

eBook

Programa e Resumos



(In)visibilidades da **Saúde Sexual** **dos Homens** em Portugal

**19 e 20 de
Novembro 2020**

DEPARTAMENTO DE SAÚDE SEXUAL DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE ENFERMEIROS EM PARCERIA COM A
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Videoconferência

© Dezembro 2020

ISBN 978 – 989 – 99867 – 3 – 2

Título: (In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal

(Org.) Oliveira, Helga | Tereso, Alexandra | Fernandes, João | Antunes, Lina |
Antunes, Ricardo | Santos, Rui

Editor: APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros

Comissões

Comissão Científica

Alexandra Tereso
João Fernandes
Lina Antunes
Ricardo Antunes
Rui Santos

Comissão Organizadora

Alexandra Tereso
Dulce Gonçalves
Fernanda Luís
Iuri Pieroni
João Carvalho
João Fernandes
João Raimundo
Lina Antunes
Ricardo Antunes
Rui Santos

Palestrantes

Alexandra Tereso

Professora Adjunta da ESEL. Coordenadora do Departamento de Saúde Sexual da APE.

Alexandre Santos de Oliveira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCC Saúde a Seu Lado do ACES Loures-Odivelas.

Cristiano Marques

Especialista de Engenharia de Software. Coordenador da Unidade de Plataformas de Integração de Cuidados e Serviços ao Cidadão dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Duarte Vilar

Sociólogo. Professor Associado da Universidade Lusíada de Lisboa. Coordenador do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social.

Fernando Mesquita

Psicólogo Clínico e Sexólogo. Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Hélder Lourenço

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sexólogo Clínico. Terapeuta Sexual. Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Inês Fronteira

Professora Auxiliar de Saúde Pública e Epidemiologia do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Isabel Nunes Fonseca

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, UCC Saúde a Seu Lado do ACES Loures-Odivelas.

Palestrantes

Iuri Pieroni

Assistente Social. Doutorando do Programa Doutoral em Doenças Tropicais e Saúde Global, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

João Fernandes

Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros, Membro do Departamento de Saúde Sexual da APE. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

João Pina

Médico Urologista, Assistente Hospitalar do Hospital de S. José.

João Santos

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Jorge Cardoso

Psicólogo Clínico. Professor e Investigador no Instituto Universitário Egas Moniz

Jorge Oliveira

Enfermeiro. Doutoramento em Ciências Sociais na área de Psicologia Social. Associação para a Integração Comunitária Espaço T.

Lina Antunes

Socióloga. Professora Adjunta da ESEL.

Lisa Vicente

Assistente graduada de Obstetrícia. Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central.

Márcia Gonçalves Lopes

Médica, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na USF Descobertas, CHLO, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Palestrantes

Márcio Ribeiro

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centro hospitalar Lisboa Central do Hospital de S. José.

Margarida Gomes

Assistente Social. Mestre em Sexologia. Unidade de habilitação e desenvolvimento, Centro de Reabilitação e Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

Maria Manuel Madeira

Enfermeira. Ordem dos Enfermeiros.

Marta Crawford

Psicóloga. Terapeuta Sexual. Sexóloga acreditada pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Terapeuta Familiar.

Miguel Rocha

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Formador na Rede de Rastreio Comunitária. Investigador no CheckpointLX.

Nilton Macedo

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria. Centro de Medicina Reabilitação de Alcoitão.

Paula Pinto

Psicóloga Clínica. Coordenadora Sexualidade em Linha - IPDJ.

Raquel João

Médica Urologista do Instituto Português de Oncologia.

Ricardo Jorge Antunes

Enfermeiro. Sociólogo. IPS – Escola Superior de Saúde de Santarém. ACES Oeste Sul/UCSP Mafra.

Palestrantes

Rui Fontes

Presidente Associação Amigos da Grande Idade. Gestor e Consultor para a área da Saúde e Social.

Rui Santos

Enfermeiro. Hospital de S. José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Sandra Martins

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, UCC do Seixal.

Vanessa Cunha

Socióloga. Investigadora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Observatório das famílias e das Políticas de Família.

Vasco Prazeres

Médico. Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar. Sexologista pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Coordenador do Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde da Direção-Geral da Saúde.

Verónica Policarpo

Socióloga. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. Coordenadora do “Hub Human-Animal Studies”.

Programa

1º Dia – 19 de Novembro

9h00	SESSÃO DE ABERTURA João Santos, João Fernandes, Alexandra Tereso
9h30-10h30	1ª CONFERÊNCIA - SEXUALIDADE, MITOS E TABUS: ENTRE O EROTISMO E A MEDICALIZAÇÃO Marta Crawford Comentadora: Verónica Policarpo
<i>Intervalo Café</i>	
11h00-12h45	1º PAINEL - Da procura de prazer à procura de cuidados de saúde: proximidades e distanciamentos entre os homens e os profissionais de saúde Moderadora: Márcia Lopes <i>Aproximações anónimas - Sexualidade em Linha</i> Paula Pinto <i>Sexualidade, erotismo e prazer: contextos da normalidade e da não normalidade</i> Jorge Oliveira <i>Inclusão das masculinidades: das políticas de saúde aos quotidianos dos cuidados</i> Lisa Vicente <i>O acesso e a utilização dos cuidados de saúde pelos homens: da prevenção, ao diagnóstico e tratamento</i> João Pina
<i>Almoço Livre</i>	
14h30-1530	2ª CONFERÊNCIA - “SEXO A QUANTO OBRIGAS” Vasco Prazeres Comentadora: Vanessa Cunha
<i>Intervalo Café</i>	
16h00-17h30	2º PAINEL - Saúde versus doença sexual dos homens: indicadores, intervenções e registos Moderador: Ricardo Antunes <i>Literacia em saúde e acesso aos cuidados de saúde nos homens: desafios e oportunidades para a saúde global</i> Inês Fronteira <i>Indicadores e trabalho que tem sido desenvolvido nesta área</i> Cristiano Marques <i>Enfermagem na saúde/doença sexual dos homens</i> Maria Manuela Madeira

2º Dia – 20 de Novembro

9h15-10h30

Comunicações Livres

Moderadora: Lina Antunes

Intervalo Café

11h00-12h30

3º PAINEL - Faces ocultas das sexualidades masculinas

Moderador: Jorge Cardoso

“Muito prazer, eu existo”: as realidades da assistência sexual

Margarida Gomes

Trajetórias sexuais no homem com deficiência física

Nilton Macedo

Sexualidade saudável do homem com doença mental

Hélder Lourenço

Sexualidade na Doença Oncológica

Raquel João

Almoço Livre

14h00-15h15

3ª CONFERÊNCIA - “HOMEM QUE É HOMEM NUNCA SE NEGA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS ‘COMPETÊNCIAS’ SEXUAIS MASCULINAS”

Fernando Mesquita

Comentador: João Fernandes

Intervalo Café

15h45-17h15

4º PAINEL - Da evidência científica às boas práticas

Moderadores: Rui Santos e Lina Antunes

Sexualidade e multidisciplinariedade

Duarte Vilar

Acesso aos serviços de saúde pelos homens que têm sexo com homens

Miguel Rocha

Reabilitação peniana

Márcio Ribeiro

Sexualidade e envelhecimento nos homens

Rui Fontes

Índice

SESSÃO DE ABERTURA	12
JOÃO FERNANDES	12
ALEXANDRA TERESO	13
1ª CONFERÊNCIA – SEXUALIDADE, MITOS E TABUS: ENTRE O EROTISMO E A MEDICALIZAÇÃO	15
À CONVERSA COM MARTA CRAWFORD	15
COMENTÁRIO À INTERVENÇÃO DA DR.ª MARTA CRAWFORD - VERÓNICA POLICARPO	21
1º PAINEL – DA PROCURA DE PRAZER À PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE: PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS ENTRE OS HOMENS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	25
APROXIMAÇÕES ANÓNIMAS – SEXUALIDADE EM LINHA	25
PAULA PINTO	25
INCLUSÃO DAS MASCULINIDADES: DAS POLÍTICAS DE SAÚDE AOS QUOTIDIANOS DOS CUIDADOS	27
LISA VICENTE	27
2ª CONFERÊNCIA – “SEXO A QUANTO OBRIGAS”	29
(IN)VISIBILIDADES DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS HOMENS EM PORTUGAL - SEXO, A QUANTO OBRIGAS!	29
VASCO PRAZERES	29
INVISIBILIDADES NO MASCULINO: COMENTÁRIO À INTERVENÇÃO DE VASCO PRAZERES – VANESSA CUNHA	37
2º PAINEL – SAÚDE VERSUS DOENÇA SEXUAL DOS HOMENS: INDICADORES, INTERVENÇÕES E REGISTOS	44
SAÚDE VERSUS DOENÇA SEXUAL DOS HOMENS: INDICADORES, INTERVENÇÕES E REGISTOS”	44
RICARDO JORGE ANTUNES (MODERADOR)	44

COMUNICAÇÕES LIVRES	50
MASCULINIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA A TRANSMISSÃO DO HIV COM BASE NA REGIONALIDADE.	50
IURI PIERONI	50
SEXUALIDADE NO IDOSO: MITOS, VENTURAS E DESVENTURAS	50
SANDRA MARTINS	50
ENFERMAGEM EM SEXOLOGIA NAS ESCOLAS, NO MASCULINO: TORNAR VISÍVEL O INVISÍVEL	51
ALEXANDRE SANTOS DE OLIVEIRA E ISABEL NUNES FONSECA	51
LINA ANTUNES (MODERADORA)	52
3º PAINEL – FACES OCULTAS DAS SEXUALIDADE MASCULINAS	55
“MUITO PRAZER, EU EXISTO” : AS REALIDADES DA ASSISTÊNCIA SEXUAL	55
MARGARIDA GOMES	55
SEXUALIDADE SAUDÁVEL DO HOMEM COM DOENÇA MENTAL	57
HÉLDER LOURENÇO	57
FACES OCULTAS DA(S) SEXUALIDADE(S): DIVERSIDADE FUNCIONAL E PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL	64
JORGE CARDOSO (MODERADOR)	64
3ª CONFERÊNCIA – “HOMEM QUE É HOMEM NUNCA SE NEGA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS ‘COMPETÊNCIAS’ SEXUAIS MASCULINAS”	69
FERNANDO MESQUITA	69
4º PAINEL – DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA ÀS BOAS PRÁTICAS	74
SEXUALIDADE E MULTIDISCIPLINARIEDADE	74
DUARTE VILAR	74
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS HOMENS QUE TÊM SEXO COM HOMENS	79
MIGUEL ROCHA	79
SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO NOS HOMENS	85
RUI FONTES	85
NOTAS CONCLUSIVAS SOBRE A CONFERÊNCIA	89
ALEXANDRA TERESO E LINA ANTUNES	89

SESSÃO DE ABERTURA

João Fernandes

O incentivo à descoberta através da investigação e a divulgação do saber, através de publicações, conferências e outras formas, mantém-se como um dos objetivos da Associação Portuguesa de Enfermeiros desde a sua criação no já longínquo ano de 1968.

Ao longo dos seus quase 53 anos de existência, a APE tem realizado inúmeros eventos de cariz científico, graças à motivação e envolvimento de um enorme número de colegas e de profissionais de outras áreas do saber, que se dispõem a desenvolver esforços no sentido de promover estes encontros que mais não pretendem do que contribuir para o desenvolvimento científico, técnico, relacional e também cultural dos que neles participam.

A Conferência (In)Visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal, que vem dar corpo a este eBook, foi o primeiro evento do Departamento de Saúde Sexual desta Associação, criado em 2018 na sequência do interesse demonstrado por alguns colegas. Esta Conferência, realizada em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a cujo Presidente, o Professor João Carlos Barreiros dos Santos, exprimo aqui o meu reconhecido e público agradecimento, não só por esta parceria, mas por toda a colaboração para com a APE e que conta já com largos anos.

Um agradecimento a todos os que colaboraram na organização desta iniciativa, bem como a todos os conferencistas, não esquecendo também os técnicos de áudio visuais e de informática da ESEL, que com a sua dedicação nos permitiram realizar, sem sobressaltos, a 1ª conferência virtual da APE.

A qualidade das conferências fica espelhada nas páginas que constituem este eBook, que contém os textos com a estrutura e o conteúdo da autoria de cada um dos participantes ficando, desta forma, perpetuadas para posterior consulta.

A vitalidade deste Departamento trará brevemente mais desafios sempre com a premissa de contribuir para o desenvolvimento e divulgação do conhecimento na área da saúde sexual.

Reforço o agradecimento a TODOS os que permitiram que esta Conferência, em tempos de pandemia, tivesse sido uma realidade. Um agradecimento também a todos aqueles que demonstraram o seu interesse por esta área da saúde e se inscreveram para participar.



Alexandra Tereso

Bom dia, em nome do Departamento de Saúde Sexual da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), dou-vos as boas vindas à **Videoconferência (In)visibilidades da saúde sexual dos homens em Portugal**. Depois da apresentação do senhor professor João Santos, presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e do senhor enfermeiro João Fernandes, presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) vou falar-vos um pouco do desafio que foi a organização desta conferência.

Quando no departamento tomámos a decisão de organizar uma conferência sobre as (in)visibilidades da saúde sexual dos homens em Portugal, fomos confrontados com duas questões francamente interessantes, que foram veiculadas por alguns membros daquele que considerávamos como público alvo. A primeira: - Uma conferência só sobre homens? Sobre esta questão, foi interessante verificar que tal dúvida não se coloca quando são organizadas conferências sobre a saúde sexual das mulheres, nas quais só são abordadas questões relativas às mulheres.

A segunda questão: - Dois dias de conferência? Mas há assim tanto para falar sobre a saúde sexual dos homens? E sobre esta, pensámos no pouco que cada um sabe, na vastidão que pode ser a saúde sexual dos homens, e na possibilidade de estarmos perante a desvalorização das necessidades de sujeitos que muitas vezes são tornados objetos de cuidados.

Apesar de ainda assistirmos à responsabilização dos homens pelos “males” sexuais e reprodutivos das mulheres, tem sido reconhecida a necessidade de os programas e os serviços de saúde incluírem os homens, não só como meios para dar resposta às necessidades das mulheres, mas também para satisfazerem as suas próprias necessidades.

No entanto, a inclusão dos homens enquanto sujeitos dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, implica enfrentar a complexidade da abordagem de um tema que requer sensibilidade, pela sua natureza delicada que toca a intimidade de cada indivíduo, e pelas formas como se dilui e se camufla no domínio público.

Analisar as possibilidades e os constrangimentos dessa inclusão, remete também para o debate político, académico e clínico e para a necessidade de uma compreensão partilhada do seu significado e das orientações para a sua concretização.

Quando pensámos numa conferência que abordasse a saúde sexual dos homens, pensámos em homens com trajetórias sexuais diferentes, com necessidades de cuidados diferentes, que requerem respostas distintas. Assim, procurámos traçar um caminho que contribuísse para a reflexão sobre a literacia dos



homens em saúde sexual, sobre os comportamentos individuais, as condições sociais que os estruturam, a existência de políticas públicas eficazes, o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Nesta lógica, tomámos várias decisões. A primeira, foi a de que a conferência privilegiasse uma abordagem multidisciplinar. Porque defendemos que a sexualidade e a saúde sexual não se restringem ao domínio específico de uma profissão, procurámos obter contributos de profissionais de várias áreas em que os quotidianos de saúde e de doença sexual dos homens tivessem lugar.

A segunda decisão, foi sobre a data para a realização desta conferência. Porque o dia mundial do homem, tem entre os seus objetivos promover a saúde masculina, promover os papéis masculinos positivos e a não discriminação de rapazes e homens, optámos por realizar o 1º dia da conferência no dia mundial do homem, dia 19 de novembro, como uma forma de lhe dar visibilidade. Assim, aproveite esta oportunidade para congratular todos os homens fisicamente e virtualmente aqui presentes, incluindo os membros das comissões desta conferência.

Decidimos ainda, adotar a cor azul em todo o material de divulgação da videoconferência, como uma estratégia para dar visibilidade ao movimento “Movember”, cuja designação é a junção de november (mês que assinala o dia internacional do homem) e de *moustache* (um símbolo masculino). Este movimento que foi criado pela Movember Foundation na Austrália e rapidamente se difundiu por todo o mundo, tem como objetivo chamar a atenção para o tabu associado aos problemas de saúde dos homens, tais como as doenças mentais e o cancro da próstata e dos testículos.

Neste âmbito em Portugal, com objetivo de chamar a atenção da sociedade, e dos homens em particular, para a importância da realização dos rastreios precoces deste tipo de problemas, tem sido divulgada a iniciativa “novembro azul” que desafia os homens a deixarem crescer o bigode durante o mês de novembro e que tem contado com a adesão de vários enfermeiros dos serviços de urologia.

Para terminar, espero que apesar dos constrangimentos atuais e da impossibilidade de estarmos fisicamente juntos, a Web nos permita proximidade, partilha, interação e desenvolvimento.



1ª CONFERÊNCIA – SEXUALIDADE, MITOS E TABUS: ENTRE O EROTISMO E A MEDICALIZAÇÃO

À conversa com Marta Crawford

A primeira conferência intitulou-se “Sexualidade, mitos e tabus: entre o erotismo e a medicalização” e estivemos à *Conversa com a Dr.ª Marta Crawford*.

Na impossibilidade de termos para o e-book um texto completo da sua intervenção, que foi recheada de “*histórias vividas*” do contexto da prática clínica, optámos por destacar alguns dos aspetos mais significativos da sua *conversa*, como lhe chamámos. Contudo, porque não queremos deturpar o sentido discursivo do que foi tão entusiasticamente apresentado, porque a riqueza do que foi dito é singular e o modo de o dizer é de cada um, isso levou-nos a que em algumas passagens utilizássemos as transcrições textuais da própria Dr.ª Marta, que foram consentidamente gravadas.

O recurso que utilizou de tomar como ponto de partida as histórias trazidas da clínica e do seu trabalho enquanto psicoterapeuta sexual permite olhar para o tema da sexualidade a partir dos significados pessoais, mas também sociais. **Como reforçou, pelas histórias, consegue-se perceber as mentalidades e entender o modo como a sociedade vê a sexualidade, os preconceitos, o modo como homens e mulheres vivem a sua sexualidade e a interpretam.**

1ª história: no consultório paciente de 43 anos, que procurava ajuda porque desde o início da sua vida sexual (em jovem), e num relacionamento concreto, deparou-se com a dificuldade de recção com a companheira, que era muito bonita e atraente. Esse episódio, repetido em várias tentativas de aproximação sexual, gerou-lhe uma dúvida: será que era homossexual? O que é que se passaria? Esta dúvida fez com que este indivíduo, nas suas palavras, criasse, desde essa altura, “uma carreira de adições” (álcool e drogas) e que duraram muitos anos. A sua trajetória foi contendo outras aproximações e tentativas de realização sexual e organização pessoal e familiar, mas que foram sempre marcadas por ansiedade e pelo medo de falhar sexualmente. “A escolha da parceira com quem teve uma filha e com quem viveu até ao momento, assumiu como uma escolha racional. A parceira no passado terá tido uma relação onde existiu abuso sexual e, como tal, tinha uma relação com a sexualidade muito complexa e com pouca iniciativa / desejo sexual. O fato dela não ter grandes expectativas sexuais e reservas em relação à penetração, fez com que ele se sentisse menos em causa, enquanto homem e em relação á sua própria performance”.



Percebe-se que a perturbação que o primeiro episódio na adolescência, desencadeou diversas problemáticas, medos e que o remeteu sempre para o questionamento da sua orientação sexual, que ele não conseguiu nunca partilhar com ninguém e que o levou à dependência de drogas e álcool e, por outro lado à extrema contenção sexual.

2ª história: Descreve uma história já antiga de um Homem com mais de 70 anos, que há vários anos (mais de 15) procurou ajuda e que, por intermédio da linha telefónica de aconselhamento (“SOS Dificuldades Sexuais”), anónima, procurou falar pela primeira vez da sua sexualidade. “Era um homem que sentia que tinha um problema físico, segundo ele “o seu pénis não ficava normal sempre que tinha uma ereção” e com base nisso, achava que seria impossível relacionar-se com uma mulher. Este homem afirmava que tinha uma “monstruosidade entre as pernas”, mas foi possível através da avaliação clínica, perceber que se tratava apenas de uma fimose (quando o prepúcio sofre um aperto, diz-se que o homem tem uma fimose). “Essa condição impede que o prepúcio seja puxado para trás da glande, podendo provocar dores durante o coito, infeções ou entortar o pénis. Como a glande não saía do prepúcio, esta situação envergonhava-o profundamente, de tal forma que nunca pediu ajuda, nem a um médico, nem a um amigo, nem a ninguém. Este homem ao longo da sua vida reservou para si esse problema, não se relacionou intimamente com ninguém, vivendo de uma forma muito solitária toda a vida, até aos 70 e tal anos, altura em que pede ajuda. Ao retratar a sua situação, percebo que está a contar-me algo, que para mim é muito simples de resolver. A fimose pode ser corrigida através de uma pequena cirurgia, indolor e com anestesia local pode levar algumas semanas a sarar e causar algum ardor ao urinar. Mas após esse período tudo se normaliza. A partir daí poderia ter ereções perfeitamente normais. Desde a adolescência, até aos 70 e tal anos, este homem viveu num vazio, numa espécie de perda do tempo, porque ele acreditava que tinha um problema sexual sem solução. Problema esse que não podia partilhar com ninguém. Por falta de informação, de educação sexual este homem não foi capaz de pedir ajuda atempadamente e ter uma vida feliz.”

A partir da situação relatada, Marta Crawford questionava sobre a forma **como terapeutas, técnicos de saúde devem comunicar nestes contextos.**

“Para nós isto é uma questão muito simples, é um problema que se resolvia com muita facilidade, mas que não é possível verbalizar e devolver deste modo a quem procura ajuda, tão tardiamente. Isto tem que ser feito com cautela (...) com **um sentido não prescritivo, cauteloso e sem julgamento**, pelo que esta experiência ajudou-a a “arranjar um argumentário que «não ferisse de morte» aquele homem. Foi preciso mostrar-lhe que aos 70 e tal anos ainda haveria muito para viver e para conseguir reconciliar-



se com o seu próprio corpo. Tenho consciência que foi preciso não simplificar demasiado «a cura», «a situação» e «o tratamento» dadas as circunstâncias de vida deste homem.

A forma como homens e mulheres olham para os deveres relacionados com a performance masculina e feminina, também é “curioso”. Eles e elas, quando estão perante um homem que não se comporta como um “autentico macho na cama, sempre ereto e pronto para o sexo” perguntam: **Dra. isso será normal?** Será que é homossexual? Falta de desejo sexual num homem é possível? Não lhe apetece todos os dias, mas os homens não estão sempre prontos? Não estão sempre hirtos e firmes para penetrar? Já as mulheres é que nem “sempre lhes apetece, nem sempre têm disponibilidade, desejo, iniciativa,... (...).

Sim estamos agora, novamente a falar dos mitos da sexualidade.

O grande mito da sexualidade é que o sexo tem sempre que implicar a penetração e o orgasmo, esta visão e a forma de olhar para a sexualidade, cria uma série de enganos e obrigações na vivência dessa sexualidade. A penetração (o coito) é um dos comportamentos sexuais que duas pessoas podem ter, mas não é o único, nem o mais importante. Se durante muito tempo (no passado) a função do sexo era claramente procriativa, nesse enquadramento fazia todo o sentido a penetração. **Hoje pode-se dizer que tem outra função, nomeadamente a recreativa,** em que se passou a ter a noção da importância do prazer sexual para ambos os sexos. Mas, a ideia de que a penetração é fundamental, nunca foi posta de parte. Está na cabeça de todos como sendo a definição do sexo em si, mesmo que isso possa não dar especial prazer e satisfação.

Há mulheres que aparecerem nas consultas referindo que não têm orgasmo e depois de se falar da masturbação afinal dizem que têm. Apesar de obterem o orgasmo através da masturbação, ou pela estimulação oral, desclassificam essa forma de sentir o orgasmo, porque para elas e parceiros, o orgasmo tem que ocorrer durante a penetração. Persiste a ideia do que é suposto acontecer, do que é normal (na relação sexual). (...) ou seja, de um guião sexual pré- definido, com origem sabe-se lá de onde.”

A questão é que nem os pais, nem a escola vão falar ou explicar como se faz sexo e estas ideia pré-concebidas sobre a intimidade sexual e sobre o prazer, vão prevalecer.

Se se perguntar a alguém «o que é para si sexo?», a palavra penetração está sempre incluída. São raras as pessoas que não falam da penetração, mesmo aquelas que eventualmente podem não gostar de ter uma relação sexual com penetração. Para as mulheres, a penetração é a principal narrativa de um ato sexual. Para os homens a ereção é a condição básica para se ter sexo, e consideram que sem ereção não há sexo. **Esta é mais uma ideia bizarra da sexualidade, a de remeter para a ereção e para o pénis todo o**



potencial da sexualidade masculina. Parece que o homem não é verdadeiramente um homem sem ereção e, que o seu pénis, é muito mais importante do que o todo.

