

# O Ginecologista e a Sexualidade **1**

---

Nelson Vitiello<sup>1</sup>

É sem dúvida ao ginecologista que a maioria das mulheres - e talvez até a maioria dos casais - faz chegar suas dúvidas e queixas a respeito da sexualidade como um todo a do seu desempenho sexual em particular. Sendo o ginecologista o especialista que mais de perto lida com aspectos da reprodução, parece normal que a ele também se reportem os fatos e as fantasias ligadas à sexualidade. O fato de desnudar-se fisicamente para o exame ginecológico, a necessidade de contar fatos ligados a processos emocionais tão íntimos que não são comumente relatados sequer a grandes amigos, faz com que a paciente veja no ginecologista o natural e fiel depositário de dúvidas e confidências. Mais ainda, com a praticamente total extinção da antiga figura do “médico de família”, os ginecólogos vem sendo amiúde chamados para exercitar aquelas funções de amigo confiável, conselheiro ponderado a profissional capaz, que aquele clínico outrora exercia. Nada mais natural, por isso - segundo a ótica de nossas pacientes - que as dúvidas a queixas de âmbito sexual, ate mestno no que tange à aspectos da educação dos filhos, acabem chegando ao ginecologista. Acresce a esses fatos a alta frequência com que, por preconceitos machistas ou por desinformação, são trazidas também a nós as queixas sobre o desempenho sexual dos maridos, visto que estes raramente procuram espontaneamente psicoterapetras, urologistas ou andrologistas.

Ocorre que a imensa maioria dos cursos de medicina existentes no país não prepara seus educandos para exercer essas funções. Somos, habi-

---

1. Ginecologista.

Recebido em 15.05.93

Aprovado em 15.06.93

tualmente, adestrados a fundo para conhecer sutis aspectos da reprodução, aprendemos fantásticos detalhes sobre metabolismo íntimo dos gametas, nos são ensinados pormenorizadamente os complexos movimentos tubários, mas nada aprendemos sobre como aquele espermatozóide em especial foi parar naquela trompa em particular. Em outras palavras, não consta do currículo da maioria - senão da totalidade - das escolas de medicina, qualquer instrução a respeito de desejo, padrões de conduta sexual ou mesmo informações sobre a fisiologia da resposta sexual humana. Essa falha, que não é sanada sequer na Residência Médica, faz com que nós médicos, saibamos sobre sexo o que qualquer adulto medianamente instruído em outro ramo profissional sabe; a diferença é que seremos chamados, profissionalmente, a atuar nessa área (5).

Nossa falta de preparo é tanta - considerando-se apenas o que o comum das Faculdades de Medicina ensina - que nem mesmo nossa própria sexualidade é melhor resolvida do que a de nossos pacientes. Somos portadores das mesmas limitações, dos mesmos preconceitos machistas e das mesmas sensações de culpa para lidar com o tema que o comum dos leigos. Pela peculiar situação profissional em que nos encontramos, de depositários de confidências íntimas e frente a expectativa de que nossa atuação resolva os problemas emergentes, é comum que sejamos presa fácil de sentimentos conflitantes. No caso de ginecologistas de sexo masculino, a situação pode ficar ainda mais complicada. Nossa fantasia por vezes não consegue bem discernir que a admiração que nossas pacientes nos devotam é fruto de uma idealização, e que elas vêem em nossa figura (imaculadamente vestida, bem barbeada, cheirosa, atenta e até carinhosa) um paradigma do homem que elas gostariam de ter como marido; importante frisar que elas não sabem de nossas mazelas e maus hábitos, apenas supõem que não os temos. Dentro desse contexto, se o ginecologista não é emocionalmente maduro, é comum que, como maneira de exaltar seu ego, entre num jogo de diminuição desejo-medo, num misto de querer-temer o seduzir e o ser seduzido. Note-se, de passagem, que dentro do esquerna social machista em que nossa sociedade está inteiramente imersa há seis mil anos, somos todos - homens e mulheres - portadores de inúmeros preconceitos. É observação não muito rara, por isso, que ouçamos de nossas pacientes que nos elegeram (sendo homens) porque “não confiam em médicas mulheres”.

É claro que para as colegas ginecologistas a situação não é muito diferente, pois o despreparo é comum a todos. Para elas acresça-se ainda a dificuldade de procurarem as pacientes maior compreensão para seus anseios, muitas vezes julgando que as médicas sejam criaturas que resolveram em absoluto todos os seus problemas - o que, sabemos, nem sempre é verdadeiro.

Lembremos ainda, a título de complementação a esta introdução, que os profissionais da área de saúde sempre foram usados, pelos detentores do poder, como agentes repressores da sexualidade (1). É de todos conhecido o fato de terem sido publicados, no final do século passado e início do atual, inúmeros trabalhos e até teste de doutorado, “provando” por exemplo sem a menor sombra de dúvida que a masturbação conduz à loucura, além de causar tuberculose e idiotia. A sífilis, provava-se, é um castigo divino pela dissolução dos costumes (6). Mesmo nos tempos correntes, as doenças Transmitidas sexualmente, como a Síndrome da Imuno-deficiência adquirida, são utilizadas para a repressão da sexualidade. É importante por isso que o ginecologista procure atualizar-se e que tente se livrar de preconceitos que possam causar mais danos do que o próprio problema apresentado pela paciente, numa iatrogenização infelizmente comum.

