

O Médico como Controlador da Sexualidade*

1

Redator: Paulo Roberto Bastos Canella
Participantes: Antonio Celso Ayub,
Carlos Boechat, Carlos Frederico
Matzenbacher, Carmem Maria Machado
Silva, Cornélio Alvarino, Cristina R.
Gonçalves, Jean Claude Nahoum, Katia
Elizabeth Teixeira, Luiz Fernando Vieira,
Manoel Baliú, Maria Hilda Fava,
Maria Zélia dos Santos, Marília Carrielo
Couto, Paulo Roberto Bastos Canella,
Sérgio Luiz Pinto Machado.

EXPLICAÇÃO

Em algum lugar deve haver um lixeira onde estão amontoadas as explicações. Uma única coisa inquieta neste exato panorama: o que possa acontecer no dia em que alguém consiga explicar também a lixeira.

Um Tal Lucas, Júlio Cortázar

As reuniões do Marginália II foram realizadas sob a forma de um grupo de trabalho não diretivo com o objetivo de desfazer dúvidas criando novas dúvidas. Estabeleci normas, apesar de tudo: gru-

* A Mesa de Debates que reproduzimos a seguir teve lugar no II Encontro Marginal de Ginecologia a Obstetrícia ("Marginália II"), realizado entre 19 a 21 de agosto de 1988, em Vitória, ES. Por não ser a dinâmica dessas reuniões e usualmente observada em conclave, ela é precedida de nota redigida por Paulo Roberto Bastos Canella, a quem se credita também a edição do Debate.

Recebido em 10.11.90

Aprovado em 07.12.90

pos não diretivos podem ter normas? O objetivo secundário foi produzir material escrito. Assim surgiu este texto.

Pedi aos participantes que escrevessem seu ponto de vista (conceituação do tema) sem ultrapassar meia lauda a que apresentassem suas dúvidas através de proposições curtas, perguntas, afirmações duvidosas, etc.

Os grupos não diretivos foram criados por C. Rogers, visando inicialmente a psicoterapia, depois, o ensino. Segundo Lapassade, tais grupos têm como base a maiêutica e a educação negativa, versada por Rousseau em Emílio. Diz Rogers:

Minha experiência levou-me a pensar que eu não posso ensinar a alguma pessoa a ensinar... Parece-me que tudo o que pode ser ensinado a outra pessoa é relativamente pouco utilizado e tem escassa ou nenhuma influência sobre o seu comportamento... Chego atualmente a acreditar que os únicos conhecimentos que podem influenciar o comportamento são aqueles que o próprio indivíduo descobre e dos quais se apropria. Os verdadeiros conhecimentos não estão no exterior, para serem transmitidos, mas no interior de cada um de nós a em nossa experiência.

O pensamento não diretivo é um pensamento do não-acabado. Concluir é acabar um pensamento, pôr termo a um processo de desenvolvimento. O único conhecimento autêntico é o conhecimento inacabado.

Sócrates, ensina-nos Lapassade, usava na conversa de grupo a ironia sem agressão ou sarcasmo, analisava as resistências, fundadas em falsas certezas a desigualdades, igualava o grupo na descoberta de uma ignorância comum.

O princípio da educação negativa de Rousseau considerava necessário deixar àquele que se forma as suas experiências, segundo o seu ritmo. O método do educador deve ser "inativo", ele deve saber "perder tempo".

Tentando uma aplicação prática desses conceitos, a forma usada para dar aos participantes (e aos leitores) condições de elaborar conclusões e encontrar novas dúvidas foi baseada nos trabalhos de lingüística aplicada desenvolvidas por Eloa Barbuda F. Chaves¹. A autora criou a forma de aprimoramento da linguagem oral e escrita (ALOE) na qual emprega técnicas de organização de pensamento e de redação de textos.

Partindo de frases-chaves que servem de introdução (criadas pelos componentes do grupo ou encontradas em livros ou outras publicações), elaboram-se frases de apoio, deixando fluir o pensamento: aí a base da criatividade. A integração do conceito com os

temas de apoio permite a elaboração de um esquema para a redação que finalizará com uma conclusão.

Ao invés de frases, os Marginais criam idéias-chaves, conceituam e, das discussões, surgem os comentários, as orações de apoio e, ao invés de concluir apenas, buscamos as dúvidas inexoravelmente embutidas em todas as conclusões. O leitor tem à sua disposição conceitos e orações de apoio com esse material e poderão tirar suas próprias conclusões e formular as próprias dúvidas. Preferencialmente com papel e lápis na mão, escrevendo, pois como sabiamente declara Eloa: "O mundo moderno pertence à escrita, sua democratização é muito importante, o poder do discurso escrito extrapola os limites da lingüística e ganha perspectiva sociológica".