Costumo dizer que **o mais importante é o homem por detrás do pénis e o que verdadeiramente importa é a sua habilidade**, e não o próprio pénis ou a sua ereção, porque isso não é determinante para se viver a sexualidade. Posso dizer isto mil e uma vezes, mas no final todos vão continuar a dizer, sexo é penetração, tanto homens como mulheres. (...) mas quando desconstruímos as ideias pré-concebidas (sociais, familiares...) consegue-se olhar para a sexualidade de outra forma e com muito mais satisfação.”

Das diversas histórias que apresentou, Marta Crawford destaca que são **as crenças e os mitos associados à funcionalidade do corpo, às características dos órgãos sexuais, as expectativas sobre o que é esperado de uma relação sexual os aspetos que mais determinam** o modo como se olha para a **sexualidade e como esta é vivida.**

Refere que o receio na partilha das experiências, pela falta de informação ou mesmo por informação clínica errada, não confirmada, muitas situações são arrastadas ao longo do tempo e vividas com grande sofrimento. As representações sobre a sexualidade, os mitos em torno desta e as trajetórias diversas vividas pelos homens e pelas mulheres conduzem, muitas vezes a vivências pouco prazerosas, relações afetivas interrompidas e falta de realização dos próprios e até não aceitação de si próprios.

Destaca também que **outro dos grandes mitos associados à sexualidade é o tamanho do pénis:** “o clitóris é o principal órgão sexual feminino, o único que tem como função dar prazer à mulher, o que significa que no caso de uma relação heterossexual, não é preciso um pénis grande para satisfazer uma mulher, o que é importante é a habilidade para lhe dar prazer. Ter um pénis grande não significa que o homem é mais potente na cama, que tem maior capacidade orgástica ou que dá mais prazer à parceira ou ao parceiro. Porque o mais importante é a qualidade do jogo amoroso, a forma como se comunica intimamente, e a capacidade para se estar atento às necessidades e gostos do outro. Falando ainda de tamanho, há pouco dizia que o primeiro terço da vagina mede 3 ou 4 cm da entrada da vagina e tem mais terminações nervosas, portanto, em tese, precisaríamos para estimular uma vagina de um pénis com apenas 4 centímetros, e nesse caso estaríamos a falar de um micro pénis. É preciso perceberem a dinâmica da satisfação sexual feminina, as suas necessidades em termos de prazer e a importância do clitóris e de outros comportamentos sexuais que não passam pela penetração. “

Essa representação estereotipada é, muitas vezes impeditiva de uma vida normal, tanto em termos de intimidade, como nos espaços mais reservados de vida pessoal quotidiana e social (a título de exemplo,



referiu-se à situação de um homem que se sentia diminuído pelo tamanho dos seus testículos). Reforça que algumas destas situações assumem contornos patológicos, que não devem ser reforçados por especialistas, que com recurso a cirurgias e outras técnicas tentam modificar os órgãos genitais, em vez de fazer o encaminhamento destes doentes para uma psicoterapia/ psiquiatria.

“Lembro-me de um caso de um rapaz que tinha o complexo em relação aos seus testículos que considerava pequenos por comparação com colegas da piscina, e sentia-se complexado com isso, o que o impediu de fomentar relacionamentos íntimos, por se sentir pouco atraente e potencialmente alvo de chacota. Fez várias intervenções cirúrgicas para aumento dos testículos (que não resultaram) mas também outro tipo de cirurgias que nada tinham a ver com a sua necessidade, mas que foram sendo sugeridos por cirurgiões e aceites por ele sem qualquer tipo de lógica (...) estamos perante alguém com uma patologia, de uma situação que consiste numa alteração da perceção e da valorização corporal que constitui uma perturbação psicológica, caracterizada pela preocupação com um ou mais defeitos ou imperfeições na aparência física, que o próprio acredita ser anormal, deformado ou pouco atraente. Falo da perturbação dimórfica corporal. E que neste caso, a preocupação é exacerbada pelo tamanho dos testículos, quando não havia excitação sexual e estavam em estado de flacidez sexual.

Ele chegou ao meu consultório, encaminhado por um andrologista que me pediu para “apanhar” este caso, porque obsessão por cirurgias, só podia parar com uma intervenção psicológica. No entanto o rapaz não queria ajuda psicológica, apenas que eu aceitasse a sua ideia e que confirmasse a colocação de uma prótese peniana. Segundo a sua pesquisa online, a colocação de uma prótese hidráulica seria a solução perfeita para resolver o seu problema, pois ao colocar aquele tipo de prótese hidráulica no pénis / testículos, aumentaria o volume dos testículos, mesmo que perdesse a ereção natural do pénis. Estava disposto a trocar a ereção natural, pelo aumento do tamanho dos testículos. A questão é que colocar uma prótese peniana num homem funcional é inapropriado e completamente desaconselhado. Não se vai fazer um ato cirúrgico, quando o problema é do foro psicológico. Não o consegui convencer a desistir da ideia e a iniciar uma psicoterapia. O andrologista que o tinha encaminhado também não conseguiu convencê-lo e imagino que ele terá voltado aos “seus” anteriores cirurgiões onde já tinha sido operado e feito as intervenções anteriores. Infelizmente existem médicos que avançam para determinadas intervenções cirúrgicas e de risco, e que não têm em conta a psicopatologia do doente.

É necessário fazer uma avaliação e uma história clínica da situação, ainda que os doentes apresentem por vezes, o seu próprio diagnóstico, baseado em pesquisas Google, que podem influenciar-nos numa determinada direcção diagnóstica, que não corresponde à situação real. Não se pode dar como certo o



que é dito sem uma avaliação cuidada da situação. Mas, para isso, **nós próprios temos de fazer o nosso próprio trabalho pessoal e já ter sido capazes de resolver os nossos próprios preconceitos em relação ao sexo, para que possamos ter uma postura empática e bem informada.** Senão podemos cair na tentação de fazer juízos de valor, perpetuando mitos ou preconceitos que estejam enraizados em nós.

Quem trabalha nesta área da saúde sexual e faz uma intervenção direta com pessoas quem têm uma problemática sexual, tem que fazer essa autoavaliação e esse exercício individual (enquanto terapeuta e técnico de saúde), **para perceber quais são as suas próprias reservas enquanto indivíduos, quais são as suas limitações na forma como olham para a sexualidade, para não replicarem no tipo de intervenção que fazem, os seus próprios preconceitos e crenças.** (...) temos de fazer esse exercício de reflexão e desmistificar as nossas próprias ideias, e se por exemplo, achamos que sexo é penetração, a partir daí toda a nossa intervenção vai ser nessa linha de raciocínio. (...) mas estará correto? Não.

Ainda pegando na história daquele indivíduo que falei há pouco, que quando era novo teve uma disfunção erétil e não sabia se era gay, marcou uma segunda consulta e referiu que estava bastante aliviado porque «eu vim à sua consulta e depois pensei: porque é que eu perdi este tempo todo da minha vida com este sofrimento (...), quando o que estava em causa era a forma como eu pensava sobre a sexualidade». (...) Foi extraordinário como uma conversa, uma única hora de consulta, fez mudar o paradigma mental daquele homem. E tal como este, é preciso esclarecer uma série de crenças, principalmente para aqueles que sentem a sua sexualidade de uma forma diferente daquela que entendem como sendo a normativa.”

A divergência de perspetivas e estratégias de intervenção entre os profissionais é, por vezes, também um elemento de resistência. Refiro-me a uma psicoterapia ou à medicalização. Nesta história que referi anteriormente, o que eu propunha era reforçar as suas competências sexuais, a partir da sua própria perceção, da conexão e química que sentia pela nova parceira e da sensibilidade com que se referia à forma como dizia entender o sexo. Foi quando me referiu, que tinha consultado um psiquiatra e que lhe tinha sido prescrito o viagra, para que não falhasse. Se por um lado, eu pretendia reforça-lo positivamente e lhe terei mencionado que “não ia precisar do medicamento”, o outro colega (com a sua visão masculina) -sabendo que o paciente ia ter um encontro no fim de semana seguinte - receitou-lhe “o” medicamento que iria impedi-lo de falhar. (...) A minha intervenção teve um impacto positivo na forma como ele mudou a sua forma de pensar em relação à sua orientação sexual. E ainda que ele acreditasse que era um homem habilidoso e capaz de passar com sucesso na “prova” a que se propunha,



considerou que o medicamento que o “impediria” de falhar, era o trunfo **que ele não queria deixar de ter com ele nesse** dia.

Nestes medicamentos (viagra, cialis, levitra ou spedra), infelizmente na bula “não está descrito o que é preciso fazer para se ser um bom amante e quais as habilidades necessárias para se ser um homem competente sexualmente, dando relevância à interação, à pele, à intimidade, ao lado erótico e sensorial. (...) Parece que tomando o comprimido tudo se resolve, magicamente (...) mais uma vez o bastião da sexualidade constrói-se em torno de uma ereção masculina e firme que tudo resolve (...) essa ideia é preciso desconstruir (...), para que a vida dos casais e dos próprios homens, passe a ser mais interessante.

Por último, refere que é preciso olhar para a sexualidade de uma forma diferente e não baseada em factos e preconceitos do passado ou enraizados numa tradição judaico/cristã, que não faz sentido. É preciso criar uma nova visão sobre o corpo, sobre a satisfação sexual, e sobre a relação com o outro na intimidade, para que se possa viver o sexo com prazer e de forma plena.

Comentário à intervenção da Dr.^a Marta Crawford - Verónica Policarpo

Muito obrigada Dr.^a Marta pela excelente intervenção. Foi muito bom ouvi-la pela experiência que traz da prática e que me levou também para a informação que, por intermédio de entrevistas, recolhi com homens durante o meu trabalho de doutoramento.

Uma coisa que sempre me interpelou, e que ao ouvir a Dr.^a Marta foi ao encontro de uma inquietação minha, que prende-se com o seguinte:

- **quando falamos de sexualidade e do comportamento sexual parece que estamos perante um objeto que, de todos, parece ser aquele que mais desafia a natureza socialmente construída do nosso comportamento** (vimos o exemplo do Viagra, e como este foi tão importante nos finais da década de 90). E, em tudo o que a Dr.^a Marta disse consegue-se acompanhar esse fio.

- se pusessemos de lado as normas sociais, até que ponto as pessoas seriam livres no seu comportamento, teriam o máximo prazer e a máxima realização através do seu corpo e através da sua sexualidade?

- da intervenção da Dr.^a Marta é muito interessante perceber como destaca que **é impossível separar o corpo e o social, o biológico e o social, e como a sexualidade e a maneira como as pessoas a vivem é a prova disso**, das normas. A própria noção de prazer e a ideia de que é necessário ter prazer e se não o tiver não se é uma pessoa realizada, tudo isso é resultado de normas. Como é que todos nós (a Marta e

os outros profissionais, os enfermeiros e todos os que estamos na sala...) lidamos com todas estas normas? Como as trabalhamos no sentido de libertá-las, uma vez que estamos sempre a construir normas? E como podemos viver de uma maneira mais consciente a partir do reconhecimento destas?

A questão do Viagra é muito interessante: os homens com quem falei, não falando diretamente deste pequeno comprimido, manifestavam, no fundo, aquilo que me parece ser uma **ideia normativa a respeito do desempenho sexual masculino**; falavam do uso e do sucesso deste medicamento, e do modo como isso está ligado a um culto e uma injunção à performance (é simultaneamente um culto e uma injunção). Um culto e uma performance sexual masculina muito focada, como a Dr.^a Marta muito bem explicou, na ereção e na ejaculação. Como disse, o ato sexual só parece ser completo, e só se revela na sua plenitude, quando há uma ejaculação, a qual é motivo de felicidade e bem-estar. Este **culto da performance** está, em termos sociais, muito ligado a uma certa ideia de masculinidade, uma masculinidade hegemónica que é extremamente conflagradora para os próprios homens e afeta a forma como eles acabam por viver a própria sexualidade. Uma masculinidade de um homem que é ativo, jovem, saudável, poderoso, com poder, capaz de exercer o domínio sobre si próprio acima de tudo, e das suas emoções, mas também capaz de viver as suas emoções com a sua parceira ou parceiros. É um ideal de homem a que, no fundo, talvez muito poucos homens corresponderão e que, portanto, acaba, muitas vezes, por constranger a vivência da sexualidade por parte de muitos homens.

Esta **representação sobre o que é que é ser homem, muito hegemónica, acaba por esmagar outras manifestações de masculinidade**. Este é um termo plural e é interessante perceber esses **múltiplos sentidos, que são plurais**. Durante o meu estudo, o que mais me impressionou e maravilhou foi a **diversidade da expressão do comportamento sexual e ao mesmo tempo a impressionante recorrência de regularidades**.

Estes momentos de reflexão e de debate, como aqueles que estamos aqui a ter hoje, servem para ajudar a desmontar estes dispositivos da sexualidade. A desmontar os modelos de uma performance ancorada nesta noção de masculinidade hegemónica, muito assente numa versão mecanicista do comportamento sexual do homem, como uma máquina que não falha. Esta foi uma grande diferença que encontrei no meu trabalho quando entrevistava homens e mulheres, com representações muito assimétricas da sexualidade: o homem visto como uma máquina que, desde que “bem oleada”, funciona sempre bem. E quando a máquina não está a funcionar bem, há um problema que pode ser resolvido. E daí o Viagra, presumo, ter sido tão importante.

Um contributo que posso dar, e que penso que é interessante dar neste contexto, assenta na ideia de que **as normas sociais, constroem tanto o comportamento biológico. Elas constroem e modificam o biológico, elas co-constroem a biologia.** A ideia que a Dr.^a Marta referiu da capacidade de produzir algo que é biológico, da hormona, que sendo circunstancial dá tanto desejo e prazer, mas ela também é produzida pelo contexto, ou seja, ela é socialmente construída.

Assim, **é interessante ver quais são os scripts ou roteiros aceites ou socialmente promotores de uma sexualidade saudável e satisfatória, que traz a realização pessoal.** Esses roteiros são interpessoais, ou seja, há uma sequência de eventos que as pessoas têm na cabeça e aceitam, os quais parecem ser os únicos conducentes a um bom resultado e tudo o que se desvia disso já é problemático. Há roteiros que são intrapsíquicos, isto é, tem que ver com cada indivíduo, com a sua biografia e com a forma como ele os interpreta a partir da sua própria história pessoal. Há outros roteiros, que são construídos e impostos pelos media, outros pela escola e até por nós, os profissionais, que estamos aqui a conversar e depois os profissionais que vão agir com as pessoas, também estão a atualizar esses roteiros. Mas, as pessoas não são seres passivos face a esses roteiros, elas são fundamentais para definirem o papel que estes roteiros lhes prescrevem e tal, como numa peça de teatro, um roteiro só passa a ser uma peça quando os atores encarnam os papéis que lhes são atribuídos.

As pessoas podem transformar os roteiros, as pessoas são fundamentais na atualização dos papéis que lhes prescrevem, podem ter uma posição mais derrotista, no sentido em que se deixam levar pelas expectativas, do que se espera sobre elas, mas, no geral, vê-se que as pessoas vão fazendo o seu caminho. E nas histórias que a Dr.^a Marta contou isso percebe-se e é extraordinário!

As pessoas não são escravas desses roteiros elas vão fazendo com que as coisas mudem para si e para os outros. Assim, podemos dizer que as estruturas sociais não são algo inexorável que se abate sobre as pessoas, como sejam as desigualdades de género, ou as desigualdades sociais. São, sim, condicionantes muito importantes, assim como a questão da injunção à performance e ao desempenho sexual. **Mas as pessoas têm nas suas mãos o poder de decidir e interferir nesses constrangimentos e conseguem contribuir para os alterar.**

Em termos de enquadramentos sociais, e de constrangimentos sobre as vidas sexuais, há uma coisa muito importante que aprendi no trabalho que fiz sobre as trajetórias sexuais que gostaria de salientar: é que **olhar para os comportamentos sexuais obriga-nos a olhar também para as trajetórias não sexuais da vida** e isso parece-me estar muito claro nas histórias que a Dr.^a Marta contou.



Há duas plataformas da vida (ou enquadramentos sociais) que me parecem muito importantes mencionar: o trabalho e a família. Estas duas áreas da nossa vida condicionam e influenciam muito os comportamentos sexuais. Ambos são domínios de **temporalidades não individuais (coletivas) que afetam as temporalidades individuais, enquanto histórias de vida** (a Dr.^a Marta nas histórias que contou falou dessas temporalidades individuais). Destas duas dimensões (trabalho e família), que remetem para temporalidades coletivas, a da família, é daa que mais afeta mais as pessoas. O que lhes acontece enquanto estão em família determina e molda a sua individualidade e intimidade.

As temporalidades do mundo da família, articuladas com as temporalidades do mundo de trabalho, são altamente impactantes, daquilo que eu pude ver no meu trabalho, **da forma como os sujeitos vão construindo a sua trajetória sexual** e a maneira como se vão vendo e colando, ou não, àquilo que lhes acontece. Esta visão pode tornar-se prejudicial, porque ao identificarem-se excessivamente com aquilo que lhes vai acontecendo, em que se vão tornando, em determinada fase (exemplo concreto, entrada na vida adulta, na transição de saída de casa dos pais para constituir família, tomando como exemplo entrada na conjugalidade e a sua entrada em novos papéis sociais, que é altamente exigente para os sujeitos), isso coloca uma pressão enorme sobre si e sobre a sua vida sexual.

Ao identificarem-se excessivamente com essas identidades, por vezes isso cristalizava de tal maneira que tornava muito rígida a identidade sexual. Em vários exemplos dados, os homens tornavam-se sexualmente “incompetentes”, porque se colavam demasiado àquela imagem de si mesmos, que construíram num determinado período da sua vida e que é impactada por aspetos estruturais (são exemplos a dificuldade de acesso a recursos económicos, a pressão brutal a que se está sujeito no mundo do trabalho, o nascimento de um filho no caso das temporalidades da vida familiar, entre outros).



1º PAINEL – Da procura de prazer à procura de cuidados de saúde: proximidades e distanciamentos entre os homens e os profissionais de saúde

Aproximações anónimas – Sexualidade em Linha

Paula Pinto

Guião do vídeo *Sexualidade em Linha* apresentado no âmbito da videoconferência

A Sexualidade em Linha é um serviço integrado no programa Cuida-te + do Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ) sendo a sua equipa técnica, assegurada pela Associação para o Planeamento da Família (APF). Trata-se de um serviço telefónico e resposta por escrito que visa o esclarecimento de questões sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) - anónimo, confidencial e gratuito. Embora dirigida a um público mais jovem, entre os 12 e os 25 anos, está disponível para a população em geral.

Os dados estatísticos da Sexualidade em Linha sempre evidenciaram grande discrepância no número de utilizadores e utilizadoras deste serviço, com os atendimentos de utentes do género feminino a registarem, em média, cerca de 80% do total de atendimentos anuais.

Por essa razão é difícil caracterizar um perfil tipo dos rapazes e homens que contactam a linha, contudo, a fazê-lo, podemos dizer que será um homem jovem, entre os 18 e 30 anos, coloca questões sobre contraceção, por exemplo, se a parceira esqueceu a toma da pílula, ou o preservativo rompeu, uma relação sexual em que houve risco de contágio de infeções sexualmente transmissíveis, algumas questões sobre sintomas/alterações associadas aos genitais, mas também questões sobre dificuldade sexuais e algumas questões relacionadas com o próprio relacionamento.

Nestes atendimentos, constatamos que a maioria dos rapazes e homens que nos contactam, não tiveram até esse momento, qualquer tipo de aconselhamento/consulta de SSR, ao contrário das mulheres que podem já ter feito uma consulta de planeamento familiar e ou ginecologia.

Sempre que necessário, é feito encaminhamento para serviços de saúde presenciais e/ou consultas especializadas (centro de saúde, hospital, espaços/gabinetes juvenis, consultas planeamento familiar, sexologia, urologia/andrologia, IST, psicologia, entre outras) em função da sua área de residência ou localidade pretendida. Contudo, perante a necessidade de encaminhamento para um atendimento



presencial, regra geral, os homens têm mais dúvidas e mostram mais reservas no recurso aos serviços de saúde referenciados.

Face às problemáticas identificadas, a Sexualidade em Linha além de disponibilizar informação segura e factual, essencial para tomar decisões informadas, pretende facilitar a reflexão sobre as questões e dificuldades apresentadas. Promovendo competências como a capacidade de decisão, autonomia e a assertividade face à sua saúde sexual e bem-estar geral.

Procuramos que, a informação, aconselhamento disponibilizados, se baseiem numa perspetiva holística e positiva da sexualidade procurando transmitir conhecimentos que preparem as pessoas para cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva contribuindo para o seu bem estar geral; a compreender como as suas escolhas afetam o seu próprio bem estar e dos outros; como assegurar a proteção dos seus direitos, nomeadamente, no acesso aos cuidados de saúde e a uma resposta efetiva face às suas necessidades e preocupações com a saúde sexual.

Por exemplo, mais de 50% dos atendimentos da Sexualidade em Linha estão relacionados com contraceção, se um rapaz contacta o serviço porque a namorada falhou a toma da pílula, além do aconselhamento contracetivo é importante validar o seu envolvimento na questão contracetiva. Sabemos que se os dois parceiros estão envolvidos na questão contracetiva a probabilidade de a sua utilização ser mais eficaz aumenta, ao mesmo tempo que há um maior envolvimento e responsabilidade partilhada de ambos. Por outro lado, este envolvimento permitirá, eventualmente, chegar a outras questões relacionadas com a sua saúde sexual que de outro modo poderiam não ser abordadas.

É curioso observar que, embora os rapazes utilizem significativamente menos o serviço, nas ações de sensibilização realizadas para divulgar a Sexualidade em Linha, estes são muito participativos e mostram interesse e curiosidade nos temas abordados e no esclarecimento de dúvidas. As necessidades existem e é possível identificá-las! É importante que as estruturas de saúde consigam responder às suas necessidades específicas, mas, sem dúvida, é fundamental o papel da educação sexual, possibilitando conhecimento e trabalhando comportamentos, atitudes e valores que os preparem para cuidarem da sua saúde e bem-estar.



Inclusão das masculinidades: das políticas de saúde aos quotidianos dos cuidados

Lisa Vicente

Agradeço o convite para participar neste Evento tão interessante e diversificado. Quero congratular a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e ao Departamento de Saúde Sexual da Associação Portuguesa de Enfermagem (APE) por escolherem um tema tão importante: a questão da diversidade da masculinidade (Masculinidades).

Este é um pequeno resumo das ideias que quero deixar como mensagens, para prolongar o que foi abordado durante a comunicação.

Historicamente a luta pela igualdade entre os géneros centrou-se na importância de assegurar às mulheres igualdade de oportunidades na vida social, familiar, profissional e no mundo do trabalho em geral.

Por outro lado, questões como: gravidez não planeada, aborto inseguro, complicações da gravidez e do parto, justificaram porque foi essencial trabalhar como prioridade, a contraceção, os cuidados de saúde reprodutiva e os cuidados materno-infantis. Centrados, inicialmente, nas necessidades das mulheres.

A necessidade de falar de igualdade de género, de um ponto de vista masculino, surgiu no fim do século XX, nos anos 90. Em 2001 decorreu na Suécia a Primeira Conferência da União Europeia sobre Homens e Igualdade de Género. No ano de 2006 sob a égide da presidência Finlandesa, teve lugar a 2ª Conferência sobre Homens e Igualdade de Género. Desde então vários documentos, estratégias, planos internacionais e nacionais incorporam já esta visão: a necessidade de promover cuidados que vão ao encontro das expectativas e necessidades específicas dos homens.

Equidade de género existe numa sociedade onde todas as pessoas gozam de oportunidades iguais, independentemente no seu género. No que diz respeito à saúde sexual e à saúde reprodutiva é essencial que o acesso aos cuidados e o tipo de cuidados não seja limitado pela identidade de género ou orientação sexual.

Reconhecendo que o género não pode ser pensado de uma forma dicotómica: “menino” ou “menina”; “homem- mulher”, leva-nos a outra questão. O que é “ser homem”? Ou como, muito bem se fala neste Evento: as diferentes formas de ser masculino – Masculinidades.

Pensando agora numa perspetiva dos cuidados de saúde dirigidos a homens.



Há que incluir homens bissexuais, independentemente da sua orientação sexual, os homens trans (pessoas com sexo feminino atribuído à nascença) e pessoas que se incluam num espectro não binário. Mas também, em algumas situações específicas, mulheres trans (com sexo masculino atribuído à nascença). Integrando “pela positiva” cuidados para todas as idades, sexos, géneros e orientações sexuais de acordo com as suas vivências e necessidades específicas.

Invisibilidade o que é?

Invisível é o que não se vê. Mas também o “que não é dito”. Em sociedade, o que não se fala, assim como o que não se vê, “não existe”. No sentido de que não é assumido que exista e seja real.

Como tornar visível? (IN»Visível)

No espaço individual, em concreto nos cuidados de saúde, deve ser incorporado o acesso inclusivo, respeitador das escolhas individuais, capaz de dar resposta às necessidades das diferentes pessoas nas suas etapas de vida.

