

3. Avaliar a história pessoal:

- Cognição sobre a sexualidade.
- Experiências traumáticas.

4. Avaliar a história conjugal:

- Relacionamento com o marido.
- Sentimento-afetividade.
- Infidelidade.
- Espancamento.
- Alcoolismo.
- Outros vícios do marido. Hábitos do marido (higiene corporal, por exemplo).

5. Avaliar a história sexual:

- Número de parceiros e relacionamento com eles.
- Sexo antes do casamento.
- Local da relação sexual (nem sempre são locais ideais).
- Jogo amoroso (normalmente quanto mais demorado é o jogo amoroso, melhor a mulher se sente).
- Relações rápidas.
- Auto-observação.

6. Avaliar o momento existencial:

É importante saber que a sexualidade sofre interferências momentâneas da vida do ser humano, como problemas financeiros, profissionais, familiares, luto etc.

São intercorrências passageiras mas capazes de anular a vida sexual da pessoa. O ginecologista deve estar atento a orientar sua paciente nesse sentido.

Após a coleta de dados e do exame físico, já temos noção da dimensão do problema de nossa paciente e devemos prestar algumas informações.

II. Informações

1. Se o exame físico é normal e ela não tem nenhuma doença orgânica, devemos informá-la de que seu potencial sexual é normal, pois todos nós nascemos com ele.

2. Se a cognição sobre a sexualidade é negativa, devemos tentar corrigi-la, se formos capazes. Costumo associar a idéia de relação sexual à criação divina. “Como Deus, na sua grandiosidade, iria colocar o fenômeno maior de sua criação - a reprodução - a trabalho de coisas pecaminosas ou nojentas? Não seria durante a relação sexual o momento de sermos imitações divinas, pois teríamos a capacidade de também criar? Daí o sexo, o prazer, não seriam também divinos e belos?”

3. É importante explicar os aspectos culturais da sexualidade feminina. Se analisarmos quão diferentes são criados meninas a meninos, poderemos entender o desencontro entre mulheres e homens. Hoje, com o advento da ultra-sonografia, o sexo é determinado antes do nascimento e já se cria uma expectativa de conduta na família a respeito do sexo daquela criança. A família se “masculiniza” ou se “feminiliza” na espera do rebento. Quando a criança nasce, as mães das meninas encontram muita dificuldade na higien-

ização de suas genitálias, diferentemente das mães dos meninos. Será que essa dificuldade é só física? Creio que não. Existe todo um mistério a respeito do hímen e da vulva que amedronta a mãe da menina.

Durante o segundo ano, quando se ensinam as partes do corpo às crianças, normalmente se esquece, de propósito, de tocar no nome da vulva para a garota. Já começa a se formar uma lacuna no-esquema corporal feminino. Com o passar do tempo, na fase fâlica, em que há a descoberta e a manipulação dos genitais tanto no menino quanto na menina, observamos uma repressão importante sobre a sexualidade feminina: "Tira a mão daí, menina", "Fecha as pernas", ao passo que achamos lindo o menininho esticar o piupiuzinho e soltá-lo, ou ainda, os avós gostam muito de mexer nos testículos dos netinhos, cena muito familiar. Imaginem só, se o vovô pegasse na xoxotinha das netinhas. No mínimo diriam que ele é tarado. Estão percebendo a diferença? Mas ainda tem mais. Na adolescência, é célebre a frase: "Segura suas cabritas que meu bode está solto". Isso retrata bem a condição de vigilância a que a adolescente é submetida e a liberdade que é dada ao adolescente (machinho). Como uma mulher criada em condições sexuais tão adversas pode viver em harmonia com um homem, quando lhe é permitido até ser sexual com honra? Na verdade, estas condições não têm contribuído para a harmonia conjugal.

4. Outro tópico importante é a explicação sobre os aspectos "fisiológicos" da sexualidade feminina e masculina. Coloco fisiológico entre aspas porque ainda tenho dúvidas de que esse aspecto seja só fisiológico mesmo a não tenha nada de cultural. Mas é um fato real. Sabemos que o estímulo sexual efetivo para o homem é mais visual e a nível de fantasia, ou seja, ele viu ou pensou em alguma coisa sensual, já está pronto para ter relações sexuais (pênis ereto). O estímulo sexual efetivo para a mulher geralmente é o tátil e necessita de muito tempo para que a mulher esteja pronta para a relação (lubrificação vaginal).