Deve-se estar preparado para fato - negado, escondido e menosprezado durante todo o curso médico-de que a sexualidade existe, de que é uma força biológica e social intensa, a que se manifesta nas mais adversas condições. O ginecologista deve estar alerta, por isso, para bem orientar suas pacientes e os casais aos quais presta serviços, sobre temas ligados a essas manifestações; não nos esqueçamos de que *não* é por ter sido operada, por estar hospitalizada, por ter o colo de seu útero cauterizado ou por ser portadora de uma vulvovaginite, que nossas pacientes (e seus maridos!) deixam de ser criaturas sexualizadas.

Para bem preparar-se, com o intuito de exercer adequadamente as funções que dele se espera, é fundamental ao ginecologista, qualquer que seja seu sexo, que resolva antes, da melhor maneira possível, suas próprias limitações sexuais. O preparo técnico, escamoteado nos cursos médicos, tem que ser adquirido, com muito esforço e sacrifícios pessoais, através de leituras, cursos de extensão universitária e participação em sociedades dedicadas ao tema. O ginecologista consciente deve preocupar-se constantemente com a função sexual de suas pacientes mesmo quando não existem queixas explícitas a respeito, tanto quanto se preocupa com o que e quanto as gestantes comem ou como está a função intestinal das mulheres que recebem antibióticos por infecções diversas.

### **FREQÜÊNCIA DO APORTE DE QUEIXAS SOBRE A SEXUALIDADE**

Vivemos um período muito peculiar na história da humanidade. Nunca, em todos os milênios sobre os quais temos notícias, foram rediscutidos os conceitos vigentes como na atualidade. A acentuada urbanização, a incrível penetração dos meios de comunicação de massa e a insegura-

rança social e pessoal são marcas salientes de nossa vida neste findar de século, num nível de penetração nunca dantes experimentado (4).

A migração em massa da população rural para as áreas urbanas tem sido um considerável fator de mudanças sociais. Há apenas 20 anos, dados da Organização das Nações Unidas mostravam que, na América Latina, de cada 10 Habitantes 7 residiam em zonas rurais ou em pequenos núcleos urbanos. Hoje a situação se inverteu e apenas 3 de cada 10 Habitantes são ruralícolas, levando a um exacerbado crescimento urbano a tornando comuns as cidades com mais do 1 milhão de Habitantes. Esse fenômeno de migração campo-cidade trouxe em seu bojo intensas modificações sociais, como a perda de raízes culturais, alterações de hábitos e costumes, e mudanças na própria constituição do núcleo familiar. De fato, até os festejos de nossa tradição cultural tendem a desaparecer, substituídos por outros “importados” de outras plagas e difundidos pelos meios de comunicação. Nas cidades maiores, como São Paulo por exemplo, é mais fácil observar-se crianças brincando de “dia das bruxas”, na americaníssima festa do “*Halloween*”, do que uma festa junina, por exemplo. Com a migração para as cidades, até a família mudou. Daquela família expandida de outrora, na qual múltiplas gerações com vários membros em cada uma habitavam o mesmo espaço, praticamente nada sobrou. A família atual, a família tipicamente urbana, é a chamada “família nuclear” que consiste num casal e um ou no máximo dois filhos. No ritmo acelerado da vida nas cidades, os membros das famílias quase não se veem, perdidos que estão no trânsito ou no trabalho o pai é quase sempre também a mãe, e nas escolas, nos cursos de judô, *ballet* ou natação dos filhos. Os lares, longe de serem os pontos de reunião familiar de outras épocas, transformaram-se em verdadeiros acampamentos onde se vai comer (cada membro em um horário diferente), trocar de roupa ou dormir. A experiência dos membros mais idosos do “clã” familiar deixa assim de ser transmitida, substituída que é pelos conceitos e conhecimentos homogeneizados que os meios de comunicação transmitem. A introdução de uma escolarização cada vez mais precoce, com o uso quase obrigatório de Escolas Maternais, Jardins da Infância e Pré-escola, contribui para que cada vez mais as crianças recebam os conceitos sociais fora do lar. Essa perda de contato humano infra-familiar vem trazendo uma chamanda modificação até mesmo no modo de viver das pessoas, em especial dos adultos. Temos cada vez mais conhecidos e cada vez menos amigos; torna-se comum que não saibamos sequer o nome do vizinho do apartamento ao lado, com o qual compartilhamos apenas ocasionalmente, durante anos, um vago “bom dia” no elevador.

Deixemos claro que não temos a pretensão de fazer juízos de valor ou mesmo julgamentos, sobre se essas mudanças representam um avanço ou um retrocesso na conturbada história da humanidade; desejamos apenas registrar que elas existem e que são importantes do ponto de vista de costumes sexuais, que ora é nosso tema.

O elevado grau de eficácia alcançado pelos meios de comunicação de massa, notadamente a televisão, tem sido um fator importantíssimo na formação dos novos conceitos e hábitos de nossa sociedade. Claro que desde as pinturas rupestres das cavernas neolíticas sempre existiram meios de influenciar as pessoas. Foi com a vulgarização da televisão, entretanto, que esses meios se tornaram mais eficientes, a ponto de não sabermos mais hoje nem mesmo se escolhemos um creme dental usando nosso livre-arbítrio ou porque a publicidade desta ou daquela pasta nos agradou e impressionou mais. Em termos de educação e orientação sexual os meios de comunicação têm se mostrado bastante atuantes. Desde programas de entrevistas na televisão até as revistas chamadas “femininas”, a sexualidade é discutida e apresentada em diferentes graus de coerência e sensatez. Nas últimas décadas em especial tem-se apresentado uma imagem muito distorcida da sexualidade, levando-se a crer ser o orgasmo a meta suprema da vida; todos os outros aspectos do relacionamento humano e, em especial, do sexual, ficam prejudicados frente a “desgraça” que é para a mulher não conseguir ser multiorgásmica (3).