No espaço da intervenção social, urge abordar (ou continuar a abordar) este tema na educação e nos serviços de saúde. Para quem já reconhece no seu trabalho a importância da equidade de género: não esquecer que são “janelas de oportunidade” falar sobre este tema, sobre sexualidade, saúde sexual, direitos sexuais, saúde reprodutiva no masculino, em todas as reuniões, formações e congressos. Não esquecendo a importância de contribuir para a formação de outr@s profissionais (de todas as áreas de especialidade) e na formação pré-graduada (@s alun@s nas nossas escolas e nos nossos serviços). É um desafio que vos deixo.



2ª CONFERÊNCIA – “SEXO A QUANTO OBRIGAS”

(In)visibilidades da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Homens em Portugal - Sexo, a quanto obrigas!

Vasco Prazeres

Sexo, a quanto obrigas! Como título, tal exclamação pareça dirigir o presente escrito para os obstáculos concretos que os homens têm que ultrapassar, de modo a poderem expressar o seu potencial erótico. Pretende-se, contudo, traçar igualmente um enquadramento mais lato do assunto, apresentando como pano de fundo alguns dos contornos ambíguos da masculinidade e da feminilidade nos dias que correm.

Sexo e género, ou... essência e ambiência

A vida dos seres humanos é matizada pelas características referentes ao *sexo biológico* de nascença, sob o ponto de vista cromossomático, endócrino e somático. Tais especificidades, entendidas de forma binária, por tradição, agrupadas em dois sexos claramente distintos (o que a realidade mostra nem sempre se verificar, considerando as pessoas intersexo), expressam-se numa interação permanente e dinâmica com o *género*, enquanto construção socialmente elaborada do que significa ser homem ou mulher – e à luz do mesmo são constantemente interpretadas.

Estabelece-se assim uma representação dos seres humanos marcadamente dicotómica, no pressuposto, nem sempre verificado, de que o sexo biológico atribuído à nascença e a identidade de género vivida (ser homem, ser mulher ou deter uma forma de identidade não binária) são indissociáveis, em que o segundo atributo decorre inexoravelmente do primeiro. Ora, sabemos que tal não se verifica na totalidade da população humana, sendo uma realidade a existência de uma parcela *trans* no cômputo geral da humanidade.

No presente texto, o foco da atenção coloca-se na população do sexo masculino. É sobre ela que recai a presente reflexão acerca dos desafios vividos e das oportunidades e formas de manifestação da sexualidade. Daí, a expressão “sexo, a quanto obrigas!”. Porém, não serão equacionadas as vicissitudes e os reptos particulares que se colocam aos *intersexo*, *homens trans*, ou homens com orientação de desejo sexual homoerótico. Os contornos das vivências destas populações justificam uma abordagem específica, pelo que não serão objeto da presente exposição.



A regulação do desejo

O interesse sexual, o desejo erótico, entendido de uma forma ligeira, constitui como que um bombom que a natureza, os deuses ou o deus (conforme as convicções de cada pessoa) atribuem aos seres humanos para que se disponham à procriação.

Depois, a possibilidade de fruição de tal benesse é resultado de um conjunto de interações que se estabelecem ao longo do tempo em que produz a biografia sexual de cada pessoa. As singularidades biológicas e as potencialidades individuais expressas nos comportamentos sexuais que temos são modeladas pelas normas e convenções sociais, pelos valores, atitudes e decisões pessoais que conseguimos tomar face a elas.

Em vários pontos dos percursos de vida, às vezes na sua totalidade, a degustação do bombom revela-se frustrante, desagradável e, aquilo que estava destinado produzir gratificação, ganha um travo amargo, podendo tornar-se intragável. O medo, a frustração, a tristeza, a mágoa, a noção de pecado e culpa, até a repugnância, tomam conta, não raro, da vida erótica de algumas das pessoas.

Perde-se no tempo o momento em que se percebeu a relação de causa e efeito entre o coito e a reprodução. Tal constatação não terá sido alheia ao facto de se procurar estabelecer mecanismos de controlo sobre as condições de degustação do bombom, na salvaguarda da regulação da transmissão da propriedade, submetendo-as ao juízo dos demais, através da lei, da moral e dos bons costumes.

As diferentes civilizações, foram elaborando, e assim continuam a fazê-lo de uma forma mais ou menos subtil, as regras que regulam a expressão da sensualidade, mediante laboriosa construção dos imperativos do género. Construiu-se a família e atribuíram-se, fora e dentro dela, mandatos específicos para homens e para mulheres, pautando, até aos ínfimos pormenores, o comportamento social, os comportamentos nas relações de intimidade e a expressão do erotismo.

Assim, na cultura judaico cristã, a regulação do sexo levou ao estabelecimento de regras estritas, apontando-se o matrimónio como único enquadramento aceitável para as relações sexuais entre homem e mulher, num registo estrito de monogamia, mas apenas admissível tendo por objetivo a criação de descendência. Sob o ponto de vista moral, em relação ao coito, proclamou-se a estrita legitimidade da sua ocorrência quando vivido num contexto de “amor”, não de lascívia, sentimento que só pode ser nutrido no decurso do casamento. Como tal, sendo as mulheres, “por definição”, seres sensíveis e emotivos ao contrário dos homens, apenas lhes é reconhecida a possibilidade de fruição do sexo no contexto da união matrimonial.

As narrativas da poesia

Provavelmente, ninguém melhor que prosadores/as, poetas e poetisas saberão transmitir melhor o sentir de homens e mulheres quanto ao erotismo e ao enamoramento. Por um lado, encontramos narrações que suportam a perspetiva dos homens enquanto seres desprovidos de “coração” (leia-se, por exemplo, em “Não te Amo”, de Garrett, *“Ai! Não te amo, não; E só te quero / de um querer bruto e fero / Que o sangue me devora / não chega ao coração (...)*); por outro, também é possível confrontarmo-nos com escritos, “no feminino”, em que se proclamam desejos pouco concordantes com o modelo “tradicional” do ser mulher (atente-se em Florbela Espanca, ao versar *“(…) Amar só por amar: Aqui... além... / Mais Este e Aquele, o Outro e toda a gente / Amar! Amar! E não amar ninguém! (...)*”).

Mas, outros autores comprazem-se em expressar a afetividade dos homens, como por exemplo, Fernando Pessoa nas suas cartas a Ofélia Queiroz, ao escrever-lhe *“(…) beijos, beijinhos, beijões beijicos, beijocas, e beijerinzinhos do teu, sempre e muito teu... Fernando*” ou, também, *“(…) Um beijo só durando todo o tempo que ainda o mundo tem que durar, do teu, sempre e muito teu Fernando (Nininho)*”.

Haverá quem afiance ser a presumida homossexualidade de Pessoa a origem de tamanha afetividade, ou o namoro com Ofélia constituir não mais do que uma encenação, uma fonte de inspiração para a obra do poeta. Mas... acaso serão opiniões desse tipo uma simples manifestação de perturbação advinda de alguma identificação pessoal com situações de enamoramento já vividas, enquanto homens?

A naturalização do género

De qualquer forma, o modelo contém, em si mesmo, grandes discrepâncias no que respeita aos “mandatos” atribuídos a mulheres e a homens presumindo-se, erroneamente, que as características biológicas de um grupo e do outro tal determinam.

Essa “naturalização”, assim abusivamente estabelecida no que respeita a diferenças entre sexos, quer a propósito das representações sobre a vida e a expressão pessoal da identidade de género, quer sobre o erotismo e as formas de relacionamento psicoafectivo, ou sobre as condutas em família e na sociedade, determinou, e continua a determinar, assimetrias assinaláveis entre sexos que constituem, de uma forma genérica, as designadas “desigualdades de género”.

Através das representações assim criadas, tais disparidades têm sido, ao longo dos tempos, muito mais penalizadoras da vida das mulheres que dos homens, ao estabelecer-se um acentuado desequilíbrio de poderes entre sexos, atribuindo-se aos homens, por regra, a hegemonia.

Santo Agostinho, na “Cidade de Deus”, a propósito do pecado original, referindo-se à forma como Eva foi abordada pela serpente, afirma que esta “...[c]omeçou pela parte mais débil daquele par humano, para gradualmente chegar ao todo: pensou que o homem não acreditaria facilmente nem facilmente poderia ser enganado por erro, mas cederia a erro alheio...”.

Eça de Queiroz, em 1897, em Adão e Eva no Paraíso”, descreve a labuta de Eva, cosendo peles de animais, no momento em que Adão chega ao refúgio: “...Adão considera com desdém esse trabalho miúdo que não acrescenta força à sua força. Não pressente ainda, o bruto Pai, que aquelas peles cozidas serão o resguardo do seu corpo, a armação da sua tenda, o saco do seu farnel, o odre para a sua água, e o tambor em que bata quando for um Guerreiro, e a página em que escreva quando for um profeta. (...) Outros gostos e modos de Eva o irritam também: e por vezes, com uma desumanidade que é já toda humana, nosso Pai arrebatava pelos cabelos a sua fêmea, e a derruba, e a pisa sob a pata calosa”.

Mark Twain, com a ironia que o caracterizava, escrevia o seguinte, em 1903, nos “Excertos do Diário de Adão e Eva”: “...Este novo ser de cabelo longo é um valente empecilho. Anda sempre à minha volta e segue-me para todo o lado (...) Eu preferia que não falasse. Está sempre a falar!...”.

Estes pequenos trechos permitem dar relevo a vários dos estereótipos sobre os homens e as mulheres que, na sociedade ocidental, têm estado presentes na história da humanidade. Os homens, representam o sexo forte, são rudes e violentos por natureza, entre si e para com as mulheres, são mais racionais do que elas, pouco dados à expressão de sentimentos e emoções, talhados para grandes cometimentos. As mulheres estão “naturalmente” vocacionadas para a gestão das coisas caseiras, são muito faladoras, muito mais afetivas...

Contudo, há que admitir também, a “obrigatoriedade” nos homens do cumprimento cabal das atribuições que lhe são cometidas, enquanto seres investidos de masculinidade, nem sempre constitui uma responsabilidade fácil de assumir, em todas as fases da vida, em todos os momentos e em todas as circunstâncias.

Tal modelo, que subjaz ao da família tradicional e que pode ser considerado como o da “sexualidade reprodutiva”, perdurou em exclusivo durante séculos, mas subsiste, continuando a mediar fortemente a expressão da afetividade e do desejo em ambos os sexos e, por conseguinte, nas relações diádicas estabelecidas.

Egas Moniz, no primeiro quartel do Século XX, a propósito do erotismo nos homens e nas mulheres, afirmava, no seu extraordinário tratado “A Vida Sexual”, que “... [o amor] é no homem o desejo de saciação



genésica e, na mulher, que é menos sensual, a aspiração de um protetor e de um pai para os seus filhos (...) o homem é essencialmente sexual, a mulher é essencialmente mãe (...) tudo o que se afaste disto é anormal (...)”.

Por seu lado, em 1986, Camilo Cardoso, Professor de Psicologia na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, afirmava, a propósito do envolvimento das mulheres na cópula, que *“podemos dizer que, para o homem, [o coito] é uma espécie de meta a atingir”* e que, quando *“cortou a meta, ficou satisfeito. Este último objetivo quase parece ser instintivo (...) A mulher, ao contrário, reage de forma diferente: progressivamente, pode ir tolerando, aceitando, até colaborando, na aproximação física cada vez mais e, tanto mais facilmente, quanto a ligação afetiva for mais intensa. Quando a evolução se faz no sentido de vir a culminar com o ato sexual, a mulher como que se entrega totalmente (...) Mera quimera dos sonhos femininos!”*.

As mulheres que não cumpriam (que não cumprem?) os requisitos assim estabelecidos, não podiam (não podem?) deixar de ser consideradas “pouco femininas”, “fáceis”, “de “mau porte”, licenciosas, em suma.

Os ventos (o redemoinho?) de mudança

Porém, na segunda metade do século passado, com o advento de métodos de contraceção mais seguros e eficazes, tal modelo passou a ter por competidor aquele que poderemos chamar de “sexualidade recreativa”, conforme é designado por alguns autores.

De facto, ao ser possível, em certa medida, “desligar” da reprodução o coito praticado entre um homem e uma mulher, a sexualidade passou a ser vivida de uma forma mais “descomprometida”, abalando-se assim os pilares em que assenta o modelo tradicional, reprodutivo, tendo por trave mestra a ideia de família e de monogamia.

Simultaneamente, tal descomprometimento veio potenciar um novo protagonismo das mulheres, agora mais autodeterminadas, quer no domínio da intervenção pública e da atividade laboral, quer também no das relações de intimidade, tornando-se, por consequência, mais desafiadoras do tradicional mandato dos homens quanto à sexualidade.

Associado, na comunidade, à impregnação crescente, da noção e das práticas dos direitos humanos, este novo paradigma sobre identidades pessoais e formas de relacionamento entre sexos vem desafiar os homens a assumirem outras formas de masculinidade.

Porém, como se sabe, os padrões culturais fortemente enraizados na sociedade não são substituíveis “de um dia para o outro”, em particular os que se referem ao modo de pensar as vivências da intimidade e às práticas que lhes dão substância.



Em resultado, o discurso público atual sobre homens e mulheres, a interpretação dos direitos e deveres atribuídos, as atitudes, expectativas, modos de sentir e comportamentos individuais pautam-se por anacronismos vários, ambiguidades e discrepâncias.

De facto, nos homens, a libertação face aos estereótipos tradicionais da masculinidade (naqueles que o pretendem fazer, admitindo compartilhar o “poder” de que estão ancestralmente investidos) nem sempre constitui tarefa linear.

Assumirem, por exemplo, que prescindem do protagonismo no espaço público (por definição, o fórum de eleição dos homens) para dar mais tempo ao exercício das tarefas domésticas e ao cuidar da sua prole pode ser penalizador, em termos da aceitação pelos pares ou, mesmo, da atividade profissional.

De tal penalização poderá constituir exemplo o facto de que, no que respeita ao gozo de licenças parentais por parte dos homens, as melhorias, que de forma gradual têm vindo a acentuar-se, seriam, mais marcantes ainda se tal postura tivesse deixado de ser problemática na atualidade

Outros fatores existirão a condicionar tal evolução, nomeadamente a menor disponibilidade de algumas mulheres para abdicarem de parte das prerrogativas que tradicionalmente lhe foram cometidas quanto à maternidade, sob risco de serem entendidas como “mães pouco dedicadas”, também junto das suas pares. Uma vez mais, o atrito entre modelos a expressar-se em condutas ambivalentes, neste caso por parte das mulheres...

Ora, a coexistência de ambos os modelos, gera ambivalências nos homens e, claro, nas mulheres, quanto ao que se espera de um e de outro grupo, tanto na vida social como na vivência da intimidade, num labirinto de referências e de caminhos percorridos.

Novos caminhos de tradição ao ombro

Nos dias que correm, podem ser dados múltiplos exemplos sobre as mensagens contraditórias de que somos alvo, particularmente quem é mais jovem. Assim podemos verificar que o marketing e a publicidade têm vindo a focar-se, cada vez mais, num novo homem, mais protagonista das tarefas domésticas tradicionalmente cometidas às mulheres, tornando-os alvos preferenciais em anúncios sobre eletrodomésticos e produtos “para o lar”. Em simultâneo, proliferam nas redes sociais discursos objetivamente misóginos, como que reabilitando as mensagens do Estado Novo, através da “Lição de Salazar – Deus, Pátria e Família: a Trilogia da Educação Nacional”, em cartazes apresentando a chegada ao lar de um pai trabalhador, ar cansado e sachola às costas, saudado pela mulher, junto à lareira, a



cozinhar, pelo filho que se ergue de um banco, envergando a farda da Mocidade Portuguesa e pala filha que deixa para trás a boneca de que cuidava e se lança, de braços abertos, para o pai recém entrado.

Hoje, já é possível confrontarmo-nos, gostosamente, com mensagens de Saúde sobre paternidade cuidadora, emitidas através da imagem de um homem que fica em casa, de pijama, cuidando do filho que está doente. Porém, com elevada probabilidade, o mesmo homem, ao sair à rua no dia seguinte, deparar-se-á com um placard em que, na promoção de um desodorizante, em formato *roll-on*, se recorre à frase “bolas grandes, é d’homem!”; poderá também, ao receber o jornal diário, confrontar-se com o anúncio a uma velha marca de *after shave* no qual se lê “homem, que é homem, não bebe leite; como a vaca.”.

Nos tempos mais recentes, tem sido possível “permitir” aos homens uma expressão mais genuína e visível da suas, desde sempre presentes, mas reprimidas, sensibilidade e afetividade. No coito, o bom protagonista sexual passou a ser entendido também como aquele que valoriza muito a partilha igualitária do prazer e que dá muita atenção ao bem-estar e fruição erótica da companheira. A dimensão do órgão e a capacidade orgástica deixaram de constituir (deixaram?) os atributos mais desejados para um parceiro sexual. A incerteza atrás suscitada resulta de sinais que apontam, necessariamente, para a instalação da dúvida quanto à efetiva mudança no que se refere às representações sobre a masculinidade no leito. De facto, quando verificamos que o pormenor de maior destaque na estátua de um famoso futebolista, herói nacional, ser a sugestão da existência de um enorme volume sob os calções, estamos no domínio do tradicional “tamanho é que conta!”.

Quando a publicidade promete resultados espetaculares para o alongamento do pénis, em muitos centímetros, obtidos através de processos miraculosos, rápidos e acessíveis a todas as bolsas, reforça-se nos homens a incerteza quantos aos seus atributos de macho, reavivando a dúvida existencial que de há muito os acompanha: serei “normal”? Cumprirei o que se espera de mim?

Se, até há algumas décadas atrás, foi possível calar e dissimular as dificuldades no coito vivenciadas por muito homens, tal deveu-se ao silêncio cúmplice das respetivas companheiras – silêncio autoimposto, por afeto, estima, ou auto culpabilização; silêncio imposto pelos próprios homens e pelos ditames sociais de género!

Era suposto as mulheres não “terem voz na matéria”. Porém, a autodeterminação gradualmente adquirida e o reconhecimento do direito próprio a uma vivência erótica gratificante por parte das mulheres, têm vindo a tornar mais problemático tal encobrimento.

Por consequência, aumenta o grau de exigência que é colocado quanto ao exercício sexual por parte dos homens. Sexo, a quanto obrigas!

Dir-se-á igualmente que, com as mudanças verificadas no universo da feminilidade, também se revolucionou o paradigma sobre a sexualidade nas mulheres, tornando-se também para elas mais exigente a expressão erótica, o repertório e o desempenho sexual.

A atividade clínica permite-nos testemunhar as mudanças verificadas ao longo dos anos. Duas décadas atrás, as (poucas) mulheres que iam com os parceiros a uma consulta de sexologia tinham a preocupação de “esclarecer” o clínico de que o faziam por mera solidariedade para com o seu homem, e não por interesse próprio na questão; hoje, mais facilmente tomam a iniciativa de buscar apoio para si mesmas, dispensando, inclusive, a presença de companhia.

Queixas como “[e]u digo-lhe: ó filho, eu não quero ficar condenada a isto para vida toda! Vê lá se te trataas, senão... bye bye...”, ou “[a]doro o meu companheiro, mas ele já não me excita! Com outros, a coisa sempre funcionou...”, ou ainda “[à]s vezes, digo-lhe: o teu problema é o mesmismo! Não varias nada!” fazem parte do que é possível escutar numa consulta de sexologia clínica.

Por último, no destapar de algumas invisibilidades da saúde sexual e reprodutiva dos homens (e das mulheres), merecem também atenção dois fenómenos que têm permanecido em teimosa obscuridade: o do assédio sexual e o da violência doméstica perpetrados contra os homens.

O assédio sexual (no local de trabalho ou outro) é representado, habitualmente, por um homem que importuna uma mulher, procurando obter contactos sexuais. Na realidade, nem sempre é isso que se verifica. A literatura, aliás, demonstra-o. Assim, de uma forma que poderá envolver surpresa para algumas pessoas, numa aprofundada investigação levada a cabo pela equipa coordenada por Anália Torres, em 2016, sobre “Assédio Sexual e Moral no Local de Trabalho”, constatou-se que cerca de 12,6% dos indivíduos inquiridos já tinha sido alvo de assédio sexual no local de trabalho, sendo 14,4% do sexo feminino e 8,6% do sexo masculino. Neste grupo do sexo masculino, 62,5% referiu ter sido objeto de atenção sexual não desejada, 27,1%, de insinuações sexuais, 6,3% de contacto físico indesejado e 4,2% de aliciamento. Por seu lado, nos 14,4% de pessoas do sexo feminino que referiram ter sido assediadas, a distribuição pelas mesmas dimensões do assédio mencionadas para os homens foi de, respetivamente, 50,3%, 26,3%, 21,3% e 2,2%.

Por outro lado, o “Relatório Anual de Segurança Interna – RASI”, divulgado todos os anos pelo Ministério da Administração Interna, tem vindo a dar conta, de forma bem explícita nos números, de que os homens



também são vítimas de violência doméstica, em que se insere necessariamente a violência nas relações de intimidade. Por exemplo, em 2020, cerca de 24 % dos 32067 casos registados (9143) diziam respeito a vítima do sexo masculino; cerca de 18% das 31063 das pessoas denunciadas eram do sexo feminino.

Se, a propósito da prevenção do fenómeno da violência doméstica, nas suas múltiplas formas, o foco tem sido colocado na vitimização das mulheres (de facto, é neste grupo que a magnitude do problema encontra, indubitavelmente, maior expressão epidemiológica e é concretizado em atos, não raro, com consequências mais devastadoras), convirá, no entanto, não negligenciar e condenar à invisibilidade um quarto ou um quinto das pessoas que do mesmo são alvo.

Os ditames de género têm aqui, provavelmente, uma expressão paradoxal. Assim, se, tradicionalmente, as mulheres são representadas, tornando a citar Santo Agostinho, como sendo a “a parte mais débil do par humano”, e se o “nosso Pai”, nas palavras de Eça, “arrebata pelos cabelos a sua fêmea a derruba e a pisa sob a sua pata calosa”, afigurar-se compreensível e justificável que os esforços preventivos da violência sejam dirigidos às mulheres. Porém, não raro, o feitiço parece virar-se contra o feiticeiro”. De facto, será plausível admitir que, num casal, a “pata calosa” pertence a uma mulher e que cabe ao homem ser “a parte mais débil do par”? E quanto da sua “masculinidade” perde um homem se admitir sê-lo ao pedir ajuda?

A tradição ainda parece ser o que era... Sexo, a quanto obrigas!

Invisibilidades no masculino: Comentário à intervenção de Vasco Prazeres – Vanessa Cunha¹

Começo por dizer que tenho aqui um grande desafio pela frente. Obrigada, Vasco Prazeres, por esta tão profundamente holística e provocatória intervenção e pela sua capacidade de nos dar a ver a sociedade onde vivemos, de onde vimos e para onde queremos caminhar. Parece-me que é esta, a provocação que nos coloca com a sua apresentação.

Mas não posso avançar sem antes deixar aqui o devido agradecimento à Comissão Organizadora, pelo convite que me dirigiram para participar nesta aventura. É muito importante estabelecer estas pontes entre as ciências da saúde e as ciências sociais; estes canais de comunicação entre saberes que emanam da prática e profissional e da prática académica. Quero agradecer, em especial, à Lina Antunes desta Comissão, minha colega dos bancos da universidade, socióloga de formação como eu, e que estabelece

¹ Este texto é suportado por fundos nacionais da FCT (UIDB/50013/2020 e UIDP/50013/2020).



estas pontes todos os dias, na sua qualidade de professora da ESEL, quando está a formar estudantes de enfermagem. Eu não o faço tão amiúde, pelo que é para mim um desafio acrescido, tanto mais por me proporem comentar uma intervenção do Vasco Prazeres, por quem tenho uma grande admiração e estima pessoal. O Vasco Prazeres e eu conhecemo-nos em 2009, curiosamente no I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, em Coimbra, no qual estávamos ambos numa mesa a falar não sobre mulheres e mães, mas sim sobre homens e pais. Desde então tem sido trilhado um caminho muito interessante neste olhar sobre os homens, as masculinidades e a paternidade e nem um nem outro deixámos de o fazer, cada um na sua esfera de reflexão e atuação.

Face ao desafio lançado por Vasco Prazeres, gostaria de estruturar o meu comentário em torno de três tópicos:

- 1) *a invisibilidade* da violência exercida sobre os homens, face à grande visibilidade dos efeitos da violência exercida pelos homens;
- 2) *a invisibilidade* da saúde sexual e reprodutiva dos homens; e eu acrescentaria (apesar de Vasco Prazeres ter falado, e bem, das possibilidades que se abrem com uma reprodução que dispensa o coito), também do lugar do homem no sexo reprodutivo;
- 3) *a invisibilidade* das (e os obstáculos às) mudanças que estão a ocorrer a nível das masculinidades cuidadoras, nomeadamente, mas não só, a nível da paternidade, tópico que é particularmente caro a ambos.

Eu diria que estamos a trilhar um caminho, que é ainda tímido, de desvendamento destas invisibilidades que pesam sobre a saúde sexual e reprodutiva dos homens, mas não só... O *LIVRO BRANCO Homens e Igualdade de Género em Portugal*², um documento de diagnóstico e de recomendações do qual sou coautora, teve como ponto de partida uma abordagem mais inclusiva da igualdade entre mulheres e homens, procurando dar a conhecer os contributos que também os homens têm dado para o aprofundamento da igualdade de género, assim como as desvantagens que também pesam sobre eles em várias esferas da vida: na educação e no mercado de trabalho, na saúde e na violência, na vida familiar e na conciliação. Portanto, é preciso fazer este trabalho de dar visibilidade ao invisível, como era o nosso propósito então e como é o propósito deste evento.

