

# Disfunções sexuais em homossexuais

*Fernanda Santos Grossi<sup>i</sup>, Bárbara Braga de Lucena<sup>ii</sup>, Carmita Helena Najjar Abdo<sup>iii</sup>*

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## RESUMO

As disfunções sexuais ocorrem em homossexuais masculinos e femininos, com alta prevalência e fatores de risco semelhantes aos da população heterossexual. No entanto, questões sociais como preconceito e homofobia podem ser fatores estressantes importantes no desencadeamento de queixas sexuais entre os homossexuais. Nos homens homossexuais, a disfunção erétil e a ansiedade de desempenho são as queixas sexuais mais comuns, enquanto nas mulheres homossexuais, são a insatisfação sexual e a diminuição do desejo. A avaliação e o tratamento desta população requerem abordagem ampla, cuidadosa e respeitosa, a fim de assegurar o exercício da sexualidade de forma plena e satisfatória.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comportamento sexual, homossexualidade, transtornos sexuais e da identidade sexual, disfunções sexuais psicogênicas, saúde sexual e reprodutiva

## INTRODUÇÃO

A homossexualidade é definida como a atração sexual, exclusiva ou preferencial, por pessoas do mesmo sexo. Está presente em todas as sociedades desde o início da civilização.<sup>1,2</sup> Casais homossexuais sempre existiram, mesmo na ausência de suporte social, institucional ou de intenção procriativa.<sup>3,4</sup>

Assim como ocorre com os heterossexuais, homossexuais masculinos ou femininos estão sujeitos às alterações do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo, resolução), que resultam nas disfunções sexuais. De acordo com a última edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,<sup>5</sup> as disfunções sexuais masculinas são: transtorno do desejo sexual hipotivo masculino, transtorno erétil, ejaculação retardada e ejaculação precoce.

<sup>i</sup>Médica ginecologista e obstetra, coordenadora do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral de Caxias do Sul, especialista em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo.

<sup>ii</sup>Psicóloga, mestre em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>iii</sup>Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Editor responsável por esta seção:

**Carmita Helena Najjar Abdo.** Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Fernanda Santos Grossi

Rua Borges de Medeiros, 551 — Centro — Caxias do Sul (RS) — CEP 95020-310

Fone (54) 30228900 — E-mail: fernanda.grossi@yahoo.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declara — Conflito de interesse: nenhum declara

Entrada: 3 de novembro de 2014 — Última modificação: 26 de novembro de 2014 — Aceite: 3 de dezembro de 2014

Às mulheres, podem ocorrer: transtorno do interesse/excitação sexual femininos, transtorno do orgasmo e transtorno de dor genitopélvica à penetração. As disfunções sexuais e suas repercussões nos relacionamentos e qualidade de vida têm sido cada vez mais estudadas. No entanto, os dados encontrados são, em sua grande maioria, relativos à população heterossexual. Poucos estudos estão direcionados ao melhor entendimento do funcionamento sexual entre pessoas do mesmo sexo, bem como estudos comparativos entre casais hetero e homossexuais.<sup>3,5-7</sup>

Independentemente da orientação sexual, muitos fatores estão envolvidos na etiologia da disfunção sexual. Esta geralmente envolve um somatório de fatores físicos, relacionais e psicológicos que ainda são pouco conhecidos, especialmente em populações homossexuais.<sup>5,6,8,9</sup>

## HOMOSSEXUALIDADE COMO OBJETO DE ESTUDO

Karl Heinrich, em 1864, foi o primeiro a afirmar que havia diferenças inatas entre homo e heterossexuais, desenvolvendo a primeira teoria com base biológica sobre o desenvolvimento da orientação sexual. O termo *homossexual* foi usado pela primeira vez em 1869 por Kertbeny, com o objetivo de legitimar biologicamente a “vocação” homossexual e isentar de culpa seus “vocacionados”. Em 1886, Krafft-Ebing conceituou o então homossexualismo (hoje: homossexualidade) como uma doença, acreditando ser uma etapa anterior ao travestismo e ao transexualismo.<sup>10</sup>

