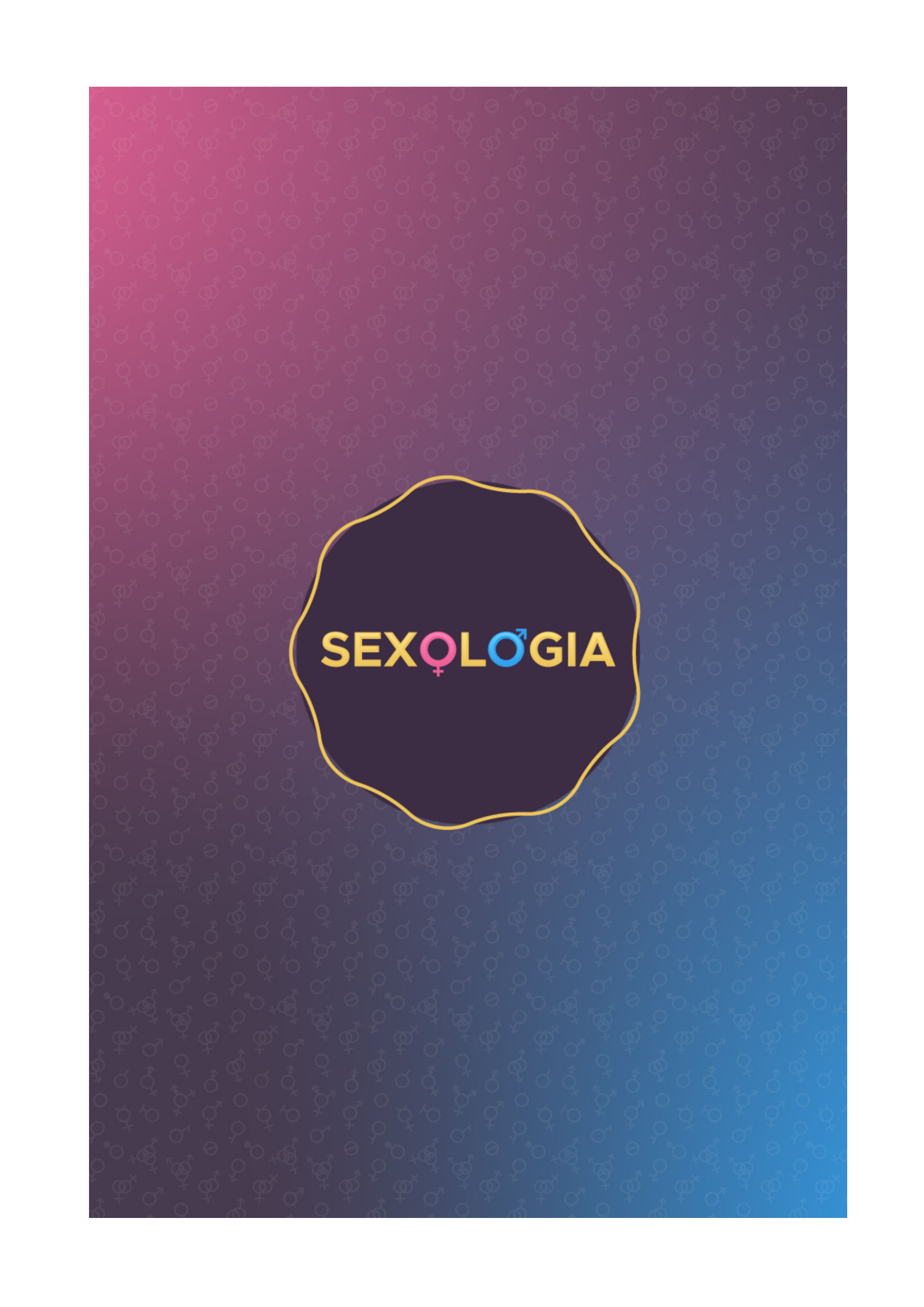




SEX[♀]OL[♂]O[♂]GIA

Objetivos

Módulo 1

Compreender e diferenciar os conceitos de sexualidade, sexo e gênero: identidade e expressão.

Módulo 2

Compreender às ações de proteção e promoção dos direitos humanos e civis das populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexuais e assexuais (LGBTQIA+). Conhecer alguns termos e possibilidades, bem como o símbolo +, que diz respeito à inclusão de outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero.

Módulo 3

Compreender o desenvolvimento sexual humano do nascimento ao envelhecimento, bem como conceitos de saúde sexual e de qualidade de vida.

Módulo 4

Compreender as diferentes dificuldades envolvendo as atividades e o comportamento sexuais.

Módulo 5

Relatar sobre a terapia cognitiva comportamental (TCC) e suas contribuições no tratamento de disfunções sexuais e outras queixas em sexualidade.

Apresentação e abertura do curso

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Segundo o *Dicionário Online de Português*, sexologia “[...] é o estudo científico da sexualidade e dos problemas psicofisiológicos que lhe estão afetos”. Já no *Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis*, sexologia é o “ramo da ciência que estuda a sexualidade sob vários aspectos (biológico, fisiológico, psicológico) e os diversos problemas a eles relacionados”. São definições que não enfatizam os aspectos sociais envolvidos em toda a construção de significados e sentidos atribuídos a sexualidade e vivência do sexo (PRAXEDES; QUEIROZ, 2018, INPASEX, 2001).

A sexologia, como campo de estudo e saber sobre o sexo e a sexualidade, é abordada por diversas vertentes do conhecimento, possibilitando um amplo campo de pesquisa e investigação. Vale ressaltar que, ao longo do tempo, o campo de estudo da sexualidade humana e do sexo passou por progressos e retrocessos, muito de acordo com os discursos e demandas sociais vigentes. Essa é uma área do conhecimento e experiência humana que parece se manter em constante fluidez (RUSSO, 2009).

Bem no início, em meados do século XIX, em alguns países europeus, os tais estudos na área médica procuraram sistematizar as observações sobre o sexo e a sexualidade, reconhecendo e enquadrando alguns comportamentos sexuais como passíveis de tratamento. Com o passar do tempo, essa visão foi se diversificando. Nesse aspecto, com a entrada de outras ciências nesse campo de observação, como a Psicologia e as demais ciências sociais, presenciamos o enriquecimento de olhares sobre este fenômeno (BEDIN; MUZZETI; RIBEIRO, 2020).

Nos últimos 70 anos, multiplicaram-se os trabalhos acadêmicos em muitos lugares do mundo, o que deu base ao formato como a sexualidade e o sexo são hoje entendidos. Surgiram assim novas abordagens que se situam no campo da saúde, da clínica e da educação, além da preocupação com a constante atualização do próprio conceito de sexualidade (BEDIN; MUZZETI; RIBEIRO, 2020).

Com relação ao Brasil, a educação sexual é um tema aventado desde as primeiras décadas do século XX, sobretudo na ótica da saúde e prevenção a doenças. Aqui, o advento do HIV/Aids na década de 1980 e as mudanças sociais relativas à constituição das famílias e as transformações do mercado de trabalho, com o progressivo protagonismo da mulher, deram peso ao tema (RUSSO, 2009). Contudo, ainda que a educação sexual esteja em constante discussão e que muitas iniciativas tenham surgido com resultados positivos no que tange à saúde e à educação, ela continua sem uma normativa nacional que possibilite a transmissão de conhecimento de forma sistemática à população (PRAXEDES; QUEIROZ, 2018).

Neste curso, o material apresentado tem por objetivo apresentar, de modo sucinto, vários aspectos da sexualidade humana e vivência do sexo: conceitos, nomenclaturas e políticas, de modo a contribuir com a reflexão e conhecimento com base em dados científicos e discussões atuais e, quem sabe, suscitar o desejo de aprofundar o estudo no tema, contribuindo com uma sociedade mais tolerante e respeitosa. Partimos da compreensão de desenvolvimento humano que ocorre na interação dos aspectos biológicos e ambientais/sociais, sendo a sexualidade um produto subjetivo dessa interação, que se concretiza de muitos modos. A sexologia desafia o olhar para a construção de si mesmo: identidade, vivências, percepções, significados e comportamentos.

Esperamos que, ao final do curso, o aluno obtenha o conhecimento básico em relação aos conceitos, nomenclaturas e políticas com relação à sexualidade em todas as fases do desenvolvimento humano.

Módulo 1

Sexualidade, sexo e gênero

Sexualidade

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

A sexualidade humana engloba os sentidos, percepções corporais, sentimentos, emoções, desejos, afetos, comportamentos, fantasias, significados, expectativas e experiências individuais e sociais. É um conceito cujo conteúdo é de significado individual/pessoal, porque é construído na experiência consigo e com o outro, na interação entre os aspectos biológico e social. Então, ainda que a expressão da sexualidade seja um tanto semelhante entre as pessoas, não será idêntica a cada uma delas. Acaba por ser mais complexa de compreender. Muitas vezes é imaginada como sinônimo de sexo, mas o sexo é apenas uma parte de tudo que compõe a sexualidade humana. A sexualidade é um conceito fluido, que muda com o tempo, a história e contexto social. Alguns comportamentos vão de aceitos a proibidos e depois são aceitos novamente, por vezes em menos de um século. Dadas essas características, é tema de constante discussão, divergência ou mesmo falta de compreensão e preconceitos (REIS, 2018; RODRIGUES JÚNIOR, 1995).



Gênero

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

*“Que diferença da mulher o home tem?
Espere aí que eu vou dizer, meu bem
É que o home tem cabelo no peito
Tem um queixo cabeludo e a mulher não tem [...]
Mulher tem duas perna, tem dois braço
Duas coxa, um nariz e uma boca
E tem muita inteligência
O bicho homem
Também tem do mesmo jeito
Se for reparar direito
Tem pouquinho diferença”*

(Durval Vieira, letra da canção *Tem pouca diferença*, 1981)

Compreendemos que o ser humano tem dimensões biológicas e sociais, cujo desenvolvimento

acontece na interação dessas dimensões. A base biológica de nossa existência é sexuada, dividida em dois sexos, macho e fêmea. O **sexo** diz respeito às características biológicas que diferenciam o macho e a fêmea e é determinado pelos cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais. Os grupos sociais definem como nomear, como tratar e o que esperar de cada sexo. Em geral, tratamos de nomear essas diferenças como de homem (macho) ou de mulher (fêmea). O sexo biológico caracteriza macho e fêmea para o aspecto reprodutor, mas, nas sociedades humanas, a sexualidade não está apenas a serviço da reprodução. Trata-se de toda a expressão do ser (REIS, 2018; ASSUMPÇÃO-JUNIOR; PEDROSO, 2012; RODRIGUES JR., 1995).

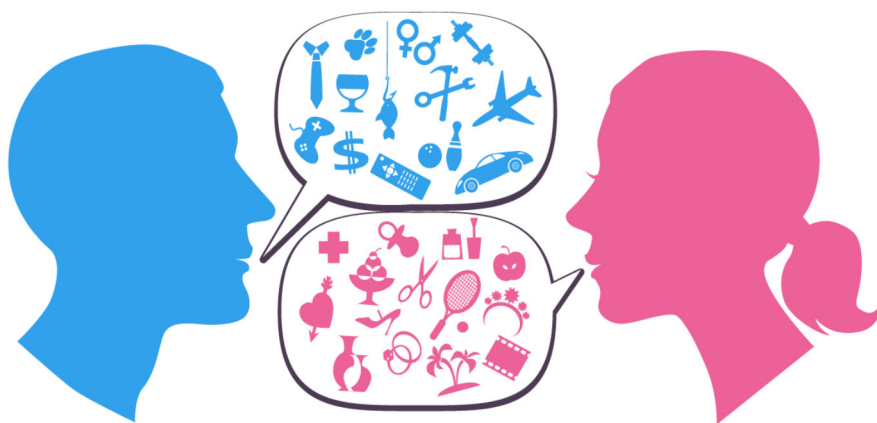


Figura 1 - Expressão entre homens e mulheres

Fonte: Aleutie/istock.com

O termo **gênero** contempla a dimensão social do indivíduo, a *maneira como homens e mulheres se comportam, a dinâmica das relações sociais, o modo de identificar e de ser identificado como homem ou como mulher*. Diz respeito aos aspectos sociais atribuídos ao sexo, vinculando-se a construções sociais (o que se pensa sobre como parecer, fazer, vestir, falar, entre outros), e não às características naturais do sexo/genitais (REIS, 2018; JESUS, 2012; CARLOTO, 2001). As sociedades entendem como papel ou função de homens e mulheres determinados comportamentos que foram definidos ao longo do tempo, e pode haver muita especificidade e rigidez sobre o que é esperado de homens e mulheres.

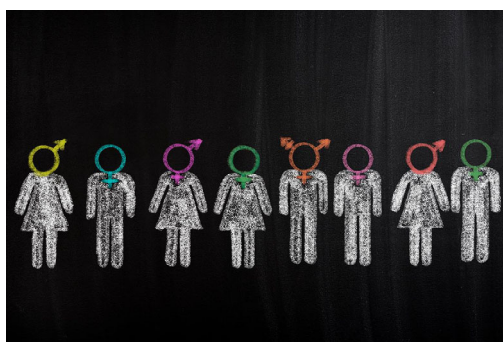


Figura 2 - Identidade de gênero

Fonte: marrio31/istock.com

Identidade de gênero

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

As pessoas podem ou não se identificar com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento (em função de sua genitália). A *identidade de gênero* diz respeito ao gênero com o qual uma pessoa se percebe, identifica-se e deseja ser reconhecida por outras pessoas, sendo independente do sexo (pênis ou vagina). A identidade de gênero faz parte da identidade individual e inclui o sentido pessoal atribuído ao próprio corpo e o autoconceito sexual, independentemente da anatomia do corpo. O indivíduo pode se reconhecer e mostrar-se diferente daquilo que o grupo social espera e, quando as expectativas são rígidas, e sobretudo baseadas no sexo biológico, podem ser fonte de grande sofrimento, preconceito e discriminação (REIS, 2018).

Existem diversas possibilidades de *identificação de gênero* e com o que é considerado típico deste gênero (a ideia de gênero pressupõe o agrupamento de uma série de características semelhantes). A identidade de gênero pode ocorrer de modos diferentes:

Cisgênero

Cisgênero: há identificação social e psicológica com o sexo biológico. Um homem é cisgênero se seu sexo biológico e sua identidade de gênero forem masculinas.

Transgênero

Transgênero: há identificação social e psicológica com um gênero que não corresponde ao sexo biológico, ou seja, ao nascer uma pessoa, ela é considerada de um gênero devido ao sexo biológico: por exemplo, homem/masculino, mas o gênero não corresponde à sua identificação e essa pessoa se percebe como mulher/feminina. Transgêneros ou transexuais podem modificar seu nome social, discursos, maneirismos e até mesmo o próprio corpo (por meio de terapias hormonais e/ ou cirurgias), em busca da adequação dos atributos físicos e sexuais aos psíquicos.

Não binário

Não binário (ou inconformidade de gênero): caracteriza a identificação com os dois gêneros ou a não identificação com nenhum deles (REIS, 2018; JESUS, 2012).

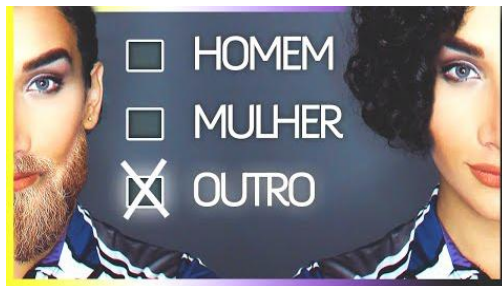


Figura 3 - Identificação de gênero

Fonte: youtube.com

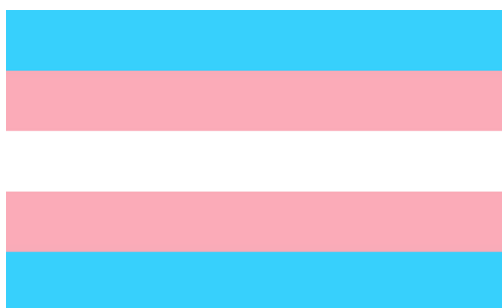


Figura 4 - Bandeira trans

Fonte: katlove/pixabay.com

Historicamente, é grande o preconceito e a marginalização da população trans, partindo do pressuposto que o natural é que todas as pessoas se identifiquem com o gênero atribuído ao nascimento e se comportem de acordo com o que se julga adequado para tal gênero. É importante ressaltar que a vivência de um gênero (social e cultural) discordante do que se esperaria de alguém com um determinado sexo (biológico) é uma questão de identidade, e não de transtorno: “Toda mudança em favor da justiça e da igualdade começa quando entendemos melhor quem são as outras pessoas, e o que elas vivem, superando mitos e medos” (JESUS, 2012, p. 32).

O sexo é biológico e o gênero é social e construído de modo específico a cada cultura. Em uma sociedade com flexibilidade para a identificação e identidade de gênero não binário, a definição do que é ser homem, mulher e outras nomenclaturas e a forma como a pessoa se expressa socialmente, o importante é a autopercepção, e não seus cromossomos ou genitais. Assim, a identidade de gênero pode ser algo do âmbito privado, e a identificação do gênero é social e depende da expressão de gênero (JESUS, 2012).

Expressão de gênero

A expressão de gênero é a manifestação pública do indivíduo: seu nome, roupas, comportamentos, características corporais e escolhas estéticas, assim como o modo como interage socialmente

(toda a expressão do ser), o que pode ser diferente do sexo biológico e da identidade de gênero.



Figura 5 - Expressão de gênero

Fonte: smartboy10/istock.com

Agênero

- Não se reconhece ou se identifica com nenhum gênero reconhecido em seu grupo social.

Andrógeno

- Termo relacionado à pessoa de qualquer gênero que se apresenta socialmente de modo comum a ambos os gêneros, o que, por vezes, não se pode identificar apenas ao observar (vestimentas e comportamentos comuns aos gêneros).

Binarismo de gênero

- Termo que se refere à ideia de que não há diferentes gêneros, mas apenas homem e mulher.

Cross-dresser

- O termo tipicamente é indicado para homens cis que por vezes se mostram como as mulheres típicas: roupas, acessórios, maquiagem, comportamento. Não se enquadram aqueles que fazem uso artístico dessa expressão de gênero, que não desejam mudar de sexo ou não querem ser o tempo todo reconhecidos como mulheres.

Drag queen

- É um termo aplicado para homens que se vestem de mulheres com finalidade principalmente artística. As produções costumam ser exageradas e humoradas.

Drag king

- É um termo que se refere à mulher que se veste de homem com as mesmas finalidades que a *drag queen*. Podem ser ambos entendidos como transformistas e não estão necessariamente ligados à identidade de gênero ou orientação sexual.

Travesti

- O termo se refere à apresentação do gênero feminino em indivíduos com sexo biológico masculino. A expressão física pode ser permanente ou momentânea, mas não há necessariamente um conflito quanto à autopercepção corporal, sobretudo quanto ao genital.

Queer

- Utilizado sobretudo por jovens que não se identificam exclusivamente como heterossexuais, o adjetivo *queer* é entendido como menos restritivo e estigmatizante que *gay*, *lésbica* e *bissexual*. A letra Q na sigla LGBTQI+ pode significar *queer* ou "*questioning*" (REIS, 2018).