² Wall, K. (coord.), Cunha, V., Atalaia, S., Rodrigues, L., Correia, R., Correia, S. V. e Rosa, R. (2016). *LIVRO BRANCO Homens e Igualdade de Género em Portugal*. Lisboa: CITE, ICS-ULisboa. Disponível em:

http://cite.gov.pt/asstscite/images/papelhomens/Livro_Branco_Homens_Igualdade_G.pdf.

Agradeço à Lisa Vicente, da Maternidade Alfredo da Costa, a tão inesperada quando bem-vinda referência ao LIVRO BRANCO na sua intervenção desta manhã: "Inclusão das masculinidades: das políticas de saúde aos quotidianos dos cuidados".



Tópico 1: A invisibilidade da violência exercida sobre os homens

Dizia, provocatoriamente Vasco Prazeres, recordando uma canção, “toda a gente sabe que os homens são brutos”³. Ora, a violência tem sido historicamente percebida enquanto atributo exclusivo da masculinidade, como se a humanidade estivesse dividida em homens que são, “por natureza”, violentos e mulheres que são, “por natureza”, cuidadoras. No entanto, mais recentemente tem havido mudanças neste entendimento, reconhecendo-se que os homens também são vítimas de violência, não só por parte dos seus pares, por parte de outros homens, mas também por parte de mulheres, seja em contexto familiar⁴, seja em contexto laboral⁵.

Em 2016, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) lançou uma campanha de sensibilização para a violência doméstica contra homens, face ao acréscimo de pedidos de ajuda que estavam a receber⁶. Uma campanha com o propósito de dar visibilidade a esta realidade. Foi igualmente em 2016, que houve um reconhecimento público, por parte do Governo, que a violência doméstica também vitimiza homens, sendo inaugurada a primeira casa de abrigo⁷. O presidente da Fundação que tem a cargo esta casa de abrigo dizia, a dada altura, que quando arrancaram com o projeto “estavam a lançar-se num terreno desconhecido e a agarrar um fenómeno com um reduzido grau de aceitação”⁸. Com efeito, é um terreno ainda invisível, pois há muita dificuldade em aceitar que, em contexto de violência doméstica, os homens também podem ser vítimas e as mulheres também podem ser agressoras; e que os homens também podem precisar de uma casa de abrigo para saírem de uma situação violenta, seja em contexto de relações heterossexuais, seja em contexto de relações homossexuais⁹.

Para quem não conhece, em 2017 foi criada a Associação Quebrar o Silêncio¹⁰. Um nome sugestivo para uma associação que chamou a si uma missão importante, pois a violência e o abuso sexual exercidos sobre os homens têm sido mantidos em silêncio nas sociedades, tendo em conta o entendimento generalizado que os homens são perpetradores e não vítimas deste tipo de violência. Por conseguinte,

³ A canção de Miguel Araújo “Os Maridos das Outras”, do Álbum Cinco Dias e Meio, de 2012.

⁴ Casimiro, C. (2010). “Tensões, tiranias e violência familiar: da invisibilidade à denúncia”. In A. N. Almeida (coord.), História da Vida Privada em Portugal: Os Nossos Dias. Lisboa: Temas e Debates/Círculo dos Leitores, pp. 112-140; Prazeres, Vasco (coord.) (2014). Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.

⁵ Torres, A. (coord.), Costa, D. Sant’Ana, H., Coelho, B. e Sousa, I. (2016). Assédio Sexual e Moral no Local de Trabalho. Lisboa: CITE, CIEG/ISCSP-ULisboa. Disponível em: http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/publics/Assedio_Sexual_Moral_Local_Trabalho.pdf.

⁶ A campanha da APAV “Esta é uma marca num homem vítima de violência doméstica” e o Relatório “Estatísticas APAV - Homens vítimas de violência doméstica 2013 – 2015” disponíveis em: https://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/1311-apav-lanca-campanha-de-sensibilizacao-sobre-violencia-domestica-homens.

⁷ Audição do Ministro Adjunto, Eduardo Cabrita, e da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade, Catarina Marcelino, na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, a 29 de junho de 2016: <https://canal.parlamento.pt/?cid=1176&title=audicao-do-ministro-adjunto>.

⁸ Notícia disponível em: <https://www.tsf.pt/sociedade/casa-abrigo-para-homens-vai-continuar-de-portas-abertas-8809743.html>.

⁹ Segundo dados da Infografia “Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica”, da CIG, em 2019 a Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica era constituída por: 133 estruturas de atendimento, uma das quais destinada a homens vítimas de violência sexual e 3 das quais destinadas a vítimas LGBTI; 39 casas de abrigo, uma das quais para homens; e 26 acolhimentos de emergência, um dos quais destinada a vítimas LGBTI. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/documentacao-de-referencia/doc/violencia-domestica/>.

¹⁰ <https://quebrarosilencio.pt/>.

o principal objetivo desta associação é apoiar homens sobreviventes de violência sexual, uma violência que sobre eles foi exercida, em regra quando eram crianças ou adolescentes, e que foi geradora de um sofrimento por eles calado durante muitos anos.

Portanto, como referiu Vasco Prazeres, os homens também são vítimas. São vítimas de várias violências, incluindo de assédio sexual e moral no local de trabalho, como disse chamando a atenção para o estudo, , que eu também tenho o privilégio de conhecer, coordenado pela Professora Anália Torres¹¹. Desse estudo, um resultado sobre o qual importa refletir é o facto de os homens não saberem lidar com as situações de assédio sexual de que são vítimas no local de trabalho nem a quem recorrer, à semelhança do que acontecia com as mulheres há umas décadas atrás, de acordo com o primeiro inquérito que foi realizado sobre o tema¹². À data (estamos a falar de 1989), o estudo era apenas sobre assédio sexual e aplicado a mulheres, pois estávamos longe de reconhecer que os homens também podiam ser assediados sexualmente, pelo menos no contexto laboral. Vasco Prazeres mostrou, na sua apresentação, uma imagem de uma campanha da CITE contra o assédio sexual no local de trabalho, provavelmente na sequência dos resultados desse primeiro estudo, que revela bem o entendimento limitado que se tinha da matéria: o chefe assedia, a trabalhadora é assediada. Mas, o facto é que estas campanhas foram fundamentais, ao darem visibilidade ao assédio sexual no local de trabalho de que as mulheres eram as principais vítimas; e as mulheres sabem, hoje, que há instrumentos e mecanismos que as protegem destas situações. Por conseguinte, é preciso incluir os homens nestas campanhas, para também eles saberem a quem apelar e como se defenderem. Há, aqui, um caminho ainda a percorrer. Queria terminar este tópico chamando a atenção para o seguinte: a invisibilidade da violência de que os homens são vítimas advém da grande visibilidade da violência por eles exercida sobre outras pessoas, nomeadamente sobre mulheres. São inegáveis os impactos nefastos que estes comportamentos podem ter na vida de terceiros, daí poderem consubstanciar crimes públicos e haver mecanismos de apoio e proteção às vítimas. Mas é preciso reconhecer que os homens também são vítimas de violência, logo a começar na infância, dentro da família¹³, mas também em contexto escolar, entre pares; e que há homens e rapazes que estão mais sujeitos e são mais vulneráveis à violência do que outros (de minorias étnicas ou sexuais, imigrantes ou portadores de deficiência...)¹⁴, pelo que temos de deixar de falar em homem e masculinidade, no singular, para falarmos em homens e masculinidades, no plural.

¹¹ Torres, A. et al. (2016). Op. cit.

¹² Amâncio, L. e Lima, L. (1994). Assédio Sexual no Mercado de Trabalho. Lisboa: CITE e MESS. Disponível em: http://cite.gov.pt/imgs/downloads/Assedio_Sexual.pdf.

¹³ Almeida, A. N., André, I. e Almeida, H. N. (2001). Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal. Lisboa: Assembleia da República; Prazeres, Vasco (coord.) (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Lisboa: DGS. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx.

¹⁴ Wall, K. et al. (2016). Op. cit.

Tópico 2: A invisibilidade da saúde sexual e reprodutiva dos homens

Falando agora da invisibilidade da saúde sexual e reprodutiva dos homens, Vasco Prazeres dizia que é preciso perceber o que é que os homens querem a nível da parentalidade, a nível da reprodução... e, de facto, assim é. Gostaria de salientar que há, aqui, uma invisibilidade muito grande, uma invisibilidade que é, antes de mais, estatística. Toda a estatística demográfica, tudo o que nós sabemos sobre reprodução nas sociedades – e que se prende com indicadores de natalidade, fecundidade, adiamento, etc. – é um retrato dos comportamentos reprodutivos femininos. E há um entendimento de que todas as mudanças que têm ocorrido a nível dos comportamentos reprodutivos – diminuição, recusa ou adiamento dos nascimentos – se devem às mulheres, à mudança da sua condição social e ao seu acesso à contraceção. Mas quando se estuda a negociação conjugal da parentalidade, quando se entrevistam homens ou casais, o que se percebe é que os homens têm um papel muito importante nas decisões reprodutivas e nos comportamentos daí resultantes¹⁵. É verdade que a contraceção feminina adquiriu uma importância fundamental nas sociedades contemporâneas e o planeamento familiar, no quadro de relações heterossexuais estáveis, assenta grandemente na contraceção hormonal feminina. E é verdade que este paradigma contracetivo cria a ideia de que os homens estão desonerados, ou mesmo alheados, desta esfera; ideia que é reforçada no âmbito dos cuidados de saúde materna e obstetrícia, apesar de todas as mudanças que aí têm ocorrido no sentido da crescente inclusão dos homens no acompanhamento da gravidez e do parto. Eu gostava de situar esta questão, do papel dos homens na esfera reprodutiva, num contexto histórico mais amplo e dizer o seguinte: os homens tiveram uma importância histórica fundamental para a redução da fecundidade nas sociedades europeias, pois até muito recentemente a contraceção conjugal baseava-se no coito interrompido, cabendo aos homens um papel central no controlo da reprodução do casal, procurando evitar uma gravidez não desejada¹⁶. Portanto, os homens sempre estiveram implicados nesta esfera da vida conjugal, são parte interessada nas decisões reprodutivas e contracetivas, que também a eles dizem respeito e das quais são corresponsáveis, e também têm projetos e expectativas a este nível que não podem ser entendidos como subsidiários dos projetos e das expectativas das suas companheiras¹⁷. A nível dos cuidados de saúde é imperioso passar a haver este entendimento.

¹⁵ Cunha, V. (2010). "Projectos de paternidade e a construção da fecundidade conjugal". In K. Wall, S. Aboim e V. Cunha (coord). A Vida Familiar no Masculino. Negociando velhas e novas masculinidades. Lisboa: CITE, pp. 265-312. Disponível em: http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/publics/A_vida_masculino.pdf.

¹⁶ Cunha, V (2018). Homens e decisões reprodutivas: o elemento invisível da equação. *Life Research Group Blog*, ICS-Lisboa, <https://liferesearchgroup.wordpress.com/2018/05/03/>. Disponível em: <https://liferesearchgroup.wordpress.com/2018/05/03/homens-e-decisoes-reprodutivas-o-elemento-invisivel-da-equacao/>.

¹⁷ Cunha, V. (2010). Op. cit.



Gostaria, ainda, de referir outras duas questões. Uma delas, Lisa Vicente já trouxe esta manhã e diz respeito à vacinação dos rapazes contra o vírus do papiloma humano (HPV). Foram precisos 12 anos, desde a inclusão da vacina HPV no Plano Nacional de Vacinação das raparigas, para que a vacina fosse alargada aos rapazes, o que aconteceu, finalmente, a 1 de outubro de 2020¹⁸. Lisa Vicente explicou muito bem a importância deste avanço, que não se prende só com a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, mas também com a dos homens, o que é um passo em frente no reconhecimento dos problemas que afetam especificamente o sexo masculino. O LIVRO BRANCO propôs uma recomendação nesse sentido, após debate e reflexão com vários atores privilegiados, nomeadamente com Duarte Vilar, orador deste evento e à data diretor executivo da Associação para o Planeamento da Família¹⁹.

A outra questão, que Vasco Prazeres falou aqui, mas que eu gostaria de reforçar, pois trata-se de uma desigualdade entre mulheres e homens em termos de direitos reprodutivos, diz respeito ao acesso à procriação medicamente assistida (PMA). Na sociedade portuguesa já se avançou muito neste campo, mas sobretudo no direito das mulheres à reprodução, libertando-as do quadro normativo assente no coito (ou, na sua substituição, no recurso à PMA) dentro da relação conjugal heterossexual. No caso dos homens, esse é um direito que ainda não lhes assiste, pelo que o seu leque de possibilidades, no quadro da “reprodução que dispensa o coito”, como dizia Vasco Prazeres, é limitado e está amarrado à normatividade da relação heterossexual estável.

Tópico 3: A invisibilidade das masculinidades cuidadoras

Por último, gostava de chamar a atenção para a invisibilidade das masculinidades cuidadoras, e para os obstáculos que se colocam aos homens a este nível, tanto em termos profissionais como familiares²⁰.

Não posso perder a oportunidade de fazer aqui o seguinte apontamento:

Estamos num encontro organizado por um departamento da Associação Portuguesa de Enfermeiros e por uma Escola Superior de Enfermagem, pelo que gostaria de deixar aqui uma palavra aos enfermeiros e aos alunos de enfermagem (e estou mesmo a referir-me aos profissionais e aos estudantes do sexo masculino!) dizendo que vocês estão na vanguarda de profundas mudanças que estão a ocorrer a nível das masculinidades cuidadoras. Porventura, a enfermagem é uma das atividades profissionais mais

¹⁸ Despacho n.º 12434/2019, publicado no Diário da República, 2ª série -N.º 250 de 30 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/127608823>.

¹⁹ Wall, K. et al. (2016). Op. cit.

²⁰ Cunha, V., Rodrigues, L. B., Correia, R., Atalaia, S. and Wall, K. (2018). “Why are caring masculinities so difficult to achieve? Reflections on men and gender equality in Portugal”. In S. Aboim, P. Granjo and A. Ramos (eds.). Changing Societies: Legacies and Challenges. Vol. I. Ambiguous Inclusions: Inside Out, Outside In. Lisbon: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 303-331. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/35669/1/ICS_VCunha_Why.pdf.

importantes e na linha da frente da prestação de cuidados, uma atividade da qual os homens estiveram muito tempo arredados, por se pensar que cuidar de outros – seja na família, seja enquanto profissional – é uma atribuição inerentemente feminina. Portanto, os homens nas profissões de cuidar, sejam os enfermeiros que cuidam de pessoas doentes ou dependentes, sejam os educadores de infância que cuidam de crianças pequenas, para dar apenas dois exemplos paradigmáticos, tiveram e continuam a ter que combater estereótipos de género muito arraigados nas sociedades: o estereótipo de que os homens não são cuidadores, ou cuidadores competentes²¹. De facto, é o que acontece com estas profissões de cuidar, nas quais os homens estão a entrar gradualmente, mas aonde ainda estão em minoria. No entanto, mesmo em minoria, a sua presença é fundamental, não só para abrir o caminho a outros homens, mas também para mudar este paradigma e o modo como a sociedade encara o lugar dos homens nos cuidados.

Transpondo esta questão para a parentalidade, os homens têm ainda que combater muitos estereótipos para serem reconhecidos como pais cuidadores. Estereótipos que estão enraizados no mercado de trabalho, nas atitudes e nas representações sociais de mulheres e homens, mas também na própria lei. Por exemplo, quando falamos nas licenças parentais, que constituem o instrumento legal mais importante para cuidar de uma criança quando nasce, os pais não têm o mesmo tempo que as mães para cuidar. E sabemos que é através da presença quotidiana, continuada e autónoma que os homens conquistam este espaço de cuidar, um espaço exigente, mas que confere privilégios e retornos emocionais que antes lhes estavam vedados²².

Termino com uma felicitação à Comissão Organizadora, pelo contributo que estão a dar para tirar da sombra a questão da saúde sexual dos homens, sinalizando de forma não meramente simbólica, mas sim bastante consequente, este Dia Internacional instituído em 1999²³. É um dia que pretende promover modelos de masculinidade positivos na sociedade em várias esferas e chamar a atenção para as necessidades de saúde dos homens. Uma data muito oportuna para a realização deste evento²⁴.

²¹ Cunha, V. et al. (2018). Op. cit.

²² Leitão, M. (2018). Homens em licença parental inicial partilhada: a perspetiva do pai e da empresa. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: ICS-ULisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/34566>; Leitão, M. (2019). "Time-sharing in parental leave: Why and how fathers assess their time to care home alone", *Portuguese Journal of Social Science*, Vol. 18, 3: 265-282.

²³ <https://internationalmensday.com/>

²⁴ As reflexões que aqui trago, em jeito de comentário à intervenção de Vasco Prazeres, resultam de uma linha de investigação sobre masculinidades que temos vindo a desenvolver no ICS-ULisboa e que está refletida em publicações aqui referidas. Fica aqui, também, o agradecimento público às colegas que, ao longo dos anos, me têm acompanhado nestas reflexões.

2º PAINEL – Saúde versus doença sexual dos homens: indicadores, intervenções e registos

Saúde versus doença sexual dos homens: indicadores, intervenções e registos”

Ricardo Jorge Antunes (Moderador)

Na qualidade de moderador presente na conferência “(In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal”, a elaboração do presente texto tem o objetivo de expor uma súmula das intervenções realizadas pelos palestrantes no âmbito do segundo painel intitulado: “Saúde versus doença sexual dos homens: indicadores, intervenções e registos”. Deste painel fizeram parte: Inês Fronteira, Professora Auxiliar de Saúde Pública e Epidemiologia no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL); Cristiano Marques, Coordenador da Unidade de Plataformas de Integração de Cuidados e Serviços ao Cidadão dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e Maria Madeira, Enfermeira em representação da Ordem dos Enfermeiros.

Através da constituição deste painel, fica claro que a organização desta conferência tem vindo a privilegiar uma abordagem multidisciplinar, mas também multidimensional. Neste sentido, ao longo desta conferência foram apresentadas comunicações que deram conta desta multidimensionalidade, com enfoques analíticos em dimensões de cariz mais subjetivo e individual do homem face à sua sexualidade, mas também em dimensões analíticas com enfoque na interação entre o homem e os profissionais de saúde e, igualmente, a análise das dimensões culturais e históricas associadas à sexualidade no masculino.

Neste conjunto de intervenções destacam-se algumas regularidades de análise que apontam para um défice da procura dos serviços de saúde por parte dos homens, facto que confirma a pertinência desta temática e que dá nome a esta conferência apontando para as invisibilidades ou silêncios na saúde sexual no masculino. Se o enfoque tem sido mais sobre as invisibilidades por parte dos homens e dos seus silêncios perante a saúde e a doença de âmbito sexual, importa também procurar estas invisibilidades ou silêncios nas organizações e instituições de saúde, nas políticas de saúde e seu reflexo na produção de estatísticas sobre esta temática. Neste sentido, este painel pretende analisar a temática da saúde sexual masculina num contexto mais alargado, que englobe uma articulação com o nível das organizações, instituições de saúde e ordens profissionais, com o objetivo de articular a produção de



indicadores estatísticos sobre esta temática e a orientação para a ação que os registos e os programas de saúde estabelecem nas áreas da saúde sexual masculina nos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Inês Fronteira, com a comunicação “Literacia em saúde e acesso aos cuidados de saúde nos homens desafios e oportunidades para uma saúde global”, aborda esta temática segundo um enfoque que privilegia o enquadramento conceptual baseado na articulação entre a literacia em saúde e o acesso aos cuidados de saúde. Como ficou claro com a sua exposição, a questão da literacia e da procura de cuidados de saúde implica situar o nível de capacidade dos indivíduos, com base nos seus conhecimentos e nas suas competências, e as formas diferenciadas de acesso aos serviços de saúde. Não é apenas a dimensão da oferta em saúde, através da disponibilidade, acesso, existência ou ausência de determinados serviços de saúde, que importa analisar de forma isolada. A inclusão da dimensão da literacia em saúde permite atender ao facto de que diferentes níveis de literacia condicionam diferentes formas de utilização dos cuidados de saúde. Neste sentido, verifica-se que maiores níveis de literacia em saúde conduzem a um aumento da eficácia e eficiência na utilização dos recursos de saúde, no sentido em que conduz a uma melhor otimização, por parte do utente, do que é informado ou percebido; o que implica também situar o nível de maior eficiência na interação comunicacional, na melhoria da adesão ao projeto terapêutico, nos cuidados domiciliários posteriores, etc. Maiores níveis de literacia permitem uma maior compreensão do que é transmitido pelos profissionais de saúde e induzem a uma procura mais informada e mais eficaz dos serviços.

A literacia em saúde tem que ver com a capacidade de tomar decisões informadas sobre a própria saúde, participação nos cuidados e ser capaz de utilizar o sistema de saúde e de mobilizar os próprios direitos em saúde. O que se verifica, de uma maneira geral, é que os homens têm uma maior incapacidade em lidar com os problemas relativos à saúde e à doença. Na comparação com as mulheres, a literacia em saúde nos homens é baixa, e a procura de serviços de saúde é, em comparação, também, igualmente, baixa.

Um outro aspeto exposto por Inês Fronteira diz respeito à ideia central de que estas duas dimensões, a literacia e o acesso à saúde, não se encontrarem isoladas das questões acerca da importância que assume o género enquanto construção social. O que fica claro é que a construção social do género, no caso dos homens, é geradora de um conjunto de papéis sociais e de expectativas comportamentais associadas à masculinidade e que descreve o homem como o elemento tradicionalmente responsável pelo sustento material da família, racional e que não deve mostrar vulnerabilidade. Neste sentido, a

doença surge como uma vulnerabilidade, e a questão da sexualidade assume uma maior importância, em conflito com essa imagem de masculinidade que, por isso, tende a ser mais escondida ou omitida pelos homens. Por outro lado, os homens delegam nas mulheres o domínio da saúde das crianças, o que conduz a uma diminuição da procura dos cuidados de saúde e a uma menor socialização com o universo da saúde o que, por sua vez, se traduz em menores oportunidades de aprendizagem e de contacto com profissionais e organizações de saúde.

No que diz respeito à questão do acesso dos homens aos serviços de saúde, na área da saúde sexual, a autora salienta que importa igualmente analisar a forma como foram concebidos os sistemas de saúde sendo que, neste caso, fica patente que os serviços também nunca foram pensados e organizados para receberem os homens. Numa perspetiva histórica, a partir da segunda metade do século XX, verificou-se, no mundo ocidental, a criação e a implementação dos diferentes sistemas de saúde nacionais. Como destaca Inês Fronteira na sua apresentação, a génese da organização destes serviços de saúde foi fortemente associada às dimensões da maternidade e da infância. Esta conceção aponta para um modelo organizacional que coloca a mulher no centro do cuidar das organizações de saúde. Este modelo, de um modo genérico, exclui e afasta o homem dos percursos de saúde e de doença. Apesar das mudanças sociais ocorridas, no sentido da igualdade de géneros, verifica-se, ainda, que os serviços de saúde continuam, atualmente, a evocar este traço genético rígido, muito vocacionado para estas áreas, como sendo femininas, excluindo o homem, o que também se verifica, em especial, no domínio dos cuidados de saúde primários. Por outro lado, acresce que a nível organizacional e da formação dos recursos humanos tem sido identificado uma fraca capacidade dos profissionais de saúde em trabalharem esta temática com os homens.

Em suma, as desigualdades de género produzem efeitos, no mesmo sentido negativo, quer ao nível das perceções e comportamentos individuais, quer ao nível organizacional e sistémico, dando continuidade as invisibilidades e silêncios do homem para as organizações.

Por outro lado, estas desigualdades de género interagem com outras determinantes sociais como o rendimento e a escolarização, reforçando esta desigualdade, e condicionando o percurso do indivíduo perante a saúde em que os homens apresentam piores resultados ao nível da menor esperança de vida, maior consumo de álcool e tabagismo. Apresenta-se, assim, um círculo vicioso, mais acentuado na temática da saúde sexual, em que os homens acabaram por ser, historicamente, esquecidos constituindo um fator explicativo para compreender o fenómeno da menor procura dos serviços de saúde por parte dos homens



O segundo autor presente neste painel, Cristiano Marques, colocou o enfoque nas dificuldades em produzir informação, de base estatística, respeitante à saúde sexual dos homens, trazendo para o debate os indicadores e o trabalho que tem sido desenvolvido na área da (in)visibilidade da saúde sexual em Portugal.

Importa referir que os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) constituem a organização responsável pela gestão dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atualmente, encontram-se em funcionamento cerca de 40 diferentes programas de software informático no conjunto das instituições hospitalares e cuidados de saúde primários. Estes programas informáticos assumem hoje um papel primordial nos cuidados de saúde, sendo através deles que os profissionais de saúde efetuam os registos individualizados clínicos e de enfermagem, mas também onde ficam registados o número de consultas, os atos médicos, as cirurgias, exames, a vacinação, etc.