Acerca da orientação sexual de homens e mulheres, Kinsey, em 1948 criou uma *escala de valoração sexual* que apresenta uma graduação contínua entre indivíduos, desde exclusivamente heterossexuais até indivíduos exclusivamente homossexuais, considerando os cinco comportamentos intermediários entre esses dois pólos. O estudo de Kinsey revelou que 35% dos homens tiveram algum tipo de relação homossexual em algum momento de suas vidas, sendo 4% a 5% dos homens adultos homossexuais por toda a vida, e 13% predominantemente homossexuais pelo menos por três anos entre os 16 e os 55 anos. Para as mulheres, foram encontrados índices genericamente na metade desses.<sup>1,11,12</sup> A preferência homossexual, com contato físico entre púberes ou adolescentes, ocorre a 30% dos indivíduos, sendo que dois terços destes consideram-se heterossexuais na vida adulta. Essa conduta tem caráter exploratório, não havendo componente afetivo. A orientação sexual é definida somente após a puberdade.<sup>1,4,13</sup>

No Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, 2,4% das mulheres e 6,1% dos homens se definiram como homossexuais. A prevalência mundial de homens exclusivamente homossexuais é

de aproximadamente 2% a 5% e de mulheres exclusivamente homossexuais, de 1% a 2%. As estimativas a esse respeito podem ser controversas, devido à dificuldade de avaliação. Outro dado, é que 56% das mulheres contra 19% dos homens têm experiências sexuais heterossexuais antes da primeira relação homossexual.<sup>1,4,14</sup>

Em 1979, a homossexualidade deixou de ser considerada doença, passando a ser reconhecida como variação da orientação sexual, assim como a heterossexualidade e a bissexualidade.<sup>1,3</sup> Durante os anos de 1980 a 1990, a maioria dos países desenvolvidos descriminalizou a homossexualidade e proibiu a discriminação contra gays e lésbicas. Na atualidade, a homossexualidade ainda é considerada crime em países socialmente conservadores, como no mundo árabe e na África.<sup>1,2</sup> Nos países ocidentais, o século XXI trouxe mudanças sociais significativas acerca da homossexualidade, tais como: direito a união civil, constituição de uma família por meio do acesso a técnicas de reprodução assistida ou adoção, e reconhecimento destes novos arranjos familiares pela sociedade.<sup>15</sup>

## HOMOSSEXUALIDADE, COMPORTAMENTO SEXUAL E DISFUNÇÕES SEXUAIS

Embora a homossexualidade e as disfunções sexuais sejam assuntos pertinentes e atuais na literatura científica, poucos estudos têm abordado a ocorrência de disfunções sexuais em indivíduos homossexuais. A maioria dos estudos acerca da sexualidade de homossexuais foca em questões relacionadas ao comportamento sexual de risco, transmissão do HIV e o impacto da infecção pelo vírus sobre a sexualidade.<sup>7</sup>

Diferenças culturais, sociodemográficas e padrões de comportamento, como uso de álcool e drogas, podem afetar a saúde sexual de qualquer indivíduo. A falta de apoio familiar e social também é considerada fator estressante. Homossexuais, de um modo geral, estão mais sujeitos à coerção, violência, preconceito, possibilidades de rejeição ou discriminação, ocultação ou dissimulação da própria orientação sexual e homofobia internalizada (quando o indivíduo homossexual direciona para si mesmo esse sentimento negativo da sociedade). Tais estressores podem influenciar diretamente no desencadeamento de transtornos sexuais.<sup>6,7,9,16,17</sup>

Os primeiros estudos comparativos sobre as diferenças na função sexual entre hetero e homossexuais já enfatizavam, para fins diagnósticos, a necessidade de evitar a conceitualização rigorosa das disfunções sexuais, uma vez que a relação heterossexual envolve a penetração vaginal, para qual não há

um correspondente na relação homossexual, na qual os papéis sexuais geralmente são reversíveis (ativo/passivo).<sup>18</sup>