Finalmente, contribui para a sensação de vazio social que freqüentemente observamos entre nossas pacientes, a insegurança pessoal e social em que estamos imersos. Medo de ser assaltada, medo dos mirabolantes planos econômicos dos nossos atuantes governantes, medo de contrair AIDS, medo de ser ou ter seu filho ou marido raptado, medo de acidentes de trânsito, medo da degradação ambiental, medo de acidentes ou combates com armas atômicas, enfim, necessitaríamos de muitas páginas para simplesmente listar os eventos que, com maior ou menor motivação, podem causar temor às pessoas, nos dias atuais. E sem dúvida, esses temores motivados ou não, direta ou indiretamente acabam influenciando

Nas últimas décadas, em especial na última, as mulheres tem alcançado, ao menos em teoria, maior possibilidade de expressar sua sexualidade. Já não é tão incomum quanto outrora que pacientes explicitem queixas referentes ao desempenho sexual, embora ainda muito freqüentemente essas queixas venham disfarçadas no meio de outras, e raramente constituam o motivo declarado da consulta. Mesmo assim, entretanto, tem elas se tornado mais conspícuas. Em trabalho de nossa co-autoria, publicado em 1972 (15), encontramos que mais de sessenta por cento das pacientes de um ambulatório de ginecologia apresentavam alterações de desempenho sexual, embora em apenas 2% das vezes a consulta tivesse essa disfunção como motivação primeira. Sem dúvida, se hoje repetisse-

mos essa mesma pesquisa o número de consultas explicitamente motivadas por problemas ligados à sexualidade seria maior; duvidamos, entretanto, que representasse a totalidade dos casos, sendo ainda muitas das queixas disfarçadas entre as de um corrimento ou de uma dispareunia. É comum, por exemplo, que a mulher adie durante todo o decorrer da consulta sua queixa sexual, deixando para fazê-la quase que no momento de despedir-se; tem-se a impressão que a paciente vai postergando a apresentação do real problema que a levou a procurar o médico, enquanto toma coragem para fazê-lo. Outras vezes, uma excessiva preocupação sobre a possível origem de um corrimento pode disfarçar o temor de ser ele de transmissão sexual a ocultar a culpa por uma relação extra-conjugal, ou o receio de ter que admitir uma infidelidade praticada pelo marido (4).

O que se pode concluir é que sem dúvida a atual fase de “liberação” dos costumes sexuais - embora a maioria das pessoas ainda seja liberal apenas no discurso - tornou, senão mais fácil, ao menos penoso às pacientes que exponham suas dificuldades diante de manifestações da sexualidade.

De qualquer maneira, porém, é importante que o ginecologista se prepare para atendimento de problemas afetos ao desempenho sexual de suas pacientes ou do casal, pois explicitadas ou não essas disfunções existem, são frequentes a relevantes.

Discute-se se o ginecologista deve provocar o surgimento de queixas sexuais ou se é melhor aguardar que elas surjam espontaneamente. É claro que num terreno movediço como é o da sexualidade, devemos individualizar cada caso, e mais ainda respeitar as limitações pessoais de cada médico. Como norma geral, entretanto, somos contrários a extensos e pormenorizados questionários sobre hábitos e desempenhos sexual, especialmente na primeira consulta, a não ser que a paciente declare uma queixa sexual. Nossa posição é alicerçada no fato de serem esses interrogatórios geradores de inibição e propiciarem, quase certamente, o surgimento de respostas inverídicas que tornarão mais difícil a paciente voltar atrás mais tarde a contar-nos seu real problema. Pessoalmente somos defensores da posição de que se deve deixar claro à paciente o fato de serem normalmente aceitas tais queixas, se existirem, e tentar mostrar-se o mais receptivo possível a qualquer fato ou emoção que ela queira nos relatar. É muito importante fugir à emissão de juízos de valor; devemos constantemente lembrar que não é nossa função julgar os atos ou os pensamentos de nossas pacientes, mas sim orientá-las e auxiliá-las no que nos for possível (10). Deixemos claro que as perguntas de caráter eminentemente técnico, que fazem parte integrante de uma boa anamnese ginecológica, devem ser feitas com a mesma naturalidade e constância com que fazemos aquelas

referentes à outras funções; é imprescindível que se pergunte, dentro dessa linha, sobre fatos tais como a idade de início da vida sexual, o uso de métodos contraceptivos, a presença ou não de dispareunia, etc.

A respeito da satisfação ou não quanto ao desempenho sexual, entretanto, costumamos em uma primeira consulta dirigir apenas perguntas genéricas tais como: “Está tudo bem com sua sexualidade?”. Habitualmente, num primeiro momento, as pacientes respondem que está tudo bem; sentindo porém que não estão sendo julgadas, trazem suas queixas, quando essas existem, ou no final da consulta ou em consultas subseqüentes, quando se sentem mais seguras e confiantes. Achamos que com perguntas genéricas como a que exemplificamos acima deixa-se aberto um importante canal de comunicação, por onde possam drenar as dúvidas e as angústias, sem o temor de reprovação explícita ou implícita. O importante é que o médico esteja atento e seja receptivo a esse tipo de queixa, para que possa perceber-la e valorizá-la adequadamente.