Estes programas informáticos acompanham o ciclo de vida dos utilizadores dos serviços de saúde e constituem, também, uma fonte de informação primordial que permite a construção de indicadores sobre o estado de saúde das populações. Para além deste tipo de programas informáticos oriundos dos hospitais e centros de saúde, a prescrição eletrónica médica, constitui um outro tipo de fonte de informação complementar que pode ser mobilizada para uma avaliação do estado de saúde de forma mais especializada, como por exemplo sobre a saúde sexual dos homens.

Em suma, Cristiano Marques, trouxe-nos informação resultante de indicadores elaborados sobre a dimensão da saúde sexual masculina e que tiveram por base estes registos informatizados e os registos da prescrição médica. Atualmente, existem duas plataformas informáticas que centralizam a informação oriunda destes programas: a plataforma BI-CSP que permite recolher a informação agregada oriunda dos cuidados de saúde primários e a plataforma informática SIM@SNS que agrega a informação dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares

Como analisa Cristiano Marques um conjunto de dificuldades para a construção de indicadores, que deem conta da especificidade do estado de saúde sexual dos homens, radica no facto da escassez de informação presente nas formas de registo. A construção de indicadores só é possível sobre informações fidedignas, quando os registos de saúde são efetivamente realizados sobre a temática da saúde sexual dos homens. Um outro conjunto de dificuldades apontadas por Cristiano Marques tem que ver com a forma padronizada como, antigamente, a informação era recolhida. Até há cerca de dois anos a informação privilegiava os aspetos quantitativas de produção, ou seja, até há pouco tempo os registos valorizavam os números de consultas, de cirurgias, o número de atos médicos, e não permitiam um

olhar de cariz mais qualitativo sobre estas questões mais complexas que dizem respeito à sexualidade masculina. Neste sentido, existe uma grande dificuldade em construir indicadores sobre a saúde sexual masculina porque o enfoque dominante é, ainda, sobre a produtividade quantificável.

Contudo, e salvaguardando-se estas limitações expostas, através da análise da codificação em que são baseadas as classificações de doenças, é possível identificar alguns padrões relativos à saúde sexual masculina. Importa referir, que os hospitais utilizam a Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 10, CID 10 – em que por exemplo se pode identificar através do código F52 a “Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica”. Os cuidados de saúde primários mobilizam uma outra classificação a ICPC2.

Segundo o que foi exposto por Cristiano Marques, nos últimos dois anos, de 2018 até agosto de 2010, verificou-se um número reduzido de registos de utentes do sexo masculino associados a códigos de classificação de doenças na área da saúde sexual, cerca de 1,34%, sendo a impotência masculina a que surge como problema mais frequente nos registos oriundos dos cuidados de saúde primários e a disfunção sexual masculina não especificada oriunda dos registos hospitalares. A distribuição por grupos etários deixa antever que a maior percentagem destes problemas de saúde se situa entre os 55 e os 69 anos de idade.

Verifica-se, ainda, um acréscimo do número de registos, ao longo destes anos, o que pode ser interpretado positivamente, atribuindo-se ao facto dos profissionais de saúde poderem estar mais alertas e já mais sensibilizados para temática da saúde sexual no caso específico dos homens.

A informação oriunda da base informática da Prescrição Eletrónica Médica vem corroborar a maior evidência destes problemas de saúde sexual através do registo de prescrições de embalagens de Sildenafil (que é conhecido comercialmente através da sua marca mais popular Viagra) em média 2200 embalagens prescritas mensalmente.

No site do SNS 24, na área do cidadão do portal do SNS, sobre a informação de saúde ao público, há uma área sobre a saúde sexual denominada de “vida sexual”, em que se verifica uma clara ausência de informação sobre a saúde sexual masculina o que significa que não é, praticamente, utilizada.

A última intervenção foi protagonizada por Maria Madeira, representante da Ordem dos Enfermeiros, com o título “Enfermagem na Saúde/Doença Sexual dos Homens”. Esta comunicação veio no sentido de reforçar a necessidade de um aprofundamento da articulação entre as diferentes instâncias envolvidas nesta temática. Neste sentido enfatiza-se a necessidade da formação dos profissionais de saúde, a par



de um investimento na área da educação para saúde, destinada à população em geral, sobre este tema da saúde sexual no masculino. Por outro lado, enfatiza-se a necessidade de introduzir formas de parametrização nos registos informatizados que dê um enfoque especializado à saúde sexual dos homens, permitindo, deste modo, que esta se demarque da saúde sexual e reprodutiva. Neste sentido, importa autonomizar a saúde sexual da sua vertente histórica feminina associada à saúde reprodutiva. Em síntese, sustenta-se um maior enfoque quer ao nível do indivíduo, quer ao nível dos profissionais de saúde e organizações de saúde para a temática, ainda encoberta de tabus e de silêncios, sobre o falar e dar visibilidade à saúde sexual no masculino.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Masculinidade como fator de risco para a transmissão do HIV com base na regionalidade.

Iuri Pieroni

Resumo: O enfoque é na categoria de análise *masculinidade* em relação a prevenção, diagnóstico e tratamento das infeções sexualmente transmissíveis (IST's), em especial o HIV. O objetivo do trabalho é sistematizar o material disponível nas plataformas de pesquisa acadêmica Scielo e Pubmed, tendo como foco a questão da regionalidade. Entende-se que a *masculinidade* varia, entre outras coisas, a partir do contexto geográfico, sendo os comportamentos de risco e vulnerabilidades decorrentes desta categoria referentes ao panorama sociocultural de cada contexto.

A pesquisa nas plataformas mostrou que o país latino americano que mais produziu artigos na área de masculinidade e HIV é o Brasil (33), seguido do México (7), Argentina (2), Colombia (1), Paraguai (2), Chile (1), Peru (1), Bolívia (1), Venezuela (1) e Equador (1). Sobre o conteúdo, as pesquisas trazem temas particulares ao universo da sexualidade masculina, prevalência e prevenção ao HIV em cada contexto.

Sexualidade no idoso: mitos, venturas e desventuras

Sandra Martins

Resumo: Sendo a sexualidade essencial ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, é por isso necessário reconhecer e discutir a vulnerabilidade inerente à vivência da sexualidade nesta etapa do ciclo vital, refletindo no entendimento da sexualidade no masculino e na pessoa no idoso. Compreender os processos fisiológicos e psicossociais inerentes ao envelhecimento é fundamental, todavia só por si insuficiente para compreensão desta problemática. Na realidade, as questões relativas à sexualidade no idoso continuam envoltas de controvérsia... Mitos, preconceitos, venturas e desventuras tendem a inibir expressão da sexualidade do idoso e toldam uma abordagem séria e concertada desta temática. Trata-se antes de mais, de considerar um entendimento de sexualidade para além da genitalidade, distinguindo o vigor sexual e reprodutivo, da capacidade de estabelecer relações sexuais e de



intimidade. Permitem-nos considerar uma sexualidade despida de mitos, preconceitos e preocupações com as questões reprodutivas. Uma sexualidade dotada de um conhecimento mais profundo do seu corpo e suas transformações... Só assim será possível abordar esta temática de forma mais natural e positiva, salvaguardando os direitos sexuais dos nossos idosos. Urge assim alargar o enfoque da Educação Sexual obedecendo a uma lógica de “expansão do conceito de sexualidade”, como parte integrante dos planos de promoção da saúde e de um envelhecimento ativo. O Enfermeiro assume um especial papel em toda uma mudança de paradigma sobre o que se entende a promoção da saúde sexual e educação sexual alargadas ao masculino e à terceira idade. Não obstante, a Educação Sexual durante o Envelhecimento encontra-se no diálogo sobre e pelos afetos, no sentido da partilha de uma vida a dois, contrariando a tendência natural quotidiana de isolamento e solidão dos nossos idosos.

Enfermagem em Sexologia nas Escolas, no masculino: tornar visível o invisível

Alexandre Santos de Oliveira e Isabel Nunes Fonseca

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: a temática da sexualidade é hoje considerada uma prioridade nas escolas, assumindo o enfermeiro um papel fundamental, nomeadamente no atendimento de alunos nos gabinetes de informação e apoio ao aluno (GIAA).

OBJETIVOS: caracterizar os alunos homens que frequentam os GIAA no âmbito da sexologia, descrever os principais motivos que os levam a recorrer ao GIAA na área da sexologia, bem como identificar o âmbito de intervenção do enfermeiro em sexologia nos GIAA.

TIPO DE ESTUDO: estudo não experimental e retrospectivo porque analisa-se a casuística dos alunos que aparecem no GIAA por sua livre iniciativa.

PARTICIPANTES: alunos masculinos de três escolas (duas escolas com 2º/3º ciclo e uma escola com 3º ciclo/secundário) da região de Lisboa e Vale do Tejo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: amostra acidental e recolha de dados efetuada através de entrevista não estruturada entre setembro de 2016 e fevereiro de 2020 e registando os dados biográficos, os motivos e o âmbito de intervenção em grelha de excel.

ASPETOS ÉTICOS: foi tido em consideração os princípios éticos durante todas as etapas do processo, particularmente o consentimento livre e esclarecido dos alunos para o registo de dados para efeitos estatísticos, salvaguardando a confidencialidade, o anonimato e o respeito.



RESULTADOS: a amostra é constituída por 58 alunos, sendo que 8 deles regressaram ao GIAA em anos letivos subsequentes. A média de idades é de 15 anos. Em relação aos ciclos de escolaridade, destaca-se que 5% dos alunos são do 2º ciclo, 41% são do 3º ciclo e que 53% são do secundário. Verifica-se que 52% dos alunos não se encontram numa relação e 91% identificam-se como heterossexuais. Foram realizadas 121 consultas de enfermagem em sexologia, das quais 11 correspondem a alunos que repetem em anos letivos seguintes. A maioria das consultas foram efetuadas individualmente (73%). O principal motivo de atendimento das consultas de enfermagem em sexologia é a contraceção (25%) e o âmbito de intervenção em enfermagem é 24% educacional, 40% counseling e 36% clínico.

CONCLUSÕES: os alunos do secundário são os que vêm mais significativamente à consulta, sendo mais frequente o aluno do 12º ano de escolaridade com 17 anos de idade. No que concerne aos principais motivos da consulta, a nível educacional e a nível counseling, é a contraceção, enquanto que a nível clínico é a identidade sexual. O motivo de consulta referente ao comportamento sexual desajustado denota-se no 2º ciclo, por outro lado a anatomia genital e o início da atividade sexual salientam-se no 3º ciclo. Acrescenta-se que a contraceção, identidade sexual, práticas sexuais, relacionamento, infeções sexualmente transmissíveis, masturbação e suspeita de gravidez são preponderantes no secundário. Assim, este estudo potência a visibilidade da Doença/Saúde Sexual dos Homens em Portugal, mais concretamente em contexto escolar, porque na nossa realidade o sexo masculino vem mais à consulta do que o feminino, independentemente de estar ou não numa relação. Ainda permite constatar que @enfermeir@ desempenha intervenções em sexologia de âmbito educacional, counseling e clínico, destacando-se ligeiramente em termos estatísticos o counseling face ao clínico.

Lina Antunes (Moderadora)

A abertura de um espaço para submissão de **comunicações livres/posters** no âmbito desta videoconferência pretendeu **trazer à discussão pesquisas acabadas ou em curso sobre a temática da saúde sexual dos homens num sentido amplo**, tanto quanto possível aberto a diferentes perspetivas disciplinares. Lançámos o repto para a apresentação de trabalhos na área do género e da saúde/ doença sexual aos profissionais de enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, assistentes sociais, sociólogos e também estudantes da área da saúde e das ciências sociais.

O reduzido número de propostas recebidas fez-nos refletir, também a partir deste espaço que se pretendia de ampla discussão, que o **tema das (in)visibilidades da saúde sexual dos homens precisa de**



ser tornado mais público e com interesse acrescido, desde logo a partir dos olhares académicos, mas também dos olhares clínicos, bem como dos olhares sociais, que nesta esfera carecem de um interesse e sentidos aparentemente ainda a alargar.

O autor da primeira comunicação apresentou um trabalho de revisão de literatura, um produto em desenvolvimento que pretendeu trazer à discussão sentidos para novas pesquisas na área de saúde masculina. Se a infeção pelo VIH tem sido considerada uma das maiores ameaças à saúde pública, é também uma das áreas de atuação prioritária em matéria de prevenção, percebendo-se a necessidade de olhar o tema a partir das especificidades geográficas e socioculturais.

A segunda comunicação levou-nos a orientar o entendimento da saúde sexual a partir de um entalhe marcado pelos anos de existência. Se falar da **sexualidade** é por si só um **campo ainda de grandes resistências** e dificuldades por se encontrar **rodeado de muitos preconceitos sociais e culturais**, perguntamo-nos, pensando no título que a autora nos propôs, que contornos terá a sexualidade no caso do idoso e qual o papel que a enfermagem poderá ter a este nível?

Depreendemos desta comunicação que a temática da **sexualidade** tem carregado o peso da herança religiosa e cultural associada a esta problemática. Assim, percebe-se que há fundamentalmente uma representação da sexualidade **mais associada à reprodução e menos à dimensão do prazer** e do entendimento da sexualidade **como fonte de equilíbrio e bem-estar das pessoas** envolvidas numa relação.

Apesar de alguns avanços estamos ainda longe de conseguir olhar de forma não discriminatória e preconceituosa para a sexualidade das pessoas idosas na sociedade contemporânea. Assume-se que envelhecer traz um normativo-tipo de uma vida sem interesses sexuais, por vezes resultante da perda de relações sociais e afetuosas.

As evidências encontradas neste estudo demonstram, por isso, a complexidade do tema. A enfermagem pode contribuir para a desmistificação de alguns preconceitos e modificação de práticas, de várias formas e nos diversos espaços do cuidar, provavelmente necessitando também que por parte dos enfermeiros haja alguma mudança na forma como encaram a sexualidade nesta etapa do ciclo de vida.

Os autores da terceira comunicação livre propuseram-se a abordar a temática da sexologia no contexto escolar. Estes autores destacaram também o papel do enfermeiro mas numa perspetiva que integra outra fase do ciclo de vida, nomeadamente a adolescência. Neste contexto, foram enfatizadas as



intervenções a nível educacional e de *counseling* nas áreas mais emergentes desta etapa de desenvolvimento.

Em síntese, os contributos revelados pelas diversas comunicações permitem-nos reforçar o quão complexo e profundo é ainda o debate do tema da saúde sexual dos homens em Portugal. Trata-se de um domínio ainda repleto de mitos, barreiras institucionais, profissionais e também socioculturais, que impedem uma prática assente num esforço de aproximação dialógica entre os homens, na procura dos cuidados clínicos e os profissionais na promoção da saúde e na prevenção da doença.



3º PAINEL – Faces ocultas das sexualidade masculinas

“Muito prazer, eu existo”: as realidades da assistência sexual

Margarida Gomes

Dada a escassez de estudos sobre a sexualidade em pessoas com paralisia cerebral, este estudo pretendeu com recurso a uma amostra de adultos: (1) explorar as perceções, necessidades e os conhecimentos associados à sexualidade; (2) identificar os fatores associados à satisfação na vida afetivo/relacional e sexual de adultos com paralisia cerebral. Foi conduzido um estudo qualitativo transversal e exploratório. A amostra foi recolhida através de um pedido de colaboração com associações que apoiam pessoas com paralisia cerebral (e.g., Associação de Paralisia Cerebral, em Lisboa, Associação Centro de Vida Independente, Associação Mithós e Associação Salvador). Como critérios de inclusão na amostra foram estabelecidos: (1) compreender e escrever em português; (2) viver em Portugal; (3) ter mais de 18 anos; (4) ter um diagnóstico de paralisia cerebral, sem alterações cognitivas; (5) responder de forma individual, i.e., sem a presença de outras pessoas. Os participantes responderam a um questionário on-line, numa plataforma de opensource, com cinco perguntas abertas focadas nas perceções e necessidades relativas à sexualidade. Os dados foram analisados através da Análise Temática que conduziu à identificação de diversas propriedades do construto “prazer sexual” permitindo a identificação das significações que lhes estão associadas funções, contextos, processos e fontes.

Permitiu-nos também aceder mais aprofundadamente às significações associadas ao prazer sexual e à vivência de uma sexualidade prazerosa nas pessoas com paralisia cerebral.

A relevância social de se falar sobre sexualidade e paralisia cerebral é decorrente também do facto de a maior parte dos profissionais, inclusivé os que trabalham nos centros de reabilitação e outras organizações, não estarem preparados para lidar com a deficiência, nem com a sexualidade.

De acordo com a pesquisa realizada verifica-se que programas de educação sexual destinados às pessoas com paralisia cerebral, pais e técnicos, são muito escassos, daí a sua relevância e necessidade. A Educação sexual assume uma elevada importância nas atitudes tanto de pais, técnicos, prestadores de cuidados, como da sociedade em geral. Melhora o conhecimento social e sexual (...) aumentando a compreensão das relações consensuais. Torna-se, assim, essencial criar projetos de intervenção com carácter formativo destinado às pessoas com paralisia cerebral, pais e técnicos, tendo como principal



objetivo mobilizar uma mudança das atitudes, valores, expectativas e representações sociais em relação à deficiência intelectual e consequentemente ao desenvolvimento da sexualidade. É necessário intervir de modo a que esta problemática não continue a ser ignorada, como se as pessoas com paralisia cerebral fossem consideradas seres assexuados. As pessoas com paralisia cerebral são pessoas com necessidades sexuais idênticas às das pessoas sem deficiência, mas possuem conhecimentos precários a respeito da sua sexualidade, experiências limitadas e, na maioria das vezes, controladas por pais e profissionais. Estes ficam assim privados de uma educação adequada, suficiente e apropriada às suas dificuldades/limitações/necessidades. Encontra-se Sexualidade em adultos com Paralisia Cerebral 39 frequentemente, tanto da parte da família quanto dos profissionais, a noção errónea de que a sexualidade das pessoas com paralisia cerebral é por natureza intrinsecamente problemática.

Embora este estudo tenha trazido contribuições para os estudos sobre a sexualidade na paralisia cerebral acredita-se que ele possa ser ampliado em pesquisas que investiguem, de forma sistematizada, os conhecimentos, as necessidades, as experiências, os sentimentos e atitudes destas pessoas, em relação à sua sexualidade.

A participação das pessoas com paralisia cerebral em grupos de apoio de aconselhamento sexual, poderá ser muito importante, enquanto um espaço favorável às aprendizagens, de como conviver melhor com a deficiência, melhorar a qualidade de vida, potencializando processos de ressignificação de muitos preconceitos e estereótipos relacionados com a paralisia cerebral. Estes grupos possibilitam uma aprendizagem compartilhada, por meio de atividades grupais, em que se podem reconstruir individual e coletivamente comportamentos, identidades e valores.

Dado que não se pode igualar a pessoa com paralisia cerebral, como se todas sentissem da mesma forma, é necessário estudar estratégias de atuação que evitem a discriminação. Isto porque, se defende o pressuposto de que a deficiência física se entrelaça com outras dimensões como as de género, classe social e orientação sexual, potencializando processos de opressão.

Assim sendo, seria relevante uma pesquisa, com o objetivo de avaliar a influência da paralisia cerebral na prática, satisfação e resposta sexual de homens e mulheres e, num segundo estágio, avaliar o nível de conhecimento, atitude, aproximação e conforto de profissionais da saúde sobre a reabilitação sexual na paralisia cerebral.

Acredita-se que o desenvolvimento dos estudos na área da assistência sexual sejam necessários para promover o desenvolvimento de práticas sexuais mais ajustadas às limitações causadas pela paralisia cerebral, acabar com os mitos e preconceitos relacionados com o prazer sexual e, restringir as barreiras



que limitam a vivência da sexualidade destas pessoas, quer ao nível físico/motor (falta de aptidão verbal, de locomoção, de higiene pessoal), quer psicológico (baixa auto estima), quer social (isolamento, falta de convívio entre amigos, discriminação e preconceitos sociais).

Salienta-se a necessidade de um serviço de assistência sexual em Portugal à luz do que existe noutros países sob diferentes critérios ou, pelo menos, enquanto um mecanismo facilitador na vivência de uma sexualidade prazerosa.

Os assistentes sexuais são profissionais que “posicionam, que têm formação para o efeito, que sabem como fazer, que dão estratégias e solucionam dúvidas”. Porque “se estas pessoas pudessem ter acesso a uma sexualidade livre, saudável, vivida de uma forma plena, eram muito mais felizes, mais bonitas, com mais vontade de fazer outras coisas”. Neste sentido, é relevante realçar a importância que é atribuída pelos participantes à existência de assistentes sexuais com formação especializada.

Este é o caminho para impulsionar e normalizar a prática sexual nas pessoas com paralisia cerebral, de as emancipar de preconceitos, informar e prevenir situações prejudiciais para a saúde física e psicológica, abrindo portas para um maior bem-estar sexual.

Sexualidade saudável do homem com doença mental

Hélder Lourenço

A presente comunicação tem como objetivo, falar sobre a Sexualidade Saudável, do homem portador de uma qualquer perturbação mental, recorrendo para isso dos conceitos adstritos a estas duas temáticas centrais (Sexualidade e Doença Mental), identificando o impacto que a doença (seja ela qual for), tem ao nível dos vários domínios da sexualidade, especificamente em relação á doença mental, recorrendo também aos fatores que interferem na sexualidade de um portador de problemas mentais e ao impacto que esta problemática tem nas suas manifestações, nomeadamente no ciclo de resposta sexual e nos handicaps e consequências que daqui resultam, sejam elas orgânicas, psicológicas e sociais...

Com o mesmo pretende-se igualmente desmistificar alguns dos principais Mitos sobre a Sexualidade e a Doença Mental, nomeadamente as perceções da sexualidade de portadores de doença mental pelos profissionais de saúde (enfermeiros) que trabalham com os mesmos e que podem ser essenciais neste processo fulcral para que se consiga posteriormente encontrar a ajuda e as soluções necessárias e



adequadas para uma ótima intervenção terapêutica de restabelecimento ou até a melhoria da saúde sexual de um homem com transtorno mental.

Palavras-chaves: saúde mental; doença mental; sexualidade;

QUAL O CONCEITO DE SEXUALIDADE?

A sexualidade é um tema constante das conversas entre casais, amigos, colegas de trabalho, dos artigos em jornais e revistas, das histórias do cinema e da televisão, capaz de provocar o riso, a dúvida, a vergonha, a excitação ou meramente curiosidade.

Mas afinal como podemos definir este conceito, que aparentemente é muito lato e talvez um chapéu onde caiba tudo e não caiba nada. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a **SEXUALIDADE** abrange diversos aspetos da experiência humana: as diferenças biológicas entre mulheres e homens, as identidades e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sua vivência e expressão também engloba vários domínios, como pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

QUAL O IMPACTO DA DOENÇA SOBRE A SEXUALIDADE?

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança ao longo do ciclo de vida. Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É **PESSOAL**, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está alterado em relação à saúde física e mental da pessoa. É **SOCIAL**, pois a alteração da homeostase de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas, nomeadamente a/o companheira(o), a família, os amigos e também os colegas de trabalho.

Assim os vários domínios da sexualidade vão de uma forma ou outra serem atingidos por esta disrupção, nomeadamente a **Função Sexual**, a **Identidade Sexual** ou mesmo a **Intimidade**.

Em relação á **Função Sexual**, estamos a falar do Ciclo de Resposta Sexual Masculino, que tem vários esquemas de funcionamento, dependendo dos autores, mas que basicamente baseia-se em quatro fases (Desejo/Libido; Excitação/Ereção; Orgasmo/Ejaculação e Período Refratário), sendo que a disfunção sexual masculina normalmente surge quando uma delas está comprometida e que vai interferir no interesse ou na capacidade de iniciar ou manter relações sexuais prazerosas.

Por sua vez, a **Identidade Sexual**, também pode ser denominada como “identidade de orientação sexual”. Sabemos que a *identidade sexual* e o *comportamento sexual* estão intimamente relacionados à orientação



sexual, mas são distintos, enquanto a identidade se refere à conceção individual da orientação sexual, o comportamento refere-se aos relacionamentos sexuais do indivíduo, enquanto a orientação sexual sugere as atrações, sejam sexuais ou românticas por um determinado gênero ou gêneros.

Finalmente, a **Intimidade** ou **Relação íntima** de um homem será igualmente um domínio sensível que poderá por em causa a capacidade de relacionamento com o outro, de uma forma mais íntima e sexual, mas envolvendo igualmente as questões afetivas e emocionais.

COMO DESCREVER A DOENÇA MENTAL?

A doença mental, pode-se definir como uma *“síndrome ou padrão comportamental que ocorre num indivíduo e que se associa tipicamente a sofrimento e incapacidade em uma ou mais áreas do seu funcionamento”*. Estas são as características de base de qualquer perturbação mental e que subentendem sobretudo a noção de dano no paciente, mental e funcional. Considera-se que mesmo que não se descubra uma causa biológica ou física para elas, as doenças mentais existem porque causam sofrimento humano.

Autores como Giugliano (2004) e Pinto, Mann, Wainberg, Mattos e Oliveira (2007) afirmaram que os conceitos de sexualidade e doença mental assumem diferentes significados ao longo do tempo e que há problemas quanto ao diagnóstico das pessoas ditas "desviantes" em relação à sua conduta sexual, cujas vivências sexuais são tratadas apenas como mais um sintoma.