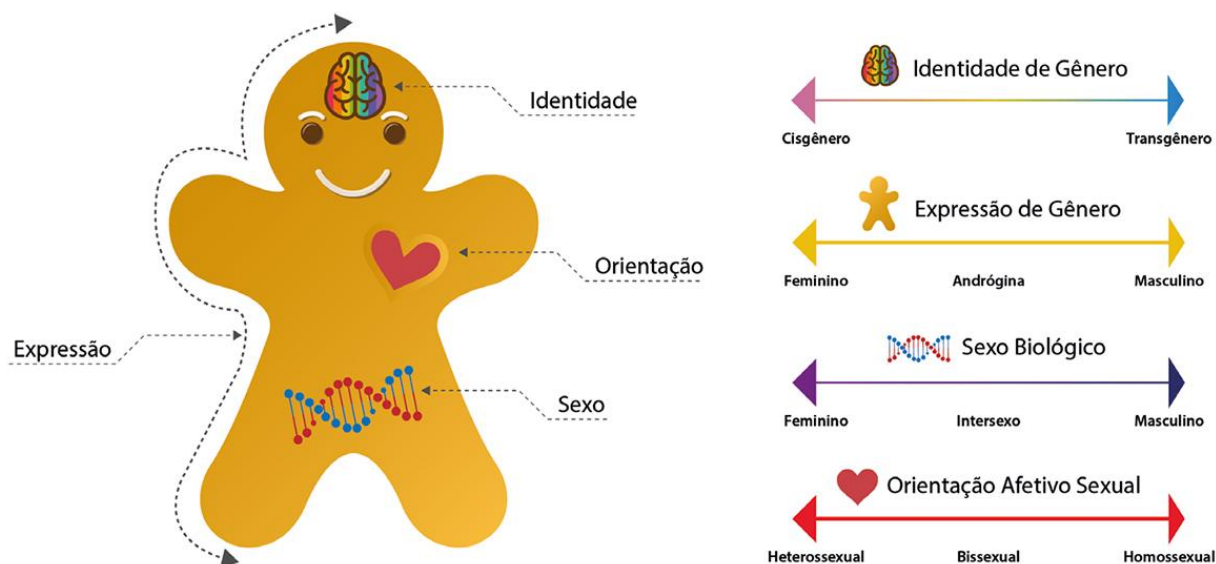


Figura 6 - Diferença entre identidade de gênero, orientação sexual, expressão sexual e sexo biológico

Fonte: http://www.multirio.rj.gov.br/media/ceds/res/img/biscoito_de_genero.png

As expressões de gênero podem ser muito variadas. Há ainda o *gênero fluido*, termo utilizado para pessoas que se identificam como mulheres em um dia e como homem em outro. Nos últimos anos, houve diversas iniciativas de inclusão para a população não contemplada pelos gêneros binário, hetero e cis. Em 2016, a cidade de Nova York oficialmente reconheceu trinta e uma nomenclaturas de gênero para uso oficial e profissional: *bi-gendered* (bi-gênero); *cross-dresser*; *drag-king*; *drag-queen*; *femme queen*; *female-to-male* (fêmea-para-macho); FTM; *gender bender* (gênero fronteiroço); *genderqueer*; *male-to-female* (macho-para-fêmea); MTF; *non-op*; *hijra*; *pangender* (pangênero); transexual/transsexual; *trans person* (pessoa trans); *woman* (mulher); *man* (homem); *butch*; *two-spirit* (espírito duplo); *trans*; *agender* (sem gênero); *third sex* (terceiro sexo); *gender fluid* (gênero fluido); *non-binary transgender* (transgênero não binário); *androgynous* (andrógina); *gender-gifted*; *gender bender*; *femme*; *person of transgender experience* (pessoa em experiência transgênera) e *androgynous* (andrógeno) (CATRACA LIVRE, 2020).

Orientação sexual

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

A *orientação sexual* é o termo que designa a direção da atração afetivo-sexual de um indivíduo – a qual(is) gênero(s) seu desejo e atração é(são) direcionado(s). Os termos “opção sexual” e “preferência sexual” são incorretos, haja vista que as pessoas não escolhem por qual gênero vão sentir desejo. Essa não é uma inclinação voluntária ou de simples escolha. Para uma pessoa se

identificar com uma determinada orientação sexual, não é necessário que tenha havido alguma experiência sexual, mas é necessária a atração afetiva/emocional. Pode haver diversidade na orientação sexual dos indivíduos, mas comumente consideramos:

Heterossexual

- indivíduos que sentem atração por pessoas do gênero oposto ao seu.

Homossexual

- indivíduos que se sentem atraídos por outras pessoas do mesmo gênero.

Gay

- indivíduos de gênero masculino, sejam cis ou trans, que desejam práticas e/ou relacionamentos afetivos com indivíduos de gênero masculino.

Lésbica

- indivíduos de gênero feminino, sejam cis ou trans, que desejam práticas e/ou relacionamentos afetivos com indivíduos de gênero feminino.

Bissexual

- indivíduos que sentem atração pelos gêneros feminino e masculino, mesmo que em diferentes proporções.

Pansexual

- sentem-se atraídos por pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Assexual

- indivíduos não sentem atração afetiva ou sexual nem por pessoas de gênero igual, nem diferente.

Homoafetivo

- o termo refere à relação de afeto e emoção entre duas pessoas do mesmo sexo/gênero. Não se refere à pessoa, mas apenas à relação (REIS, 2018).

Sobre o masculino e o feminino

As gerações percebem os papéis de gênero como inalteráveis porque não participaram do processo inicial de construção dos diferentes modos de relação. Estes foram inventados por gerações anteriores de seus antepassados (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Envolvidos no convívio social, nem percebemos o quanto somos influenciados a compreender que as diferenças entre homens e mulheres são biológicas e naturais, quando na verdade são adquiridas, construídas socialmente e, portanto, mudam ao longo do tempo e variam dentro das culturas e entre elas. Sistemas de diferenciação social tais como estatuto político, classe, etnia, idade e outros, modificam os papéis de gênero (JESUS, 2012; UNESCO, 2003).

As maneiras diferenciadas pelas quais homens e mulheres são educados interferem na maneira como se relacionam entre si, inserem-se na sociedade e exercem atividades diversas, ou seja, é a sociedade que organiza e regulamenta os comportamentos humanos com as formas masculinas e femininas vigentes, hierarquizando o masculino e o feminino de modo que o primeiro se impõe como superior ao segundo (NOGUEIRA, 2001).

No decorrer da vida e ao longo do tempo, as mulheres são educadas para ocupar o espaço privado/doméstico e deixar o ambiente público/político principalmente para os homens. As famílias,

escola, mídia, literatura e cinema influenciam e perpetuam a concepção dos papéis de gênero ditando e influenciando “[...] o significado dos papéis que cada indivíduo executará socialmente, como a maneira de pensar, agir, se vestir e de se relacionar com o seu próprio corpo e com o do outro” (SERPA, 2010, p. 15).

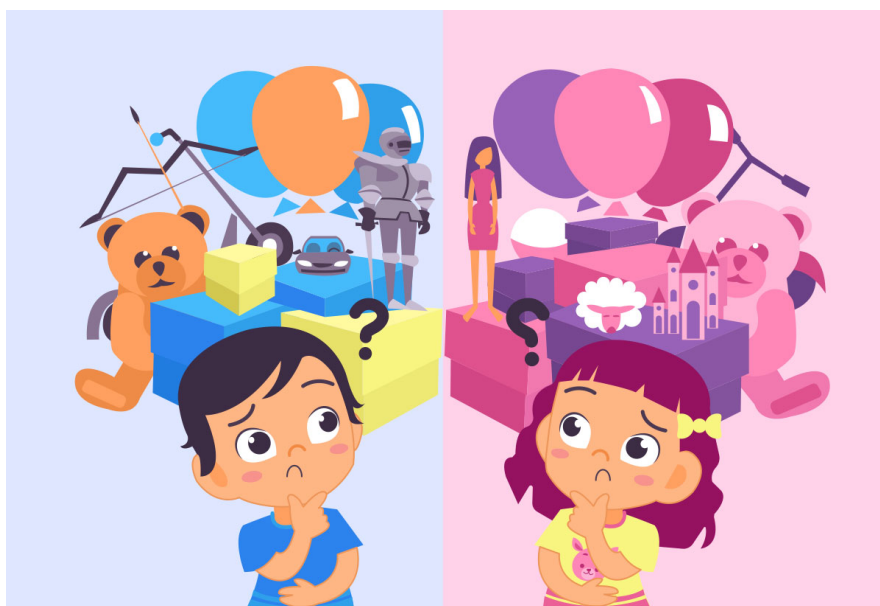


Figura 7 - Estereótipos de gênero

Cultura patriarcal

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

A chamada cultura patriarcal, no decorrer da história,

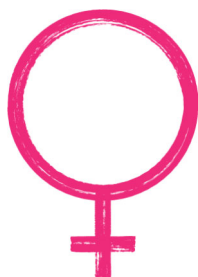
[...] impôs ao feminino uma lógica de dominação e opressão. As mulheres tinham o seu papel reconhecido socialmente apenas enquanto mães e esposas e, mesmo no espaço doméstico, o pai era a figura de poder (Narvaz & Koller, 2006a). Cabia ao homem a responsabilidade de sustentar a família, detendo, assim, o poder econômico familiar, e a mulher, por não trabalhar, dependia economicamente do homem, justificando, assim, muitas vezes, a sua subjugação (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

(SERPA, 2010, p. 16).

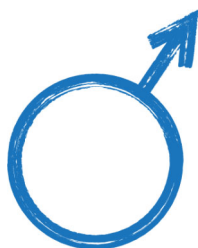
Tradicionalmente, *feminilidade* é o termo se refere às ideias associadas às mulheres do sexo feminino sobre como devem se apresentar e se comportar: expectativas a respeito de características e emoções, sensibilidade, passividade, compaixão, habilidade de cuidado, delicadeza, atividades domésticas, profissões relativas ao cuidado, submissão e menor remuneração, entre outros.

O imaginário das pessoas sobre o que esperar de um determinado gênero é construído com muitas frases que por vezes são ridicularizadas, mas ainda sim têm sentido afetivo e emocional importantes e são mantidas nas sociedades atuais: “mulheres devem perdoar os maridos”;

"mulheres não conseguem comandar"; "meninas brincam dentro de casa"; "mulheres são dramáticas e choronas"; "mulheres são histéricas"; "mulheres possuem TPM, por isso, são descontroladas"; "mulheres são impulsivas"; "mulheres são traidoras" (ESTADO DE SÃO PAULO, 2016), "mulheres não têm prazer sexual ou grandes necessidades nessa área", entre outros.



Masculinidade é o termo utilizado para as características atribuídas aos homens de sexo masculino: força, agressividade, dominação e insensibilidade. Por essas características, os homens são considerados ainda hoje o sexo dominante. Nessa forma binária de pensar o humano, um sexo/gênero se sobrepõe ao outro. Assim, ser homem significa que "homem que é homem não chora"; "o homem deve dar a última palavra a qualquer custo"; "o homem nunca deve demonstrar medos e inseguranças"; "o homem não deve tolerar o questionamento de sua autoridade"; "o homem é o chefe da família"; "o homem deve controlar os rendimentos da casa"; "homem deve demonstrar dureza e ter pulso firme", "homem tem desejo sexual incontrolado", entre outros (ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).



A feminilidade e masculinidade conforme apresentadas são significados que constituem indivíduos limitados, rígidos e pré-moldados, com dificuldades de adaptação a ambientes em que tais pensamentos e comportamentos não são adequados, gerando toda espécie de preconceitos, discriminação, abuso e agressão. A pós-modernidade é caracterizada pela ruptura de uma série de conceitos, incluindo padrões rígidos de gênero. No momento atual, todas as discussões e reflexões sobre gênero e papéis de gênero ensejam a flexibilidade e tolerância às diferenças individuais, temática que geralmente levará às discussões sobre poder. As relações de poder são em maior frequência associadas ao gênero, com sobreposição do masculino, mas é uma realidade que vai se modificando conforme as alterações sociais acontecem (acesso à educação, trabalho e renda).

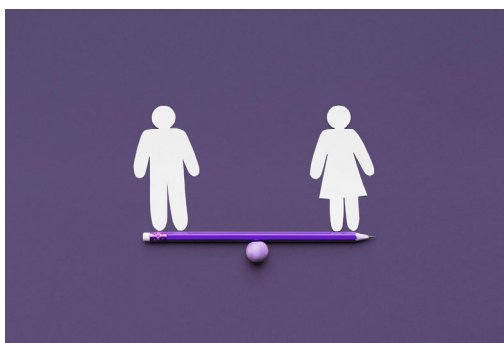


Figura 8 - Igualdade de gênero

Fonte: Prostock-Studio /istock.com

A *postura machista* aos poucos vai perdendo espaço na medida em que desqualifica o homem, atualmente não inserido em uma realidade que possibilita o poder masculino, o que pode ser observado nas mudanças no trabalho e educação, que passam a ter uma presença feminina cada vez maior. Chamamos de machismo toda forma de discriminação e desqualificação de mulheres frente ao homem, praticado por ambos os sexos e presente desde o nascimento, permeando todos os aspectos constitutivos da sexualidade. O movimento feminista alcançou a garantia de muitos direitos às mulheres, mas, mesmo com todas as lutas e ativismo nessa área, as concepções sobre o papel da mulher na esfera privada e pública são frequentemente machistas. Mulheres são indivíduos que muito se constituem para o cuidado familiar, um aprendizado que acontece na própria família: os modelos maternos, a submissão e desqualificação da mulher (SERPA, 2010; NARVAZ, 2005).

Os papéis de gênero restringem a percepção de homens e mulheres sobre si mesmos e suas potencialidades; apesar de atualmente não caber mais a afirmação de que as mulheres não estão preparadas ou não podem exercer determinadas atividades. O casamento e a maternidade continuam sendo as funções mais destacadas às mulheres, inclusive pela mídia, que reproduz ideologias sexistas, ajudando a manter as relações de dominação (MEYER, 2003; NOGUEIRA, 2001).



Figura 9 - A luta por igualdade de gênero

Fonte: elladoro /istock.com

Atualmente, é comum usar os termos "*masculinidades*" e "*feminilidades*" para indicar a diversidade de modelos e conceitos culturais em um mesmo território. Ou seja, são múltiplas as formas como se percebem e constroem o masculino e feminino. Tais reflexões têm possibilitado ampliação das discussões e flexibilidade de conceitos e preconceitos (OLIVEIRA; QUADRADO, 2020).

Compreender os conceitos relacionados ao gênero é importante, para que em algum momento não seja um pilar nas relações de poder. Mudar essa condição significa trazer para a prática do dia a dia a igualdade formal e política nas diversas manifestações humanas. As discussões sobre a diversidade de gênero vêm sendo estabelecidas e ganharam maior força a partir dos movimentos feministas e de minorias étnicas, raciais e de gênero e das lutas pela garantia dos direitos humanos e equidade de gênero nos últimos 60 anos (UNESCO, 2003; NOGUEIRA, 2001).

Aprendemos

A expressão da sexualidade humana não é uniforme. Foram criados conceitos relativos ao gênero que permitem a identificação e o reconhecimento individual e social, de maneira mais próxima às necessidades e percepções individuais, com vistas à redução de preconceitos e discriminação.

Verificando o aprendizado

1. Assinale a alternativa correta:

- A) Sexo e gênero são biológicos.
 - B) O sexo determina o gênero.
 - C) Tanto gênero quanto sexo são determinados pela sociedade.
 - D) O sexo é biológico, estabelecendo-se principalmente de acordo com os genitais e todo o órgão reprodutor.
 - E) Intersexo é um terceiro sexo pouco conhecido.
-

2. Sobre o conceito de gênero, assinale a alternativa **incorreta**:

- A) O gênero é um conceito desenvolvido para facilitar a identificação e expressão da diversidade na sexualidade humana.
 - B) O gênero é definido pelo sexo biológico.
 - C) Tanto gênero quanto sexo são determinados pela sociedade.
 - D) Masculino e feminino se referem ao sexo biológico.
 - E) Quando ocorre má-formação genital, descaracterizando o sexo genital, ocorre o chamado intersexo.
-

3. A) Assinale verdadeiro ou falso:

Queer é um adjetivo de preferência para muitos jovens que não têm constância de orientação sexual.

Verdadeiro

Falso

3. B) Assinale verdadeiro ou falso:

Assexual é o indivíduo que não gosta de conversar sobre sexo.

Verdadeiro

Falso

3. C) Assinale verdadeiro ou falso:

Travesti é o homossexual que participa de atividades artísticas.

Verdadeiro

Falso

3. D) Assinale verdadeiro ou falso:

Lésbicas são indivíduos de sexo e gênero feminino com interesse, atração afetiva/emocional apenas por pessoas de sexo e gênero feminino.

Verdadeiro

Falso

3. E) Assinale verdadeiro ou falso:

Sejam cis ou trans, hetero, bi ou homossexual, as pessoas têm necessidades afetivas.

Verdadeiro

Falso

4. Sobre identidade de gênero, qual é a alternativa **incorreta**?

A) A inconformidade de gênero ocorre quando um indivíduo se identifica com os dois gêneros ou não se identifica com nenhum deles.

B) Homossexualidade é o termo aplicado a indivíduos que se interessam por pessoas do mesmo

sexo.

C) Um homem é cisgênero se seu sexo biológico e sua identidade de gênero forem masculinas.

D) É considerada transgênero a pessoa que se identifica social e psicologicamente com um gênero que não corresponde ao seu sexo biológico.

E) Transgênero é um termo que pode ser utilizado em substituição dos termos transexuais, travestis e trans.

5. Assinale a alternativa **incorreta**.

A) Cisgênero são pessoas que se mostram caracterizadas com gênero diferente do sexo de nascimento.

B) Bissexual é o indivíduo que se interessa afetiva e emocionalmente por pessoas de gênero masculino e feminino.

C) Pansexual é o indivíduo que se interessa afetiva e emocionalmente por pessoas, independentemente da identidade e da expressão de gênero.

D) Machismo é uma forma de pensar que estabelece uma hierarquia de poder entre homens e mulheres.

E) Existem muitas formas de pensar e de ser homem ou mulher.

Módulo 2

Políticas LGBTQIA+

LGBTQIA+

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

No século XXI os direitos humanos e civis às diferentes expressões de gênero e orientação sexual foram reconhecidos em muitas instâncias institucionais. Além da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006), há outras legislações e projetos de lei que contemplam, entre outros grupos e minorias, *a proteção e a promoção dos direitos humanos e civis, sem discriminação de gênero ou orientação sexual* (REIS, 2018).



Figura 10 - Políticas LGBTQIA+

Fonte: Ivan-balvan /istock.com

Nascidos livres e iguais: orientação sexual e identidade de gênero no regime internacional de direitos humanos é uma publicação do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, que, em 2012, elencou cinco obrigações legais dos Estados para a garantia dos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+:



Proteger indivíduos de violência homofóbica e transfóbica.



Prevenir tortura e tratamento cruel, desumano e degradante de pessoas LGBTI+.



Descriminalizar a homossexualidade.



Proibir a discriminação baseada em orientação sexual ou identidade de gênero.



Respeitar as liberdades de expressão, de associação e de reunião pacífica.

As políticas para a população LGBTQIA+ visam contemplar esses objetivos, entre outros relativos à realidade brasileira (OHCHR, 2013; REIS, 2018).

Nome social

O nome social, que é o nome pelo qual uma pessoa quer ser reconhecida, pode ser de um gênero diferente do que consta no registro de nascimento de travestis e transexuais. É aceito e pode ser usado em diversas instituições: em atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), para inscrição no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), em cartões de contas bancárias, instrumentos de pagamentos, em canais de relacionamento e em correspondências de instituições financeiras. A possibilidade do nome social em candidaturas e campanhas eleitorais também é possível, embora seja uma situação em frequente debate.



Figura 11 - Nome social

Fonte: FatCamera / FG Trade / sam thomas /istock.com

O nome social pode ser usado no crachá, e-mail ou qualquer divulgação pública do nome. O nome social reflete a identificação de gênero da pessoa. O uso do nome escolhido favorece a autoestima e evita constrangimentos e exposição a diversos eventos discriminatórios, porque o nome condiz com o gênero expresso. A expressão de gênero direciona as escolhas em várias situações, por exemplo, qual banheiro usar, fila para revista de segurança, entre outras situações em que há divisão dicotômica feminino/masculino (REIS, 2018).



Trabalho

No mundo do trabalho, é proibido aos empregadores a solicitação de documentos ou informações relativas à orientação sexual de seus empregados (BRASIL, 2007).

As atividades de geração de renda e trabalho mais frequentes para a população LGBTQIA+ são marginalizadas, não apenas pelas questões de preconceito e discriminação do público e empregadores, mas também pela condição de vulnerabilidade que dificulta o acesso à educação, favorece a grande evasão escolar e, conseqüentemente, resulta em falta de preparação para o trabalho.