É comum que os ginecologistas, por absoluta falta de preparo, tentem fingir que suas pacientes são seres assexuados, negando-se a perguntar ou até a ouvir dados referentes à atividade sexual. Essa conduta, absolutamente inadequada, demonstra em geral não apenas desconhecimento sobre a importância do tema mas até mesmo dificuldades em lidar com a sua própria sexualidade.

Uma vez obtida uma queixa sobre a sexualidade, quer espontaneamente formulada quer não, fica para o ginecologista o problema sobre o que fazer com essa queixa. No próximo item descreveremos o que julgamos ser a conduta adequada; devemos reconhecer, entretanto, que a maioria dos ginecologistas, por estar mal preparada para lidar com essa problemática, não consegue tratar o tema de maneira adequada, mais frequentemente encontrando tortuosos caminhos para dele fugir.

Observa-se então uma grande variedade de comportamentos classes profissionais, todos eles ineficazes, inadequados e indesejáveis. O mais comum é subestimar a queixa sexual, ora fingindo não ouvi-la, ora adian-do seu parecer para depois daquele exame laboratorial urgente e imprescindível, ora afirmando paternalmente que a situação se corrigirá com o tempo. Outros, de conduta ainda mais danosa, opinam sobre o que não conhecem e dão “doutos” pareceres, como o absolutamente descabido “troque de parceiro”, que já ouvimos referido por várias pacientes.

Outra técnica comumente observada é a do encaminhamento apres-sado; mal a paciente começa a se referir timidamente a qualquer fato que possa ter a aparência de uma queixa sexual, na ânsia do se livrar da (para ele) embaraçosa situação, o prestativo médico saca de um bloco e anota o nome e o endereço de um psiquiatra amigo, “muito capaz na resolução desses casos...”. Devemos entretanto avaliar o imenso custo emocional que significou para a paciente armar-se de coragem e apresentar sua queixa.

Quantas vezes as frases devem ter sido ensaiadas, quanto de confiança está sendo depositada nesse ginecologista, que sequer vai ouvi-la e tenta transferir, numa penada, essa elaborada confiança a um outro profissional absolutamente desconhecido.

Desejamos deixar bem claro que, em nossa opinião, qualquer ginecologista pode e deve se capacitar para ajudar suas clientes na resolução de grande parte das disfunções sexuais, bastando para isso que saiba ouvir, que adquira os conhecimentos básicos indispensáveis e que se disponha a usar parte de seu tempo nesse mister.

Julgamos que tratar ou não as disfunções sexuais deve ser uma escolha pessoal de cada ginecologista, como o é a opção do exercer qualquer outra sub-especialidade dentro da tão vasta ginecologia. Afinal, nem todos temos formação, pendores e gosto para tratar esterilidade, fazer mastectomias ou microcirurgias tubárias. É no entanto, obrigação de todo ginecologista, conhecer o bastante sobre cada um desses itens para bem orientar sua clientela. Também no tocante à sexualidade, julgamos obrigatório que todos os ginecologistas eslejam preparados para saber ouvir, identificar e bem orientar suas pacientes, dentro do um esquema de conduta como o que descreveremos a seguir.

## CONDUTA FRENTE AS QUEIXAS SEXUAIS

### 1 - Preparo do profissional

Em nossa numeira de entender, o problema deve ser abordado inicialmente sob o ângulo do preparo do ginecologista para o adequado atendimento na área da sexualidade. Como já dissemos acima (e julgamos que, como regra geral, a contestação é impossível), as Faculdades de Medicina pouco ou nenhum preparo propiciam para condutas em temas multidisciplinares por excelência, como é o da sexualidade. Estuda-se, de passagem, a anatomia genital nas Cadeiras de Anatomia, Ginecologia e Urologia, mas sempre muito mais com um enfoque voltado para a reprodução do que propriamente para e sexualidade. Os abundantes conhecimentos já disponíveis sobre a fisiologia a sobre os aspectos psicossociais da resposta sexual humana são solenemente ignorados em nossos cursos, que dedicam toda sua escassa carga horária a outros temas, considerados mais importantes.

Essa falha, insanável ao menos enquanto perdurar esse imobilismo que tem caracterizado nossas autoridades encarregadas de formular os currículos escolares, só pode ser compensada se o médico, consciente dessa deficiência, esforçar-se a procurar, por mecanismos extra-universitários, complementar sua formação. Para isso existem Cursos de Extensão,

inúmeros livros e Revistas especializadas, Sociedades nacionais e internacionais, Conclaves e Reuniões Científicas em número e em qualidade suficiente para satisfazer a todos os paladares. É necessário entretanto que o próprio profissional reconheça a necessidade dessa complementação e se disponha ao dispêndio de tempo e de dinheiro indispensável para realizá-la.

Julgamos imprescindível que o profissional adquira conhecimentos sobre os aspectos sociais da sexualidade (educação sexual, machismo, papéis sexuais, etc.), além das suas facetas emocionais e orgânicas; fundamental, no entanto, que tenha uma noção clara da fisiologia da resposta sexual humana, bem como de seus desvios, inadequações e disfunções, sem os quais não terá condições mínimas sequer para entender os problemas de suas pacientes, quanto mais para solucioná-los.