Historicamente como aponta Engel (1999) percebe-se a insistência da medicina em buscar, no comportamento sexual dos pacientes com perturbações mentais observados, a presença de desvios que eram imediatamente relacionados às causas, aos efeitos e/ou aos sintomas da doença mental que queriam diagnosticar, existindo uma profunda proximidade entre a *“loucura”* e as anomalias do instinto sexual, definidas, por um lado ou como a diminuição (ou mesmo ausência), ou por outro lado como exagero (veemência ou insaciabilidade) ou até mesmo a perversão (ou aberração) do desejo sexual.

Segundo Miranda e Furegato (2004), o preconceito manifesto sobre a sexualidade do doente mental existe como parte de um mascaramento social ou uma negação maior e espúria. Esta negação, repetida no contexto institucional e muitas vezes pelos próprios profissionais de saúde, simula um fragmento bem representativo da sociedade atual.

QUAIS SÃO OS FACTORES QUE INTERFEREM NA SEXUALIDADE?

A Organização Mundial da Saúde refere que a sexualidade é influenciada pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e



espirituais. Trata-se de um aspeto central da experiência humana ao longo da vida que, como se viu, resiste a que se fixe uma definição universal.

Se esta perceção é verdadeiramente real, também não deixa de ser verdade que há 3 destes fatores que estão mais presentes por norma que os restantes, são eles:

- *Fatores Biológicos:* Que tem correspondência nos aspetos físicos de um indivíduo com perturbações do foro mental, onde advém o preconceito por não se reconhecer, que os mesmos possam ter um corpo jovem, funcional, útil e desejado. A imagem corporal do doente mental, embora biologicamente “normal” ou igual a tantos outros, muitas vezes é descrita como um corpo despojado de beleza e de vigor físico confirmando assim, a negação de um sujeito sexualmente desejável e desejante.

- *Fatores Psicológicos:* Em que autores como McCann e DipThorn (2000) e Dimen (2001) afirmaram que as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, mas que poderia replicar-se em uma outra qualquer patologia mental, podem viver sua sexualidade plenamente, porém, o preconceito, discriminação, opressão e atitudes negativas em relação a elas podem afetar muito sua autoestima, ou a visão que possam ter da sua sexualidade...

- *Fatores Socioculturais:* Em que o construto da Sexualidade nas pessoas portadoras de Doença Mental, infelizmente está normalmente associada ao desencontro de informações corretas e desmitificadas e às vulnerabilidades sofridas por essa população cujas as vivências sexuais são historicamente construídas sob o estigma, o preconceito e a negligências de direitos sexuais.

MITOS, CRENÇAS OU SIMPLEMENTE VERDADES?

Sabemos que se conseguirmos desmistificar, alguns dos tabus ainda muito persistentes na nossa sociedade, estamos cada vez mais perto de conseguir uma sexualidade saudável, e se isto é uma enorme verdade, também não deixa de o ser, quando se consegue uma literacia fundamentada sobre a sexualidade do homem com patologia mental. Autores como Barbosa, Guimarães e Freitas (2013), tentaram compreender as representações sociais sobre sexualidade e constataram a existência de representações sobre sexo, papéis e identidade de gênero, formando uma teia de representações interdependentes que apresentaram importante assimetria de gênero e implicaram em diferentes vulnerabilidades.

Será a Sexualidade um Direito ou um Dever?

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos são uma componente dos Direitos Humanos Universais, referentes à sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva que emanam de direitos de liberdade, igualdade,



privacidade, autonomia, integridade e dignidade para todos os seres humanos. A fim de assegurar que todas as pessoas desenvolvam uma sexualidade saudável, os direitos sexuais e reprodutivos devem ser reconhecidos, respeitados, promovidos e defendidos por toda a sociedade.... No entanto Verificamos que a manifestação da sexualidade do doente mental é vista de forma exacerbada, portanto, descontrolada, como o próprio doente, ou por outro lado lhes é constantemente negada, pois acreditam que a patologia deste indivíduo o define como um ser "assexuado", ou por outro lado através do abuso sexual, pois foi recorrente na fala deles também que muitas pessoas se aproveitam da condição de doente desse indivíduo, para cometer abusos sexuais.

Qual é o conceito de corporalidade no utente com patologia mental?

A maior parte da População continua a ter o preconceito de não reconhecer num utente do foro mental, um corpo jovem, escultural, esbelto, funcional e desejado, que constitui o ideal de beleza vigente num homem do século XXI. A imagem corporal do doente mental, na atual conjuntura, continua a ser descrita como um corpo despojado de beleza e de vigor físico confirmando assim, a negação de um sujeito sexualmente desejável e desejante, o que está completamente errado, pois normalmente a doença mental não se reflete na aparência física de quem é portador, salvo raras exceções e mesmo que assim fosse, não teria que ser necessariamente um corpo deformado, despojado e desfigurado, como alguns ainda pensam, talvez pela ilusão errática de filmes e séries subordinadas a esta temática e que podem ser portadoras de estigmas negligentes.

Será a Sexualidade de um homem com Doença Mental apenas Afetiva?

Erradamente na construção da sexualidade do doente mental, associa-se apenas às questões afetivas, do carinho, do abraço, do beijo e quando acontecem comportamentos sexuais falocêntricos as reações são, na generalidade, de medo e de repulsa. A sexualidade é muitas vezes reduzida apenas a um dos seus aspetos ou a uma de suas dimensões que é a prática sexual, mais especificamente a prática heterossexual e à masturbação (ato sexual), sendo que tudo o resto não é visto com bons olhos por parte de uma grande faixa populacional, profissionais de saúde incluídos.

Que atitudes face á Sexualidade de um Homem Mentalmente pouco saudável?

Investigadores como Kempton (1983) e Ballone, (2006), referem há diferentes atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de doença mental e avaliam que estas podem ser encaradas como eternas crianças, dignas de piedade, pelo que precisam ser tratadas com benevolência. Esta atitude, paternalista, avalia a sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência mental como inexistente; e se



existe, apesar de tudo, há que negá-la e sublimá-la; uma outra atitude perante a esse indivíduos é que são considerados como seres Infra-humanos, como seres imperfeitos ou grosseiros, mais próximos dos instintos dos animais do que dos seres humanos e devem, por isso, permanecer reclusas, para que não cometem loucuras... e quando assim é descrito, não é fácil esgrimir argumentos contrários, que mostrem na verdade que a sexualidade manifesta é perfeitamente adequada e equilibrada, como num homem não portador de patologia mental, apenas diferente pelas vivencias de uns que são sempre diferentes das de outros.

Poderá um Doente Mental ter expectativas conjugais?

McCann e DipThorn (2000) e Dimen (2001) afirmaram que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia podem viver sua sexualidade plenamente, porém, o preconceito, discriminação, opressão e atitudes negativas em relação a elas podem afetar muito sua autoestima, provocar maior ansiedade e assim diminuir em muito a sua auto-confiança quer no que diz respeito às expressões da sua sexualidade, mas também no que concerne à sua vida como ser holístico que é. Se é verdade que muitas vezes as conversas bem recorrentes, e excessiva, utilizadas pelos homens com patologia mental, estão associadas ao ato sexual, ao desejo de arranjam namoradas, também não deixa de ser menos verdade que essas expectativas conjugais desejadas lhes trazem medo, nomeadamente de nunca arranjam uma/um parceira/o e de viverem os seus dias sozinhos...

ALTERAÇÕES DA RESPOSTA SEXUAL EM HOMENS COM PATOLOGIA MENTAL

As dificuldades sexuais são frequentes, porque são consequência do próprio modo como o corpo, a mente, a intimidade e a sociedade funcionam. As dificuldades sexuais não são um fracasso ou culpa de uma pessoa, mas antes, algo indissociável do que é a biologia e a cultura humanas. Como em todos os restantes homens, as problemáticas mais comuns num doente mental são:

- Alterações da libido
- Diminuição da capacidade erétil
- Atraso ejaculatório ou Ejaculação dolorosa
- Priapismo
- Anorgasmia parcial ou completa

Estas dificuldades sexuais são, na sua maioria, reversíveis com terapêuticas relativamente simples, sendo o maior obstáculo à resolução destes problemas a frequente demora em obter ajuda,



nomeadamente de equipas especializadas da área, pois se assim não for vai com certeza haver consequências graves para o homem.

É também importante destacar a questão da medicalização da saúde mental, principalmente quando envolve o campo da sexualidade, pois muita da problemática causada tem precisamente a ver com os efeitos secundários dos psicofármacos, que são na sua maioria muito inibidores de qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual, ou seja, e como está descrito neste já antigo provérbio português: “Se não morrer da doença, morre da cura!”.

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DAS DOENÇAS MENTAIS NA SEXUALIDADE

As Consequências Psicológicas da doença mental na sexualidade podem ser *Individuais*:

- Tristeza e ansiedade.
- Medo de ser rejeitado sexualmente.
- Sentir-se menos homem (não erótico).
- Consequências negativas no humor, na autoestima, na autoimagem.
- Sentimentos de não ser atraente sexualmente; falta de confiança.
- Preocupação sobre não ser capaz de satisfazer companheiro(a).

...ou *Relacionais*:

- Relação de dependência.
- Culpabilidade face ao desejo sexual.
- Dificuldades de comunicação no casal.
- Medo do efeito da atividade sexual sobre a doença.

Investigando como a sexualidade de homens com patologia mental e suas/seus parceiras (os) é afetada, Östman e Björkman (2013) descreveram que o sentimento de abandono e o descaso com essas pessoas, assim como a insatisfação com os métodos de intervenção, são fatores que podem resultar em prováveis problemas quanto à vivência da sexualidade por ocasionar prejuízos no que diz respeito à saúde mental e podem levar ao evitamento da intimidade e perda do desejo e excitação sexual. A Autora afirmou que, tipicamente, a depressão (ou outra patologia mental...) tende a levar a disfunções sexuais, e não o contrário...



CONCLUSÃO

A sexualidade é um importante aspeto da qualidade de vida, que os enfermeiros não devem ignorar por 2 razões: Primeiro, porque os utentes esperam e merecem cuidados de elevada qualidade; os cuidados de enfermagem que ignoram este importante aspeto da vida são abaixo dos padrões (de qualidade), e em segundo, porque os padrões de prática relacionada com a sexualidade existem” (Volpe & Wertheimer, 2004) e se existem têm necessariamente que se cumprir, que serem levantados e diagnosticados, sem medo sem pruridos e sem handicaps ou falsas razões, pois o dilema entre a radicalidade terapêutica e a qualidade de vida de um homem com Doença Mental, nunca será fácil e têm implicações profundas na sexualidade individual e do casal, por isso um utente e uma equipa clinica bem informados podem criar expectativas realistas sobre as alterações que vão ocorrer ao nível das diversas áreas do seu ciclo de resposta sexual e conjuntamente escolherem sempre o melhor caminho...

Faces ocultas da(s) sexualidade(s): Diversidade funcional e perturbações do desenvolvimento intelectual

Jorge Cardoso (Moderador)

As múltiplas diversidades associadas à condição humana revelam-nos que sempre existiram características físicas ou psicológicas, que ao remeterem para um afastamento do padrão tido como normativo, acabam por se estruturar em torno da ideia de ‘diferença’. As pessoas portadoras de um quadro de diversidade funcional (vulgarmente designado deficiência física), bem como aquelas que apresentam uma perturbação do desenvolvimento intelectual (comummente enquadrada no âmbito da deficiência mental), tendem a ser socialmente percepcionadas como inferiores, sendo frequentemente alvo de atitudes paternalistas e discriminativas. Esta moldura geral faz-se sentir de uma forma ainda mais notória ao nível da esfera sexual, privando estas pessoas de direitos sexuais, com reflexos negativos sobre a sua saúde sexual e qualidade de vida.

I – Diversidade funcional e sexualidade

A assunção da sexualidade nas pessoas com diversidade funcional como uma ausência, resulta de crenças falaciosas de que o sujeito com incapacidade física é assexuado, ou, se não for esse o caso, apresentará uma disfuncionalidade sexual impeditiva do acesso a uma vida sexual prazerosa. Paralelamente, o facto de a auto-confiança sexual se encontrar enraizada em determinados parâmetros de estética, desempenho e autonomia, produz consequências ao nível da auto-estima e auto-imagem,



alimentando percepções de reduzida capacidade para suscitar atracção nos outros, que vão reforçar internamente estereótipos construídos socialmente.

A intervenção terapêutica junto de pessoas com diversidade funcional deverá alicerçar-se sobre uma matriz alargada, que ultrapasse as fronteiras da sexualidade genital e orgásmica; caso contrário, há o risco de incorrer num reducionismo que, na pior das hipóteses, poderá levar a que o sujeito conclua que ‘acabou’ para a vida sexual. Ao definir Saúde Sexual como “a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexuado de formas enriquecedoras e que valorizem a personalidade, a comunicação e o amor”, a OMS forneceu-nos uma conceptualização suficientemente flexível para que possamos entender a sexualidade à luz da diversidade de comportamentos capazes de proporcionar afectividade, intimidade, erotismo e satisfação sexual.

De acordo com as características da pessoa portadora de determinada diversidade funcional, a intervenção terapêutica pode orientar-se para a promoção do retorno a uma sexualidade em tudo idêntica à do período anterior ao surgimento do problema, ou para a sua redefinição em consonância com os comportamentos passíveis de serem mobilizados durante o envolvimento sexual.

Tendo o cuidado de utilizar uma linguagem concisa e adequada ao nível educacional do indivíduo e procurando evitar termos técnicos ou pejorativos, a abordagem poderá visar os seguintes tópicos:

1. Informação sexual. Perspectivada segundo os parâmetros gerais que caracterizam a educação sexual, direccionando-se posteriormente para o fornecimento de informações acerca das eventuais consequências do quadro clínico sobre a sexualidade.
2. Desmistificação de crenças erróneas. Atendendo a que muitos dos obstáculos encontrados na readaptação sexual resultam de estereótipos negativos e de atitudes preconceituosas e discriminatórias, torna-se premente desafiar e desmontar as construções dominantes. A aceitação passiva e resignada das limitações produzidas socialmente, deverá dar lugar a uma postura activa de redescoberta do erotismo e do sexo, a partir de um corpo alterado.
3. Reestruturação cognitiva e comportamental. Partindo da identificação dos pensamentos desadaptativos associados à sexualidade, corrigir distorções no processamento informativo, encorajando o estabelecimento de padrões cognitivos que possam congrega a ideia de que a sexualidade continua a ser possível e gratificante. Igualmente inadequadas são as expectativas irrealistas, por vezes fundamentadas numa sexualidade exclusivamente funcional, as quais têm de ser dissipadas, face às eventuais restrições das circunstâncias actuais. Paralelamente, a promoção de



alterações comportamentais representa o núcleo central da reabilitação sexual. As estratégias terapêuticas utilizadas deverão: fomentar a consolidação das bases afectivas do par relacional, sempre que este exista; reforçar as competências comunicacionais e a assertividade sexual; promover e valorizar os novos contornos dos papéis de género, de modo a que as identidades masculina ou feminina possam persistir de um modo sintónico; e alargar o leque de interesses eróticos e de iniciativas sexuais (valorização das zonas erógenas ditas secundárias e da sexualidade extra-genital, uso de novas técnicas sexuais e adopção de posições compatíveis com as aptidões físicas).

II – Perturbação do desenvolvimento intelectual e sexualidade

Embora a maturação biológica seja fundamental para a sexualidade, o desenvolvimento sexual desenrola-se largamente para além desta dimensão, envolvendo também factores psicossociais, que contemplam, de uma forma genérica, aspectos cognitivos e afectivos, bem como o modo como estes são integrados e vivenciados individualmente e na esfera relacional. Frequentemente, as pessoas com incapacidade intelectual apresentam parâmetros neurofisiológicos associados à expressão da sexualidade em tudo idênticos aos conotados com a normatividade, mas revelam um atraso no desenvolvimento psico-afectivo, seja porque este se iniciou mais tardiamente e/ou porque demonstra uma evolução mais lenta.

Em paralelo, as perturbações do desenvolvimento intelectual apresentam uma grande diversidade no que concerne às competências cognitivas mobilizáveis, o mesmo acontecendo com as aptidões nas áreas da comunicação, autocuidados, uso de recursos comunitários, vida familiar, autocontrolo, interacção social, escolaridade e trabalho, lazer, saúde e segurança. Entre um sujeito portador de um deficit cognitivo ligeiro, por vezes nem sequer identificável pelas pessoas com quem se relaciona, e outro com uma incapacidade intelectual profunda, existem grandes diferenças. Esta larga amplitude, emergente do grau de severidade da perturbação do desenvolvimento intelectual, por sua vez, vai articular-se com a elevada heterogeneidade dos comportamentos afectivos e sexuais.

O trajecto de socialização vai-se desenhando no quotidiano de todos nós, possibilitando a recepção, integração e emissão de uma multiplicidade de mensagens verbais e não verbais, por vezes contraditórias, que fluem através de olhares, emoções, atitudes, comportamentos, e até silêncios. A aprendizagem de conteúdos sexuais pode decorrer em múltiplos contextos e ocasiões, por vezes sem que nos apercebamos que tal está a acontecer. A par destas aprendizagens espontâneas, desprovidas de intencionalidade, devem também ocorrer aprendizagens estruturadas e dirigidas, tendo por suporte



uma acção programada, com objectivos específicos e concretos. Estamos assim perante os dois formatos de educação sexual: implícita e explícita.

Reflectindo sobre os principais contextos e agentes intervenientes na educação sexual informal ou informal, incluindo junto da população com deficit cognitivo, vamos encontrar: a família, a comunicação social, os pares e a escola.

Quanto à família, constituindo o palco prioritário do desenvolvimento inicial da sociabilização, bem como o espaço principal dos valores e afectos, deveria servir de alicerce à construção das primeiras modelagens cognitivas e afectivas da sexualidade, através de uma educação de carácter progressivo.

Relativamente aos *media*, não obstante o seu poder de 'presença constante', apresentam-nos uma visão da sexualidade 'pronta a consumir', quase que exclusivamente centrada nas 'técnicas para o bom sexo', apanágio de pessoas jovens, saudáveis e, preferencialmente, bonitas.

Os pares são frequentemente a força motora da aprendizagem sexual, ainda que por vezes conflituante e distónica, porque carregada de movimentos de identificação/oposição. Por outro lado, ao incorporarem o quadro referencial dos colegas, amigos ou parceiros amorosos, vão tender a reproduzir as influências que acomodaram intrinsecamente, sendo contudo desejável que possam realizar autocrítica e, conseqüentemente, selecção das atitudes e comportamentos adaptativos. No âmbito da 'diferença', mental ou física, os pares podem constituir uma fonte de acentuação da discriminação, mas, obviamente, também podem exercer um papel promotor de igualdade.

Por fim, a escola e os seus profissionais, tantas vezes responsabilizados por falharem onde os outros nem sequer tentam agir. Sendo, por inerência, uma entidade em que impera a transmissão de informação com recurso a metodologias pedagógicas aperfeiçoadas na experiência profissional, a escola deveria ter um apreciável protagonismo na formação pessoal, incluindo a dimensão da sexualidade.

No que respeita à educação sexual daqueles que apresentam perturbações do desenvolvimento intelectual, resulta do que atrás foi exposto, uma exigência de procura de equilíbrio na adequação da intervenção ao grau do deficit e ao foco pretendido na abordagem da sexualidade.

III – Considerações Finais

Apesar da temática sexual produzir uma infinidade de discursos e imagens que lhe acarretam uma visibilidade social inimaginável há alguns anos atrás, esta banalização da sexualidade não traduz uma proporcional melhoria da saúde e bem-estar sexual. O núcleo central da sexualidade, aquele que



acontece no registo do espaço privado, continua a cristalizar inúmeras dúvidas, ignorâncias e, sobretudo, ideias preconceituosas. Sendo isto tendencialmente verdadeiro no contexto global da sexualidade, adquire uma preponderância ainda maior no âmbito da diversidade funcional e das perturbações do desenvolvimento intelectual. A conjugação da “diferença” com a prática sexual gera ambivalência, sendo frequentemente percebida como conflituante, quer pelo próprio, quer pelos outros.

As pessoas com diversidade funcional ou perturbação do desenvolvimento intelectual são cidadãos de pleno direito, incluindo ao nível da sexualidade: “Todos têm o direito de usufruir dos direitos sexuais (...), sem distinção de qualquer tipo, seja raça, etnia, cor, sexo, linguagem, religião, opinião política ou outra qualquer, origem social ou regional, local de residência, características, nascimento, deficiência, idade, nacionalidade, estado civil ou familiar, orientação sexual, identidade e expressão de género, estado de saúde, situação económica, social ou outra qualquer. Todos têm o direito ao mais alto padrão de saúde e bem-estar possíveis, relacionados à sexualidade, incluindo a possibilidade de experiências sexuais prazerosas, satisfatórias e seguras. Isto requer a disponibilidade, acessibilidade e aceitação de serviços de saúde qualificados, bem como o acesso a condições que influenciem e determinem a saúde, incluindo a saúde sexual (Declaração dos Direitos Sexuais – Associação Mundial pela Saúde Sexual, 2014).”



3ª CONFERÊNCIA – “HOMEM QUE É HOMEM NUNCA SE NEGA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS ‘COMPETÊNCIAS’ SEXUAIS MASCULINAS”

Fernando Mesquita

Apesar de todas as mudanças nos últimos tempos ainda são transmitidas mensagens que pressupõem como alguém do sexo masculino deve comportar-se ou agir para ser “considerado” um “verdadeiro homem”.

Afirmações como “*Homem que é homem está sempre pronto para sexo*”, “*Sê um homem*”, ou “*Um homem não chora*”, são alguns exemplos de mensagens transmitidas de forma a reforçar uma hipervirilidade masculina.

Podemos afirmar que, muitas vezes, é transmitida a ideia que compete ao homem o papel de alguém que não tem medo do perigo, que deve ser dominador, desprovido de emoções, fértil e, lá está, sempre pronto para o sexo!

Fica a crença que quanto mais vincadas forem estas características mais viril será o seu portador, levando muitos homens a procurarem uma espécie de HIPERVIRILIDADE, que lhes confere uma sensação de domínio sobre os seus pares.

Muitas vezes, o conceito de virilidade está associado à fertilidade e ao pénis! Na verdade, para muitos homens, o que é realmente importante é o tamanho do pénis ... quanto maior o pénis mais viril será.

Aliás o pénis em geral e o seu tamanho em particular é algo que acompanha a mente de muitos homens há milhares de anos. Se fizermos uma viagem ao longo de vários séculos, independentemente da época e cultura, podemos encontrar um culto ao pénis normalmente representado por FALOS eretos e pujantes.

Veja-se o exemplo do pénis ereto do Deus Amon-Min. Segundo a mitologia Egípcia, os deuses ao partirem para a guerra confiaram imprudentemente as suas esposas ao deus Min. No regresso, encontraram todas as suas mulheres grávidas e, para se vingarem decidiram, cortar-lhe o braço esquerdo. Min simbolizava a fertilidade.



Já na Grécia, podemos encontrar várias imagens do deus Grego – Príapo. A imagem de Príapo era usada como amuleto para afastar maus olhados que pudessem prejudicar a virilidade dos homens e fertilidade dos solos.

Em Roma, o falo estava associado a poder. Na casa de Vetti (Pompeia) podemos encontrar uma gravura que é considerada uma representação do deus Priapo, mas também existe a possibilidade de ser um simples mortal, invulgarmente dotado, a receber o peso do seu pénis em ouro, talvez na sequência de um concurso ou aposta.

A virilidade estabelecida na Roma Antiga ainda hoje é um modelo para muitos homens do século XXI. Implica um padrão de comportamento sexual, social e familiar que culmina no homem ativo, corajoso, possante, dominador e procriador.

Poderíamos passar aqui largas horas a falar sobre o pénis e suas representações, pois cada civilização, cada época, cada artista representou o pénis segundo os seus conceitos.

Acontece que embora o conceito de virilidade mantenha características ao longo dos séculos também se adapta às diversas realidades sociais. É uma característica em permanente transformação e só aparentemente inata. Não basta ter um pénis para se ser considerado viril. Também é exigido ao seu portador um determinado tipo de comportamento!

“Cada civilização, cada época, cada artista representou-o (o pénis) segundo os seus conceitos. No início de um novo século, na era da informação e da globalização, o culto do pénis persiste. Mau grado variadas contracorrentes, o pénis continua, talvez até mais do que nunca, a simbolizar a condição masculina e a masculinidade”

Nuno Monteiro Pereira, 2007

Nos anos 50 surge aquela que é considerada como uma das propagandas comerciais mais brilhantes! O Marlboro Man representa o homem duro dos duros, sem afetos e mais feito para morrer do que para casar e ter filhos”. É aquilo que Elisabeth Badinter refere como “um animal sexual com as mulheres, mas sem nunca se dedicar a nenhuma”.

Mas, se os anos 50 foram a semente para muitas crenças e mitos, os anos 80 trouxeram-nos vários heróis que reforçaram ainda mais estas crenças. Veja-se o exemplo do Rambo – um homem carregado de músculos que não tem nada que o prenda a não ser armas e vingança! E, mais tarde, o Exterminador Implacável ...