Figura 12 - Trabalho

Fonte: Armin Rimoldi/pexels.com

Casamento e família

Desde 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconhece como família a união de duas pessoas de mesmo sexo, com direitos civis de união estável. Atualmente é possível a conversão de união estável em casamento para pessoas do mesmo sexo. Embora a lei esteja aprovada, sua implementação não foi organizada, incluindo questões de herança e bens, que atualmente são passíveis de ações judiciais e questionamentos. Casais homoafetivos também recorrem a diversas formas para ter filhos, desde meios naturais com ajuda de amigos até fertilização *in vitro* e adoção.



Figura 13 - Casamento

Fonte: BhaktiCreative / LollipopPhotographyUK /pixabay.com



Figura 14 - Família

Fonte: monkeybusinessimages / Mikhail Spaskov /istock.com

Adoção

Em 2015 o STF reconheceu o direito de adoção por casais de mesmo sexo. Os estudos sobre famílias constituídas por casais de mesmo sexo ainda são poucos, mas indicam que a vivência de discriminação e preconceito é o fator de maior impacto na saúde mental dessas famílias. Nesse

sentido, as dificuldades relativas à adoção são de ordem social, jurídica e política (LIRA; MORAIS, 2016; CFP, 2008).

A cartilha *Adoção: um direito de todos e todas* está disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf.



Figura 15 - Primeira travesti a finalizar um processo de adoção

Fonte:

<https://comapalavra.com.br/2021/04/13/primeira-travesti-a-adotar-no-pais-e-escolhida-para-ser-mae-de-duas-menina-trans/>

No campo da Psicologia, o uso do termo “cuidados parentais” vem substituindo os termos “cuidados maternos e paternos”, visto que não refletiam de fato a realidade de muitas famílias brasileiras, que apresentam diversas configurações, ficando o cuidado infantil a cargo de membros da família com todo tipo de nomenclatura de parentalidade (irmãos mais velhos, avós, avôs, tias[os], madrinhas[os], entre outros), facilitando também o diálogo e a inclusão de casais com diversidade de gênero (SANTOS; CAMPANA; GOMES, 2019; RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015).



Figura 16 - Adoção

Fonte: vlada_maestro / JLco - Julia Amaral /istock.com

Saúde mental

Ainda no campo da Psicologia, são vedados a qualquer psicólogo do Brasil procedimentos com

objetivo de “cura” para homo ou bissexualidade. Data de 1973 a iniciativa dos processos para que a homo ou bissexualidade não sejam entendidas como doenças ou desvios de conduta, propiciando o acolhimento e o atendimento aos sofrimentos e necessidades dessa população, com vistas à melhora da autoestima, saúde geral e exercício da cidadania ([CFP](#), 1999).

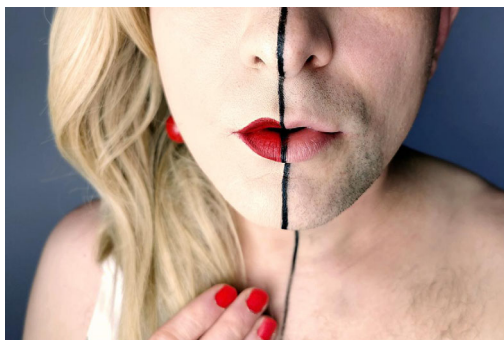


Figura 17 - Saúde mental x cura gay

Fonte: crossdresser/pixabay.com

Redesignação ou readequação sexual

Em relação à transexualidade, a cirurgia para readequação sexual/genital de masculino para feminino e de feminino para masculino foi autorizada no Brasil em 2002. O Sistema Único de Saúde ampliou a cobertura do processo pelo SUS em 2013, com protocolos para readequação sexual do gênero feminino e masculino nos âmbitos ambulatorial e hospitalar.

As cirurgias para readequação sexual só podem ser realizadas em pessoas com mais de 18 anos. As terapias hormonais no período da puberdade são permitidas apenas para fins de pesquisa.



Figura 18 - Cirurgia de redesignação ou readequação sexual

Fonte: ndrei_r/istock.com

A readequação sexual não se refere apenas à cirurgia para mudança de sexo, mas a uma série de procedimentos. A avaliação e o acompanhamento ambulatorial são realizados com equipe multiprofissional, em uma assistência integral no processo de readequação sexual e de gênero.

Em São Paulo, desde 2009 o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, dentro do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP (CRT DST/Aids-SP) da Secretaria de Saúde oferece atendimento em várias especialidades, com avaliação e encaminhamento para a cirurgia de

readequação sexual. O trabalho é pioneiro no país e tem reconhecimento internacional.



Figura 19 - Diferença entre *drag queen*, *gay* e homem trans

Fonte: pkripper503 /istock.com, Anna Shvets / pexels.com,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Buckangel_cowboy.JPG

Política Nacional de Saúde LGBT

As políticas de saúde pública começaram a focar a população LGBTQIA+ na década de 1980 em função da propagação do HIV/AIDS, que atingia em maior número essa população na época. A Política Nacional de Saúde LGBTQIA+ (BRASIL, 2013) marca o reconhecimento das necessidades em saúde dessa população, ao direcionar e legitimar suas especificidades. Essa política tem por objetivo:

[...] promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

(BRASIL, 2013, p. 20)

O processo de implementar essa política visa ações para evitar a discriminação contra a população LGBTQIA+ nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde, o que é um dos motivos que fazem essas populações não buscarem cuidados adequados, medicando-se em casa e vivendo em consequente agravamento das condições de saúde, com maior vulnerabilidade às doenças.



Figura 20 - Políticas LGBTQIA+

Fonte: Anete Lusina / pexels.com

Dentre os objetivos específicos dessa política está o treinamento de todos os trabalhadores da saúde para o atendimento à população LGBTQIA+, incluindo necessidades específicas em saúde e o foco da redução de câncer de útero e próstata nessa população, doenças que acometem as pessoas independentemente da identidade de gênero ou da presença ou não de práticas sexuais (CAMPOS *et al.*, 2021; BRASIL, 2013).



Figura 21 - SUS (Sistema Único de Saúde)

Fonte: seeklogo.com

As discussões sobre a implementação das políticas públicas para a população LGBTQIA+ se mantêm em muitas esferas. Existem muitas situações de difícil acesso a serviços de saúde e/ou ao atendimento adequado às necessidades, por exemplo, a dificuldade e até a impossibilidade de agendamento de consulta com ginecologista para homem transexual. Há menor frequência de realização de exame papanicolau em mulheres que se declaram lésbicas ou bissexuais.

A falta de acompanhamento e orientações técnicas no uso de hormônios, entre outros procedimentos pela população de travestis e transsexuais, é um dos fatores de agravamento dos problemas de saúde dessa população (CAMPOS *et al.*, 2021; BRASIL, 2013).

Discriminação e preconceito

Muitas pesquisas esclarecem que a discriminação e o preconceito para com a população LGBTQIA+ são os maiores fatores de isolamento social, evasão escolar, desemprego, problemas em saúde física geral e mental e marginalização, entre outros problemas sociais (BRASIL, 2013).

A discriminação e preconceito em relação a população LGBTQIA+ leva à ocorrência de muitos episódios de violência. Alguns estados brasileiros já tinham jurisprudência para responsabilizar os agressores. No entanto, foi em 2019 (Projeto de Lei nº 672) que se aprovou uma emenda que altera

a Lei nº 7.716/1989, passando a criminalizar a discriminação ou o preconceito relativos à orientação sexual e/ou identidade de gênero (senado.leg.br) (REIS, 2018; LOBO; NASCIMENTO, 2017).



Saiba mais

Dadas as questões de saúde, educação, trabalho e violência, a expectativa de vida de pessoas transsexuais no país é de 35 anos. Dentre as pessoas trans vítimas de assassinato, a maior parte são *mulheres trans negras, pretas e pardas*. (brasildefato.com.br).



Figura 22 - Parada LGBT

Fonte: andreaantunes1/istock.com

SÃO PAULO COM RESPEITO

LEI 17.301

FOI SANCIONADA

Dispõe sobre as sanções administrativas a serem aplicadas às práticas de discriminação em razão de **ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO**.

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA LGBTI

CIDADE DE SÃO PAULO
DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

Figura 23 - Lei nº 17.301/2020

Fonte:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/noticias/?p=292072

As organizações governamentais (OG) e as não governamentais (ONG), entre outras entidades de classe que promovem a temática LGBTQIA+ na promoção de direitos, atendimento e orientação a serviços nas áreas da educação, saúde, lazer, jurídica e social realizam uma série de projetos e programas voltados para essa população e têm fundamental importância e participação no desenvolvimento das políticas públicas.

Termos a se evitar

Algumas palavras e termos utilizados para se referir à população LGBTQIA+ são ofensivos e auxiliam na manutenção dos preconceitos e da discriminação. ONGs voltadas para a proteção e defesa dos direitos da população LGBTQIA+ buscam divulgar e promover políticas para esses grupos, sugerindo termos a se evitar na comunicação (REIS, 2018):



Desvio sexual: é uma forma antiga de se referir à homossexualidade que é ofensiva, porque trata a homossexualidade como algo inadequado e anormal.



Normalidade sexual: é inadequado porque sugere que há uma norma, uma forma correta de expressão e vivência da sexualidade.



Parada gay: parada LGBTI+, pois o evento é de comemoração da comunidade LGBTI+.



Outing: é o ato de revelar a orientação sexual ou identidade de gênero de uma pessoa *gay*, lésbica, bissexual, travesti ou transexual sem o conhecimento e autorização daquela pessoa. Após o falecimento, também é proibido esse tipo de divulgação (REIS, 2018).



Incluímos também *homossexualismo* e qualquer outra palavra terminada em “ismo”, que tem conotação de inadequação, desvio de conduta, anormalidade. Portanto, de uma característica negativa.

Critério de normalidade

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Aprendemos...

A proteção e promoção dos direitos humanos e civis sem discriminação de gênero ou orientação sexual é o maior objetivo das políticas LGBTQIA+. Os grupos minoritários representados pela sigla LGBTQIA+ vêm alcançando legislações específicas no campo da saúde e do direito civil para proteção e atenção de necessidades e ações baseadas no preconceito e discriminação, atendendo às demandas individuais de reconhecimento do direito ao casamento, família, filhos, saúde e trabalho, entre outros. O processo de construção da identidade de gênero passa por mudanças físicas, psicológicas e sociais.

Verificando o aprendizado

1. Sobre os acordos internacionais quanto aos direitos humanos de pessoas LGBTQIA+, é **incorreto** afirmar:

- A) Realizam ações para prevenir tortura e tratamento cruel, desumano e degradante de pessoas LGBTQIA+.
- B) Proíbem a organização social de grupos minoritários.
- C) Proíbem a discriminação baseada em orientação sexual ou identidade de gênero.
- D) Respeitam as liberdades de expressão, de associação e de reunião pacífica.
- E) Objetivam proteger os indivíduos de violência homofóbica e transfóbica.

2. Assinale as alternativas **incorretas**.

- I. Nome social é o nome pelo qual uma pessoa quer ser reconhecida.
- II. Nome social é um apelido carinhoso.
- III. O nome social pode ser reconhecido como de gênero diferente daquele que consta na certidão de nascimento, para travestis e transgênero.
- IV. O nome social não é aceito em nenhuma instância ou serviço público.
- V. O nome social condiz com o gênero pelo qual o indivíduo se reconhece/identifica e possibilita menor exposição social.

- A) I, II e IV
- B) I e II
- C) II e IV
- D) IV e V
- E) II, III e IV

3. A) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Em geral, os profissionais da saúde não são preparados para o atendimento às demandas da população LGBTQIA+.

Verdadeiro

Falso

3. B) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

A falta de orientação e acompanhamento médico para essa população é responsável pelo agravamento de doenças.

Verdadeiro

Falso

3. C) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Algumas ideias preconcebidas sobre o comportamento e necessidades dessa população fazem com que alguns procedimentos preventivos sejam solicitados em menor frequência.

Verdadeiro

Falso

3. D) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Homossexuais não precisam de planejamento familiar.

Verdadeiro

Falso

3. E) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

A homossexualidade pode ser tratada e curada.

Verdadeiro

Falso

4. A) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população não tem interesse em relacionamento estável e monogâmico.

Verdadeiro

Falso

4. B) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Família e filhos não são desejáveis a essa população, pois limitam a liberdade.

Verdadeiro

Falso

4. C) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população deseja destruir todas as instituições sociais.

Verdadeiro

Falso

4. D) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população quer aparecer e fazer as pessoas mudarem seu comportamento.

Verdadeiro

Falso

4. E) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Sejam cis ou trans, hetero, bi ou homossexual, as pessoas buscam a satisfação de suas necessidades de afeto, família, filhos, grupos e afiliações.

Verdadeiro

Falso

5. Assinale a alternativa correta.

A) No Brasil, as ações de proteção para a população LGBTQIA+ são regionalizadas.

B) A Lei Federal que criminaliza ações de discriminação e violência contra a população LGBTQIA+ foi implementada em 2010.

C) A atenção básica no SUS oferece atendimento em planejamento familiar para homens homossexuais.

D) A população LGBTQIA+ não sofre de câncer de próstata e útero.

E) Todos os profissionais da saúde são treinados no acolhimento e atendimento das demandas da população LGBTQIA+.

Módulo 3

Desenvolvimento sexual humano

Sexualidade e Desenvolvimento Humano

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Ao nascer, a criança tem o sexo definido pelo genital (pênis ou vagina): feminino, se há vagina; masculino se há pênis. Mesmo em caso de alterações na formação genital (intersexo), em geral se define o sexo de nascimento pelo aparelho genital presente considerado em um todo (incluindo a próstata ou útero), e não apenas pênis e vagina. A partir da designação sexual (definidos como homem ou mulher), é construída uma série de expectativas sociais que vão desde o nome da criança até a roupa escolhida, brinquedos direcionais e, por vezes, a forma pela qual a família interage com a crianças (ASSUMPÇÃO-JUNIOR; PEDROSO, 2002; DOCHERTY, 1986).



Figura 24 - Sexo biológico ao nascimento

Fonte: katrinaelena/istock.com

Aos 18 meses a criança percebe as diferenças entre masculino e feminino, sabe seu próprio gênero e pode rotular os dois grupos com alguma consistência. Essa capacidade está totalmente desenvolvida aos dois ou três anos (esquemas de gênero). Por volta dos cinco ou seis anos melhora a compreensão da criança sobre as pessoas que são iguais a ela. Essa compreensão ajuda a dar sentido às suas experiências e assim estabelecer uma identidade de gênero (ROSSETTI, 2016).

Na adolescência, ocorre uma melhor compreensão dos conceitos de papel sexual, identidade de gênero, entre outros, compreendendo que se tratam de convenções sociais, e não regras rígidas de comportamento.

O aprendizado infantil nessa fase acontece ao observar as pessoas no ambiente. A criança tende a imitar o adulto com o qual se identifica (percebe-se ou quer ser parecida).



Figura 25 - Crescimento

Fonte: tartila/freepik.com

Nessa fase não existem sentimentos românticos ou desejo sexual. Qualquer fala nesse sentido é provavelmente uma reprodução de algo que tenha ouvido ou presenciado. Por isso, antes da puberdade, qualquer sinal percebido como de transexualidade não recebe intervenção médica, mas apenas observação e acompanhamento. Quando acontece de a criança apresentar comportamentos sexuais esperados em adultos, pode ser o indício de algum tipo de exposição a um conteúdo inadequado para idade, desde acesso a vídeos até situações de abuso (Quadro 1).

Fases do desenvolvimento	Conduta sexual	Relações interpessoais	Convivência específica e duradoura
Sensório-motor 0 a 2 anos	Indiferenciada, com a manipulação corporal sendo vinculada ao prazer sensorial (sensações físicas), com atividades autoestimulatórias aparecendo mais frequentemente em estados de excitação ou ansiedade.	Assimétrica, estabelecendo-se inicialmente no contato com primeiros cuidadores, com a posterior introdução de outros elementos da família nuclear.	Ausente, uma vez que o contato existe em função do esforço e da dedicação do outro.
Pré-operatório 2 a 6 anos	Automanipulação genital solitária. Curiosidade sexual, brincadeiras exploratórias. Atitudes exibicionistas e voyeuristas (observar comportamentos sexuais).	Não específicas, padrões lúdicos também inespecíficos, brinquedo paralelo. Moral heterônoma (conceitos de certo e errado são externos, alguém que fala).	Improvável, uma vez que esses relacionamentos se fundamentam nos interesses imediatos.

Fases do desenvolvimento	Conduta sexual	Relações interpessoais	Convivência específica e duradoura
Operações concretas 6 a 11 anos	Automanipulação genital compartilhada. Jogos e fantasias sexuais. Curiosidade sexual, ver coisas relacionadas.	Grupos específicos com valores próprios e com elementos do mesmo sexo (grupos de meninos e de meninas). Moral autônoma (alguma compreensão dos conceitos de certo e errado).	Possível.
Operações formais 11 a 12 anos	Relacionamento genital possível.	Grupos heterossexuais em maior frequência.	Usual, com o estabelecimento de parceiro selecionado de acordo com os significados pessoais do indivíduo.

Quadro 1 - Apresenta a vivência da sexualidade conforme o período do desenvolvimento

Fonte: Adaptado de Assumpção-Junior e Pedroso (2012).

A puberdade é o período de desenvolvimento corporal. As alterações hormonais iniciam mudanças no corpo da criança. Não existe uma idade exata para iniciar, havendo muita variação entre crianças (a idade varia conforme referência estudada).

SINAIS DA PUBERDADE PRECOCE



Figura 26 - Sinais da puberdade precoce

Fonte: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/puberdade-precoce/>

Na adolescência surgem as características externas do desenvolvimento sexual: pelos pubianos (púbis, genital, axilas, face), alterações no odor corporal, redistribuição de gordura corporal (perde-se a face de bebê), mudança de voz nos meninos, menstruação e acne, entre outros. A puberdade pode ser precoce ou tardia, com as mudanças podendo ser abruptas ou graduais para o corpo adulto (DOCHERTY, 1986).

A adolescência legalmente inicia aos 12 anos de idade (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), não dependendo do período de desenvolvimento puberal. A mudança de nomenclatura de criança para adolescente pode não ter nenhuma relação com a fase de desenvolvimento de uma criança. Ela pode ter um corpo mais adulto e um funcionamento interno infantil ou o contrário. O desenvolvimento sexual no âmbito psicológico pode ou não acompanhar o desenvolvimento físico. Ou seja, uma menina de 11 anos pode ser capaz de gerar filhos, mas isso não significa que compreenda o sentido ou tenha condições de ser mãe, no que tange às necessidades do bebê: cuidado, proteção, afeto entre outros.



Figura 27 - Adolescentes

Fonte: jacoblund /istock.com

A possibilidade do sexo genitalizado (resposta sexual adulta, relações sexuais com coito/penetração na vagina pelo pênis) a partir da puberdade (com excitação, ovulação e ejaculação) não garante a compreensão ou autonomia do adolescente para a vida sexualmente ativa, que implica em responsabilidades e escolhas. A noção de abuso sexual contra crianças e adolescentes vem da compreensão de que nessas fases do desenvolvimento o indivíduo ainda não tem total autonomia para decidir sobre várias questões relacionadas ao próprio corpo quando confrontado com um adulto. São consideradas brincadeiras sexuais adequadas ao desenvolvimento infantil e adolescente, quando a diferença de idade entre os participantes é de cerca de dois anos (ROSSETTI, 2016).

O sexo adulto

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Neste texto consideramos como sexualidade adulta ou genitalizada a expressão sexual do indivíduo que já passou pela puberdade (salvo questões de atraso que precisam de intervenção médica), intelectualmente capaz e autônomo em decisões sobre si mesmo, legalmente maior de 18 anos, quando é responsabilizado civilmente por seus comportamentos. Ainda que a idade de 18 anos seja o marco legal para uma série de processos e procedimentos da vida civil, o curso do desenvolvimento psicológico de cada indivíduo é único e, portanto, sua disponibilidade para a vivência do sexo genitalizado, que ocorre sem o consentimento de um dos envolvidos, é considerada ato criminoso (DOCHERTY, 1986).



