da adolescente enquanto reflexo das diferentes expectativas socioculturais, das diferentes condutas comportamentais que estão previamente estabelecidas.

As investigações indicam que existem diferenças notáveis entre homens e mulheres, nas suas experiências sexuais iniciais, as quais correspondem a vários aspectos subtis das distinções entre os sexos. Os adolescentes; à semelhança dos adultos, desenvolvem as suas experiências sexuais sob constrangimentos impostos pelos papéis e expectativas sociais, que fazem parte do mundo em que vivemos.⁶

Algumas das pressões sociais sentidas pelos jovens resultam num conjunto de dúvidas para as quais procuram respostas.

⁵ "... hormonas esteróides sexuais ... estimulam o crescimento dos órgãos genitais femininos e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários das fêmeas bem como a proliferação da mucosa e a estimulação das secreções vaginais que preparam a fecundação e a nidadação do ovo na fase folicular do ciclo ovário. "in Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, 1983, vol. IV, 536 p.

⁶ SPRINTHALL, Collins, 1994, "Psicologia do Adolescente – uma abordagem desenvolvimentista", Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 411 p.

"Queria ver a minha vagina e tocá-la, mas será que não me estou a masturbar?... A masturbação faz mal?"

"Se tiver relações sexuais e logo de seguida me lavar, não engravidado?"

"Se der uns beijos ao meu namorado e nos tocarmos nos órgãos sexuais, será que eu posso engravidar?"

"Eu e o meu namorado já falámos sobre a SIDA e por isso eu quero usar o preservativo quando tiver relações sexuais pela primeira vez, mas acho que estou a ser uma rapariga "fácil" que pensa muito em sexo."

"Com que idade é que eu posso engravidar uma rapariga?"

"Penso muito em sexo, acordo muitas vezes a meio da noite com uma ejaculação, será que preciso de ir a um médico?"

"Tenho 16 anos e quase não tenho pêlos na cara, haverá algo de errado em mim?"

A resposta a estas ou outras questões passa antes de mais pela atitude atenta dos pais e mães que devem procurar informar o adolescente, sem tabus e de forma interactiva, sempre que este o solicite.

No entanto, o/a jovem tem que sentir que este assunto não cria um mal-estar e se torna embaraçoso para os pais. Se assim for procurará antes abordá-lo apenas com colegas. Esta situação dá origem a que muita da informação de que dispõem os e as jovens não tenha credibilidade, dado que os amigos também possuem um grande número de incertezas.

A interacção em grupo tem, no crescimento do/da adolescente e, por exemplo, no futuro estabelecimento das relações heterossexuais, um papel muito importante. Numa fase inicial da adolescência os grupos tem tendência a serem pequenos e centrados num só sexo. Gradualmente, estes grupos interagem dando origem a grupos maiores e heterossexuais. Progressivamente, alguns destes elementos do grupo formam casais passando novamente a um grupo heterossexual mais pequeno e por fim à constituição de grupo desagregado de casais.

Durante todo este processo o/a jovem vai definir a sua orientação sexual⁷.

⁷ Entende-se por Orientação Sexual: Preferência sexual, isto é, optar pelo parceiro sexual quer seja do mesmo sexo ou de sexo diferente.

- heterossexual: pessoa sexualmente atraída pelo sexo oposto
- homossexual pessoa sexualmente atraída pelo mesmo sexo
- bissexual: pessoa sexualmente atraída por ambos os sexos
- assexual: pessoa que não tem desejo sexual
- parafílico: pessoa sexualmente atraída por menores, por outros indivíduos sem o seu consentimento ou por objectos não humanos.

O aparecimento do desejo sexual dá origem a diferentes atitudes e comportamentos. De uma forma natural o/a jovem procura conhecer-se e conhecer o outro; nesta inter-relação os jovens tocam-se, beijam-se, acariciam-se, etc.

Durante a adolescência, por vezes, estabelecem-se contactos homossexuais, o que não significa necessariamente que a pessoa tenha uma orientação homossexual. Este tipo de relacionamento acontece com frequência e está normalmente relacionado quer com a falta de possibilidade de estabelecer relações com indivíduos do sexo oposto, quer com o desejo de conhecer o corpo.

Da mesma forma, alguns jovens homossexuais tem experiências heterossexuais, não só porque socialmente procuram não se assumir como uma minoria, mas também porque procuram conhecer-se e conhecer o outro.