Além dessa complementação teórica de conhecimentos sobre a sexualidade, é importante que o ginecologista se pergunte, com o maior grau de sinceridade possível, numa auto-análise intensiva, não só o que ele sabe ou deixa de saber sobre o sexo, mas também como ele lida com isso. De início, é importante reconhecer que a afirmação “não tenho preconceitos”, é inverídica e não traz qualquer benefício. Claro que todos nós, em graus variáveis, somos portadores de preconceitos ligados à sexualidade, pois somos todos vítimas de um sistema educacional opressor e preconceituoso (8). Preconceitos contra a homossexualidade, valores machistas, necessidades constantes de auto-afirmação enquanto seres sexuados, para ficar apenas em alguns exemplos, são comuns a todos, homens e mulheres participantes de nossa cultura. O valor está não em negar inutilmente a existência de preconceitos, mas sim em lutar, brava e continuamente contra eles. É como, por exemplo, que recebamos em nosso consultório pacientes assumidamente homossexuais, que relatam terem sido escoraçadas, com maior ou menor diplomacia, da clínica de colegas mais “conservadores” (e quanto de preconceito se esconde sob essa palavra); o mínimo que ouviam era o chavão, preche de juízo de valor, ...mas minha filha, uma moça tão bonita como você...”.

Analisar, intimamente ou em discussões com colegas mais experientes, posições pessoais sobre a fidelidade, a sexualidade de mulheres solteiras ou viúvas (principalmente as idosas), a masturbação, etc., exige uma constante revisão de couceitos e de preconceitos, que durará provavelmente uma vida inteira (13).

Um alerta especial para as ginecologistas: o fato de serem mulheres não as torna mais conhecedoras dos temas ligados à sexualidade, nem as capacita mais do que os homens para lidar com este tipo de problema. Terão, certamente, mais facilidade para melhor compreender as angústias vividas por suas pacientes; para solucioná-las, entretanto, devem buscar preparar-se, tanto quanto seus colegas de sexo masculino, pois como já foi

dito, estamos todos imersos no mesmo mar de preconceitos e somos todos vítimas do mesmo sistema educacional repressor e mal orientado.

Além do preparo técnico e da revisão da sua própria postura frente à sexualidade, o profissional deve estar atento, constantemente, para o risco de iatrogenização que pode provocar através de atos, palavras, gestos ou até mesmo por meio de expressões fisionômicas inadequadas. Tão importante nos parece ser esse item, que a ele dedicaremos um sub-capítulo especial.

## II - Como não iatrogenizar

Parece evidente que a opinião ou mesmo a postura do ginecologista se reveste de particular importância para a paciente, visto ter sido ele eleito para depositário de suas dúvidas, queixas e esperanças. É fácil entender, por isso, que qualquer passo em falso, qualquer conduta inadequada assumida pelo ginecologista, possa não apenas deixar de resolver o problema da paciente, como até mesmo agravá-lo ou criar novos conflitos. É importante que se frise ler a figura que o profissional representa, nesse particular, uma importância ímpar e que um descuido ou um erro podem ter consequências irreversíveis na vida de nossa paciente (7).

Listaremos a seguir algumas das situações em que a iatrogenia ocorre, dentre as que mais comumente temos observado.

### *1. Menosprezo às queixas e dúvidas expressas pela paciente.*

“Se esse médico, eleito entre tantos outros (mesmo quando o atendimento é feito através de convênios), julga que essa queixa, ou essa dúvida que me angústia não tem a menor importância, é claro que devo ser mesmo uma neurótica irrecuperável”. Voltemos a acentuar que quando as dúvidas nos são trazidas, esse processo não transcorreu de maneira fácil e suave na mente de nossa paciente; pelo contrário, o comum é que seja o final de um trabalhoso e duro trabalho. Não temos o direito, por isso, de menosprezar ou sub-estimar essas queixas; pelo contrário, devemos dar a elas ao menos tanta importância quanto a própria portadora lhes atribui.

### *2. Usar a pretensa inferioridade/Feminina como forma de fugir ao problema.*

São infelizmente comuns referências de pacientes que ouviram de um ou outro profissional afirmações do tipo “mulher é assim mesmo”, ou, “é normal que as mulheres honestas não tenham orgasmos”, etc. Essa postura, obscurantista e machista, é ainda muito comum, sendo claramente um subterfúgio utilizado pelo profissional para fugir da discussão de um tema que ele não domina.

### *3. Fornecer informações sem base científica.*

Nossas pacientes ainda vêm em nós profundos conhecedores dos mais íntimos mecanismos biológicos e nos prestam um crédito ao qual, lamentavelmente, muitas vezes não fazemos jus. Para elas, de uma maneira geral, tudo o que dissemos será interpretado como a mais pura expressão da verdade. É fácil assim avaliar quanto dano podemos causar, se disfarçamos nossos preconceitos em verdades científicas. Se isso é válido para qualquer terra, o é ainda mais nos assuntos ligados à sexualidade, no qual nossas pacientes nos consideram grandes “experts”. Ouvimos com enorme pasmo, certa vez, uma paciente relatar que antes praticava com frequência o sexo oral, mas que felizmente o Doutor X a havia advertido que isso poderia causar câncer labial, o que a levou a abandonar a prática! Claro que o colega disfarçou um preconceito sob a forma de uma verdade científica, forma sob a qual foi aceita sera discussão pela paciente. O mais lamentável é que nem sempre os resultados são tão inofensivos como nesse caso. Parece-nos, entretanto, que isso ilustra as armadilhas que nossa mente nos prepara; o citado colega, provavelmente, convenceu-se por algum tortuoso caminho da veracidade dessa afirmação, passando-a a já “culpada” paciente como uma verdade científica indiscutível.