Figura 28 - Adultos jovens

Fonte: FatCamera /istock.com

A relação sexual tem função reprodutiva (conceber bebês) e de satisfação. Em geral, ocorre em maior frequência para satisfazer necessidades emocionais e de satisfação física do que para reprodução.

A resposta sexual humana

A resposta sexual humana ocorre em três dimensões, de modo entrelaçado e não separado (biológica, psicológica e social). A principal função das alterações fisiológicas é preparar os corpos para o sexo (coito), que pode ou não acontecer para reprodução. As alterações fisiológicas desencadeadas pela excitação vão depender em muito de aspectos psicológicos (ou subjetivos), como a segurança, a confiança, sentir-se seguro e valorizado, entre outros sentimentos que cada indivíduo necessita para permitir a aproximação sexual, de modo a reduzir a ansiedade e possibilitar o relaxamento e a satisfação dos sentidos. Envolve ainda fantasias, expectativas e ideias individuais, baseadas na cultura familiar e social sobre o que é o sexo e como pode acontecer. Esses aspectos influenciam as respostas físicas, facilitando ou dificultando a vivência satisfatória do sexo (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).



O ciclo de resposta sexual compreende três fases independentes: desejo, excitação e orgasmo. As três fases vão acontecer em sequência, sem uma regra para o tempo destinado à vivência de cada uma.

Desejo

O desejo sexual pode iniciar por estimulação da imaginação e/ou qualquer dos sentidos (visão, paladar, olfato, audição e tato) que remetem ao sexo. Dentre os estímulos mais comuns temos os filmes eróticos ou pornográficos, fotografias, literatura com conteúdo erótico (*hot*), músicas, perfumes, entre outros objetos destinados a estimular os sentidos e a fantasia erótica (pensar em sexo, imaginar).



Figura 29 – Desejo

Fonte: artJazz /istock.com

Fantasias sexuais, Práticas Sexuais e Parafilias

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Excitação

O pensamento e a imaginação (desejo) iniciam as respostas ou alterações fisiológicas necessárias para o sexo, que é a excitação. Acionam o sistema endócrino e vascular, possibilitando maior circulação sanguínea, sobretudo na região genital, para que ocorra ereção do pênis, aumento do volume da vulva, mamas e maior sensibilidade (percepção das sensações físicas ao toque).

A sensação de prazer ao toque é possível em todo o corpo, mas em geral acredita-se que apenas os genitais e mamas são sensíveis ao toque. A percepção do prazer ao toque depende muito da atenção dada às sensações físicas. São implicados seus pensamentos, percepções e significados atribuídos ao toque, de modo que se inicie ou não uma resposta física de cunho sexual. Nesse sentido, em geral essa percepção é moldada por crenças e costumes culturais e as experiências vividas por cada pessoa.

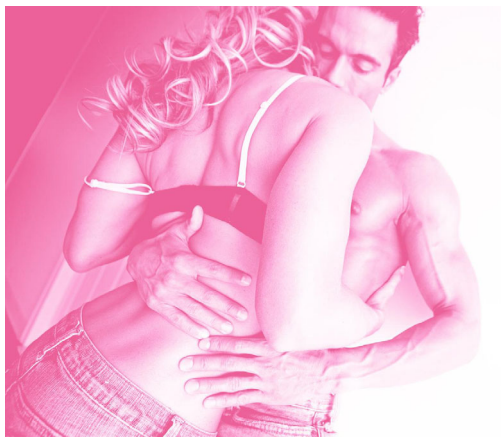


Figura 30 - Excitação

Fonte: paulbuceta /istock.com

No corpo feminino

As alterações no corpo feminino são de ordem interna e externa. Além do aumento de volume por maior vascularização (circulação sanguínea), há também a produção de secreção, que tem função de facilitar o atrito. É um indicativo corporal de estar pronto para a penetração, comumente chamado "ficar molhada". As áreas mais sensíveis no genital feminino, portanto, prazerosas ao toque são as estruturas na vulva: lábios vaginais e clitóris, sendo este último a enervação de maior sensibilidade ao toque.

A seguir, vemos uma ilustração sobre o aumento de volume da parte interna da mulher, segundo a fase da resposta sexual (o canal vaginal, que vai da vagina ao colo uterino). Há aumento de volume, contrações e posterior relaxamento, voltando ao estado inicial após o orgasmo. O canal da vagina é muscular; ele contrai e relaxa, assim se adapta à circunferência peniana.

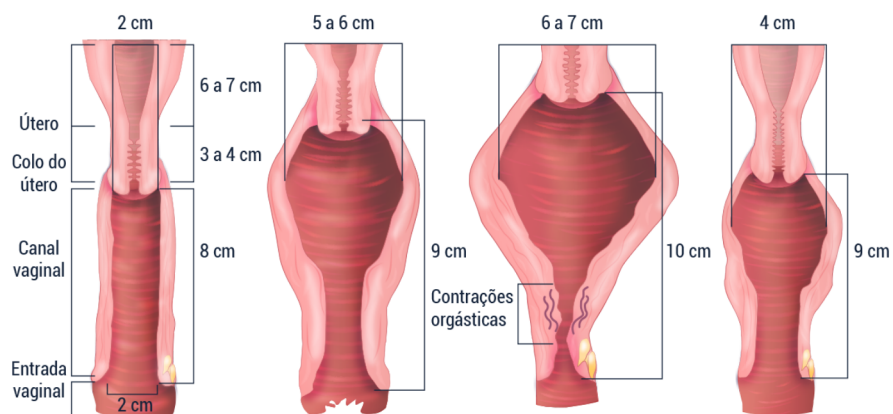


Figura 31 - Contração e relaxamento do canal vaginal

Fonte: acervo da autora

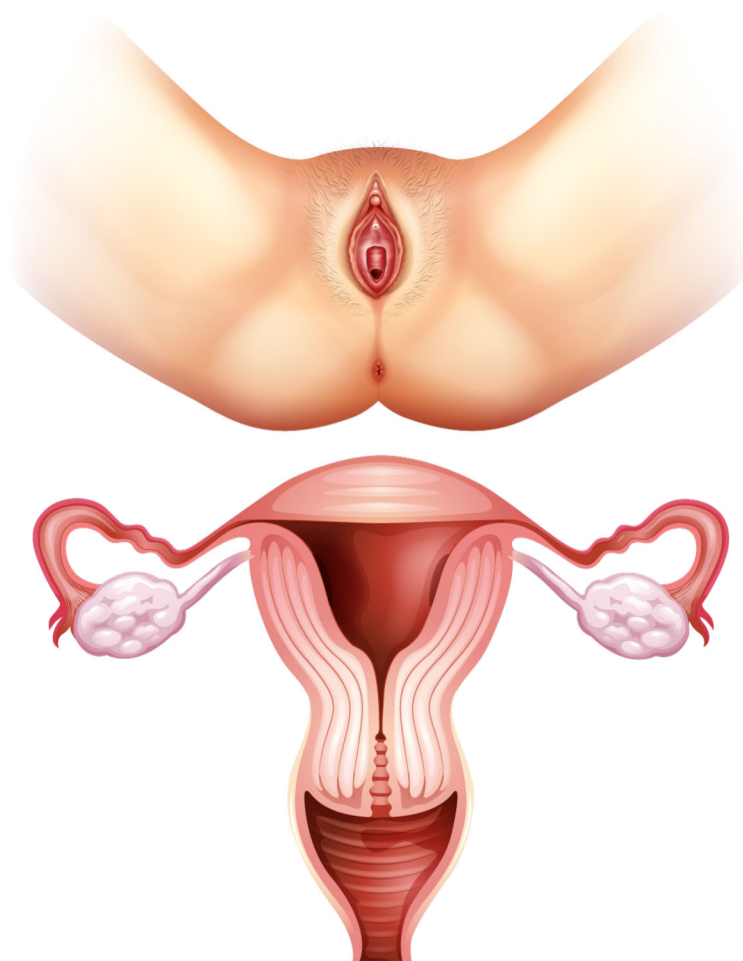


Figura 32 - Aparelho reprodutor feminino

Fonte: blueringmedia/istock.com

As imagens são apenas ilustrativas. Assim como qualquer outra parte do corpo, a aparência e tamanho das estruturas da vulva e vagina é diferente em cada pessoa, muda com a idade e de acordo com as intervenções estéticas. A percepção de prazer ao toque é diferente para cada mulher (DOCHERTY, 1986).

No corpo masculino

As alterações no corpo masculino são visíveis, porque todo aparelho reprodutor masculino é mais externo. A glândula (ou ponta do pênis) e o saco escrotal são as regiões de maior sensibilidade genital e, portanto, mais responsivas ao toque.

A excitação sexual irá alterar a circulação sanguínea, de modo a aumentar o fluxo para o genital. O pênis é composto internamente do chamado “corpo cavernoso”, uma estrutura parecida a uma esponja, que, ao receber maior volume de sangue, incha e enrijece, causando a ereção do pênis. Ocorre ainda o fechamento do ducto urinário, ficando livre a passagem do líquido seminal. Muitas vezes haverá séria dificuldade em urinar em caso de excitação.

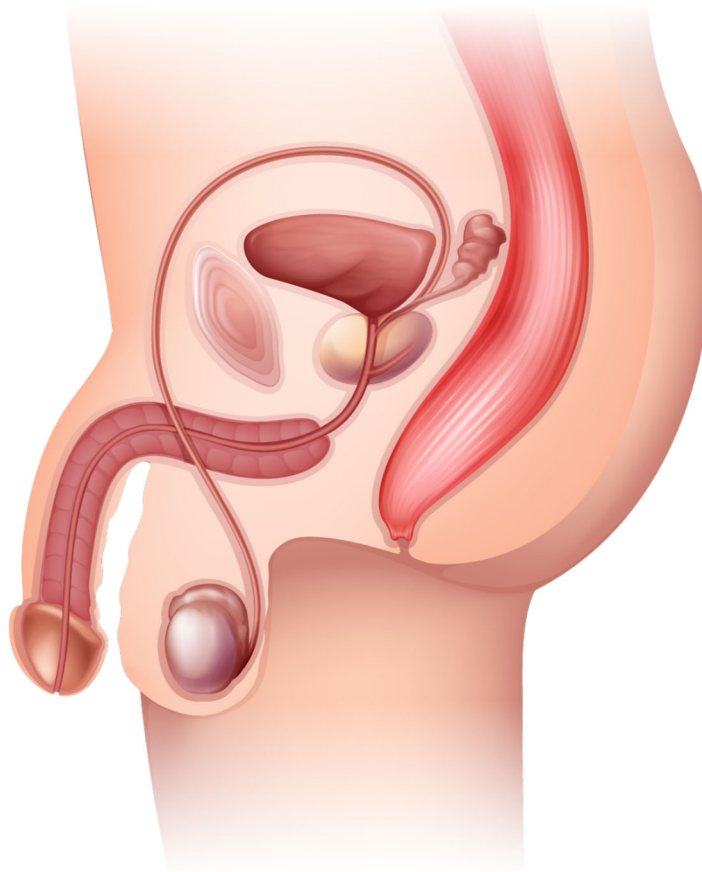


Figura 33 - Aparelho reprodutor masculino

Fonte: blueringmedia /istock.com

O saco escrotal também é alterado, com maior contração e sensibilidade. Pela proximidade do saco escrotal com o reto no ânus, a estimulação anal em homens é sentida como prazerosa, de modo um tanto diferente das mulheres, que não têm a mesma estrutura física (DOCHERTY, 1986).

O corpo transsexual

Os indivíduos transexuais, de homem para mulher ou de mulher para homem, têm no seu desenvolvimento as mesmas possibilidades de resposta fisiológica masculina ou feminina. Para aqueles que realizam cirurgia de readequação sexual/genital, pode haver mudanças na percepção de sensações. A readequação sexual/genital prioriza a aparência externa do sexo, e são utilizados no processo cirúrgico todos os tecidos e estruturas já existentes.

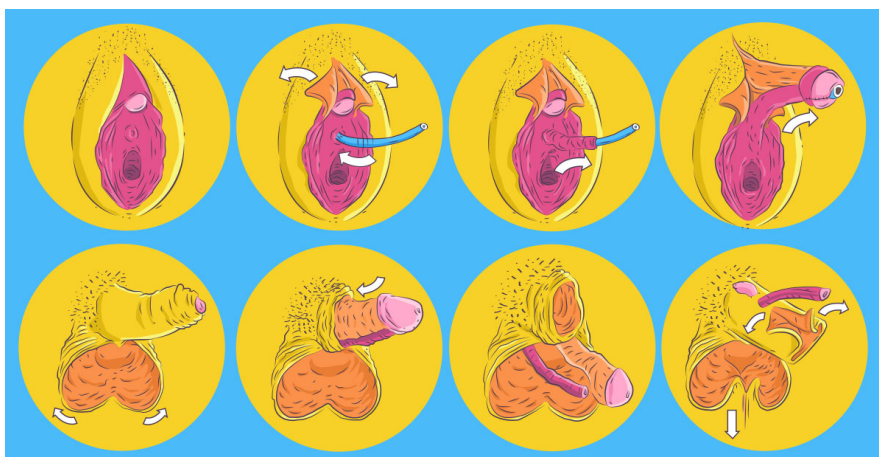


Figura 34 - Alterações no processo cirúrgico

Legenda: Estruturas físicas afetadas no processo cirúrgico.

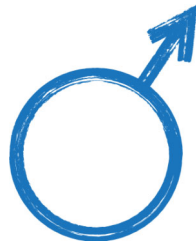
Fonte: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-e-uma-cirurgia-de-readequacao-sexual/>

Alguns procedimentos cirúrgicos podem reduzir os terminais nervosos responsáveis pela percepção física, embora seja uma tecnologia em constante desenvolvimento. Existe todo um protocolo pós-cirúrgico a ser seguido, de modo a estimular a percepção no novo órgão. No caso da construção de pênis, não haverá corpo cavernoso para permitir ereção como em um corpo masculino, podendo ser utilizadas próteses penianas. Contudo, como a vivência do prazer não é apenas tátil/corporal, é possível aqueles que realizaram cirurgia de readequação sexual/genital vivam relações sexuais muito prazerosas.

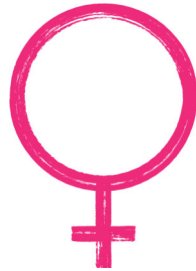
A readequação sexual/genital não é apenas alteração corporal. Esta é uma ferramenta no processo para a mudança de identidade sexual, que abrange muitos aspectos psicológicos e sociais, para reconstruir o modo como o indivíduo se percebe e se mostra no mundo (MASIERO, 2018).

Orgasmo

Orgasmo é o nome dado ao ápice do prazer. A excitação pode acontecer em uma escalada crescente até o orgasmo ou ser interrompida, mantida em baixo nível por tempo indefinido, mas o orgasmo é um momento específico, vivido de modo diferente entre homens e mulheres, não importando a orientação sexual.



Os homens, em geral, terão a ejaculação, embora o orgasmo “seco” (sem ejaculação) possa acontecer. A ejaculação masculina tem função de liberar o esperma; se acontece no canal da vagina sem nenhuma barreira (camisinha, DIU ou anticoncepcionais), pode fecundar um óvulo e conceber um bebê.



As mulheres podem ter maior produção de secreção e isso parecer uma ejaculação, mas não é o mesmo. Também pode acontecer o chamado “orgasmo múltiplo”: em uma mesma relação sexual, ocorrer uma sequência de orgasmos com diferentes intensidades.

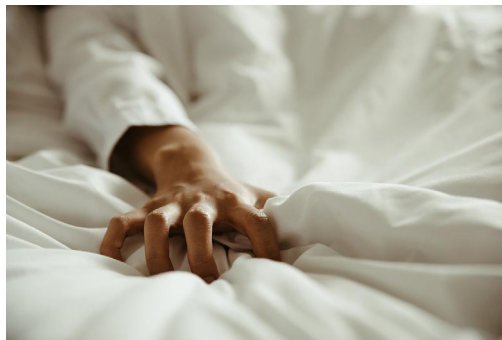


Figura 35 - Orgasmo

Fonte: pcess609/istock.com

A intensidade do prazer sexual, do orgasmo e da satisfação na relação sexual, está diretamente relacionada à excitação (*“quanto maior a subida, maior a queda”*) e todas as sensações relacionadas. Homens e mulheres podem viver relações sexuais prazerosas sem a ocorrência de orgasmo. Uma relação sexual satisfatória está relacionada à satisfação individual, não havendo execução de alguma ideia preconcebida ou roteiro sexual a ser vivido. Portanto, o orgasmo em geral não acontece ao mesmo tempo nem do mesmo modo para ambos os parceiros. Pode haver diferença de intensidade, de formas de expressar a emoção, de quantia e de tempo de estimulação física necessária (carícias corporais, falas, entre outros comportamentos que podem estimular excitação).

Após o orgasmo, ocorre o período de relaxamento ou resolução, com relaxamento físico e normalização corporal das alterações causadas pela excitação. A vivência desse momento é também algo individual. Cada pessoa terá uma necessidade de “descanso” conforme seu estado

físico, idade, nível de excitação e momento de vida. Os homens em geral precisarão de um período de relaxamento para haver nova ereção peniana. Mulheres podem fisiologicamente ter um tempo menor de relaxamento, estando prontas mais rapidamente para nova relação. Mas esse aspecto também será mediado pelas condições físicas e psíquicas da pessoa. Sexo também é uma atividade física e psíquica. Homens e mulheres podem ter necessidades sexuais semelhantes fisiologicamente.

Quaisquer alterações ou dificuldades, sejam de ordem física ou psicológica, que afetem uma dessas três fases da resposta sexual podem causar dificuldades ou disfunções sexuais (APA, 2014; INPASEX, 2001).

Práticas sexuais

A prática sexual de um indivíduo é de ordem privada e consensual. Desde que haja consenso e satisfação, nenhuma prática é inadequada, salvo os comportamentos que contrariam a legislação. A problemática relacionada às práticas sexuais ocorre em maior frequência pela dificuldade de acordo entre os parceiros que, por questões de cultura, religião, educação e história individual podem não aceitar as sugestões, brinquedos ou necessidades da parceria.

Do ponto de vista da saúde, o inadequado de qualquer prática sexual é a não concordância da outra pessoa, que, se ocorre, configura um ato de agressão ao outro. Os indivíduos que se percebem com desejos e comportamentos diferentes da maioria das pessoas de seu convívio podem sofrer pelo medo, pela discriminação e pela agressão de parceiros e outras pessoas.



Figura 36 - Práticas sexuais na Antiguidade

Fontes: wikipedia

Fontes

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Khajuraho-erotischerFriess.jpg>
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Khajuraho-Vishvanath_Temple_erotic_detal4.jpg
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Khajuraho_078.jpg
<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Khajurahosculpture.jpg>

Práticas sexuais e comportamentos considerados inadequados são chamados *parafilias*. Antigamente eram conhecidos como “*perversões sexuais*”, indicando que existia um jeito certo e um errado de viver o sexo. A palavra parafilia vem do grego, significa *para* = *do outro lado, em oposição*; *philos* = *amor*, uma *forma de amor paralela* daquelas convencionais. A parafilia é uma atividade sexual na qual a resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) ocorre normalmente, contudo, o desejo e as fantasias para gerar excitação são direcionados para atividades e objetos não convencionais (carícias preliminares e genitais) ou que podem ser consideradas entranhas. As parafilias são mais frequentes no sexo masculino e existem sob diversas modalidades e variações. São aceitáveis quando não provocam danos a outras pessoas ou aos costumes sociais (RODRIGUES JÚNIOR, 2000).



Saiba mais

Uma pesquisa alemã com 2.323 pessoas de 18 e 30 anos, por meio da internet, utilizou um questionário com 46 diferentes fantasias sexuais e comportamentos sexuais relacionados com parafilias. Os resultados mostraram que as “fantasias sexuais incomuns são muito populares” em todas as idades. A satisfação com o relacionamento é altamente associada com a frequência e satisfação nas relações sexuais. A baixa frequência de relações sexuais pode estar associada à vontade de experimentar práticas alternativas, à maior frequência de masturbação solitária e à vontade de agir para vivenciar fantasias sexuais (ZIMMERMANN, 2015).