Após ambos estarem prontos, também existe diferença de tempo entre o momento do orgasmo feminino e masculino. A mulher demora mais, e se o homem for no ritmo dele, sua parceira sempre ficará a ver navios. Deve haver um acordo entre ambos.

5. Cabe explicar os aspectos anatômicos da sexualidade feminina: clitóris x vagina.

Não existe o orgasmo vaginal ou olitoridiano. Sabe-se através das pesquisas de Masters e Johnson que o clitóris é um órgão importante na excitação e orgasmo femininos. Seu estímulo pode ser direto ou indireto (através dos movimentos do pênis que estimulam os pequenos lábios e indiretamente o clitóris). Algumas vezes esse estímulo deve ser lateral e não sobre a glândula clitoridiana, pois esta é muito inervada e pode causar dor ao invés de prazer.

É importante tirar a culpa da paciente de sentir mais prazer exteriormente do que com a penetração vaginal.

6. É necessário desmitificar o orgasmo. Por ser tão proibido e controlado pela sociedade, o orgasmo feminino adquiriu dimensões fantasiosas através dos tempos. Ainda hoje se espera do orgasmo sensações fantásticas acompanhadas de sinos tilintando, foguetes explodindo e estrelas aparecendo no firmamento. É de relevância informar a mulher que orgasmo consiste num fenômeno prazeroso, mas natural.

Outro mito que pode interferir no prazer é o do orgasmo mútuo que prende os parceiros em sua própria ânsia de explodirem em gozo simultâneo.

7. Cabe informar sobre outras posições (sexo oral e anal). É saudável esclarecer aos parceiros que tudo é válido dentro de quatro paredes, desde que ambos se respeitem e estejam felizes.

8. O sexo na velhice também precisa de esclarecimento. A sexualidade permanece até a morte. Ela se modifica como as demais funções do organismo, mas não desaparece. O conhecimento dessas modificações a dos mitos sexuais no idoso, pelo médico, é importante para a orientação de sua paciente.

Terminadas as informações, partimos para as orientações.

III. Orientações

1. Estimular o diálogo franco com o parceiro.

2. Orientar sobre a importância do jogo amoroso antes da penetração.

3. Orientar a respeito do momento da penetração (após a lubrificação vaginal).

4. Orientar quanto ao direito do orgasmo (a relação sexual não termina com o orgasmo do homem).

5. Orientar sobre a relação sexual egoísta: muitas mulheres se preocupam tanto com o prazer do seu parceiro que se esquecem do seu.

6. Orientar sobre a posição superior da mulher: muitas vezes a mulher em cima do homem obtém um contato melhor de seu clitóris com o púbis do homem, levando a uma estimulação mais adequada, com maior excitação e conseqüente orgasmo.

7. Orientar sobre o movimento de cada parceiro: cada um se movimenta durante a relação em determinado ritmo e às vezes a velocidade de um pode atrapalhar a excitação do outro. Tudo é uma questão de conversar. Um pode ficar parado ou até se movimentar mais rápido para dar prazer ao outro.

8. Orientar sobre a questão do ritmo. É comum escutar no consultório que o homem quer ter relações mais freqüentemente que a mulher. Cada qual tem seu ritmo; aí a afetividade entra com sua força para chegar a um ponto comum. Ora um cede, ora outro cede, e esses momentos também são prazerosos porque, de alguma maneira, eles estão satisfazendo a seu parceiro.

9. Quando o caso não se resolve com informações e orientações, devemos encaminhar para profissionais da área.

No entanto, existem condutas que não devemos ter, sob pena de lesarmos, às vezes de maneira irreversível, nossa paciente.

IV. Iatrogenias

1. Menosprezar as queixas sexuais das pacientes.

2. Reforçar a dificuldade sexual feminina.

3. Dar informações sem base científica.

4. Sugerir a separação do casal.

5. Sugerir o relacionamento extraconjugal para o marido ou a esposa.
6. Enganar pacientes com uso de placebo.
7. Utilizar derivados androgênicos sem critério clínico para aumentar o desejo sexual.
8. Sugerir cirurgias como, por exemplo, a colpoperineoplastia para melhorar o desempenho sexual.
9. Tentar fazer terapia sexual sem preparo adequado.
10. No caso de ser médico (homem), oferecer-se para ajudar as pacientes “na prática” .