### *4. Propor tratamentos sem bases científicas.*

Quanto a esse aspecto, a variedade de formas de iatrogenização é imensa, indo deste plásticas perineais desnecessárias “para melhorar o desempenho sexual” ou mesmo “para satisfazer o marido”, até os tratamentos com placebos ou com homônios os mais diversos. Nesse particular, tem sido infelizmente comum a necessidade de instituir tratamentos para a virilização de pacientes que usaram derivados androgênicos prescritos por ginecologistas travestidos de “sexólogos” autodidatas. Capítulo a parte, que foge à nossa especialidade, tem sido a indicação abusiva e mercantilista do próteses penianas para homens com disfunções psicogênicas ou mesmo com ausência de desejo.

É o caso ainda, dentro desse mesmo item, de colegas que se dispõem a fazer Terapia Sexual para pacientes ou casais disfuncionais, baseado apenas em método, do que ouviu falar, ou sobre os quais leu em alguma revista médica. Pode parecer desnecessária a afirmação, mas julgamos importante fazê-la; a formação de um terapeuta sexual é tão árdua e exige tanto esforço e tempo quanto e de qualquer outra área. Aventuras pessoais nesse sentido são total,ente condenáveis.

### *5. Sugestões de procedimentos esdrúxulos.*

Baseados talvez com problemas pessoais, não é raro ler-se notícia de que colegas recomendaram a suas pacientes, como forma de resolver

problemas ligados à sexualidade, condutas pouco ortodoxas e completamente fora da sua área de conhecimento, tais como a separação conjugal ou arranjar um amante. Pode parecer chocante, mas conselhos tão absurdos quanto esses são dados com muita frequência.

### *6. O uso da sexualidade do próprio médico.*

Chegamos, com esse tópico, ao grau máximo da iatrogenização, quando o ginecologista é do sexo masculino. Emocionalmente imaturo, com sua própria sexualidade mal resolvida e necessitando de constantes auto-afirmações de sua virilidade, algumas vezes o próprio médico se insinua como sendo o parceiro sexual que pode resolver os problemas de sua paciente. Esta, emocionalmente instável e regredida pela própria existência do problema, pode ser em algumas situações uma presa fácil para esse tipo de “terapeuta”. É claro que essa relação é altamente patogênica, tendo em vista que nenhum dos dois chega a pesar maduramente as conseqüências desse ato, que quase com certeza será danoso e trará sérios danos à ambos, mas mais facilmente evidenciáveis na paciente.

### **III - A conduta adequada**

Listaremos a seguir os passos que podem e devem ser tomados pelo ginecologista frente às dúvidas a queixas sexuais de suas pacientes, tendo sempre em vista que julgamos obrigatórios os primeiros 4 passos para todos os ginecologistas; o último passo, que envolve a decisão de exercer a Terapia Sexual ou encaminhar a paciente a quem a faça, vai depender das tendências de cada um.

#### *a - Abrir espaço para um ouvir atento e interessado.*

Como já dissemos na introdução ao tema, é imprescindível que o ginecologista deixe patente, no seu relacionamento, que a paciente pode sentir-se a vontade para fazer qualquer pergunta, esclarecer qualquer dúvida ou apresentar qualquer queixa, sem que seja por isso julgada ou censurada. Dissemos também que nossa opinião pessoal é de que deva ser feita apenas uma pergunta genérica sobre a sexualidade da paciente, mais no sentido de que ela entenda que esse espaço existe do que realmente na esperança de que ela formule queixas já no início da consulta.

Desde que a dúvida ou a queixa surgiu, espontaneamente ou não, é fundamental que o ginecologista ouça atentamente. Esse “ouvir ativo” implica em acompanhar com interesse, dirigir perguntas, solicitar esclarecimentos, enfim, reunir todas as informações possíveis sobre a época e sobre as condições de surgimento da dúvida ou da disfunção.

b - *Caracterizar exatamente o problema.*

Dentro do verdadeiro analfabetismo sexual em que a maioria das pessoas em nossa sociedade está imersa, nem sempre é muito fácil que se compreenda exatamente qual a dúvida ou o problema apresentado pela paciente. Como qualquer tratamento ou orientação depende de um entendimento perfeito da situação, sua exata caracterização é imprescindível.

Para bem conseguir compreender a situação, a coleta de dados deve reunir, entre outros dados de importância:

\* história pessoal - como foi a educação sexual da paciente e de que maneira adquiriu os conhecimentos atuais sobre a sexualidade, eventuais episódios de vitimização sexual, como ocorreu a iniciação sexual e se ocorreram relações sexuais pré-conjugais.

\* história conjugal - firmeza do vínculo afetivo com o marido, dificuldades sexuais ou extra-sexuais no relacionamento e sentimentos em relação a ele.

\* relacionamento atual - avaliação do desempenho sexual do parceiro, prática de jogos amorosos pré-coito e local em que ocorrem as relações.