Sexualidade da pessoa com deficiência

Acesse o material digital para assistir o vídeo.



Figura 37- Sexualidade da pessoa com deficiência

Fonte: zianlob /istock.com

Os conceitos e preconceitos sobre a pessoa com deficiência podem dificultar a vivência do sexo e da sexualidade para esses indivíduos. A deficiência não é igual entre as pessoas, por isso, não é adequado pensar que todo deficiente terá as mesmas dificuldades e limitações. Por exemplo, algumas deficiências físicas não alteram a resposta sexual do indivíduo, sendo o desenvolvimento e a vivência semelhantes aos das pessoas sem deficiência física. Mesmo deficiências físicas limitantes podem ser passíveis de tratamento com resultados importantes, como a sensibilização corporal para pessoas que perderam a sensibilidade dos membros inferiores e o uso de prótese peniana para homens que perderam a possibilidade de ereção por traumas na medula, entre outros problemas.

Na deficiência intelectual, em decorrência ou não de síndromes ou distúrbios do desenvolvimento, a resposta sexual em geral é preservada e segue o curso de desenvolvimento esperado. Contudo, a depender do nível de deficiência, serão comprometidas a autonomia e a possibilidade de decisão e escolha, ocorrendo com grande frequência situações de abuso e violência sexual.

A compreensão do indivíduo sobre o que acontece consigo ou com outros, as normas sociais e as regras de comportamento podem ser comprometidas (mal-entendidos) devido à deficiência intelectual. Nessas situações, é necessário avaliar individualmente as possibilidades e necessidades apresentadas por cada pessoa.



Atenção

A educação sexual, nesse caso, pode exigir ensinamentos de cuidado para reduzir a possibilidade de lesões físicas e abusos. No caso de indivíduos com deficiência intelectual, a família é responsável pelas decisões tomadas nessa área (CAVALCANTE, 2019).

Saúde sexual e reprodutiva

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

O conceito de saúde proposto pela OMS não se refere à ausência de doença apenas, mas ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo, condições necessárias também para o exercício saudável da sexualidade. A saúde sexual não se refere apenas aos aspectos reprodutivos, mas também ao livre exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação ou violência, em uma vida sexual agradável e segura, por meio do respeito e proteção. Nesse sentido estão vinculadas não apenas as políticas de saúde, mas todas as políticas públicas.

Na saúde, muitas convenções foram realizadas a respeito da saúde sexual e reprodutiva. Desde 1994 o Brasil assume que a saúde sexual e reprodutiva significa não só uma vida sexualmente prazerosa e segura, mas também o atendimento das necessidades em saúde e informações para que as pessoas possam fazer escolhas, entre elas a de ter filhos ou não e ter acesso aos meios para prevenção de doenças, assim como de uma gravidez indesejada.



Figura 38 - Saúde sexual e reprodutiva

Fonte: aids.gov.br

O Sistema Único de Saúde (SUS) emprega maiores recursos para as ações preventivas em saúde quanto ao planejamento familiar (com possibilidade de esterilização), para medidas pré e pós-natais na atenção básica e para as doenças sexualmente transmissíveis, nos Centros de Referência DST/Aids, no Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais e em Centros de Testagem Anônima (CTA).



As queixas em sexualidade relativas à vivência do sexo não são contempladas pela Atenção Básica no SUS. No Estado de São Paulo há um único serviço de atendimento às demandas de disfunções sexuais, o Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP. Com o objetivo de melhorar a vida sexual de seus pacientes, desde 1993 o ProSex agrega profissionais de vários campos da saúde: psiquiatria, psicologia, ginecologia, urologia e fisioterapia, além de educadores. Algumas iniciativas são encontradas em relatos de pesquisa com grupos específicos, ocorrendo em espaços públicos. No mais, o atendimento a essas demandas fica a cargo dos meios particulares e organizações não governamentais com profissionais que buscam especializações na área de sexualidade humana.



As queixas em sexualidade são observadas em decorrência de muitas intervenções cirúrgicas (sobretudo relacionadas à próstata, seios e útero) e período de desenvolvimento (climatério, menopausa e andropausa). Mas pouco se conhece sobre as demandas e atendimento de disfunções sexuais sem base biológica ou em função de outros quadros de saúde que impactam a vivência do sexo (alterações de humor e ansiedade, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outros).



Uma das questões observadas na saúde pública é o pouco preparo dos profissionais para acolher e atender às demandas relacionadas à vivência do sexo. A educação sexual, em todos os níveis de ensino no país, é vista frequentemente de modo negativo, com muitos preconceitos que dificultam até mesmo a formação profissional para o atendimento das queixas em saúde. Grande parte das queixas relacionadas à saúde sexual têm início na pouca informação e reflexão sobre o corpo e a vida sexual, algo que poderia ser prevenido com programas adequados de educação sexual (CUNHA, 2015).

Saúde sexual e qualidade de vida

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

A qualidade de vida é definida pela OMS como “[...] a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Portanto, a compreensão de qualidade de vida é um conceito individualizado.

Na vida sexual, o indicativo de qualidade é a satisfação do indivíduo com a própria vida e sexualidade. Novamente, é uma temática que envolve muitos aspectos da existência, ou seja, a sexualidade como um todo. Pode exigir atenção e cuidado de várias políticas e especialidades.

A saúde sexual é também um indicativo da qualidade de vida. A sexualidade saudável implica na satisfação de necessidades básicas como desejo de contato, intimidade, expressão das emoções, sentimentos, entre outros, resultando na experiência sexual individual (PROTTI; RODRIGUES JÚNIOR, 2008).

Sexo e envelhecimento

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

O envelhecimento tem sido tema de constante revisão dos conceitos culturalmente atribuídos, à medida que a população envelhece com relativa saúde, o tema vai tomando proporções maiores. A sexualidade e o sexo no envelhecimento é uma temática que vem ganhando espaço de discussão. Observa-se a importância da vivência satisfatória do sexo nesse período do desenvolvimento, sendo um fator de qualidade de vida na percepção das pessoas (OLIVEIRA, 2015; GRADI *et al.*, 2007).

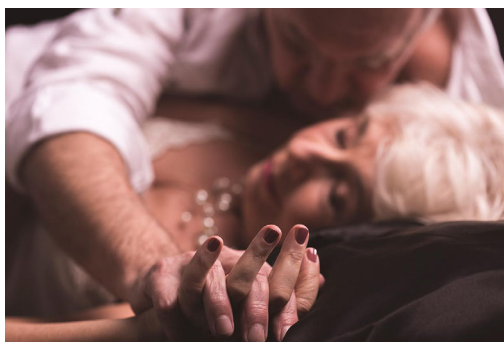


Figura 39 - Sexo e envelhecimento

Fonte: KatarzynaBialasiewicz
/istock.com

As mudanças corporais

O processo de envelhecimento humano é gradual. as mudanças corporais vão se tornando mais impactantes a partir de determinada idade. São relatadas alterações de pele, elasticidade, baixa lubrificação em mulheres (indica-se uso de lubrificantes a base de água), dificuldades de manter ereção em homens (indica-se uso de medicação, prótese entre outros), alterações hormonais, corporais e de desejo, alterações musculares e outras limitações que também impactam na vivência do sexo. No processo de envelhecimento, não são apenas as alterações físicas que causam problemas, mas o sentido atribuído a essa vivência e os desdobramentos psicológicos, passando pela cultura e crenças do indivíduo sobre si mesmo, o sexo e os outros.

Em estudo com uma população de idosos, Oliveira (2015) observa uma redução de desejo de sexo (coito) e acentuado o desejo do contato e carinho físico como fonte de satisfação e prazer. O autor também relata uma frequência mensal de atividades sexuais com coito. A vivência saudável do sexo adulto em qualquer faixa etária compreende todos os aspectos da sexualidade na relação do indivíduo consigo mesmo e com o outro.

Aprendemos...

A sexualidade humana está presente em todas as fases do desenvolvimento humano, com comportamentos específicos de cada fase, de acordo com as possibilidades físicas, psíquicas e sociais. Ainda que sejam comportamentos básicos e semelhantes, a vivência e os sentidos

atribuídos têm variação conforme a história do indivíduo. O desenvolvimento sexual acontece durante toda a vida, com possibilidade de prazer e satisfação, de um modo saudável e que contribua com a qualidade de vida.

Verificando o aprendizado

1. Relacione a conduta sexual ao período de desenvolvimento:

- I. 0 a 2 anos
- II. 2 a 6 anos
- III. 6 a 11 anos
- IV. 11 a 12 anos

- () Curiosidade sexual, jogos e fantasias sexuais.
- () Relacionamento genital com a possibilidade de concepção.
- () Manipulação corporal com prazer sensorial.
- () Masturbação solitária, curiosidade sexual com jogos de caráter exploratório.

A) I, II, IV, III

B) III, IV, II, I

C) III, IV, I, II

D) II, IV, III, I

E) I, IV, III, II

2. Assinale a alternativa **incorreta** sobre o desenvolvimento puberal.

A) A puberdade pode ser precoce ou tardia. As mudanças podem ser abruptas ou graduais.

B) Não existe uma idade exata para iniciar a puberdade.

C) Durante a puberdade ocorre a menarca, a primeira menstruação para meninas.

D) A puberdade é caracterizada pelas mudanças nas características externas do desenvolvimento sexual.

E) Mudanças comuns na puberdade: crescimento de pelos pubianos, alterações no odor corporal, melhora do humor, redistribuição de gordura corporal, desinteresse em grupos sociais, mudança de voz nos meninos, desinteresse sexual, acne, entre outros.

3. Assinale a alternativa correta.

- A) As fases da resposta sexual humana podem ser vividas separadamente.
 - B) A principal função biológica da excitação é preparar os corpos para o sexo (coito).
 - C) Os genitais são a única região do corpo sensível para o prazer sexual.
 - D) Se não houver ejaculação (gozo), um homem não tem orgasmo.
 - E) Mulheres e pessoas com deficiência não têm orgasmo.
-

4. A) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Muitos idosos, à medida que apresentam dificuldades em lidar com atividades da vida diária, vão morar com outras pessoas e perdem a privacidade.

Verdadeiro

Falso

4. B) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

O desejo sexual, quando percebido em idosos, é entendido como errado, aversivo.

Verdadeiro

Falso

4. C) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

"Quando se envelhece, voltamos a ser como crianças".

Verdadeiro

Falso

4. D) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Em vista da pouca lubrificação vaginal, é impossível haver penetração no sexo.

Verdadeiro

Falso

4. E) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Na velhice, não há interesse em sexo.

Verdadeiro

Falso

5. A) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Em todos os relacionamentos de longo prazo, chega o momento em que não há mais necessidade de sexo e que o importante é o amor e a amizade.

Resposta correta (todas são falsas).

Verdadeiro

Falso

5. B) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Existe um jeito certo para o sexo. Qualquer atividade diferente ou uso de objetos é coisa de pessoas doentes e perversas.

Verdadeiro

Falso

5. C) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

As pessoas precisam de uma frequência semanal de sexo para serem felizes.

Verdadeiro

Falso

5. D) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Para uma relação sexual ser satisfatória, é necessário ter orgasmos.

Verdadeiro

Falso

5. E) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Homossexuais gostam mais de sexo que heterossexuais.

Verdadeiro

Falso

Módulo 4

Dificuldades sexuais

Dificuldades sexuais

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Os estudos sobre a função sexual humana são de longa data. A partir da segunda metade do século XX, eles ganharam maior consideração científica nas áreas da fisiologia e comportamento sexual nos EUA. Desde então, muitas mudanças aconteceram nas concepções sobre a sexualidade humana e a função sexual (BEDIN; MUZZETI; RIBEIRO, 2020).

A dificuldade sexual é uma queixa de quem a vive, e não algo que outras pessoas definem. Se o indivíduo está satisfeito com sua vida sexual, não há sofrimento para ele ou outras pessoas, e qualquer que seja o comportamento ou a ausência de atividades não será considerado um problema.

As dificuldades sexuais causam muitos problemas pessoais e relacionais. Podem impactar várias áreas da vida, desde a autoestima e a disponibilidade em relacionar-se sexualmente até a vivência do prazer sexual. Acontecem com homens, mulheres e quaisquer outras denominações para identidade de gênero, em qualquer fase da vida após a puberdade (RODRIGUES JÚNIOR, 1995).



Figura 40 - Dificuldades sexuais

Fonte: PeopleImages /istock.com

As dificuldades sexuais femininas são atualmente reconhecidas, e as mulheres são a população que mais procura tratamento no sistema público de saúde, incluindo para questões do sexo. A liberdade do prazer sexual conquistada pelas mulheres nos últimos 60 anos com o uso de contraceptivos e mudanças nos papéis do gênero feminino possibilitou o desenvolvimento de práticas no cuidado da saúde sexual feminina, mas também apresentou outras exigências na vivência do sexo.

Apesar disso, na vida cotidiana observa-se com frequência a presença de antigas crenças limitantes da vivência sexual das mulheres. Além disso, novas exigências também são geradoras de tensão que podem fazer da vivência do sexo mais uma tarefa a ser realizada do que uma vivência prazerosa de intimidade.

As disfunções sexuais masculinas, embora reconhecidamente frequentes na população, são tratadas com discriminação e preconceito, mais entendidas como falhas do indivíduo do que uma problemática comum a ser cuidada. A possibilidade do prazer feminino trouxe para o âmbito masculino a necessidade de compartilhar o sexo, o que é uma mudança importante no comportamento sexual. “Sexo é prazeroso apenas para os homens” era um pensamento bastante comum até a metade do século XX. Embora crenças antigas ainda persistam, atualmente é comum que homens apresentem disfunções sexuais devido ao medo de não satisfazerem a parceria, o que também é resultado de uma educação sexual baseada em mitos e desconhecimento científico.

As expectativas de comportamentos sexuais, baseadas no sexo e papel de gênero, causam muitas generalizações que se traduzem em falas culturalmente mantidas. Permanecem antigas crenças limitantes da vivência sexual das mulheres: “mulher não tem prazer no sexo”, “orgasmo é ver estrelas”, “o sexo feminino é feio, sujo, fedido”, o que pode invalidar as experiências vividas e dificultar a vivência de satisfação sexual, uma vez que a vagina é claramente mais associada a adjetivos negativos, enquanto o pênis é mais associado a adjetivos de força: “pau, caralho, bilau, galo, ferro”, algo que, se por um aspecto valoriza o homem, por outro traz problemáticas ao descaracterizar ou desqualificar a masculinidade que não apresente essas características – por exemplo, quando um homem passa por dificuldades de ereção, tende a um sofrimento maior, porque essa dificuldade impacta sobre um símbolo de força e poder que é geralmente associado à masculinidade e que a valida.

Transtornos ou distúrbios sexuais

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Um transtorno sexual é uma sexualidade considerada “fora de ordem” em relação ao esperado para a experiência e resposta sexual humana. São classificadas em disfunções da sexualidade e parafilias e estão associadas a dificuldades relacionais e questões em saúde física e mental (DSM-5, 2014).

Disfunções sexuais

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Considerando a resposta sexual humana nas fases de desejo, excitação e orgasmo, qualquer situação que altere ou impeça a vivência de uma dessas fases da resposta sexual é considerada uma disfunção sexual, uma desordem na sequência natural da resposta sexual humana que contraria a possibilidade de prazer e satisfação, gerando algum tipo de dor ou sofrimento.



Figura 41 - Disfunções sexuais

Fonte: Prostock-Studio/istock.com

As disfunções sexuais dizem respeito às diferentes manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele ou ela desejaria. A resposta sexual é um processo psicossomático e mais comumente, processos tanto psicológicos quanto somáticos intervêm na causação da disfunção sexual (F52 da CID-10: definição de disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica).

Disfunção sexual é o mau funcionamento ou o não funcionamento da resposta (reação) sexual. Um indivíduo disfuncional não é capaz de levar ao fim a resposta sexual esperada. Na cultura brasileira, uma disfunção sexual, em geral, impacta negativamente a percepção do indivíduo sobre si mesmo (função, identidade e corpo) a respeito suas capacidades e seu potencial, podendo ser um fator importante na evitação por parceria (evitação de contato com parceria) e atividades de vida social (INPASEX, 2001).

Para a nomeação e classificação dos transtornos da sexualidade, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (APA, 2014) se baseia no modelo de resposta sexual de Kaplan (fases de desejo, excitação e orgasmo). As disfunções podem ser caracterizadas como:

Primária

- A dificuldade é vivenciada desde as primeiras experiências sexuais genitais e generalizada para todas as experiências na vida do indivíduo.

Secundária

- Acontece a partir de um momento da vida adulta, como situações de doença ou traumáticas física ou emocionalmente, e generaliza-se em todas as experiências sexuais posteriores. As perguntas “*desde quando acontece?*”, “*sempre foi assim, ou mudou em algum momento da vida?*” geralmente identificam a origem.

Situacional

- Acontece em situações ambientais específicas: em relação à parceria, alterações de humor e ansiedade, estresse, lugares específicos ou outros.

As disfunções serão observadas como leve, moderado e grave, quanto ao sofrimento vivenciado e prejuízo social. Os *transtornos da sexualidade* serão caracterizados se as problemáticas forem persistentes e recorrentes. Algumas disfunções sexuais dificultam o relacionamento e a realização de projetos de vida, como a geração de filhos, por exemplo.

Causas físicas

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Causas psicológicas

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

As disfunções mais comuns são causadas por questões de ordem biológica (física), social e relacional (principalmente a comunicação e expectativas sobre o outro), psicológicas e cognitivas (as concepções e os aprendizados sobre o sexo e a sexualidade).



Figura 42 - Dificuldades de comunicação

Fonte: bojanstory /istock.com

Causas físicas: distúrbios hormonais, diabetes, colesterol, lesões dos nervos da medula ou pélvicos, cirurgias pélvicas, distúrbios da próstata e situações que causam problemas cardíacos ou de circulação sanguínea, entre outros. Também incluem-se o uso de alguns medicamentos psicotrópicos, especialmente os antidepressivos, e o abuso de álcool, cigarro e drogas ilícitas, além de medicações para tratamentos específicos.

Causas psicológicas: estresse, ansiedade de desempenho (preocupação excessiva com o orgasmo da parceria ou avaliação do outro), educação sexual inadequada, crenças religiosas ou pessoais que consideram o sexo como sujo ou apenas para fins reprodutivos, conflito de identidade sexual, lembranças traumáticas por ter sido flagrado durante masturbação ou relação sexual “ilícita”, violência sexual, entre outras situações ou ideias que trazem significados negativos ao sexo e preocupações diversas, conscientes ou inconscientes durante o ato sexual (gravidez, entre outros).



Atenção

Disfunções sexuais afetam homens e mulheres, independentemente da identidade de gênero, práticas e orientação sexual.

Disfunções sexuais masculinas

Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo

Nesses casos há o relato de ausência ou baixa frequência de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e de desejo para atividade sexual. Esse relato é comum na vivência de outros transtornos psicológicos, portanto, nesses casos é entendido como um sintoma do transtorno ou efeito colateral, mas pode ser tratado com a abordagem terapêutica para as disfunções sexuais.

[...] está, por vezes, associado a preocupações eréteis e/ ou ejaculatórias. Por exemplo, dificuldades persistentes em conseguir uma ereção podem levar um homem a perder o interesse pela atividade sexual. Homens com o transtorno do desejo sexual masculino hipoativo relatam com frequência que não iniciam mais uma atividade sexual e que são minimamente receptivos às tentativas da parceira de iniciá-la [...]. (APA, 2014, p. 441).

**O citrato de sildenafila, conhecido popularmente como Viagra, é uma medicação indicada nas situações de disfunção de ereção. Mas a substância não atua na resposta sexual de desejo. Se não há desejo, a excitação sexual dificilmente pode acontecer. Mesmo para o tratamento de disfunção de ereção, não é a primeira intervenção indicada, sobretudo para jovens com até trinta anos. O uso indiscriminado e sem orientação médica pode impactar na saúde geral, pois existem sérias contraindicações (ABDO, 2010).