Exterminador Implacável - “Macho em estado puro, ele já nada tem de humano, nem mesmo o sexo que é a parte mais frágil e incontrolável do homem.”

Elisabeth Badinter, 1992

“Ao promover-se esta imagem inacessível da virilidade, suscita-se uma tomada de consciência dolorosa: a de se ser um homem inacabado.”

Elisabeth Badinter, 1992

Ao interiorizar este tipo de informação, muitos homens carregam uma nuvem de ameaça constante de não se serem suficiente viris ... de serem menos que os outros homens.

Mas o que poderá estar por detrás destes conceitos de funcionalidade e virilidade sexual?

- Será uma questão política? – A procriação é uma necessidade política e social. Se não houver crianças, que serão futuros adultos, as sociedades entram em rutura, pois deixa de existir mão de obra que produza!

- Será uma questão económica? – É de todo o interesse para vários agentes económicos a estigmatização de algumas dificuldades sexuais que levem as pessoas a procurar soluções. Além disso, a sobrevalorização da virilidade leva a que muitas pessoas acabem por adotar determinados comportamentos, nomeadamente de consumo

E o que dizer quando o homem não corresponde funcionalmente num campo sexual centrado na capacidade de ereção e domínio?

Muitas vezes, a rigidez do pénis serve como um termómetro para medir a virilidade e desejo sexual. É muito frequente a confusão entre desejo e excitação sexual. Muitos homens referem que não têm desejo quando não têm ereção – ou seja agem como se a ereção fosse o desejo.

Muitas vezes, a rigidez do pénis serve como um termómetro para medir a virilidade e desejo sexual.

A motivação sexual emerge de uma interação de incentivos externos e estados internos. Por exemplo, se a presença de um novo parceiro pode levar ao desejo sexual pela novidade e atração, já numa relação de longa data, podem surgir novos motivos para ter sexo, tais como o desejo de ter filhos, mostrar o amor pelo outro, ou simplesmente como forma de ter prazer.

Wincze (2009)



De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) o diagnóstico para a Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino, apresenta os seguintes critérios de diagnóstico:

- A. Pensamentos ou fantasias sexuais/eróticos e desejo de atividade sexual persistentemente ou recorrentemente diminuídos (ausentes). A avaliação da diminuição é feita pelo clínico, tendo em consideração fatores que afetam o funcionamento sexual, como a idade e contexto de vida geral e sociocultural do indivíduo
- B. Os sintomas do critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo
- D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves ou de outros fatores de stress significativos

É importante referir que ao avaliarmos a PDSHM não devemos ter em exclusividade o comportamento!

Não é possível avaliar o Desejo Sexual pelo comportamento sexual, na medida em que podem existir comportamentos sexuais, sem que exista desejo, assim como pode existir desejo sexual sem comportamentos sexuais.

(Wincze & Carey, 2001)

Apesar do forte impacto que uma Perturbação Sexual, tal como a Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo Masculino, possa ter no próprio, ou na conjugalidade, grande parte dos estudos relativos à diminuição/ausência de desejo têm em consideração a população feminina. Os estudos de Perturbações Sexuais, na população masculina focam-se essencialmente noutras perturbações como a Disfunção Erétil ou a Ejaculação Prematura. Podemos assim suspeitar que ainda persiste uma visão muito focada na funcionalidade da sexualidade.

Número de artigos publicados, até Novembro 2020, cuja população alvo apresenta as seguintes

Disfunções Sexuais

	HOMENS	MULHERES
Desejo Sexual Hipoativo	243	973
Disfunção Erétil	23.600	
Ejaculação Prematura	2.818	



Pedido para colaboração em estudo sobre Fatores Preditores do Desejo Sexual:

Objetivo: O presente estudo tem como principal objetivo examinar os fatores preditores do desejo sexual e da satisfação sexual e conjugal em casais heterossexuais

Quem pode participar: Para participar é necessário estar numa relação conjugal heterossexual com uma duração \geq 12 meses, e não ter filhos com uma idade $<$ 9 meses.

Como participar: A duração máxima prevista para concluir o questionário é de 10 minutos. Leia atentamente as instruções que lhe são apresentadas. Não existem respostas certas nem erradas. Pretendem-se respostas o mais espontâneas possível e que reflitam aquilo que está a pensar neste momento. É importante que preencha sozinho(a).

<https://inqueritos.up.pt/index.php?r=survey/index&sid=346225&lang=pt>



4º PAINEL – Da evidência científica às boas práticas

Sexualidade e multidisciplinariedade

Duarte Vilar

Peço desculpa aos organizadores, a quem agradeço o convite, se me vou desviar um pouco do tema proposto – Sexualidade e Multidisciplinaridade - mas talvez o meu testemunho pessoal possa valer mais do que a abordagem mais abstrata de um tema.

Sou homem, sou sociólogo e durante quase 40 anos, mais precisamente entre 1979 e 2017, estive envolvido nos direitos e na saúde sexual e reprodutiva como profissional e diretor da APF.

Considero que 38 anos é um período longo de tempo, uma espécie de posto de observação duradoura e, por isso, tive a oportunidade, e a sorte de ver as mudanças a acontecer em campos como o acesso à contraceção, a educação sexual nas escolas, a luta contra o VIH/SIDA, o acesso à IVG legal e segura, a emergência das questões de género e da orientação sexual.

Vi surgirem novas políticas e mudarem outras, nomeadamente na área da saúde e, sobretudo, na área da saúde pública. Estive envolvido, seguramente na formação de alguns milhares de profissionais das áreas da saúde e da educação. Realizei alguns estudos sobretudo na área da educação sexual e dos adolescentes, mas também nas questões que nos trazem aqui hoje, os homens e a saúde sexual e reprodutiva.

Mas concordo com os organizadores desta conferência. A saúde sexual dos homens continua a ser um tema invisível, parecendo confirmar a ideia de que os homens não têm problemas com a sua saúde e principalmente com a sua sexualidade, ou que, se caso os tiverem, têm que, à boa e velha maneira masculina, de os resolver sozinhos. Os homens são objeto de preocupação de saúde sobretudo física, e só quando estão muito doentes, ou quando espalham doenças.

Quero, no entanto, chamar a atenção que os conceitos de saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos são, todos eles, conceitos relativamente recentes.

Quando cheguei a esta área no final dos anos 70 do século passado, os conceitos mais próximos destes eram o de saúde materna e infantil e planeamento familiar.



Ou seja, as preocupações próximas destas áreas tinham sobretudo que ver com a maternidade e com as mulheres. Os homens eram muitas vezes vistos como eventuais barreiras ao “planeamento familiar”, ou seja, ao uso da contraceção pelas mulheres. E quando se falava de “envolvimento masculino”, falava-se sobretudo de educar os homens a aceitarem o “planeamento familiar” das mulheres.

Tanto mais que o uso do preservativo, o principal e quase único método contraceutivo para homens, tinha em parte caído em desuso, até porque o uso de antibióticos tinha conseguido baixar significativamente a prevalência das então chamadas “doenças venéreas”, entre elas, sobretudo a sífilis.

Tanto mais que a vasectomia era, e continua a ser, uma forma de controlo da fecundidade masculina absolutamente desconhecida, ou objeto dos mais diversos mitos sobre a sua ligação à “morte sexual masculina”.

Quanto à sexologia era, e é ainda, uma espécie de cuidado de saúde de luxo, muitas vezes situada na área da saúde mental e, portanto, numa área muitas vezes objeto de estigma quer por parte da população, quer por parte dos profissionais de saúde. Em Lisboa, por exemplo, as consultas de sexologia apareceram integradas nos serviços de psiquiatria Hospital Júlia de Matos e no Hospital de Santa Maria, ou seja, em locais claramente identificados para pessoas com problemas graves de saúde mental.

Era preciso muitas explicações e ter coragem para aceitar ir a estas consultas.

Portanto, neste contexto, os homens não tinham lugar. Os cuidados e políticas de saúde estavam decididamente e quase exclusivamente virados para as mulheres.

Antes da emergência do VIH/SIDA nunca vi materiais de saúde ou campanhas dirigidas aos homens sobre IST ou sobre contraceção.

O conceito de saúde sexual começou a ser construído e usado nos primeiros anos da década de 80 (ou seja, há 4 décadas atrás) e é referido, pela primeira vez, num documento da OMS Europa que se chamava, se me lembro, “Saúde para Todos no Ano 2000”. Muito pela influência da emergente sexologia (que se tinha vindo a afirmar na década de 70) e, pela primeira vez, ligava a contraceção e os cuidados de saúde reprodutiva, a uma área mais vasta de bem estar, de saúde, chamada saúde sexual. No entanto, quero acreditar que o impacto deste conceito era ainda residual e emergente nessa altura.

Mas nesta nova perspetiva que introduz a vivência da sexualidade, mulheres e homens são vistos como seres sexuais (e não só reprodutivos). O bem-estar sexual torna-se um objetivo de saúde e todos, homens e mulheres, têm direito à saúde sexual.



A emergência pandémica do VIH/SIDA veio provocar mudanças muito relevantes neste panorama conceptual e nas prioridades em saúde.

Talvez a mais relevante é que, pela primeira os Estados, nas políticas públicas de saúde, começaram abertamente a falar no sexo e na sexualidade, uma vez que a pandemia tinha que ver com comportamentos sexuais, no início erradamente atribuídos somente aos chamados “grupos de risco” e, nestes, aos homens que tinham sexo com homens e depois alargados aos homens heterossexuais com múltiplas parceiras.

O conceito de “saúde sexual” ganha assim uma nova dimensão, mas ao mesmo tempo, abastarda-se porque o seu uso aparece sobretudo ligado à prevenção das IST e do VIH/SIDA e não às vivências sexuais, à intimidade.

Por outro lado, os homens tornam-se (novamente) uma preocupação na saúde porque espalham doenças sexualmente transmissíveis e porque ficam doentes, e porque a SIDA não tem cura, como antes tinha acontecido com a sífilis.

E aí sim, o uso do preservativo torna-se uma das principais palavras de ordem na saúde pública e multiplicam-se, em todo o mundo, as campanhas pelo uso do preservativo ora dirigidas a homens que fazem sexo com homens, ora dirigidas a homens heterossexuais apelando à sua responsabilidade em não propagar o VIH/SIDA infetando as suas companheiras ou companheiros. Mas, falemos claro, a palavra de ordem pouco tem que ver com o bem-estar sexual, muito pouco tem que ver com o autocontrolo das suas vidas sexuais, e muito mais com impedir a propagação do vírus.

Mas quando a emergência da SIDA passou, também as campanhas pelo uso do preservativo caíram no quase esquecimento e, novamente, os homens como sujeitos e objetos de saúde, passaram à história.

Por outro lado, nunca as questões da vasectomia foram abordadas na educação contracetiva. Somente a APF realizou em 2005 uma campanha chamada “É d’homem!” sobre a contraceção masculina, incluindo a vasectomia. Como resultado desta tremenda falha, a vasectomia, ao contrário de outros países europeus e/ou culturalmente mais próximos, como Espanha ou o Brasil, tem uma utilização residual pelos homens portugueses e é um método contracetivo praticamente desconhecido.

Mas não sejamos pessimistas. Tendo testemunhado mais de 40 anos de mudanças nestas áreas, não posso mesmo deixar de ser otimista.

Desde as últimas duas décadas do século XX as questões de género, a questão as identidades sexuais e os direitos sexuais têm feito a sua marcha. Marcha lenta, mas para a frente.



Como refere Lúcia Amâncio (2004) os estudos de género que emergiram nos anos 70 começaram em toda a parte, por se concentrarem nos estudos sobre as mulheres, em estrita ligação com os movimentos feministas que lhe tiveram na origem. Mas rapidamente estes estudos se alargaram às questões das masculinidades.

A título de exemplo, a publicação do livro “Aprender a Ser homem – Construindo Masculinidades” organizado por Lúcia Amâncio em 2004 e que reúne um conjunto de estudos realizados no contexto de estudos pós-graduados na área do género, a que se seguiram a multiplicação de publicações com diferentes abordagens das masculinidades. Outro exemplo mais antigo e pioneiro, o estudo “Senhores de Si – Uma interpretação antropológica da masculinidade” de Miguel Vale de Almeida (1996)

Os movimentos LGBTI têm também contribuído para colocar na agenda pública, científica e política as questões da diversidade sexual, das identidades sexuais e de género e dos direitos sexuais e, por isso, também das masculinidades.

O conceito recente de cidadania íntima é extremamente interessante por liga de forma clara duas dimensões que eram, em geral, abordadas de forma separada.

Por outro lado, os movimentos ligados à sexologia e à medicina sexual têm incorporado largamente estas dimensões de género até porque, desde Kinsey, na década de 50, foram também pioneiros no estudo das sexualidades masculinas e também porque estes movimentos não são puramente científicos ou profissionais e assumiram desde há muito o ativismo em torno dos direitos sexuais.

Uma última palavra de homenagem para a APF, instituição que me acolheu e onde desenvolvi grande parte do meu crescimento profissional, combinando a intervenção com a investigação.

A APF foi uma instituição em que desaguaram e se encontraram atores de todos estes movimentos. No final dos anos 70 tinha já incorporado as questões feministas na sua intervenção e acolhia na sua direção e nos seus grupos voluntários os fundadores da Sociedade de Sexologia Clínica (em 1984).

Portanto desde muito cedo, passou da contraceção à Saúde Sexual e, atuando sobretudo numa perspetiva educativa, construiu um modelo de educação sexual holístico, em que as questões de género e da identidade sexual foram pilares essenciais.

A realização deste evento, cujos organizadores eu felicito, não deixa de ser também um exemplo de como as instituições da Saúde, e nomeadamente ligadas à formação dos profissionais de saúde, passaram a incorporar estas dimensões, num contexto holístico da saúde, tal como defende a OMS.



E assim, acabei por falar do tema que me estava destinado – sexualidade e multidisciplinaridade.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Ana, N. e VILAR, Duarte (2008) “Literacia e práticas contraceptivas masculinas” in *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 50/51, pp.34-43.

ALMEIDA, Miguel V. (2000) *Senhores de Si: Uma interpretação antropológica da masculinidade*, Lisboa, Fim de Século.

AMÂNCIO, Lúcia (Org.) (2004) *Aprender a Ser Homem. Construindo masculinidades*, Lisboa, Cadernos Horizonte.

TERESO, Alexandra (2019) *Representações sociais dos homens sobre saúde sexual e a utilização de cuidados de saúde*, Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de Doutoramento.

CABRAL M. Villaverde, FERREIRA, Pedro M., (Coord.) (2010) *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*, Lisboa, Bizâncio.

GIDDENS, Anthony (1992) *The Transformation of Intimacy – Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*, Stanford, Stanford University Press.

VILAR, Duarte (2003) *Falar disso – A educação sexual nas famílias dos adolescentes*, Porto, Afrontamento.

PLUMMER, Ken (2003) *Intimate Citizenship – Private Decisions and Public Dialogues*, Seattle, University of Washington Press.

VILAR. Duarte (2010) “Desempenho Sexual – Satisfação e Problemas” in Cabral M. Villaverde, Ferreira, Pedro M., (Coord.) (2010), *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*, Bizâncio , Lisboa, 201-230.

VILAR. Duarte (2010) “Contraceção e Aborto na Paisagem Conjugal e Sexual Contemporânea” ” in Cabral M. Villaverde, Ferreira, Pedro M., (Coord.) (2010), *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*, Bizâncio , Lisboa, 289-222.

VILAR, Duarte (2009) “Contributos para a História da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal” in *e-Cadernos CES*, nº4/2009.

VILAR, Duarte (1992) “Some Questions on Sexual Health”, in *Planned Parenthood in Europe*, Nº1, Vol.21, IPPF.

WHO. (2006) *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, 28–31 January 2002. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WEEKS, Jeffrey (2007) *The World We Have Won – The Remaking of Erotic and Private Life*, Routledge.



Acesso aos serviços de saúde pelos homens que têm sexo com homens

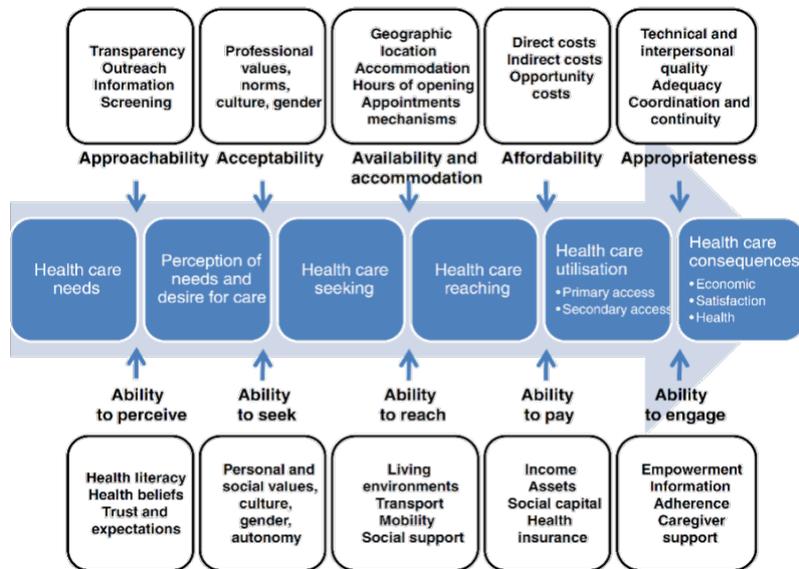
Miguel Rocha²⁵

Enquadramento: O CheckpointLX é um centro comunitário de serviços de saúde sexual dirigidos a HSH do GAT. Oferece (a) preservativos e lubrificantes, (b) rastreios a VIH, sífilis, clamídia, gonorreia e hepatites virais A, B e C, com opção de aconselhamento, (c) ligação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), com opção de acompanhamento, para o acesso ao diagnóstico, tratamento ou profilaxias, e (d) um grupo de autoapoio para pessoas que vivem com VIH recentemente diagnosticadas. É, estrategicamente, uma plataforma para advocacia, investigação e vigilância epidemiológica. A *Lisbon Cohort of MSM* uma coorte que monitoriza a taxa de seroconversão para VIH, seus preditores e monitoriza o uso de prevenção primária e secundária entre os HSH – parceria do GAT e ISPUP. Todos os HSH adultos cisgénero com teste não reativo para VIH à admissão, após consentimento, participam na coorte a cada 6 meses ou na medida do seu comportamento de procura de rastreio a VIH.

Objetivo: Analisar e discutir o uso dos serviços de saúde sexual pelos HSH que visitam o CheckpointLX.

Métodos: Os HSH são entrevistados pelos técnicos de rastreio com recurso a um questionário estruturado e online, enquanto aguardam os resultados dos rastreios rápidos – dados sociodemográficos, orientação sexual, parceiros e práticas, uso de preservativo, conhecimento e uso das profilaxias pós- exposição (PPE) e pré exposição (PrEP), uso de álcool e outras substâncias, histórico de rastreio, resultados dos rastreios e referência para o SNS. Quando entrevistados pela primeira vez, o intervalo de dados é na vida ou nos últimos 12 meses. Quando entrevistados em visitas de seguimento, o intervalo de dados é entre visitas. Entre os que recusam participar apenas são recolhidos dados sociodemográficos e resultados do rastreio atual. Os dados extraídos correspondem ao período entre abril 2011 a outubro 2020. Entendemos os HSH como qualquer homem, que independentemente da orientação sexual, reporta ter práticas sexuais com outros homens. Entendemos o acesso aos serviços de saúde como a oportunidade de alcançar e obter cuidados de saúde apropriados nas situações de necessidades de saúde percebidas. As oportunidades de acesso caracterizam-se pela sua acessibilidade na medida em que as dimensões na perspetiva dos prestadores de cuidados de saúde e as dimensões na perspetiva dos utilizadores interagem e se complementam e, sobretudo, se compatibilizam ([Levesque et al.](#)).

²⁵ Texto em co-autoria com Paula Meireles – Investigadora no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto



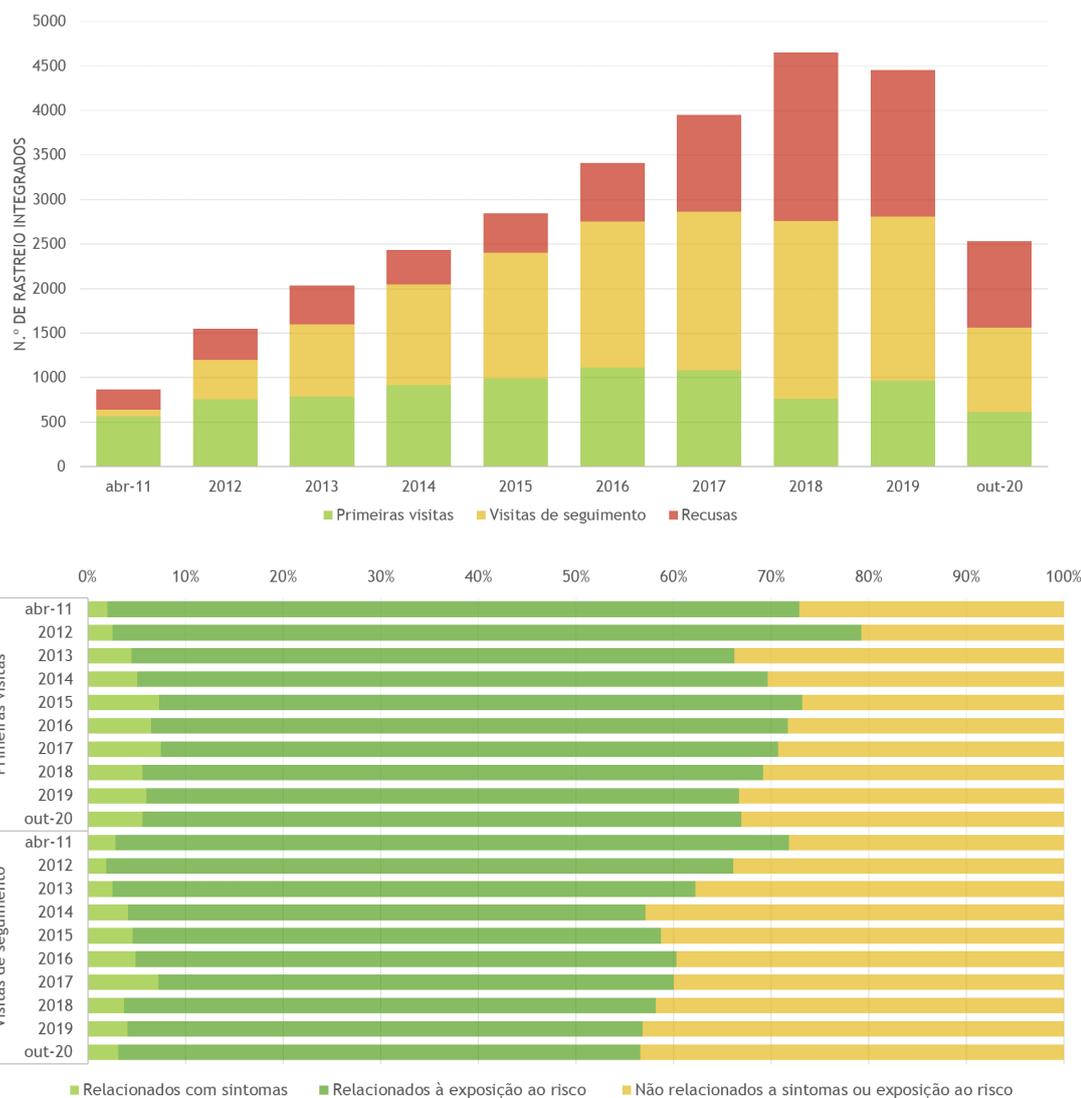
Resultados:

Uso e motivos do uso do serviço de rastreio rápido

As características de acessibilidade deste serviço são o anonimato, confidencialidade, gratuidade, resultado imediato e a várias infeções, num local comunitário e feito por pares, em horários pós-laborais e com possibilidade de atendimento espontâneo, por ordem de chegada.

Resultados: O serviço ofereceu 500 sessões adicionais por ano e com pico em 2018. Em média, por ano, 857 HSH usaram o serviço pela primeira vez, 1206 HSH pela segunda ou mais e 810 HSH escolhem permanecer anónimos pelo que não é possível determinar o tipo de visita. Se considerarmos apenas os anos de recrutamento completos, uma média de 3129 HSH acede ao serviço anualmente. Há uma tendência para o aumento do número de HSH que escolhe permanecer anónimo quando usa o serviço de rastreio.

O rastreio dos HSH tem sido motivado maioritariamente por situações relacionadas exposição ao risco. A proporção de HSH que procura rastreio por motivo não relacionado com risco tem aumentado. O comportamento de procura de rastreio dos HSH por sintomas teve um pico em 2017.



Discussão: O centro parece ter atingido a capacidade máxima instalada para o serviço de rastreio - 4500 sessões de rastreio ano ou 3000 HSH ano. O aumento das recusas, pronunciada quando atingido o patamar das 3000 sessões de rastreio, pode ser devida à decisão dos técnicos de rastreio, no sentido de responder à procura do rastreio/permitir o acesso aos HSH, de reduzir o tempo de atendimento por sessão ao não convidar o HSH para participar na coorte. A pandemia por SARS-CoV-2, seja pelo encerramento do centro até haver condições de segurança/acesso a EPI's, seja pela diminuição do comportamento de procura do rastreio dos HSH, teve um impacto negativo significativo no uso deste serviço.