O (re)conhecimento do corpo permite que os jovens se observem e toquem de forma mais atenta nas diferentes partes do corpo, e particularmente nos seus órgãos genitais. No caso das raparigas, dado que os seus órgãos genitais não estão facilmente visíveis, o reconhecimento do corpo exige uma atitude de procura, utilizando para tal um espelho. Inicialmente o adolescente satisfaz os seus desejos sexuais de uma forma mais auto-erótica – masturbação.

A masturbação – auto-estimulação dos órgãos genitais e em geral de todo o corpo – é uma forma de desejo sexual que, no/na adolescente, não só responde à tensão sexual como permite uma melhor exploração do corpo e, por isso, um melhor conhecimento do eu.

Actualmente há uma maior tolerância da sociedade ao comportamento masturbatório.

Mas ainda persistem muitos medos/tabus que decorrem de fantasmas do passado. A história da sexualidade dá-nos conta de várias normas e valores sociais que condenavam este comportamento. A masturbação era entendida como um acto de pecado, um acto que provocava comportamentos de epilepsia, de doenças mentais ... Estas situações davam origem ao aparecimento de problemas psicológicos ligados à culpabilidade.

Vários estudos têm demonstrado que os jovens iniciam cada vez mais cedo quer a masturbação quer as relações sexuais. Nas últimas décadas tem havido uma alteração nos padrões sexuais. As raparigas mostram-se mais interessadas no relacionamento com os rapazes e procuram prazer sexual. Os rapazes, por seu lado, tornam-se mais exigentes em relação à qualidade afectiva das suas relações sexuais.

Hoje, quando olhamos para a vida sexual dos adolescentes, verificamos que as raparigas iniciam a sua vida sexual sem que para isso tenham de esperar pelo casamento ou por um compromisso mais duradouro. Podemos exemplificar esta situação através da resposta de uma jovem de 16 anos:

*(...) Gostamos um do outro, portanto não há nenhuma razão para não fazermos amor". Rubin perguntou-lhe então até que ponto ela encarava uma relação a longo prazo com o namorado. Eis a resposta: "Quer você dizer com isso que vamos casar? A resposta é não. Ou que estaremos juntos no próximo ano? Não sei, falta muito tempo para lá chegar. A maior parte dos jovens não ficam juntos durante muito tempo. Mas não namoramos com mais ninguém enquanto estivermos juntos. Isto é um compromisso, não é?"*⁸

⁸ RUBIN, Lillian, 1989, cit. por GIDDENS, A. 1996, 7 p.

Há umas décadas atrás valorizava-se que as raparigas fossem virgens para o casamento. Socialmente, as raparigas que não cumpriam esta conduta moral eram segregadas pelas outras e pelos rapazes – estes últimos viam-nas com “presas fáceis”.

A mudança de comportamentos parece ser maior nas raparigas do que nos rapazes, o estudo de:

*(...) a maior parte deles fala admirativamente de amigos que tiveram namoradas, condenando, inversamente, as raparigas nas mesmas circunstâncias. Um pequeno número de raparigas que, na amostragem de Rubin, reproduziram o comportamento sexual masculino tradicional fizeram-no abertamente e com algum desafio; posta perante este comportamento, a maior parte dos rapazes respondeu com um sentido de ultraje: queriam ainda inocência ou, pelo menos, algo semelhante. Várias jovens à beira do casamento entrevistadas por Rubin achavam necessário mentir aos futuros maridos sobre a extensão das suas experiências sexuais anteriores.*⁹

⁹ Rubin, L. op. cit.:7.

A sociedade actual é mais tolerante para com a visibilidade da sexualidade que é hoje vivida com mais à vontade e maior liberdade. Esta situação sofreu a influência da crescente acessibilidade aos métodos contraceptivos. No entanto e apesar da sua utilização ser generalizada, a prática dos Centros de Atendimento de Jovens tem demonstrado que a maioria dos jovens só recorrem à informação sobre a contracepção depois de já terem tido relações sexuais. É sabido que uma grande parte dos jovens não planeia a primeira relação sexual. Esta resistência prende-se com:

- não reconhecimento consciente de que se está sexualmente activo
- fantasias / mitos sobre o uso de determinados contraceptivos
- e, principalmente nas raparigas, a ideia de que se for preparada com contraceptivo o parceiro vai pensar mal dela.

Preconceitos face à contracepção

A pílula engorda

O preservativo tira o prazer sexual

Só toma a pílula (ou anda com preservativo) quem está sempre a pensar em sexo, esse não é o meu caso por isso não tenho que me precaver.