A frequência sexual dos casais homossexuais, abordada desde os estudos iniciais, encontra atividade sexual mais intensa e variada na população homossexual masculina, quando comparada a relacionamentos heterossexuais ou aos homossexuais femininos. Alguns autores acreditam que essas diferenças podem estar relacionadas a características próprias do sexo masculino, tais como maior assertividade sexual e desejo sexual mais intenso.<sup>19</sup>

Os poucos estudos que avaliam particularmente as disfunções sexuais em homossexuais demonstram prevalência relativamente alta (50% e 79%) de pelo menos uma queixa relacionada à função sexual.<sup>20,21</sup>

### Homens

Segundo Hirshfield, as queixas mais relatadas por homens que praticam sexo com homens são, em ordem de prevalência: desejo sexual hipotivo, problemas de ereção, ansiedade de desempenho, ausência de prazer na relação sexual, incapacidade de atingir o orgasmo, ejaculação precoce e dor durante a relação sexual.<sup>20</sup>

No estudo de Bancroft, com 2.937 homens, a disfunção erétil foi mais frequente em homossexuais, enquanto entre os homens heterossexuais foi a ejaculação precoce, sendo este resultado corroborado por outros estudos semelhantes.<sup>22</sup>

Comparativamente aos heterossexuais, homens homossexuais podem apresentar maior dificuldade em admitir seus problemas sexuais por considerá-los mais embaraçosos. Também estão mais propensos à ansiedade de desempenho, devido à necessidade de afirmar a própria virilidade, por meio da resposta erétil. A ansiedade de desempenho pode ocorrer mesmo na ausência de disfunção erétil, pois a ereção, como demonstração de resposta ao estímulo, é mais importante para o próprio indivíduo do que o prazer que pode proporcionar ao parceiro.<sup>8,19,20,22</sup>

### Mulheres

A função sexual das mulheres homossexuais também tem sido pouco estudada. A maioria das pesquisas aborda a frequência e a satisfação sexuais. Existe dificuldade em obter amostras confiáveis, pois muitas mulheres, apesar de praticarem atividade sexual com outras mulheres, se declaram heterossexuais, o que também pode dificultar a adequada abordagem sobre a saúde sexual.<sup>9,19,23,24</sup> As peculiaridades do sexo feminino (alterações no ciclo reprodutivo, maior valorização dos aspectos emocionais do relacionamento) influenciam diretamente o comportamento sexual delas, independentemente da orientação sexual.<sup>23,25,26</sup>

Em termos de práticas sexuais, mulheres homossexuais praticam mais masturbação, enquanto mulheres heterossexuais praticam mais sexo vaginal. Adicionalmente, a utilização de pornografia, roupas e acessórios eróticos é mais comum entre as mulheres heterossexuais, possivelmente pela influência do homem na relação sexual.<sup>23,24</sup>

Em um estudo populacional recente, Burri constatou que mulheres homossexuais têm mais queixas de insatisfação sexual e desejo sexual hipotivo do que mulheres heterossexuais. As queixas relacionadas à excitação, dificuldade de lubrificação, orgasmo e dor no ato sexual não apresentaram diferença significativa de prevalência entre hetero e homossexuais. A autora sugere que a maior ocorrência de insatisfação sexual nas mulheres homossexuais está relacionada às características do relacionamento homossexual e aos fatores estressantes próprios desta população.<sup>24</sup>

A respeito da frequência de atividades sexuais, a maioria dos estudos demonstra que os casais homossexuais femininos praticam menos sexo que casais heterossexuais e homossexuais masculinos. Entretanto, menor frequência não está necessariamente relacionada à maior insatisfação sexual, e pode ser explicada, segundo alguns autores, pela dificuldade do sexo feminino em tomar a iniciativa do ato sexual.<sup>7,24,25,26</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da sexualidade com qualidade independe da orientação sexual e requer que homens e mulheres tenham boa condição de saúde física e mental, hábitos saudáveis, grau de intimidade satisfatório com o(a) parceiro(a), além de conhecimento sobre o assunto.

As angústias de homens e mulheres homossexuais referentes à função sexual não podem ser negligenciadas. Aos profissionais que lidam com esta população, é imperativo abordar a diversidade sexual de forma ampla e respeitosa, dissipando mitos sobre uma “adequada” função sexual.