O efeito da educação de pares, no sentido do rastreio regular, não associado a risco, numa perspetiva de diagnóstico precoce e gestão preventiva do risco, parece influenciar o comportamento de procura de rastreio não relacionado com o risco. A campanha dirigida à deteção da infeção aguda por VIH no ano de 2014 e no ano de 2016, baseada na informação sobre os sinais e sintomas que devem motivar

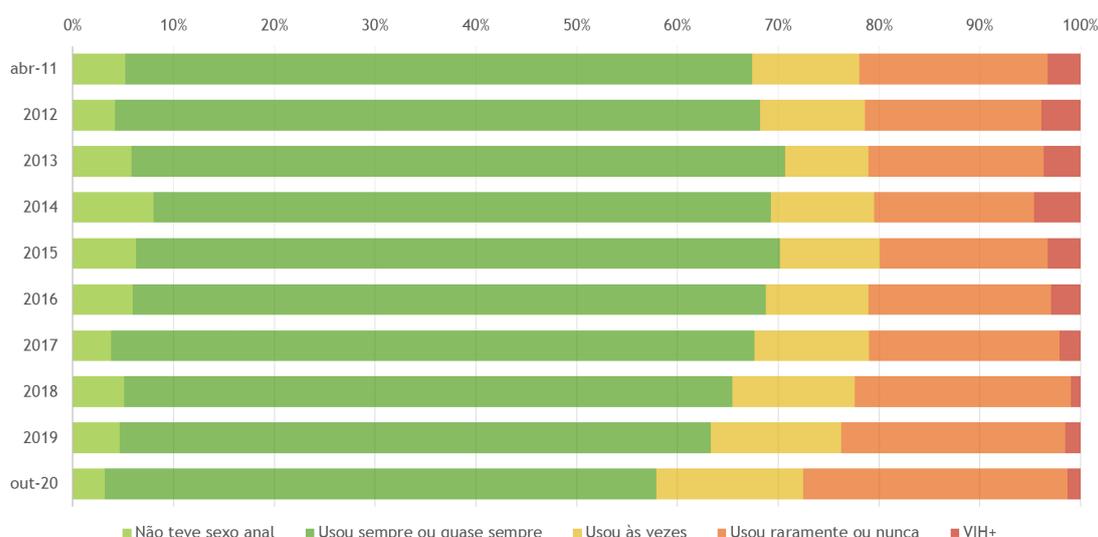


o rastreio, traduziu-se no aumento de sessões de rastreio relacionados com sintomas. A campanha de 2016, sobretudo digital, teve mais impacto que a de 2014, sobretudo escrita e falada nas sessões de rastreio.

Uso e frequência do uso preservativos e lubrificantes

As características de acessibilidade deste serviço são o anonimato, gratuidade, a existência de dispensários para uso pessoal e profissional, com acesso a pedido, na sala de espera, receção, gabinetes, armazém, bares e saunas locais.

Resultados: A maioria dos HSH usou sempre ou quase sempre o preservativo no sexo anal. Há uma tendência para o não uso consistente do preservativo ao longo dos anos, com aumento particular em 2020. Os HSH com resultado reativo para VIH representam oportunidades perdidas de acesso.



Discussão: As características de acessibilidade do serviço de distribuição dos preservativos no CheckpointLX e país parecem estar a contribuir para as oportunidades de acesso e correspondente uso. O não uso tem aumentado ao longo do tempo. Não nos é possível averiguar, nesta análise de dados baseada na prática e não na estratégia de prevenção combinada, se este não uso do preservativo é equivalente a sexo menos seguro: teríamos de cruzar estes dados com acordos de monogamia, acordo extraconjugal de uso de preservativo fora da relação, uso de PrEP, uso da carga viral indetetável do parceiro que vive com VIH, etc.

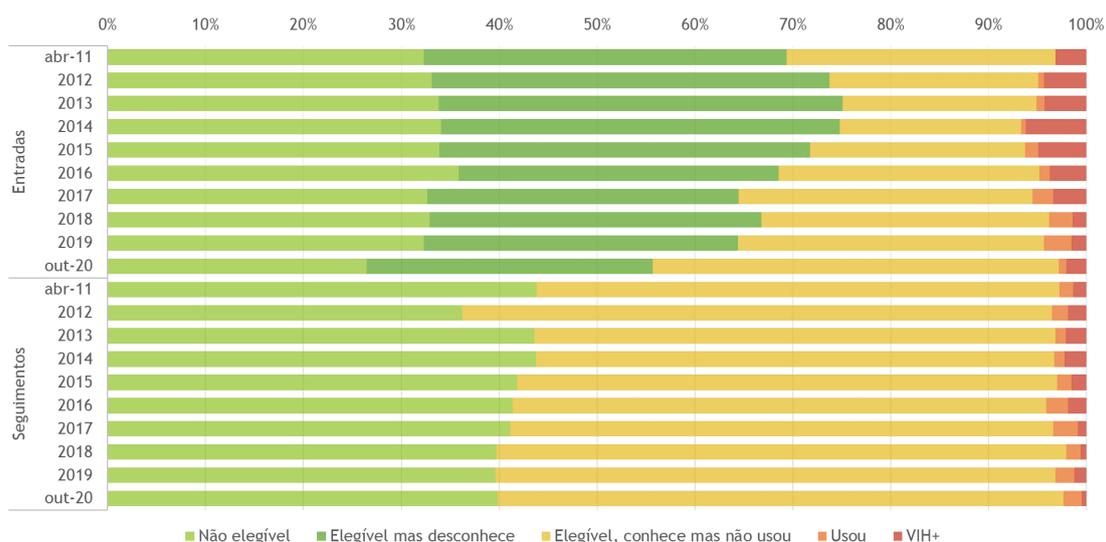
Elegibilidade, conhecimento e uso da PPE

As características de acessibilidade deste serviço são a informação pré-teste, a entrega de folheto informativo, a triagem e orientação para o serviço de urgência, a explicação do percurso até ao uso. O



serviço só está disponível nos serviços de urgência dos hospitais do SNS e após avaliação médica. A PPE tem baixa prioridade na triagem, com necessidade de navegação a vários serviços dentro do hospital e posterior consulta externa, havendo lugar a múltiplos tempos de espera, despesas com deslocação e taxas moderadoras.

Resultados: O desconhecimento sobre a PPE tem diminuído ao longo do tempo. A proporção elegíveis e não elegíveis tem se mantido relativamente estável ao longo dos anos. A proporção de HSH com reporte do uso da PPE é muito inferior à do reporte de situações indicativas para o seu uso. A proporção não-elegíveis é maior entre as visitas em seguimento. Os HSH com resultado reativo para VIH representam oportunidades perdidas de acesso.



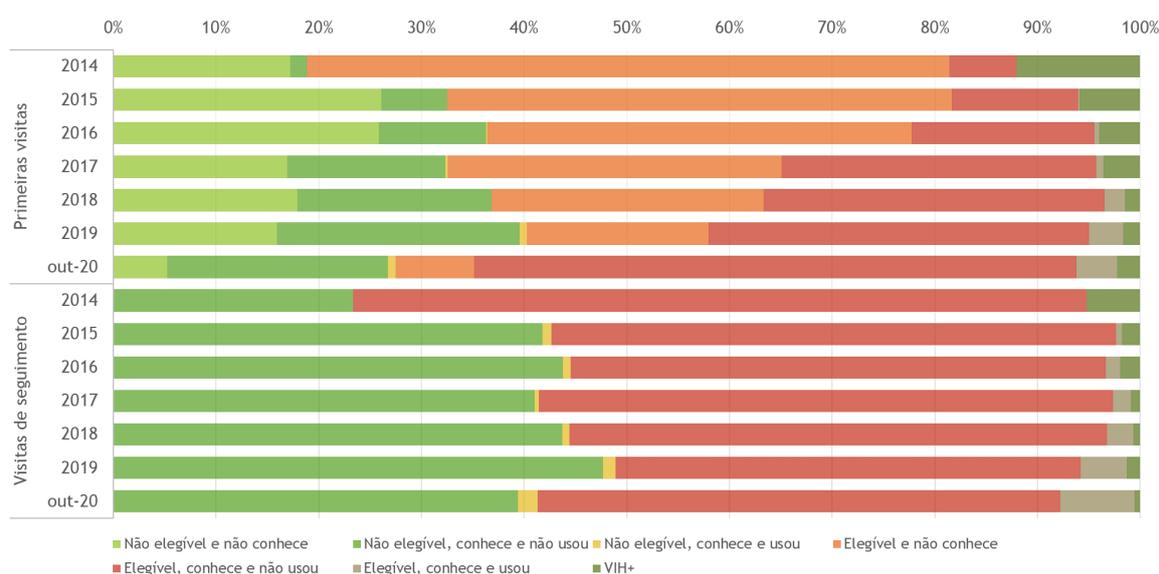
Discussão: As características de acessibilidade do serviço de PPE no país parecem estar a contribuir para reduzidas oportunidades de acesso e correspondente baixo uso. E o uso tem-se mantido baixo apesar do aumento de reporte de situações de elegibilidade. Existe algum efeito atenuador do risco, por via da educação pelos pares, entre os HSH em seguimento no centro.

Elegibilidade, conhecimento e uso da PrEP

As características de acessibilidade deste serviço são a informação pré-teste, a entrega de folheto informativo, a triagem e orientação para a consulta de infeciologia e a explicação do percurso até ao uso. O serviço só está disponível nalguns serviços de infeciologia dos hospitais do SNS e após avaliação médica. A PrEP tem baixa prioridade por ser consulta externa, com necessidade de navegação a vários serviços dentro do hospital e posteriores consultas de seguimento trimestrais, havendo lugar a múltiplos tempos de espera e despesas com deslocação. Não há taxas moderadoras.



Resultados: Cerca de 60% dos HSH são elegíveis à PrEP ao longo dos anos. A proporção de pessoas que usam a PrEP tem aumentado progressivamente, incluindo entre os não elegíveis, embora numa proporção muito inferior à proporção dos elegíveis. A laranja e a verde claro observamos que o desconhecimento sobre PrEP tem diminuído rapidamente. A proporção de não elegíveis diminuiu em 2020. Os HSH com resultado reativo para VIH representam oportunidades perdidas de acesso. A proporção de HSH elegíveis a PrEP é maior nas primeiras visitas que nas visitas de seguimento em todos os anos. A proporção de HSH a usar PrEP é maior nas visitas de seguimento que nas primeiras visitas em todos os anos.



Discussão: O uso de PrEP antes da aprovação da mesma no país, o aumento rápido do conhecimento sobre a PrEP e o crescente de utilizadores são indicativos de que esta ferramenta é aceitável e desejada pelos HSH. As características de acessibilidade do serviço de provisão no país parecem estar a contribuir para algumas oportunidades de acesso e correspondente uso crescente, embora aquém das necessidades reais dos HSH. Em 2020, embora não haja aparente impacto no uso de PrEP entre os participantes, o aumento substancial do número de elegíveis agrava este desequilíbrio da acomodação e disponibilidade da provisão da PrEP no SNS. A semelhança de outros dados, parece haver um efeito moderador do risco entre os HSH que utilizam o CheckpointLX, neste caso, na proporção de HSH elegíveis a PrEP nos seguimentos. Por outro lado, o centro parecer ter um efeito facilitador no acesso dos HSH à PrEP, através da referência sistemática dos elegíveis interessados que o consentem.

Conclusões: O CheckpointLX, através das suas características de acessibilidade e intervenção de pares, tem permitido contribuir para (1) aumentar o comportamento de rastreio não relacionado com o risco



(gestão preventiva), (2) aumentar o comportamento de procura de ajuda relacionado com sintomas (deteção precoce da infeção aguda por VIH), (3) complementar o acesso aos preservativos para o seu uso mais frequente, (4) o uso da PPE por via do aumento do conhecimento sobre a existência e características de acessibilidade à PPE e encaminhamento, (5) o uso da PrEP por via do aumento do conhecimento sobre a existência e características de acessibilidade à PrEP e referência e, (6) ter efeito atenuador do risco entre os HSH em seguimento no centro (ou, eventualmente, o efeito de Hawthorne associado à participação numa investigação).

Sexualidade e envelhecimento nos Homens

Rui Fontes

Boa tarde, antes de mais, como mandam as BOAS PRÁTICAS um agradecimento à ESEL e mais particularmente à organização do evento, Associação Portuguesa de Enfermeiros. Cumprimento também o senhor Moderador do Painel e as distintas personalidades que fazem parte do mesmo.

A honra que tenho em ser convidado para este evento na qualidade de Presidente da Associação Amigos da Grande Idade impunha que aceitasse o convite ainda que seja um enorme desafio porque o que posso dizer é muito pouco e não trará qualquer novidade. Será uma intervenção que ficará longe das expectativas por mais pequenas que elas sejam. Mas a Associação tem como procedimento participar e envolver-se em tudo o que diz respeito ao envelhecimento e tem sido assim que conseguimos algum protagonismo que permitiu trazer esta área para algumas primeiras páginas de jornais. Actualmente não precisamos: a MISÉRIA do envelhecimento em Portugal veio à tona, mal se iniciou a pandemia.

Começo por fazer uma distinção que me parece importante: eu falo habitualmente no **envelhecimento institucionalizado** porque essa é a verdadeira preocupação da Associação. Já muitos falam sobre o envelhecimento saudável e activo. O envelhecimento feliz seja isso o que for. O Professor Daniel Serrão ensinou-me que esse envelhecimento precisa pouco da nossa intervenção e da nossa preocupação. Os idosos activos e saudáveis sabem o que devem fazer e prescindem da grande criatividade dos mais novos e dos técnicos superiores.

Mas o envelhecimento institucionalizado é o verdadeiro envelhecimento: o dramático, o infeliz, o muitas vezes mal tratado e desrespeitado e essa é a base da pirâmide das preocupações da Associação.



Voltando à minha primeira justificação para a incapacidade de falar neste tema, posso dizer que o meu conhecimento e o conhecimento da Associação é baseado em grande parte na experiência prática, no dia-a-dia do trabalho com pessoas idosas, essencialmente institucionalizadas. Obviamente que temos conhecimento científico e teórico, mas damos mais valor na nossa acção às situações da prática muito reflectimos sobre isso.

É verdade que nos sentimos mais ou menos à vontade para falar de sexualidade no envelhecimento, tanto dos homens como das mulheres como dos outros géneros. Julgamos que este é um tema tabu e a Associação encontra nestes temas a sua melhor motivação. Há muitos anos teremos sido os primeiros a abordar o envelhecimento dos LGBT confrontando a ILGA sobre como envelheciam as pessoas desta comunidade. Algumas reuniões, mas pouco sucesso. Mais tarde fechámos uma parceria com a OPUS GAY cujos frutos também ficaram longe das expectativas. Na formação que desenvolvemos informal e formal, através da Pós-Graduação em Gestão de equipamentos e serviços destinados a pessoas idosas, incluímos uma aula sobre sexualidade no envelhecimento entregando-a a uma das vozes mais esclarecidas em Portugal, o Professor Doutor António Palha.

Mas continuo a pensar que há pouco a dizer e isso tem a ver com a quase total INVISIBILIDADE DA SEXUALIDADE DAS PESSOAS IDOSAS, especialmente institucionalizadas. E esta é infelizmente uma realidade desconhecida da grande parte da sociedade e da generalidade dos técnicos. A pandemia veio dar-nos razão, demonstrando que poucos estavam informados e conscientes do funcionamento dos lares de idosos. Total desconhecimento.

Este tema continua a ser um completo tabu. Qualquer conversa sobre o mesmo constrói geralmente um quadro de risos, piadas patéticas e gozo humilhante.

Sendo muito exagerado e especulativo poderia dizer que nunca, em Portugal, nenhum técnico de saúde ou social, questionou a saúde sexual de um homem num lar de idosos. Pode obviamente ter uma ou outra conversa, sempre com sentido irónico, mas nunca aprofunda o tema como seria aconselhável.

Por uma vez defini como objectivo para avaliação de desempenho num lar de idosos, a sexualidade das pessoas idosas residentes. Questionei uma equipa de enfermagem que trabalhava em exclusividade num lar com 100 residentes se falavam sobre sexo com os residentes. Neste lar desenvolvemos o modelo de técnico de referência. Questionei igualmente as auxiliares. Os resultados obtidos nesse ano foram inexistentes na equipa de enfermagem enquanto que na equipa de auxiliares surgiu alguma novidade: soube que algumas auxiliares falavam de sexo com alguns residentes e que isso os deixava



mais felizes e libertos, mas eram exclusivamente conversas informais com mulheres. Nenhum homem foi referido.

As portas de um lar encerram a sexualidade, deixando-a no exterior e proibindo-a praticamente no interior. Não é anormal porque na sociedade em geral os homens, pela minha modesta experiência gostam mais de falar das mulheres do que na sua saúde e competência sexual.

Falar de sexo parece-me obrigar a reconhecer as incapacidades que o envelhecimento traz e, nos homens, parece-me que isso impõe o reconhecer de perda de autoridade.

Nos lares o desejo, a paixão, o sexo é área proibida e até ordinária na maior parte das opiniões. O sexo nos velhos então é completamente desadequado na generalidade da população idosa.

Também entendo que o envelhecimento é um processo doloroso, infeliz, frustrante e até violento. Um processo de perdas. E é mais isto porque continuamos a insistir em falar sobre os pináculos do envelhecimento com grandes discursos de envelhecimento activo e saudável num país onde nem sequer se respeitam as pessoas idosas, formal e informalmente.

Estamos num país em que os velhos são completamente discriminados pelo poder político e pelas instituições. Um país que sobre envelhecimento não responde sequer às necessidades mais básicas e a sexualidade, perdoem-me, não faz parte da base da pirâmide das necessidades no envelhecimento. É pena? É, sem dúvida, mas é a triste realidade.

Problemas como a formação dos técnicos, a implementação de práticas menos negligentes e incompetentes, existência de recursos humanos, tanto de menor nível formativo como de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, animadores socio culturais, directores técnicos, capazes e dedicados à área com formação específica, legislação apropriada, regulação e fiscalização, financiamento, educação, são necessidades básicas no envelhecimento em Portugal.

Como poderemos ter boas práticas de saúde, se a licenciatura de enfermagem não tem uma motivação mínima e uma especificação para trabalhar em lares de idosos e na área das pessoas idosas? O recrutamento de enfermeiros para esta área é penoso e só conseguido pela falta de empregabilidade na área hospitalar e pela vontade de alguns enfermeiros ganharem mais uns trocos em acumulação de serviço. Mas a própria legislação feita essencialmente com base nos grandes interesses das grandes corporações sociais contribui decididamente para isso, pagando remunerações miseráveis aos enfermeiros e outros técnicos.



Eu sei que estou afastado do tema, mas é preciso que todos saibam como é o funcionamos no terreno e que muito gostaríamos de nos preocupar com a saúde sexual das pessoas idosas. Contudo temos, infelizmente, outro género de preocupações mais básicas.

A sexualidade no envelhecimento institucionalizado está ao nível dos mais baixos cuidados e das mais baixas preocupações e não vos transmito grandes esperanças num futuro próximo. Continuamos sem fazer qualquer educação para o envelhecimento. Não sabemos como envelhecemos e não nos ensinam a envelhecer. O mais grave é que não nos preparamos e não queremos falar disso, pensando que vamos ser eternamente novos.

Mas a realidade é que o envelhecimento é um processo de perdas que temos que assumir claramente. Perdas em cima de perdas. Cansaço, acontecimentos críticos de saúde, incapacidade funcional, esquecimento e, especialmente, preconceito dos outros. O envelhecimento não é um processo feliz e para atenuar essa infelicidade existem respostas necessárias urgentes a desenvolver. A sexualidade não irá fazer parte dessas preocupações básicas.

Longe estamos de entender que as pessoas idosas em lares de idosos mantem desejo sexual, vontade e paixão. Na opinião da maioria dos profissionais essas pessoas são ordinárias, mal criadas e se, mesmo com diagnóstico de Alzheimer, uma pessoa idosa “apalpa” uma auxiliar o mínimo que acontece é ser agredido fisicamente. SE um homem num lar é surpreendido a masturbar-se é um porco e recebe “merecidos” castigos de trabalhadores frustrados, sem qualquer formação básica e académica e sem nenhuma preparação para lidar com situações destas.

A sexualidade nos homens em lares de idosos é invisível porque os próprios homens nesses lares tornaram-se seres invisíveis para todos nós.

Para terminar: no fundo a situação das pessoas idosas na institucionalização é um espelho da sociedade em geral. E a sociedade em geral nesta área é muito desentendida.



NOTAS CONCLUSIVAS SOBRE A CONFERÊNCIA

Alexandra Tereso e Lina Antunes

A relevância da disseminação do conhecimento no âmbito dos cuidados de saúde sexual que nos direcionou para a realização desta conferência, remete-nos para uma reflexão sobre os contributos que esta conferência proporcionou.

Durante dois dias pudemos contar com a participação de 22 preletores que resultou de um mapeamento de protagonistas da saúde sexual em Portugal. Procurámos convidar elementos com posições que se destacam no campo da saúde sexual dos homens tanto a nível institucional, como académico e profissional. Foi nosso intento proporcionar uma perspetiva multidisciplinar sobre os problemas, os recursos e os percursos terapêuticos nos diferentes contextos que enquadram a saúde sexual masculina.

Assim, a conferência teve início com a abordagem da “convivência” de mitos e tabus com o processo de medicalização da sexualidade que imprime novos contornos na vivência de uma sexualidade masculina saudável, ou na procura de ajuda em casos de alterações a nível sexual.

Nos vários painéis foi apresentada e debatida a multidimensionalidade das possibilidades e dos constrangimentos no acesso e na utilização de cuidados de saúde sexual pelos homens.

De uma forma muito interessante, foi dada voz às necessidades de grupos específicos, “os homens t”, foram desocultadas as singularidades de algumas alternativas de aproximação entre os homens e os cuidados de saúde sexual (nomeadamente as linhas de apoio que garantem o anonimato). Foi também percorrida a paisagem das (im)possibilidades de acesso dos homens aos cuidados de saúde e as suas invisibilidades nas políticas de saúde e nos quotidianos institucionais e organizacionais.

Numa abordagem menos comum da saúde sexual foi debatida de forma entusiasta o que podem ser, ou o que são, os indicadores, as intervenções e os registos efetuados no âmbito da saúde sexual dos homens, tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados de saúde diferenciados.

De uma forma muito ética, aprofundada e original pudemos assistir à desocultação de vivências masculinas da sexualidade que, por vezes, são reprimidas socialmente, vividas num grande sofrimento familiar e raramente cuidadas pelos profissionais de saúde. Neste contexto apropriámo-nos de algumas particularidades das necessidades de cuidados no âmbito da saúde sexual de homens com paralisia cerebral, com deficiência física, com doença mental e com doença oncológica.



Esta conferência permitiu um espaço de partilha de percursos e de saberes que contribuíram para a reflexão sobre a influência dos estereótipos nas trajetórias sexuais masculinas nem sempre vividas de forma positiva, porque ensombradas pelos “deveres” prescritos pela masculinidade hegemónica.

Conscientes que este tipo de eventos se pode constituir como uma boa oportunidade para a divulgação de trabalhos, abrimos também a possibilidade para a submissão de resumos para comunicações livres. Neste âmbito, foi interessante constatar que se destacaram como temas: a sexualidade no idoso, a enfermagem em sexologia nas escolas e a masculinidade como fator de risco para a infeção pelo VIH.

Para terminar a conferência, optámos pela divulgação de projetos de intervenção na área da saúde sexual dos homens. Neste contexto tivemos acesso a vários projetos desenvolvidos por enfermeiros e à oportunidade de convidar alguns destes para estarem presentes e para partilharem as suas experiências, enquanto exemplos de boas práticas.

Estiveram inscritos cerca de 60 participantes, que acompanharam de forma (quase) permanente os trabalhos on-line das três conferências, dos quatro painéis científicos, a que se juntou um espaço de comunicações livres.

Como conclusões dos momentos de aprendizagem que esta conferência proporcionou, salientamos a necessidade de formação dos profissionais para incluírem os homens como sujeitos nos cuidados de saúde sexual, a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde que sejam inclusivas e que clarifiquem o significado do conceito de saúde sexual e o seu lugar nos cuidados de saúde.

Neste âmbito destacou-se, ainda, a importância da convergência de esforços multidisciplinares organizadores de recursos, de orientações e de possibilidades para os homens desenvolverem a sua literacia no âmbito da saúde sexual, e, neste caso também, no âmbito da saúde reprodutiva.

Para terminar realçamos que para o Departamento de Saúde Sexual da APE, esta conferência e este eBook não são um ponto de chegada, mas um ponto de partida, pois pretendemos de uma forma ativa contribuir para o desenvolvimento da investigação, da formação e da qualidade dos cuidados de saúde sexual.

Os textos publicados neste ebook foram elaborados pelos autores
na estrutura e conteúdo.