A educação sexual deve orientar o/a jovem para assumir uma sexualidade responsável, o que implica a adopção consciente do uso de métodos contraceptivos que permitam evitar situações de gravidez não desejadas e, simultaneamente, a prevenção da contaminação do vírus da Sida e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). De acordo com esta ordem de ideias, o melhor será o/a jovem prevenir-se antes de ter de enfrentar uma situação problema.

2.4 Sexualidade adulta

Chegando à idade adulta, inicia-se uma vida profissional, sai-se de casa dos pais, perspectiva-se uma relação mais estável entre pares e começa-se a planejar o nascimento de filho(s).

A história da sexualidade conjugal (ainda próxima de nós) fala-nos de uma relação conjugal desequilibrada, com uma supremacia do sexo masculino e com um claro distanciamento entre o amor e a sexualidade. Nesta relação, à mulher era negado o prazer sexual. A ela cabia-lhe principalmente a função reprodutora. As relações sexuais, sem planeamento familiar, estavam condicionadas a concepções negativas dado que o número de filhos era grande e o número de gravidez não desejadas também. O aborto era frequentemente adoptado como método contraceptivo.

Desde a década de sessenta que se modificou radicalmente o estatuto da mulher na sociedade, reclamando conseqüentemente, o direito de saúde enquanto mulher e não só como mãe.

1969 – O Planeamento Familiar foi considerado como um Direito – Conferência Internacional das Nações Unidas.

1978 – As acções de Planeamento Familiar são entendidas como prioritárias no âmbito da saúde materno – infantil – Declaração de Alma-Ata.

1995 – “A Saúde Sexual Reprodutiva visa promover uma vida sexual satisfatória, sem riscos e com liberdade de decisão na reprodução – IV Congresso Mundial sobre as mulheres em Pequim.

No casamento tem-se vindo assistir a uma maior igualdade de direitos entre os cônjuges e maior aceitação da utilização de certos jogos amorosos e posições coitais bem como maior abertura ao prazer.

Com o passar dos anos, as relações sexuais tendem a diminuir. Associado a este facto estão factores psicossociais, já que a rotina e a vida laboral e familiar deixam pouca disposição para manter com frequência relações sexuais. Nas relações entre o casal desenvolve-se entretanto o afecto e a comunicação – o espírito de comunhão e entre-ajuda é decisivo para a qualidade de vida do casal. As pessoas solteiras deparam também com muitas dificuldades relativamente à realização de comportamentos sexuais, devido à falta de condições (inexistência de par, de espaço, etc).

Destacam-se algumas mudanças fisiológicas na segunda etapa da vida adulta:

- Nas mulheres diminuem as secreções de estrogéneos e nos homens de androgéneos (nestes últimos com início a partir dos 30 anos). Este período de menopausa (na mulher) e de andropausa (no homem) é vivido por vezes com grande tensão, já que surgem alterações biofisiológicas de envelhecimento. Estas mudanças podem trazer problemas ao nível da identidade e do género, já que há uma certa instabilidade feminina e masculina.

A menopausa, também designada Climetério, dura entre dois ou três anos antes que o ciclo menstrual termine o que normalmente acontece por volta dos 45-50 anos. Esta nova situação faz com que o ovário deixe de produzir e libertar óvulos e o útero deixe de produzir o seu revestimento interno; o tamanho dos ovários e do útero reduz, a vagina torna-se mais curta e estreita, com diminuição da lubrificação e elasticidade o que pode causar dor na relação coital. Algumas mulheres apresentam outros sintomas: ansiedade, enxaqueca, taquicardia, suores, instabilidade emocional, depressão, etc. Será desejável consultar um ginecologista e estudar com ele a forma de facilitar a adaptação a esta nova situação.

- Os homens apresentam durante este período uma diminuição de produção de espermatozoides, uma diminuição de erecção do pénis e consequentemente uma diminuição da relação sexual coital. Assim, todos aqueles que tem um conceito de sexualidade predominantemente coital poderão enfrentar algumas “situações problema”. No entanto, a problemática central das dificuldades sexuais está especificamente motivada por razões psicológicas (insatisfação, dúvidas, cansaço, insegurança, etc.).

Esta é uma época de balanço para ambos os sexos, balanço relativamente aos projectos de vida realizados, uma vez que as opções se começam a tornar mais limitadas – o que comporta sérios riscos sobretudo para as mulheres que dedicaram grande parte da sua vida quase exclusivamente à educação dos filhos que entretanto cresceram e se autonomizaram.

Os efeitos sobre este conjunto de alterações varia de casal para casal e motiva casos de ruptura de relações em que se procura encontrar um outro ponto de equilíbrio que dê algum sentido ao futuro.