Os principais fatores de risco para disfunções sexuais, específicos das populações homossexuais, são aqueles relacionados às questões sociais, tais como o preconceito e a possibilidade de rejeição, maior probabilidade de envolvimento com álcool e drogas, maior suscetibilidade a violência e coerção sexual, dificuldade em assumir a própria orientação sexual e a homofobia internalizada, que é considerada por alguns autores o principal fator de risco para a ocorrência de disfunções sexuais nesta população. A qualidade do relacionamento íntimo, apoio social e baixos níveis de homofobia internalizada estão relacionados à maior satisfação sexual e risco reduzido para o desenvolvimento de disfunções sexuais.

## REFERÊNCIAS

1. Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. 3ª ed. São Paulo: Leitura Médica; 2010.
2. Nogueira EA, Funes GPFM. Premissas do homossexualismo. V Encontro de Iniciação Científica, IV Enc de Extensão Universitária e I Enc. de Iniciação Científica para o Ensino Médio. 2009;5(5). Disponível em: <http://intertemas.unioleto.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2014/2128>. Acessado em 2014 (11 nov).
3. Kaplan H, Sadock BJ. Sexualidade humana. In: Kaplan H, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p. 371-400.
4. Kurdek LA. Sexuality in homosexual and heterosexual couples. In: McKinney K, Sprecher S, editors. *Sexuality in close relationships*. New Jersey: Psychology Press; 1991. p. 177-19.
5. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-V*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. Coleman E, Rosser BR, Strapko N. Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatr Med*. 1992;10(2):257-71.
7. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Arch Sex Behav*. 2009;38(1):50-65.
8. Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Prevalence and factors of sexual problems in Chinese males and females having sex with the same-sex partner in Hong Kong: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2006;18(2):130-40.
9. Kuyper L, Vanwesenbeeck I. Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: the role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *J Sex Res*. 2011;48(2-3):263-74.
10. Cunha HL, Castro DS, Alvarenga MAS. Diferenças neurobiológicas e cognitivas entre homossexuais e heterossexuais. *Neurobiologia*. 2011;74(3-4):203-19.
11. Marmor J. *A inversão sexual: as múltiplas raízes da homossexualidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
12. Kinsey A, Pomeroy W, Martin, C. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders; 1948.
13. Freud S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Obras psicológicas completas de S. Freud. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 2006.
14. Abdo C. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Editora Bragantini; 2004.
15. Martins CD, Souza MEA. União homoafetiva como entidade familiar. *Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas*. 2011;1(1). Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/17-34-1-PB.pdf>. Acessado em 2014 (11 nov).
16. Shindel AW, Vittinghoff E, Breyer BN. Erectile dysfunction and premature ejaculation in men who have sex with men. *J Sex Med*. 2012;9(2):576-84.
17. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician*. 2006;74(2):279-86.
18. Sandfort TG, de Keizer M. Sexual problems in gay men: an overview of empirical research. *Annu Rev Sex Res*. 2001;12:93-120.
19. Holmberg D, Blair KL. Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *J Sex Res*. 2009;46(1):57-66.
20. Hirshfield S, Chiasson MA, Wagmiller RL Jr, et al. Sexual dysfunction in an Internet sample of U.S. men who have sex with men. *J Sex Med*. 2010;7(9):3104-14.
21. Rosser BR, Metz ME, Bockting WO, Buroker T. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: an empirical study with implications for HIV prevention. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(1):61-73.
22. Bancroft J, Carnes L, Janssen E, Goodrich D, Long JS. Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Arch Sex Behav*. 2005;34(3):285-97.
23. Shindel AW, Rowen TS, Lin TC, et al. An internet survey of demographic and health factors associated with risk of sexual dysfunction in women who have sex with women. *J Sex Med*. 2012;9(5):1261-71.
24. Burri A, Rahman Q, Santilla P, et al. The relationship between same-sex experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2012;9(1):198-206.
25. Tracy JK, Junginger J. Correlates of lesbian sexual functioning. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(4):499-509.
26. Hurlbert DF, Apt C. Female sexuality: a comparative study between women in homosexual and heterosexual relationship. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(4):315-27.