Figura 43 - Viagra

Fonte: nito100/istock.com

Disfunção ou transtorno erétil

É o nome atual para a dificuldade conhecida como “impotência sexual”. Consiste em uma falha na ereção em algum momento da relação sexual. Pode ser primária, secundária ou situacional, pelas causas comuns. Trata-se de uma dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual, em manter uma ereção até o fim da atividade sexual ou a diminuição na rigidez erétil, de modo que impossibilita a penetração peniana. A dificuldade de ereção traz importante impacto na percepção de qualidade de vida.

[...] Entre homens na faixa etária de 40 a 80 anos, 13 a 21% queixam-se de problemas eréteis ocasionais. Em torno de 2% daqueles com idade abaixo de 40 a 50 anos queixam-se de problemas frequentes com ereções, enquanto 40 a 50% dos homens acima de 60 a 70 anos podem ter problemas significativos com ereções [...].

(APA, 2014, p. 427)

Ejaculação prematura (precoce)

É conhecida também como ejaculação rápida ou precoce. Nessa situação, o homem em geral não consegue controlar a ejaculação, e o reflexo ejaculatório acontece rapidamente quando se inicia a excitação sexual. O que se considera rápido depende da percepção da pessoa, mas, em geral, a ejaculação ocorre logo quando acontece a penetração ou mesmo antes, frustrando as expectativas e desejos de ambos do casal. Segundo o DSM-5, “Em termos internacionais, mais de 20 a 30% dos homens com idades entre 18 e 70 anos demonstram preocupação com a rapidez da ejaculação” (APA, 2014, p. 445). Pode ser primária, secundária ou situacional. As causas mais comuns estão ligadas à ansiedade e à dificuldade de percepção corporal. Pode ser ainda um efeito da disfunção de ereção. Dos problemas sexuais masculinos, a ejaculação prematura é dos mais comuns.

Alguma dificuldade em controlar o reflexo ejaculatório ou de que ocorra em algum momento da vida de um homem é algo que acontece de modo frequente. O comportamento dos parceiros após um episódio de ejaculação rápida, em geral, é o que mais contribui para que o fenômeno se repita na experiência sexual do indivíduo. A insatisfação sexual nestas situações pode ser mais relacionada com a expectativa sobre a ejaculação, que para muitos marca o fim da relação, do que com as possibilidades de prazer na troca sexual. Procurar ajuda pode auxiliar o indivíduo e casal na adequação da informação, refletindo quanto à vivência do sexo, bem como às práticas e expectativas. Uma vez compreendidas as causas da ejaculação rápida, organiza-se um protocolo de tratamento (RODRIGUES JÚNIOR, 2019).

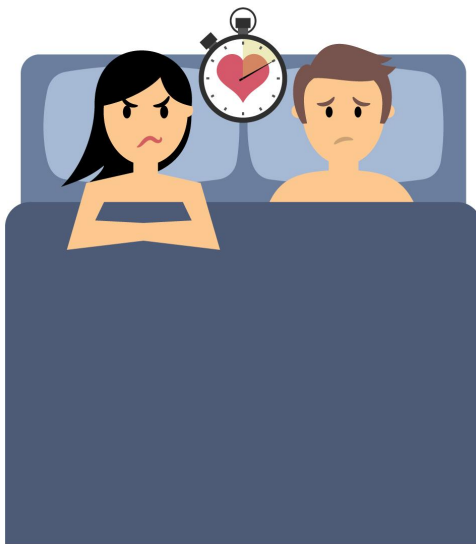


Figura 44 - Ejaculação precoce

Fonte: dvulikaia /istock.com

Ejaculação retardada

Ao contrário do que acontece na ejaculação prematura, chamamos de ejaculação retardada quando o reflexo ejaculatório demora mais que o esperado ou necessário para o indivíduo e para a parceria. A resposta sexual ocorre normalmente, com desejo, excitação (ereção peniana) e orgasmo, mas este último é “retardado” ou demorado, podendo nem haver ejaculação. Isso impacta a percepção de si mesmo e o relacionamento com parcerias, chegando a inibir a busca por contato sexual, que começa a ser vivido como cansativo ou desgastante. Pode ser primária, secundária ou situacional, pelas causas comuns, mas sobretudo por vários tipos de medicação.

Ejaculação retrógrada

Ocorre quando todo o líquido seminal da ejaculação *vai para a bexiga por algum tipo de alteração anatômica ou neurológica do esfíncter interno da bexiga*. Uma vez na bexiga, o esperma é evacuado com a urina. Esta não é uma situação muito comum aos homens e tem maior chance de acontecer por situações orgânicas específicas, sendo a infertilidade o impacto maior na vida destes homens. Essa é uma das disfunções de menor consenso conceitual (JUÁREZ-BENGOA *et al.*, 2011).

Anejaculação

Refere-se à ausência de ejaculação, ou seja, o homem pode ter orgasmo, mas não tem ejaculação. É diferente da ejaculação retrógrada, porque acontece em homens que ejaculavam normalmente. Doenças e cirurgias específicas são causas mais prováveis (MARTÍNEZ-BORDAJANDI *et al.*, 2020).



Figura 45 - Anejaculação

Fonte: tommaso79 /istock.com

Outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada

Nome dado a situações em que acontecem sintomas característicos de disfunção sexual que causam sofrimento ao indivíduo, mas não apresentam os critérios para qualquer transtorno descrito acima.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento

São as dificuldades sexuais que claramente existem em função do uso de medicamentos e substâncias ilícitas. No Brasil, é proibido o uso compulsório (sem consentimento do indivíduo) de qualquer tipo de substância para inibir a função sexual de uma pessoa, mesmo no caso de indivíduos condenados por crime sexual. Em algumas situações, quando o comportamento sexual é uma problemática na vida do indivíduo, é possível a prescrição de fármacos com a finalidade de inibir tais comportamentos, desde que haja anuência da pessoa ou responsável.

Disfunções sexuais femininas

Transtorno do interesse/excitação sexual feminino

Inibição do desejo sexual

A percepção individual de anormalidade no desejo sexual (chamado também de libido) é a mais comum das disfunções sexuais femininas, sendo frequente a frase “*Não tenho vontade de sexo*” (SCHLOSSMACHER; BONATO; SCHLOSSMACHER, 2021). Refere-se à ausência ou redução acentuada na percepção de desejo de sexo, fantasias sexuais e iniciativas, entre outras questões. Ter menos desejo que a parceria não significa necessariamente um transtorno. Pode ser uma diferença entre as necessidades individuais que impactam a relação, mas não significar um distúrbio da sexualidade.



Figura 46 - Inibição do desejo sexual

Fonte: Prostock-Studio/istock.com

A inibição do desejo sexual pode ser primária, secundária ou situacional, pelas causas comuns aos distúrbios da sexualidade. No caso das mulheres, também são observadas alterações hormonais pré e pós-natal; medo de engravidar; experiências obstétricas traumáticas, entre outras experiências relativas apenas ao sexo feminino no âmbito orgânico. Ainda, “*com frequência, as dificuldades com interesse ou excitação sexual estão associadas à redução na satisfação com o relacionamento*” (APA, 2014, p. 436).

Algumas mulheres, quando receptivas para a estimulação da parceria, podem se engajar na relação sexual a partir da estimulação preliminar, tendo excitação e orgasmo, sendo o maior prejuízo percebido na iniciativa do sexo, fantasias e desejo. Há também mulheres não vão engajar-se no sexo mesmo com todo tipo de estimulação e sedução da parceria. Essa também é uma alteração do desejo, mas que afeta toda a resposta sexual. Antigamente conhecida como *frigidez*, essas situações podem ser sintomáticas de outras problemáticas relacionais, culturais e de saúde geral. Sobretudo no aspecto cultural, é comum uma educação para que as mulheres evitem pensamentos e percepções de desejo e sexo, com uma direção totalmente voltada para perceber e satisfazer as necessidades do outro.

Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração

Dispareunia

O DSM-5 (APA, 2014) apresenta o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração como a nomenclatura adequada para quaisquer das seguintes dificuldades persistentes ou recorrentes para vivenciar a penetração vaginal durante a relação sexual: *dor vulvovaginal ou pélvica na relação sexual ou tentativa de penetração; medo ou ansiedade em antecipação, durante ou como resultado de penetração vaginal; tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal* (APA, 2014, p. 437). Além das causas comuns para disfunções sexuais, há uma variação de situações para possíveis causas, desde vivências emocional e fisicamente abusivas, a educação sexual restritiva, rígida e não pautada em conhecimentos científicos sobre a resposta sexual humana (DSM-5, 2014).



Figura 47 - Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração

Fonte: meanmachine77/istock.com

Vaginismo

Atualmente pouco se utiliza o termo vaginismo. Ele é específico das situações de *"tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal"* (APA, 2014, p. 437). Essa contração muscular dificulta ou impede totalmente qualquer tipo de penetração vaginal, mesmo que apenas para exame ginecológico. O vaginismo pode ser entendido como uma síndrome psicofisiológica, um conjunto de problemas físicos e psicológicos que atuam ao mesmo tempo e de maneira não proposital. Pode variar desde leve, induzindo alguma tensão e desconforto, até severa, impedindo completamente a penetração. Em geral, essa contração produz dor na penetração ou impede totalmente que aconteça (PROTTI; RODRIGUES JÚNIOR, 2008).

Transtorno do orgasmo feminino

O transtorno do orgasmo feminino, conhecido também como anorgasmia ou disfunção orgástica, denomina a situação em que uma mulher não chega ao ápice do prazer, o orgasmo, mesmo havendo desejo e excitação, estimulação da parceria e disponibilidade para o sexo. Pode ser primária, secundária ou situacional, pelas causas comuns, alguns medicamentos e situações orgânicas específicas (APA, 2014). São indicados tratamentos com uso de relaxamento, autopercepção e autoconhecimento.

[...] Muitas mulheres relatam níveis elevados de satisfação sexual, mesmo que raramente ou nunca tenham tido um orgasmo. As dificuldades orgásmicas nas mulheres ocorrem frequentemente associadas com problemas relacionados ao interesse e à excitação sexual [...] As taxas de prevalência relatadas de problemas orgásmicos em mulheres variam amplamente, de 10 a 42%, dependendo de vários fatores (p. ex., idade, cultura, duração e gravidade dos sintomas) [...].

(APA, p. 430-431, 2014)

O orgasmo feminino, em geral, não apresenta uma característica física marcante como a ejaculação masculina. Ainda que em baixa frequência, algumas mulheres têm prejudicada a percepção corporal e podem não nomear a vivência do orgasmo. Mas em geral, as mulheres que dizem não ter orgasmo realmente (não) vivenciam essa fase da resposta sexual. Por vezes a demanda de orgasmo é maior pela parceria que entende a falta de orgasmo como algum tipo de “falha” em um dos envolvidos, ideias que geralmente impactam negativamente o relacionamento.

O casal

Quando um dos parceiros vive algum tipo de disfunção, isso em geral afeta a relação. Cobranças e insatisfação são queixas comuns, mas não é apenas uma disfunção que pode gerar conflitos e insatisfações no casal. As diferenças de preferências, ideias e comportamentos de cada um sobre sexo também podem ser problemáticas. Nesses casos, chamamos de inadequação sexual do casal. Não é uma disfunção, mas uma necessidade de maior comunicação e esforço de entendimento e acordo para possibilitar maior satisfação na relação. Alguns casais não conseguem chegar a acordos porque isso implica a flexibilização do comportamento por ambos os companheiros, o que nem sempre é possível, seja por não desejarem ou não conseguirem.



Figura 48 - O casal

Fonte: courtneyk /istock.com

As possibilidades de erotismo humano são enormes e individualizadas. O que é erótico para uma pessoa pode ser considerado pornográfico para outra, não sendo termos de consenso cultural. Salvo as situações consideradas crimes em determinada cultura, geralmente o pornográfico é o erotismo do outro, aquilo que um indivíduo observa de outra pessoa, mas não tolera ou aceita como adequado, porque não é adequado a si mesmo. Essas são também as bases do preconceito e discriminação.

Transtorno parafílico

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

As práticas sexuais parafílicas, desde que não causem sofrimento ao indivíduo e parcerias, não são um problema em saúde. Serão compreendidos como transtorno parafílico e listados pelo DSM-5 sobretudo os *comportamentos e práticas que são consideradas crimes*.

- *Parafilia como prática sexual*: a excitação sexual ocorre também a partir ou com uso de objetos ou práticas específicos, convencionais ou não, não implicando necessariamente sofrimento ou danos e são consensuais.
- *Transtorno parafílico*: a excitação sexual ocorre a partir ou com uso de objeto ou prática específicos, sem o consentimento da outra pessoa (por não querer ou ser incapaz de consentir), implicando dano ou sofrimento. Exclui-se da classificação o sofrimento decorrente somente de desaprovação da sociedade.

Abaixo alguns dos *transtornos parafílicos* que são listados pelo *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (APA, 2014) são os mais comuns, mas não os únicos:

Transtorno voyeurista: forma clandestina de erotização através da observação de pessoas nuas ou de práticas sexuais, sem consentimento ou conhecimento delas, diferentemente de quando alguém vai em uma casa de *swing*, quando todos sabem que serão vistos.



Figura 50 - Transtorno voyeurista

Fonte: dsmckinsey /istock.com

Transtorno do sadismo sexual: quando a excitação e a satisfação sexual acontece *ao infligir humilhação, submissão ou sofrimento* a outra pessoa, com ou sem consentimento. Abrange ofensas, beliscões, tapas e uso de instrumentos com intuito de causar dor (APA, 2014, p. 685).

Transtorno do masoquismo sexual: quando a excitação e satisfação sexual acontece *ao passar por humilhação, submissão ou sofrimento* de qualquer intensidade, seja no âmbito físico/concreto ou fantasioso (APA, 2014, p. 685).

Transtorno pedofílico: desejo compulsivo de um indivíduo adulto por crianças e/ou pré-adolescentes. Esse interesse é maior ou igual ao que tem por adultos. Um indivíduo pode viver o transtorno no âmbito da fantasia, mas, quando realizado, é crime punível pela legislação brasileira. O transtorno pedofílico pouco é observado em pessoas com doenças mentais, nem há um perfil de personalidade mais propenso. São observadas situações e práticas que dificultam o controle de impulso, como o abuso de drogas, álcool, alterações de humor e baixa autoestima, entre outras dificuldades de adaptação social.

Transtorno fetichista: nessa condição, a excitação sexual ocorre com uso ou fantasias a partir de objetos específicos ou apenas parte do corpo, que em geral não são considerados sexuais ou eróticos. Tais objetos são utilizados para o prazer solitário ou a dois.

Transtorno exibicionista: situação em que a “[...] excitação sexual recorrente e intensa decorrente da exposição dos próprios genitais a uma pessoa que não espera o fato, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos” (APA, 2014, p. 689), gerando incômodo, desconforto e até agressão aos indivíduos. A legislação brasileira considera crime esse tipo de exposição pública.

Imagem com conteúdo sensível. Clique aqui para ver.

Transtorno frotteurista

Imagem sensível. Acesse o material digital para ver.



Figura 51 - Transtorno exibicionista
Fonte: Acervo da autora.

Transtorno frotteurista: ocorre “[...] excitação sexual recorrente e intensa resultante de tocar ou esfregar-se em pessoa que não consentiu, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos” (APA, 2014, p. 692), causando prejuízo social ou profissional ao indivíduo, assim como sofrimento àqueles cujo comportamento é imposto.

Imagem com conteúdo sensível. Clique aqui para ver.

Transtorno frotteurista

Imagem sensível. Acesse o material digital para ver.



Figura 49- Transtorno frotteurista
Fonte: Acervo da autora.

A variação no comportamento sexual humano é grande. Ao longo do tempo, alguns comportamentos passam a ser aceitos, e não mais depois. As práticas sexuais que atualmente são consideradas como transtornos mentais podem ainda mudar no futuro, como já aconteceu nos últimos 60 anos (RODRIGUES, 2000).

O comportamento sexual compulsivo é em geral entendido como uma forma de expressão da compulsividade. Comportamentos compulsivos são sintomáticos de alguns quadros psiquiátricos e transtornos de personalidade. Quando voltados para o sexo, podem facilitar comportamentos de

risco a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/AIDS), entre outras situações de vulnerabilidade. Nesses casos, em geral a compulsividade é a problemática que surge primeiro e sem necessidade de tratamento (BORGES, 2007).

Sendo o sexo um dos comportamentos humanos mais normatizados ao longo de nossa história, as dificuldades e sofrimentos vivenciados estão diretamente ligados àquilo que é considerado adequado para o indivíduo e seu grupo social.

Aprendemos...

O entendimento do que é adequado ou não no comportamento sexual é algo variável conforme a cultura e momento histórico. Em geral, será uma queixa em sexualidade aquilo que incomoda, traz sofrimento ao indivíduo ou outra pessoa. O julgamento social e a expectativa sobre determinados comportamentos são importantes fatores para problemas sexuais. As experiências vividas, o aprendizado, as ideias e as palavras para as práticas sexuais também podem ser limitadores e fontes de sofrimento. Situações de doença, estresse e problemas psicológicos com frequência afetam a vida sexual das pessoas. As queixas em sexualidade são causadas por fatores biológicos, psicológicos e culturais/sociais.

Verificando o aprendizado

1. Assinale a alternativa correta.

- A) Existe uma forma, um lugar e um tempo que são certos e adequados para todas as pessoas fazerem sexo.
- B) As pessoas que têm algum sofrimento, seja físico ou emocional em relação ao sexo, podem procurar ajuda profissional para ter uma vida sexual mais satisfatória.
- C) As pessoas que não conseguem fazer sexo do jeito certo têm problemas sexuais.
- D) Pessoas saudáveis aceitam e praticam todo e qualquer comportamento sexual.
- E) Educação sexual é uma forma de incentivar as pessoas a fazerem sexo.

2. Sobre as dificuldades sexuais, relacione:

- I. Primárias
- II. Secundárias
- III. Situacionais

() As dificuldades iniciam após um período difícil ou uma vivência de situação traumática: acidentes, cirurgias, doenças, violência, relacionamento ruim, experiência sexual desagradável, entre outras.

() Os problemas acontecem em alguns momentos específicos: quando faz uso de álcool, vai a motel ou a lugares em que têm outras pessoas em quartos próximos, em dias de trabalho, com alguns parceiros e outros não, entre outros.

() Acontecem com frequência desde as primeiras experiências sexuais.

A) I, II, III

B) II, III, I

C) III, II, I

D) II, I, III

E) I, III, II

3. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Homens e mulheres podem sofrer com baixo desejo sexual, mas, se o baixo desejo não causa incômodo, não se configura um transtorno da sexualidade.

Verdadeiro

Falso

3. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Apenas homens heterossexuais têm dificuldade de ereção.

Verdadeiro

Falso

3. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Uma boa parceria sexual é quando não se precisa dizer nada, e o outro já sabe tudo o que é bom.

Verdadeiro

Falso

3. D) Assinale verdadeiro ou falso.

As disfunções sexuais podem acontecer tanto em uma relação solitária quanto com uma parceria.

Verdadeiro

Falso

3. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Quando uma pessoa tem problemas sexuais, é algo para toda a vida.

Verdadeiro

Falso

4. Assinale a alternativa **incorreta**.

A) Em um transporte público se um homem esfrega o pênis em uma pessoa em pé na sua frente e ninguém se queixa, é porque gostaram.

B) Observar pessoas fazendo sexo sem o conhecimento e a autorização delas é crime. Algumas pessoas têm intenso prazer nessa prática, podendo passar por muitos problemas quando não conseguem se controlar ou ter excitação de outro modo.

C) A exibição e a observação de pessoas em situações sexuais em casas especializadas em *swing* não é considerada crime.

D) As pessoas têm diferentes necessidades de sexo, e não existe uma frequência correta.

E) A dor na relação sexual não é esperada, salvo se aceita e provocada. Quando acontece dor para qualquer um dos envolvidos, independentemente do sexo ou da identidade sexual, isso pode ser um sinal de problemas físicos ou psicológicos.

5. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Independentemente da identidade de gênero e da orientação sexual, as mulheres geralmente não gostam muito de sexo.

Verdadeiro

Falso

5. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Algumas pessoas são naturalmente incapazes de viver o orgasmo.

Verdadeiro

Falso

5. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Pessoas casadas não têm disfunções sexuais. É normal mudar a vida sexual depois do casamento, e nada pode ser feito.