Não é incomum que ouçamos queixa vagas como “sou fria”, onde é absolutamente necessário caracterizar se a disfunção é de desejo, de excitabilidade ou de orgasmo. Em certas situações, alé quem é o real portador de um problema pode ser difícil de caracterizar; não é incomum que homens com ejaculação precoce acabem convencendo suas esposas de que elas é que demoram demais para atingir o orgasmo. Assim se a queixa não ficar bem caracterizada, será muito difícil estabelecer-se uma linha prope-deutica ou terapéutica adequada.

Outras vezes, a queixa tem matizes situacionais bem marcados. Situações curiosas, dificuldades sociais ou alé problemas econômicos podem ter repercussão sobre a esfera da sexualidade. São casos por exemplo de pacientes que residem com outras pessoas da família, e reprimem sua sexualidade por medo de serem ouvidas em outro cômodo da casa; de maridos que, perdendo o emprego e em dificuldades econômicas, tornan-se alcoólatras indesejáveis ou disfuncionais por angústia.

Detalhes como se a paciente atinge o orgasmo durante a masturbação ou não, pode afastar um fator orgânico como causa de disfunção orgás-mica; ter excitação e orgasmo com um parceiro e não com outro, pode indicar uma disfunção situacional; enfim, cada detalhe da queixa pode ter importância na caracterização do problema e portanto no sucesso de sua resolução.

*e - Procurar e tratar causas orgânicas.*

Julgamos ser da intransferível competência do ginecologista o diagnóstico e o tratamento de fatores orgânicos de disfunção sexual feminina. Embora as causas psicogênicas, principalmente aquelas advindas de um sistema educacional repressor e massacrante da sexualidade, sejam fatores muito comuns na gênese da disfunção sexual, é imprescindível que o especialista tenha conhecimentos para caracterizar patologias somáticas que interfiram na resposta sexual. Além de inútil e contraproducente, nada mais descabido do que encaminhar à psicoterapia uma paciente que faz uso de drogas depressoras da sexualidade, por exemplo, ou outra que apresente dispareunia por anexite crônica.

O próprio fato de não ter sido encontrada qualquer causa orgânica que possa desencadear uma disfunção sexual pode ser de importância, pois pennitirá ao clínico reafirmar a normalidade física de sua paciente.

*d - Orientação e esclarecimento de dúvidas.*

É absolutamente necessário que o ginecologista reúna os conhecimentos em fisiologia da sexualidade necessários para bem orientar e esclarecer as dúvidas de suas pacientes. Muitas vezes, com uma simples explanação resolve-se o que parecia à cliente uma terrível disfunção sexual. Principalmente nesta época, em que os meios de comunicação divulgam conceitos fantasiosos sobre a sexualidade, somos por vezes consultados para resolver problemas tais como o de uma paciente que se julgava anormal por ter apenas um orgasmo por relação. São comuns questões relativas à normalidade ou não de certos atos eróticos, como o coito anal, por exemplo, que despertam profundas sensações de culpa. Perguntas que podem nos parecer banais muitas vezes trazem em seu bojo grandes conflitos intimos, a empanar a plena realização sexual dos casais.

Tem sido comum também que nos sejam trazidas questões relativas a normalidade ou não de manifestações da sexualidade de filhos ou de outros parentes, ou ainda dúvidas sobre como proceder frente a certas situações ligadas à educação sexual de crianças e adolescentes.

Em termos de orientação aos filhos, devemos esclarecer às nossas pacientes as causas sociais do comportamento familiar e da expectativa frente ao comportamento dos filhos de sexo masculino e feminino (2). Condutas frente a temas como masturbação devem ser discutidas com o máximo de profundidade possível, sendo sempre necessário que o médico tome o cuidado de não tentar impor seus próprios valores à paciente.

Fazem parte obrigatoriamente dessa orientação discussões sobre aspectos da fisiologia da resposta sexual humana, a desmistificação do orgasmo como meta suprema de todo relacionamento e informações sobre variações sexuais e sobre a sexualidade nas diversas fases da vida. A

paciente deve ser estimulada a manter um diálogo franco e aberto com seu companheiro ou marido sobre o que ambos gostam e sobre o que não gostam, tendo sempre como norma que um relacionamento só tende a se solidificar quando baseado na verdade.

Em situações especiais, o profissional deve estar suficientemente atento para responder até mesmo às perguntas não formuladas e à orientar suas pacientes em aspectos ligados a sua sexualidade. Nos casos em que é impositiva a abstenção de relações sexuais, frente a um abortamento evitável ou após uma cauterização de colo, por exemplo, é fácil referir essa proibição ao casal; mas e as alternativas, são permitidas? O casal pode, por exemplo, praticar a masturbação mútua? E quando, no puerpério, se pode reiniciar a vida sexual ativa? Por isso, nessas e em muitas outras situações é importante que o médico lembre-se sempre de que está tratando de seres sexuados, com desejos, fantasias e necessidades sexuais e afetivas que não podem ser esquecidas. Existem outras situações em que a paciente ou o casal desejam assumir a culpa pelo que julgam ser as conseqüências danosas de um ato sexual. Afirmar, por isso, clara e firmemente à paciente que seu abortamento não foi causado por aquela relação sexual é uma necessidade, para que a mulher não carregue pelo resto de sua vida a culpa por esse episódio, o que sem dúvida poderá gerar uma disfunção sexual futura.