2.4.1 *Sexualidade após os 50 anos*

A sociedade ocidental apresenta uma proporção crescente de população envelhecida (para o que tem contribuído a diminuição da natalidade e o aumento da esperança de vida) ao mesmo tempo que exalta estilos de vida e comportamentos específicos da população jovem. Esta situação contraditória tende a dificultar a adaptação a esta nova fase da sua vida.

Apesar de neste período se evidenciarem alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade, esta está longe de ter terminado.

- o homem apresenta, entre outros, uma diminuição da produção de espermatozóides, de testosterona e de sêmen; a erecção é mais lenta e há um maior espaço entre uma ejaculação e a seguinte;
- a mulher continua com as referidas alterações iniciadas com a menopausa; de uma maneira geral, as mulheres aceitam melhor as transformações que dizem respeito à esfera sexual, mas têm mais problemas com a perda das formas do corpo "femininas" e assumem mal a imagem deste "novo" corpo envelhecido. Neste sentido verifica-se novamente um aumento da importância atribuída à imagem corporal (como na adolescência) e torna-se necessário uma readaptação a este "novo corpo".

Existe na sociedade ocidental uma moral sexual conservadora e esta atitude dificulta a sexualidade nesta fase da vida.

A sexualidade dos mais velhos tem sido desvalorizada, os seus comportamentos sexuais têm sido entendidos como despropositados e impróprios. Por vezes estas condutas sociais são de tal forma negativas que o idoso esconde os seus sentimentos, desejos e actividade sexual. Em alguns casos estas situações podem vir a desencadear alguns sentimentos de culpabilidade, depressões e baixa auto-estima.

Os efeitos sobre este conjunto de alterações varia de casal para casal e motiva casos de ruptura de relações em que se procura encontrar um outro ponto de equilíbrio que dê algum sentido ao futuro.

2.4.1 *Sexualidade após os 50 anos*

A sociedade ocidental apresenta uma proporção crescente de população envelhecida (para o que tem contribuído a diminuição da natalidade e o aumento da esperança de vida) ao mesmo tempo que exalta estilos de vida e comportamentos específicos da população jovem. Esta situação contraditória tende a dificultar a adaptação a esta nova fase da sua vida.

Apesar de neste período se evidenciarem alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade, esta está longe de ter terminado.

- o homem apresenta, entre outros, uma diminuição da produção de espermatozóides, de testosterona e de sémen; a erecção é mais lenta; há um maior espaço entre uma ejaculação e a seguinte;
- a mulher continua com as referidas alterações iniciadas com a menopausa; de uma maneira geral, as mulheres aceitam melhor as transformações que dizem respeito à esfera sexual, mas têm mais problemas com a perda das formas do corpo “femininas” e assumem mal a imagem deste “novo” corpo envelhecido. Neste sentido verifica-se novamente um aumento da importância atribuída à imagem corporal (como na adolescência) e torna-se necessário uma readaptação a este “novo corpo”.

Existe na sociedade ocidental uma moral sexual conservadora e esta atitude dificulta a sexualidade nesta fase da vida.

A sexualidade dos mais velhos tem sido desvalorizada, os seus comportamentos sexuais têm sido entendidos como despropositados e impróprios. Por vezes estas condutas sociais são de tal forma negativas que o idoso esconde os seus sentimentos, desejos e actividade sexual. Em alguns casos estas situações podem vir a desencadear alguns sentimentos de culpabilidade, depressões e baixa auto-estima.

Grande parte dos lares de idosos não oferecem as condições necessárias para uma adequada privacidade.

Como temos vindo a referir, a sexualidade é diferente da reprodução. A capacidade de reprodução tem limites temporais específicos e cessa com a chegada da menopausa. O mesmo não podemos dizer relativamente à sexualidade que está presente em todas as fases da vida. O que podemos afirmar é que a expressão da sexualidade, de forma semelhante com o que se passa com a capacidade intelectual, vai-se alterando e é motora, física, etc., em grande parte determinada pelo estilo de vida e pela atitude face a ela.

Existe capacidade sexual até à morte. Alguns estudos têm demonstrado que os idosos com uma vida sentimental, afectiva e sexual activa têm uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior longevidade.

Terminamos este capítulo como começámos:

A sexualidade existe desde que nascemos até que morremos.

O importante é não a esgotarmos no modelo de sexualidade/genitalidade.

Todo o corpo é sexuado, dá e partilha prazer e afectividade.