Verdadeiro

Falso

5. D) Assinale verdadeiro ou falso.

O sexo é natural, não sendo necessário conversar sobre o assunto com parceiros sexuais.

Verdadeiro

Falso

5. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Algumas pessoas são satisfeitas com a própria vida sexual, mesmo sabendo que fazem sexo muito menos do que deveriam.

Verdadeiro

Falso

Módulo 5

Contribuições da terapia cognitiva comportamental (TCC) no tratamento das disfunções sexuais

Terapia Cognitivo-Comportamental

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma nomenclatura utilizada para uma diversidade de práticas baseadas nos pressupostos da terapia cognitiva e procedimentos comportamentais. É uma abordagem que parte do pressuposto de que as pessoas que sofrem de desordem psicológica apresentam pensamentos errôneos e irracionais. Esses pensamentos afetam negativamente o estado emocional dos indivíduos. Como afirmava o filósofo Epicteto, “As coisas não inquietam os homens, mas as opiniões sobre as coisas”.

Ao modificar esses pensamentos e o sistema de crenças/ideias associados para uma forma mais positiva, é possível uma melhora das condições psicológicas das pessoas. A psicoterapia tem sido mais eficaz do que outras formas mais prolongadas de terapia. Uma teoria construtivista “[...] vê o homem como um ser que constrói seus significados sobre os fatos e portanto constrói sua própria realidade já que a forma como este interpreta seu mundo determinará a maneira com que ele irá comportar-se” (BAHLS; NAVOLAR, 2010).

As dificuldades sexuais muitas vezes acontecem em função daquilo que os indivíduos pensam sobre o sexo, relacionamentos e sobre si mesmos. No tratamento de disfunções sexuais com a TCC é possível mudanças de comportamento, ideias e pensamentos sobre o sexo e a sexualidade, iniciando por falar e conversar sobre o tema, refletir sobre mitos e expectativas que interferem na autonomia e ampliar o repertório sexual quanto à informação e à autopercepção, assim como lidar com os sentimentos relativos ao corpo e o sexo (LERNER, 2012).



Figura 52 – Livro “O que realmente acontece na cama”
Fonte: amazon.com.br.



Figura 53 - Terapia psicológica
Fonte: Prostock-Studio/istock.com

Nesse processo é importante a “psicoeducação”, que objetiva esclarecer dúvidas e trazer informações de cunho científico: sobre o corpo, a resposta sexual humana, diferenças culturais, saúde sexual e comunicação, entre outras temáticas. Para tanto, podem ser utilizados ilustrações, dicionários, manuais e livros com conteúdo científico sobre a sexualidade humana em atendimentos e como indicação de leitura. Eles contribuem com *questionamentos* e reflexões acerca dos pensamentos diante *da realidade*, facilitando uma percepção mais realista e adequada (ou funcional) de si mesmo e da própria vivência.



Figura 54 – Livro “Escalas Beck”

Fonte: nucleomedicopsicologico.com.br



Figura 55 – Livros “Inventário de sexualidade” (masculino e feminino)

Fonte: editoraexpressaoearte.com.br.

Outros importantes instrumentos de trabalho são as *escalas* e *inventários*, que abordam questões da sexualidade. Eles trazem uma série de perguntas sobre a história e a vivência sexual, sendo autoaplicáveis. Esses instrumentos auxiliam o psicoterapeuta a compreender a história e os pensamentos do indivíduo, assim como as situações mantenedoras dos problemas, facilitando a compreensão da situação atual e podendo suscitar reflexões sobre o indivíduo que, ao responder as perguntas, pode tomar consciência de coisas que não havia percebido. Eles servem também como instrumento de monitoramento, avaliação de processo e resultados ao comparar respostas ao longo de um período (RODRIGUES JÚNIOR, 2017).

Os procedimentos comportamentais

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Os *procedimentos comportamentais* mais utilizados buscam ampliar o foco sensorial, com *sensibilização, dessensibilização, aproximação sucessiva, distração e refocagem* por meio da autoexploração, assim como atividades práticas a serem realizadas individualmente ou com a parceria: automassagem em situação de banho ou uso de hidratantes, massagem entre o casal, toques e momentos de intimidade que podem incluir estímulos de sabores, cheiros, sons, imagens, enfim, para todos os sentidos. Todas as atividades são estímulos para autopercepção e reflexão sobre os sentimentos, sensações e pensamentos associados ao corpo, satisfação e prazer.

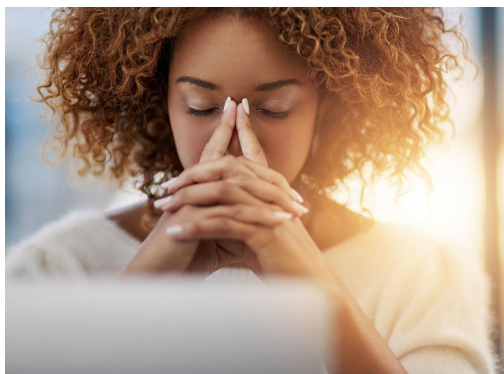


Figura 56 - Reflexão

Fonte: PeopleImages /istock.com

A prática de *mindfulness* tem sido utilizada pela TCC com as mais diversas situações clínicas, incluindo questões relacionadas à sexualidade. A técnica provém das antigas práticas de meditação, estimulando o foco sensorial das percepções na vivência do momento. Algumas pessoas têm muita dificuldade de se “desligarem” das preocupações e pensamentos, o que dificulta experienciar o prazer sexual. Existe maior volume de trabalhos com bons resultados no uso de *mindfulness* para a saúde sexual de mulheres, sobretudo para o baixo desejo sexual, que é a queixa mais frequente de mulheres. Sobre as queixas masculinas há menos publicações, mas a técnica parece contribuir na redução de comportamentos sexuais compulsivos (JESUS, 2019).

Comunicação

Acesse o material digital para assistir o vídeo.



Figura 57 - Comunicação

Fonte: DragonImages /istock.com

A *comunicação* é um aspecto muito importante nos relacionamentos: compreender os desejos, as necessidades e os sentidos daquilo que é vivido e informar para a parceria, de modo a construir acordos e gerar entendimento (RODRIGUES JÚNIOR; ZEGLIO, 2019; INPASEX, 2001).

Não há maneira de um parceiro adivinhar as preferências e desejos do outro, saber o que o outro pensa ou gosta. Uma comunicação clara e objetiva pode contribuir com o entendimento, a intimidade, a confiança e a satisfação com a relação, “à maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam” (KNAPP; BECK, 2008).

Assim, à medida que dois indivíduos esclarecem um para o outro os sentidos e os significados atribuídos aos desejos e às práticas, eles se conhecem, compreendem-se e podem se aceitar, ou, de outra forma, entender que não vão mais se relacionar diante de suas diferenças (KNAPP; BECK, 2008; BECK, 1995).

A comunicação não verbal acontece por meio de expressões de face, de movimentos corporais e gestuais, mas, sem a fala, o que podemos comunicar são as emoções e os sentimentos: triste, alegre, satisfeito, incomodado, dor, desdém, entre outros, mas nunca pensamentos. Essa forma de comunicação é importante nas relações sexuais. Assim, é possível o parceiro perceber quais toques e atividades agradam ou não. Algumas atividades orientadas para o casal têm a função de facilitar essa observação e compreensão.

As técnicas e orientações em TCC são utilizadas por diferentes profissionais, sobretudo na saúde pública e no trabalho com grupos. Nesses espaços, os profissionais podem determinar previamente um protocolo a seguir, com tema abordados e tempo de participação.

Atendimento clínico

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

No atendimento clínico com psicólogos, o uso dessas técnicas ocorre em um processo psicoterapêutico que enfoca questões pessoais e interpessoais. Pode ser necessária a presença da parceria para orientações ou psicoterapia de casal. A utilização da farmacoterapia (remédios) pode ser necessária, mas apenas com indicação e acompanhamento psiquiátrico.

A evolução e o término do processo psicoterapêutico são avaliados junto ao cliente. O término do trabalho não se realiza apenas com a avaliação do psicoterapeuta, mas de acordo com as necessidades e objetivos do cliente. A consideração e respeito ao desejo do cliente é muito importante.

As questões éticas envolvidas são as mesmas que envolvem qualquer trabalho psicoterapêutico. No que tange à sexualidade, o principal é como o psicoterapeuta entende e reage ao cliente. É necessária uma postura acolhedora e compreensiva. A educação sexual pode ser necessária em qualquer processo terapêutico, ainda que não haja queixa (RODRIGUES JÚNIOR.; ZÉGLIO, 2019).

No tratamento das queixas sexuais com base na TCC existem já evidências de resultados satisfatórios nas modalidades individual e grupal, em diferentes fases do desenvolvimento humano. Na saúde pública são utilizadas técnicas e materiais para a psicoeducação nos grupos terapêuticos, de modo a contribuir com a flexibilização dos pensamentos e conceitos (mitos, preconceitos, baixa autoestima, imagem corporal, idade, entre outros), a reestruturação de ideias com base em informações adequadas e reais, para melhora da saúde sexual, e os desdobramentos relacionais, psicológicos e sociais (NASCIMENTO SILVA *et al.*, 2020; HABIGZANG; PETERSEN; MACIEL, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017; MUNIZ; ALARCÓN, 2017; BARROS, 2017).

Aprendemos...

Os pressupostos e técnicas da terapia comportamental cognitiva têm se mostrado eficazes no tratamento das dificuldades sexuais, nos espaços clínicos particulares e na saúde pública, tanto individualmente quanto em casal e em grupo. São utilizados materiais de leitura, orientação teórica e exercícios a serem realizados em casa. A TCC apresenta bons resultados no atendimento a homens e mulheres em todas as fases do desenvolvimento, nas mais diversas situações em processo saúde/doença.

Acesse o material digital para ouvir o Podcast.

Verificando o aprendizado

1. Assinale a alternativa **incorreta**.

A) Ao modificar esses pensamentos e o sistema de crenças/ideias associados para uma forma mais positiva, é possível uma melhora das condições psicológicas das pessoas.

B) Muitas problemáticas em sexualidade se devem ao significado que é atribuído pelo indivíduo.

C) Os mitos e tabus sobre o sexo e a sexualidade são geradores de muitos problemas sexuais.

D) As pessoas que sofrem alguma dificuldade sexual são fracas.

E) Uma educação sexual adequada com base em conhecimentos científicos pode contribuir

para reduzir sofrimentos relativos à vivência do sexo.

2. Relacione.

- I. Escalas e inventários
- II. *Mindfulness*
- III. Psicoeducação
- IV. Procedimentos comportamentais

- () Esclarece dúvidas e traz informações de cunho científico.
- () Estimula o foco sensorial das percepções na vivência do momento.
- () Sensibilização, dessensibilização, aproximação sucessiva, distração e refocagem.
- () Trazem uma série de perguntas sobre a história e vivência sexual e são autoaplicáveis.

- A) I, II, IV, III
 - B) III, II, IV, I
 - C) III, IV, II, I
 - D) I, IV, III, II
 - E) II, I, IV, III
-

3. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Homens são mais sexuais do que as mulheres, por isso eles têm menos problemas sexuais.

Verdadeiro

Falso

3. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Homossexuais e bissexuais não têm problemas sexuais.

Verdadeiro

Falso

3. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Se um homem procura ajuda para o sexo com uma mulher, é porque deve ser homossexual.

Verdadeiro

Falso

3. D) Assinale verdadeiro ou falso.

Se um homem se masturba, é porque não tem capacidade de conquistar uma mulher.

Verdadeiro

Falso

3. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Quando a pessoa fala não, ela quer na verdade que a gente insista mais.

Verdadeiro

Falso

4. Assinale a alternativa **incorreta**.

A) As ideias que se têm sobre o sexo podem atrapalhar na relação sexual.

B) Não é possível saber o que alguém pensa pela “cara”, mas apenas seus sentimentos e emoções.

C) Cada indivíduo tem suas próprias fantasias e desejos.

D) Algumas pessoas nunca pensaram sobre o que gostam no sexo.

E) Quando alguém aceita uma relação sexual, deve estar disposto a tudo que o outro propõe.

5. A) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Terapias com foco em queixas sexuais apresentam bons resultados.

Verdadeiro

Falso

5. B) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Se as pessoas buscam terapias é porque têm problemas muito grandes e são incompetentes para resolverem sozinhas.

Verdadeiro

Falso

5. C) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

As dificuldades sexuais acontecem somente com as pessoas porque não sabem fazer direito.

Verdadeiro

Falso

5. D) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Quando um casal tem problemas sexuais, é porque não se gostam mais.

Verdadeiro

Falso

5. E) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Quando o parceiro diz que não tem desejo é porque está saindo com outra pessoa.

Verdadeiro

Falso

Conclusão

Considerações finais

Acesse o material digital para assistir o vídeo.

Neste curso, conforme proposto no início, percorremos os diversos conceitos, nomenclaturas e políticas que abarcam a sexualidade e as suas diversas manifestações.

Somos cientes do desafio que aguarda cada pessoa que atua na área da sexologia, seja na clínica ou na educação sexual. Além da constante atualização, este é um campo de conhecimento que muitas vezes leva o aluno a se questionar a respeito de seus próprios valores e comportamentos. Dessa forma, temos que levar em consideração que o estudo da sexualidade humana exige flexibilidade de pensamento e reflexão diante de conceitos e comportamentos. Acreditamos que é justamente através dessa flexibilidade que seja possível serem construídas pontes de relacionamento e comunicação diante da grande variação na experiência e expressão sexual humana.

Desejamos que os conceitos e informações trazidas possam contribuir na reflexão e na prática deste complexo e fascinante campo do conhecimento.

Agradecimentos

Aos colegas e profissionais que compartilham e colaboraram na construção do conhecimento.

Bibliografia

ABDO, C. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 3. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2010.

ALMEIDA, M. J. S. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a disfunção sexual na pós-menopausa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 4, out.-dez. 2018, p. 231-238.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSUMPÇÃO-JUNIOR, F. B.; PEDROSO, R. J. Desenvolvimento da sexualidade e da moral. *In*: ASSUMPÇÃO-JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2012.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Temas em Psicoterapia e Psicologia**, 21 jun. 2010.

BARROS, C. A. Parafilias, pedofilia e intervenções em terapia cognitivo-comportamental. **Psique**, v. 2, n. 3, p. 78-94, 2017.

BECK, A. T. **Para além do amor**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Tradução: S. Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEDIN, R. C.; MUZZETI, L. R.; RIBEIRO, P. R. M. A institucionalização do conhecimento sexual no Brasil: sexologia e educação sexual do século XIX aos nossos dias. **Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 27, p. 71-88, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5160>. Acesso em: 16 set. 2021.

BORGES, M. C.; ORDACGI, L.; GARCIA, R. F.; NAZAR, B. P.; FONTENELLE, L. F. Transtornos parafílicos em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: série de casos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 219-223, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 16 set. 2021.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço social em revista**, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CATRACA LIVRE. **Nova York passa a reconhecer 31 gêneros diferentes**. 7 maio 2020. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/nova-york-passa-reconhecer-31-generos-diferentes/>. Acesso em: 16 set. 2021.

CAVALCANTE, J. G. As relações da sexualidade na pessoa com deficiência. In: RODRIGUES JUNIOR, O. M.; ZEGLIO, C. (org.). **Estudos em sexualidade**. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 2019.

COELHO, R. T.; MACHADO FILHO, R.; LUZ, E.; COSTA JÚNIOR *et al.* Atletas transgêneros: tabu, representatividade, minorias e ciências do esporte. **Revista de Trabalhos Acadêmicos Universo**, v. 1, n. 17, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Adoção: um direito de todos e todas**. Brasília: CFP, 2008. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf. Acesso em: 17 set. 2021.

CUNHA, L. M. *et al.* Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 894-906, 2015.

DOCHERTY, J. **Growing Up: A Guide for Children and Parents**. London: Modus, 1986.

ESCRITÓRIO DO ALTO COMISSÁRIO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS (OHCHR). **Nascidos livres e iguais: orientação sexual e identidade de gênero no regime internacional de direitos humanos**. Brasília: Unids, 2013. Disponível em:

https://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes_Portuguese.pdf. Acesso em: 17 set. 2021.

ESTADO DE SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo; Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher; Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Vamos falar sobre masculinidade?** São Paulo: Edepe, 2016 Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Cartilha_masculinidade_machismo_feminilidade%20%281%29.pdf. Acesso em 6 out. 2021.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Ambulatório de Saúde Integral para Travestis Transexuais**. 2014. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst aids-sp/assistencia/ambulatorio-de-saude-integral-para-travestis-transexuais>. Acesso em: 16 set. 2021.

GRADIM, C. V. C; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2007.

HABIGZANG, L. F.; PETERSEN, M. G. F.; MACIEL, L. G. Terapia cognitivo-comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos: estudos de casos múltiplos. **Ciências Psicológicas**, v. 13, n. 2, p. 149-264, 2019.

INSTITUTO PAULISTA DE SEXUALIDADE (INPASEX). **Aprimorando a saúde sexual**: manual de técnicas. São Paulo: Summus Editorial, 2001.

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R.; FREITAS, L. B. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

JESUS, E. S. As possíveis articulações entre mindfulness e a saúde sexual. **Estudos em sexualidade**, v. 81, 2019.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília, 2012.

JORNAL DA USP. **Programa da USP busca melhorar a vida sexual de seus pacientes**. 6 dez. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/programa-da-usp-busca-melhorar-a-vida-sexual-de-seus-pacientes/>. Acesso em: 16 set. 2021.

JUÁREZ-BENGOA, A; BAGNARELLO-GONZÁLEZ, F; RODRÍGUEZ-PERDOMO, D. F. *et al*. Prevalencia de eyaculación retrógrada en esterilidad asociada con hipospermia. **Revista de Ginecología y Obstetricia de México**, v. 79, n. 2, p. 61-66, 2011.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva / Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30 (Supl. II), S54-64, 2008.

LERNER, T. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas**. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

LIRA, A. N.; MORAIS, N. A. Famílias constituídas por lésbicas, gays e bissexuais: revisão sistemática de literatura. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 1051-1067, 2016.

LOBO, C. V.; NASCIMENTO, M. B. C. Políticas públicas de combate à discriminação: um estudo na Argentina e no Brasil. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES*, 10.; FÓRUM PERMANENTE DE INOVAÇÃO EDUCACIONAL, 11., 2017, Aracaju. **Anais eletrônicos [...]**. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2017.

LOPES, B. F. G. **Abordagem biopsicossocial da dor sexual no sexo masculino-a dor como causa da disfunção sexual no homem**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Universidade do Porto, 2018.

MARQUES, F. Z.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3/6 (2008).

MARTÍNEZ-BORDAJANDI, Á. *et al.* Experiências sexuais após prostatectomia radical não poupadora de nervos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

MASIERO, L. M. Cirurgia de redesignação sexual no Brasil: rostos e corpos buscando uma identidade. **Bagoas - Estudos gays: Gêneros & Sexualidades**, v. 12, n. 18, p. 108-139, 2018.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. *In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MIGUEL, C. F. O Conceito de operação estabelecadora na análise do comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 259-267, 2000.

MUNIZ, C. S.; ALARCÓN, R. T. **As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento de pessoas que convivem com HIV/Aids**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental). Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo, 2017.

NARVAZ, M. **Submissão e resistência: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 107-128, 2001.

OLIVEIRA, C.; QUADRADO, J. C. É aqui que eu aprendo a ser homem ou mulher? O espaço escolar como formulador de masculinidades e feminilidades. *In: SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIPAMPA (SIEPE)*, 12., 2020. **Anais eletrônicos [...]**. Bagé, RS: Unipampa, 2020.

OLIVEIRA CAMPOS, A. G. *et al.* Preconceito e discriminação sofridos por pessoas transgênero em serviços de saúde: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-13, 2021.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 42-50, 2015.

PINTO, K. *et al.* O X da questão: proposta de utilização da terapia cognitivo comportamental na terapia sexual com mulheres no climatério. **Psicologia para América Latina**, v. 28, p. 88-99, 2017.

PRAXEDES, M. L. S.; QUEIROZ, M. V. O. Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20 , 2018.