Outro aspecto importante da atuação do ginecologista sobre a sexualidade do casal surge quando, uma investigação ou num tratamento de esterilidade conjugal, faz-se necessário recomendar ao casal que tenha uma relação sexual num determinado momento, para um Teste Pós Coito (Tipo Sims-Hubner) ou que o marido vá a uma determinada sala de um laboratório masturbar-se para um espermograma. É claro que não apenas a necessidade do procedimento deve ser muito claramente explicada, mas também que se deixe claro ser compreensível que as pessoas às vezes não consigam se excitar nessas circunstâncias. Se isso não for muito bem esclarecido, poder-se-á passar ao casal que qualquer dificuldade que eles venham a apresentar é anormal; já ouvimos chorosas pacientes declararem-se pouco atraentes por não conseguirem ver seus maridos excitarem-se o suficiente para cumprir as determinações de esterilêutas que recomendam ao casal manter relações em determinados dias e horários.

Enfim, deve o ginecologista estar preparado não só para toda a orientação de que for capaz, mas também para confessar suas dúvidas ou falhas de conhecimento, quando for o caso. A postura absolutista do “eu sei tudo” é extremamente perniciosa e, mais cedo ou mais tarde, desmoralizante. Não deve ser encarada como uma grave e inadmissível falha confessar a sua paciente que temos dúvidas ou que não estamos suficientemente seguros em determinadas situações; pelo contrário, ao admitir que não sabe mas que

procurará se informar, o médico estará dando um exemplo de coragem e de grandeza de alma que certamente suas pacientes saberão apreciar.

*e - Tratar ou encaminhar?*

Cumpridos os primeiros 4 pontos do programa que ora estamos compondo a que julgamos obrigatórios para todos os ginecologistas, chegamos ao passo seguinte, que é o de tratar sua disfunção psicogênica ou orientar a paciente para outro profissional. Se até aqui o problema ainda não foi resolvido, pode-se afastar sua causa orgânica e, sendo psicogênico, ficou bem patente que sua solução é refratária a um simples processo de esclarecimento. Deve-se então resolver como o passo seguinte será dado. Caso o clínico opte por exercer, além da ginecologia, a Terapia Sexual, é obrigatório que para isso se prepare, visto ser inegável que nem o curso médico nem a Residência Médica são competentes para formar profissionais nessa difícil área,

Por serem os problemas ligados à esfera sexual extremamente angustiantes e geradores de depressão, principalmente num meio como o nosso, em que homens e mulheres só assim se consideram sexualmente competentes, as técnicas psicoterápicas tradicionais não são, isoladamente, adequadas. De fato, propor-se a um angustiado homem impotence um tratamento que possivelmente resolverá seu problema dentro de alguns anos, não é muito animador. Tem sido por isso preferidas técnicas breves de terapia, como a Terapia Comportamental, por exemplo, que podem ser, ao longo do tempo complementadas com práticas mais aprofundadas. Os profissionais que se dedicam a essa denominada "Terapia Sexual" são provenientes da área psicológica ou da médica, podendo ser ginecologistas. Dedicar-se a essa atividade, voltamos a repetir, é uma opção de cada um, nada havendo de desdouro em encaminhar esses pacientes a um profissional competente.

Importa frisar que o ginecologista, mesmo quando encaminha uma paciente a um terapeuta de sua confiança, não pode nem deve deixar de se interessar pelo caso, procurando se inteirar da evolução do tratamento e acompanhando sua solução, ainda que à distância.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CANELLA, P. R. B. *O médico como controlador da sensualidade*. R.B.S.H. 2:133,1991.
2. FALCONET, G. & LEFAUCHEUR, N. *A fabricação de machos*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1977.
3. GOUVEIA, M. H.A *influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade humana*. R.B.S.H. 1:1, 1990.

4. KUSNETZOFF, J. C. *Crises e ajustamento na relação do casal*. Sexus 2(4):5, 1990.
5. LUZ, H. S. *O clínico diante da sexualidade*. Selecta 9(2):31, 1986.
6. NAHOUM, J. C. *A masturbação nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX*. Sexus 3(1):16, 1991.
7. RODRIGUES Jr., O. M. & Col. *O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. II - Abordagem da sexualidade da paciente*. Reprodução 3:235, 1987.
8. RODRIGUES Jr., O. M. *A opinião do ginecologista sobre a homossexualidade e bissexualidade*. Sexus 2(3):15, 1990.
9. SAFFIOTTI, H. I. B. *O poder do macho*. Ed. Moderna, São Paulo, 1988.
10. SILVEIRA, M. T. *O ginecologista e a paciente disfuncional*. R.B.S.1-I. 3:23, 1992.
11. VALADARES, N. *A condição feminina*. Ed. Revista dos Tribunais, Edições Vértice, São Paulo, 1988.
12. VIEZZER, M. *O problema não está na mulher*. Ed. Cortez, São Paulo, 1989.
13. VITIELLO, N. *Resposta sexual humana*. Femina 17:917, 1989.
14. VITIELLO, N. & CONCEIÇÃO, I. S. C. *O exercício da sexualidade na adolescência*. R.B.S.H. 1(2):15, 1990.
15. VITIELLO, N.; CUNHA, A. C. M.; VERRONE, M. & VITIELLO, M. T. *Distúrbios da libido e do orgasmo*. G. O. 6(12):27, 1972.