PROTTI, F., RODRIGUES JÚNIOR, O. M. **Vaginismo, quem cala nem sempre consente...!** São Paulo: Biblioteca 24x7, 2008.

RANGÉ, B. Homenagem a Albert Ellis. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 2, 2007.

REIS, T.; EGGERT, E. Ideologia de gênero: uma falácia construída sobre os planos de educação brasileiros. **Educação e Sociedade**, v. 38, n. 138, p. 9-26, jan. 2017.

REIS, T. (org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2. ed. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI; GayLatino, 2018.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3589-3598, 2015.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M.; *et al.* Escala de Autoeficácia Sexual - Forma E - validação clínica brasileira. **Terapia Sexual: Clínica**, v. 10, n. 2, 2007.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M. Inventário de sexualidade – uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. **Revista Terapia Sexual: Clínica – Pesquisa e Aspectos Psicossociais**, v. 1, n. 2, 1999.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M. **Objetos do desejo**: das variações sexuais, perversões e desvios. 2. ed. São Paulo: Iglu Editora, 2000.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M. **Psicologia e sexualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M.; ZEGLIO, C. (org.). **Estudos em sexualidade**. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade (INPASEX), 2019.

ROSSETTI, M. O. **Inventário de comportamentos sexuais da criança**: normatização brasileira e novas evidências de validade. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

RUDNICKI, T.; SANCHEZ, M. M. **Psicologia da Saúde**: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

RUSSO, J. A. *et al.* O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 617-636, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7gwc5N3WMxdfyx7p8tTYhMN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

SANTOS, C. V. M.; CAMPANA, N. T. C.; GOMES, I. G. Cuidado parental igualitário: revisão de literatura e construção conceitual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

SCHLOSSMACHER, C. S.; BONATO, F.; SCHLOSSMACHER, L. Prevalência de disfunções sexuais entre mulheres atendidas em unidades de saúde de Curitiba. **Revista brasileira de sexualidade humana**, v. 32, n. 1, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Saúde da Mulher na atenção Básica.**

Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5696.

Acesso em: 17 set. 2021.

SERPA, M. G. Perspectivas sobre papéis de gênero masculino e feminino: um relato de experiência com mães de meninas vitimizadas. **Psicologia e Sociedade**, v. 22 , n. 1, p. 14-22, 2010.

SEXOLOGIA. Michaelis: Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. s/d. Disponível em:

<https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=sexologia>

SILVA, A. L.; ORNELAS MAIA, A. C. C. A evolução da sexualidade masculina através do tratamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo-comportamental. **Cadernos UniFOA**, v. 3, n. 1 (Esp.), p. 87-96, 2008.

SILVA, R. F. N. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS/Cognitive-Behavioral therapy in the treatment of people living with HIV/AIDS. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 88271-88284, 2020.

SUDRÉ, Lu. Assassinatos de pessoas trans aumentaram 41% em 2020. **Brasil de Fato**, 29 jan. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/01/29/assassinatos-de-pessoas-trans-aumentaram-41-em-2020>. Acesso em: 17 set. 2021.

PORTAL DA SEXUALIDADE. Disponível em: <http://www.portaldasexualidade.com.br/>. Acesso em 16 set. 2021.

UNESCO. **Unesco's Gender Mainstreaming Implementation Framework**. Baseline definitions of key concepts and terms. 2003. Disponível em:

<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/BSG/GENDER/PDF/1.%20Baseline%20Definitions%20of%20key%20gender-related%20concepts.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

VIEIRA, D. **Tem pouca diferença**. Disponível em: <https://analisedeletras.com.br/jackson-do-pandeiro/tem-pouca-diferenca/>. Acesso em: 17 set. 2021.

WOLPE, J. **Prática da terapia comportamental**. São Paulo: Brasiliense, 1973.

ZIMMERMANN, I. Sexualität and Sexualpräferenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. **Pädiatrie & Pädologie**, v. 50, n. 5, p. 206-211, 2015.

Conteudista



Monica Gonçalves de Melo Teixeira

Graduada em Psicologia pela Universidade de Santo Amaro (2005). Formação em Terapia Comunitária pela Teia Paulistana e SENAD-Secretaria Nacional de Álcool e Drogas (2006). Formação em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade pelo INPASEX - Instituto Paulista de Sexualidade (2009). Pós-graduação em Saúde Mental - AVM (2016). Mestre em Ciências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP (2017). Doutoranda pelo Programa de Neurociências e Comportamento do IPUSP (início 2019), pesquisas em expressão facial e relacionamentos afetivos. Atualmente é professora convidada em cursos de pós-graduação na área da psicologia. Experiência em psicologia clínica, atendimento a casais, adultos e adolescentes com base na Terapia Cognitiva Comportamental. Experiência no terceiro setor, saúde mental e educação em sexualidade.

Exercícios de fixação - respostas

Módulo 1

1. Assinale a alternativa correta:

- ☐ A) Sexo e gênero são biológicos.
- ☐ B) O sexo determina o gênero.
- ☐ C) Tanto gênero quanto sexo são determinados pela sociedade.
- ☒ D) O sexo é biológico, estabelecendo-se principalmente de acordo com os genitais e todo o órgão reprodutor.
- ☐ E) Intersexo é um terceiro sexo pouco conhecido.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

2. Sobre o conceito de gênero, assinale a alternativa **incorreta**:

- ☐ A) O gênero é um conceito desenvolvido para facilitar a identificação e expressão da diversidade na sexualidade humana.
- ☒ B) O gênero é definido pelo sexo biológico.
- ☐ C) Tanto gênero quanto sexo são determinados pela sociedade.
- ☐ D) Masculino e feminino se referem ao sexo biológico.
- ☐ E) Quando ocorre má-formação genital, descaracterizando o sexo genital, ocorre o chamado intersexo.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. A) Assinale verdadeiro ou falso:

Queer é um adjetivo de preferência para muitos jovens que não têm constância de orientação sexual.

- ☒ Verdadeiro
- ☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. B) Assinale verdadeiro ou falso:

Assexual é o indivíduo que não gosta de conversar sobre sexo.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. C) Assinale verdadeiro ou falso:

Travesti é o homossexual que participa de atividades artísticas.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. D) Assinale verdadeiro ou falso:

Lésbicas são indivíduos de sexo e gênero feminino com interesse, atração afetiva/emocional apenas por pessoas de sexo e gênero feminino.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. E) Assinale verdadeiro ou falso:

Sejam cis ou trans, hetero, bi ou homossexual, as pessoas têm necessidades afetivas.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. Sobre identidade de gênero, qual é a alternativa **incorreta**?

- ☐ A) A inconformidade de gênero ocorre quando um indivíduo se identifica com os dois gêneros ou não se identifica com nenhum deles.
- ☒ B) Homossexualidade é o termo aplicado a indivíduos que se interessam por pessoas do mesmo sexo.
- ☐ C) Um homem é cisgênero se seu sexo biológico e sua identidade de gênero forem masculinas.
- ☐ D) É considerada transgênero a pessoa que se identifica social e psicologicamente com um gênero que não corresponde ao seu sexo biológico.
- ☐ E) Transgênero é um termo que pode ser utilizado em substituição dos termos transexuais, travestis e trans.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. Assinale a alternativa **incorreta**.

- ☒ A) Cisgênero são pessoas que se mostram caracterizadas com gênero diferente do sexo de nascimento.
- ☐ B) Bissexual é o indivíduo que se interessa afetiva e emocionalmente por pessoas de gênero masculino e feminino.
- ☐ C) Pansexual é o indivíduo que se interessa afetiva e emocionalmente por pessoas, independentemente da identidade e da expressão de gênero.
- ☐ D) Machismo é uma forma de pensar que estabelece uma hierarquia de poder entre homens e mulheres.
- ☐ E) Existem muitas formas de pensar e de ser homem ou mulher.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

Módulo 2

1. Sobre os acordos internacionais quanto aos direitos humanos de pessoas LGBTQIA+, é **incorreto** afirmar:

- ☐ A) Realizam ações para prevenir tortura e tratamento cruel, desumano e degradante de pessoas LGBTQIA+.
- ☒ B) Proíbem a organização social de grupos minoritários.
- ☐ C) Proíbem a discriminação baseada em orientação sexual ou identidade de gênero.
- ☐ D) Respeitam as liberdades de expressão, de associação e de reunião pacífica.
- ☐ E) Objetivam proteger os indivíduos de violência homofóbica e transfóbica.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

2. Assinale as alternativas **incorretas**.

- I. Nome social é o nome pelo qual uma pessoa quer ser reconhecida.
- II. Nome social é um apelido carinhoso.
- III. O nome social pode ser reconhecido como de gênero diferente daquele que consta na certidão de nascimento, para travestis e transgênero.
- IV. O nome social não é aceito em nenhuma instância ou serviço público.
- V. O nome social condiz com o gênero pelo qual o indivíduo se reconhece/identifica e possibilita menor exposição social.

- ☐ A) I, II e IV
- ☐ B) I e II
- ☒ C) II e IV
- ☐ D) IV e V

⌋

☐ E) II, III e IV

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. A) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Em geral, os profissionais da saúde não são preparados para o atendimento às demandas da população LGBTQIA+.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. B) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

A falta de orientação e acompanhamento médico para essa população é responsável pelo agravamento de doenças.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. C) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Algumas ideias preconcebidas sobre o comportamento e necessidades dessa população fazem com que alguns procedimentos preventivos sejam solicitados em menor frequência.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. D) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

Homossexuais não precisam de planejamento familiar.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. E) Relativamente à saúde da população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso:

A homossexualidade pode ser tratada e curada.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. A) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população não tem interesse em relacionamento estável e monogâmico.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. B) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Família e filhos não são desejáveis a essa população, pois limitam a liberdade.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. C) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população deseja destruir todas as instituições sociais.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. D) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Essa população quer aparecer e fazer as pessoas mudarem seu comportamento.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. E) Sobre a população LGBTQIA+, assinale verdadeiro ou falso.

Sejam cis ou trans, hetero, bi ou homossexual, as pessoas buscam a satisfação de suas necessidades de afeto, família, filhos, grupos e afiliações.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. Assinale a alternativa correta.

☒ A) No Brasil, as ações de proteção para a população LGBTQIA+ são regionalizadas.

☐ B) A Lei Federal que criminaliza ações de discriminação e violência contra a população LGBTQIA+ foi implementada em 2010.

☐ C) A atenção básica no SUS oferece atendimento em planejamento familiar para homens homossexuais.

☐ D) A população LGBTQIA+ não sofre de câncer de próstata e útero.

☐ E) Todos os profissionais da saúde são treinados no acolhimento e atendimento das demandas da população LGBTQIA+.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

Módulo 3

1. Relacione a conduta sexual ao período de desenvolvimento:

- I. 0 a 2 anos
- II. 2 a 6 anos
- III. 6 a 11 anos
- IV. 11 a 12 anos

- () Curiosidade sexual, jogos e fantasias sexuais.
- () Relacionamento genital com a possibilidade de concepção.
- () Manipulação corporal com prazer sensorial.
- () Masturbação solitária, curiosidade sexual com jogos de caráter exploratório.

- ☐ A) I, II, IV, III
- ☐ B) III, IV, II, I
- ☒ C) III, IV, I, II
- ☐ D) II, IV, III, I
- ☐ E) I, IV, III, II

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

2. Assinale a alternativa **incorreta** sobre o desenvolvimento puberal.

- ☐ A) A puberdade pode ser precoce ou tardia. As mudanças podem ser abruptas ou graduais.
- ☐ B) Não existe uma idade exata para iniciar a puberdade.
- ☐ C) Durante a puberdade ocorre a menarca, a primeira menstruação para meninas.
- ☐ D) A puberdade é caracterizada pelas mudanças nas características externas do desenvolvimento sexual.
- ☒ E) Mudanças comuns na puberdade: crescimento de pelos pubianos, alterações no odor corporal, melhora do humor, redistribuição de gordura corporal, desinteresse em grupos sociais, mudança de voz nos meninos, desinteresse sexual, acne, entre outros.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. Assinale a alternativa correta.

- ☐ A) As fases da resposta sexual humana podem ser vividas separadamente.
- ☒ B) A principal função biológica da excitação é preparar os corpos para o sexo (coito).
- ☐ C) Os genitais são a única região do corpo sensível para o prazer sexual.
- ☐ D) Se não houver ejaculação (gozo), um homem não tem orgasmo.
- ☐ E) Mulheres e pessoas com deficiência não têm orgasmo.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. A) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Muitos idosos, à medida que apresentam dificuldades em lidar com atividades da vida diária, vão morar com outras pessoas e perdem a privacidade.

- ☒ Verdadeiro
- ☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. B) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

O desejo sexual, quando percebido em idosos, é entendido como errado, aversivo.

- ☒ Verdadeiro
- ☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. C) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

"Quando se envelhece, voltamos a ser como crianças".

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. D) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Em vista da pouca lubrificação vaginal, é impossível haver penetração no sexo.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. E) Sobre sexo e o envelhecimento, assinale verdadeiro ou falso.

Na velhice, não há interesse em sexo.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. A) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Em todos os relacionamentos de longo prazo, chega o momento em que não há mais necessidade de sexo e que o importante é o amor e a amizade.

Resposta correta (todas são falsas).

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. B) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Existe um jeito certo para o sexo. Qualquer atividade diferente ou uso de objetos é coisa de pessoas doentes e perversas.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. C) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

As pessoas precisam de uma frequência semanal de sexo para serem felizes.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. D) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Para uma relação sexual ser satisfatória, é necessário ter orgasmos.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. E) Sobre sexo e qualidade de vida, assinale verdadeiro ou falso.

Homossexuais gostam mais de sexo que heterossexuais.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

Módulo 4

1. Assinale a alternativa correta.

☐ A) Existe uma forma, um lugar e um tempo que são certos e adequados para todas as pessoas fazerem sexo.

☒ B) As pessoas que têm algum sofrimento, seja físico ou emocional em relação ao sexo, podem procurar ajuda profissional para ter uma vida sexual mais satisfatória.

☐ C) As pessoas que não conseguem fazer sexo do jeito certo têm problemas sexuais.

☐ D) Pessoas saudáveis aceitam e praticam todo e qualquer comportamento sexual.

☐ E) Educação sexual é uma forma de incentivar as pessoas a fazerem sexo.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

2. Sobre as dificuldades sexuais, relacione:

- I. Primárias
- II. Secundárias
- III. Situacionais

() As dificuldades iniciam após um período difícil ou uma vivência de situação traumática: acidentes, cirurgias, doenças, violência, relacionamento ruim, experiência sexual desagradável, entre outras.

() Os problemas acontecem em alguns momentos específicos: quando faz uso de álcool, vai a motel ou a lugares em que têm outras pessoas em quartos próximos, em dias de trabalho, com alguns parceiros e outros não, entre outros.

() Acontecem com frequência desde as primeiras experiências sexuais.

- ☐ A) I, II, III
- ☒ B) II, III, I
- ☐ C) III, II, I
- ☐ D) II, I, III
- ☐ E) I, III, II

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Homens e mulheres podem sofrer com baixo desejo sexual, mas, se o baixo desejo não causa incômodo, não se configura um transtorno da sexualidade.

- ☒ Verdadeiro
- ☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Apenas homens heterossexuais têm dificuldade de ereção.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Uma boa parceria sexual é quando não se precisa dizer nada, e o outro já sabe tudo o que é bom.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. D) Assinale verdadeiro ou falso.

As disfunções sexuais podem acontecer tanto em uma relação solitária quanto com uma parceria.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Quando uma pessoa tem problemas sexuais, é algo para toda a vida.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. Assinale a alternativa **incorreta**.

☒ A) Em um transporte público se um homem esfrega o pênis em uma pessoa em pé na sua frente e ninguém se queixa, é porque gostaram.

☐ B) Observar pessoas fazendo sexo sem o conhecimento e a autorização delas é crime. Algumas pessoas têm intenso prazer nessa prática, podendo passar por muitos problemas quando não conseguem se controlar ou ter excitação de outro modo.

☐ C) A exibição e a observação de pessoas em situações sexuais em casas especializadas em *swing* não é considerada crime.

☐ D) As pessoas têm diferentes necessidades de sexo, e não existe uma frequência correta.

☐ E) A dor na relação sexual não é esperada, salvo se aceita e provocada. Quando acontece dor para qualquer um dos envolvidos, independentemente do sexo ou da identidade sexual, isso pode ser um sinal de problemas físicos ou psicológicos.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Independentemente da identidade de gênero e da orientação sexual, as mulheres geralmente não gostam muito de sexo.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Algumas pessoas são naturalmente incapazes de viver o orgasmo.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Pessoas casadas não têm disfunções sexuais. É normal mudar a vida sexual depois do casamento, e nada pode ser feito.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. D) Assinale verdadeiro ou falso.

O sexo é natural, não sendo necessário conversar sobre o assunto com parceiros sexuais.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Algumas pessoas são satisfeitas com a própria vida sexual, mesmo sabendo que fazem sexo muito menos do que deveriam.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

Módulo 5

1. Assinale a alternativa **incorreta**.

- ☐ A) Ao modificar esses pensamentos e o sistema de crenças/ideias associados para uma forma mais positiva, é possível uma melhora das condições psicológicas das pessoas.
- ☐ B) Muitas problemáticas em sexualidade se devem ao significado que é atribuído pelo indivíduo.
- ☐ C) Os mitos e tabus sobre o sexo e a sexualidade são geradores de muitos problemas sexuais.
- ☒ D) As pessoas que sofrem alguma dificuldade sexual são fracas.
- ☐ E) Uma educação sexual adequada com base em conhecimentos científicos pode contribuir para reduzir sofrimentos relativos à vivência do sexo.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

2. Relacione.

- I. Escalas e inventários
- II. *Mindfulness*
- III. Psicoeducação
- IV. Procedimentos comportamentais

- () Esclarece dúvidas e traz informações de cunho científico.
- () Estimula o foco sensorial das percepções na vivência do momento.
- () Sensibilização, dessensibilização, aproximação sucessiva, distração e refocagem.
- () Trazem uma série de perguntas sobre a história e vivência sexual e são autoaplicáveis.

- ☐ A) I, II, IV, III
- ☒ B) III, II, IV, I
- ☐ C) III, IV, II, I
- ☐ D) I, IV, III, II
- ☐ E) II, I, IV, III

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. A) Assinale verdadeiro ou falso.

Homens são mais sexuais do que as mulheres, por isso eles têm menos problemas sexuais.

- ☐ Verdadeiro
- ☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. B) Assinale verdadeiro ou falso.

Homossexuais e bissexuais não têm problemas sexuais.

- ☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. C) Assinale verdadeiro ou falso.

Se um homem procura ajuda para o sexo com uma mulher, é porque deve ser homossexual.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. D) Assinale verdadeiro ou falso.

Se um homem se masturba, é porque não tem capacidade de conquistar uma mulher.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

3. E) Assinale verdadeiro ou falso.

Quando a pessoa fala não, ela quer na verdade que a gente insista mais.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

4. Assinale a alternativa **incorreta**.

- ☐ A) As ideias que se têm sobre o sexo podem atrapalhar na relação sexual.
- ☐ B) Não é possível saber o que alguém pensa pela “cara”, mas apenas seus sentimentos e emoções.
- ☐ C) Cada indivíduo tem suas próprias fantasias e desejos.
- ☐ D) Algumas pessoas nunca pensaram sobre o que gostam no sexo.
- ☒ E) Quando alguém aceita uma relação sexual, deve estar disposto a tudo que o outro propõe.

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. A) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Terapias com foco em queixas sexuais apresentam bons resultados.

- ☒ Verdadeiro
- ☐ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. B) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Se as pessoas buscam terapias é porque têm problemas muito grandes e são incompetentes para resolverem sozinhas.



☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. C) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

As dificuldades sexuais acontecem somente com as pessoas porque não sabem fazer direito.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. D) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Quando um casal tem problemas sexuais, é porque não se gostam mais.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.

5. E) Assinale verdadeiro ou falso para cada assertiva.

Quando o parceiro diz que não tem desejo é porque está saindo com outra pessoa.

☐ Verdadeiro





Falso

Você acertou!

Você errou. Tente novamente.