Paulo Canella

MARIA ZÉLIA

Pensei em destacar alguns tópicos para a nossa discussão. Quando pensamos em repressão e controle, pensamos em coisas malditas e não é à toa o porquê de vivermos numa sociedade onde se prega, como matéria-prima das relações, a liberdade, onde se cultua a liberdade. Falar em repressão e controle nos deixa de pêlo arrepiado. Controle e repressão não têm apenas uma carga negativa, mas também um potencial positivo; afinal, existe convívio social ou de grupo sem controle, sem repressão? Dentro deste contexto, a relação médico/paciente (em nível político) obriga a um controle. Será que o médico é conscientemente um repressor? O médico - envolvido em uma relação assimétrica na medida em que tem um saber, um conhecimento científico nessa troca - pode ser ou não repressor; a isso porque ele pode assumir o jargão da neutralidade científica e o papel de dono da verdade e freqüentemente não percebe que, nesse jogo, ele faz parte de toda uma ideologia reinante na sociedade, assumindo o papel de opressor.

Ao médico está associada a imagem do feiticeiro dono da magia, da cura e da doença e no contexto da consulta é fácil assumir essa posição. Mas existe uma outra vertente - o paciente -, e somos nós os pacientes que escolhemos o médico e cada paciente escolhe o médico que deseja, merece e precisa. Dessa forma, o cliente participa da, própria repressão.

MARILIA

Vou começar falando sobre o termo controlador. Está mais correto falarmos controle ao invés de repressão sexual, porque controle é uma coisa mais sutil enquanto ação de poder sobre o corpo e sobre o sexo. Esse controle já é exercido há muito tempo, embora não o tenhamos percebido: desde a infância, nas coisas ditas e não ditas. O controle não precisa existir de uma forma explícita para estar aí; se controlamos a sexualidade por todos os meios, porque seria diferente dentro do consultório médico? Ainda hoje existe um bloqueio muito grande da paciente em relação à sua própria sexualidade. Fala-se muito em liberdade sexual, mas é grande o número de mulheres que procura uma ginecologista por medo ou pudor da figura masculina, medo de ser tocada, de se deixar conhecer, de falar sobre sua sexualidade, de relaxar na hora do exame ginecológico. Há clientes que retornam às consultas diversas vezes por motivos desnecessários, até terem coragem para relatar uma queixa sexual. Eu acredito que isso está mudando, a mulher está cobrando mais informação do ginecologista, os motivos da consulta estão mudando, os médicos também estão tentando reconhecer as queixas sexuais e tentando informar mais as pacientes.

A queixa sexual vem geralmente acompanhada de uma outra queixa física, mas eu acredito que seja uma tentativa de estabelecimento de diálogo com o médico. Quando, no finalzinho da consulta, vem aquela temida frase - "Tem mais um probleminha, uma coisinha que eu queria falar" -, alguns médicos passam a um processo facilitador, outros boicotam a queixa, deixando, de forma velada ou clara, a mensagem de que esse problema não deve ser colocado naquele espaço. O fato do médico não se sentir apto a cuidar de problemas sexuais é normal, ele pode encaminhar a paciente, mas o fato de não dar espaço para a queixa é trágico. Há clientes que se questionam quando vão parar na psiquiatria: "Será que eu enlouqueci?", "Será que eu me desviei da norma?". Há médicos que partem para uma desvalorização da queixa por não saber lidar com a sua própria sexualidade ("a senhora não tem nada, procure se divertir, ver televisão"), ou seja, tendem a desvalorizar o conteúdo do discurso psicológico. A queixa sexual geralmente deságua dentro dos consultórios médicos, principalmente dos ginecologistas que, na sua grande maioria, receberam formação precária a respeito do assunto. Os ensinamentos sobre sexualidade nas faculdades são escassos, incompletos ou inexistentes, mas, afinal de contas, a quem a paciente vai recorrer? Mas não devemos desanimar. Antigamente, a medicina condenava a masturbação, a atividade sexual exagerada e outras tantas coisas; havia uma repressão sexual inquestionável, mas as coisas

estão mudando. O exemplo disso está aqui, nesta reunião, onde tentamos não retalhar a paciente, e sim vê-la como corpo, sexo, alma, tudo junto.

CORNÉLIO

Quero abordar alguns aspectos do controle da sexualidade, mas no papel do médico. Ele tem que sentir e se situar na sua sexualidade para poder entender o problema dos outros. O controle da sexualidade do paciente vem da tentativa do controle da sua própria sexualidade. A interferência no comportamento sexual é uma necessidade do médico e do paciente; é difícil não interferir. Sexualidade envolve emoção, afetô e também a história de cada um, médico e paciente. Cabe ao médico estar atento à extensão desse controle e conhecer o seu limite. Deve o médico saber ouvir o discurso, buscando entender o que está atrás do sintoma que levou o paciente a procurá-lo, sem fazer julgamentos, aceitando a real opção sexual do paciente. O apoio sem paternalismo e a orientação sem indução de condutas pessoais são aspectos que devem ser sempre observados pelos médicos. E, para finalizar, eu creio que o médico deve se sentir bem com sua própria sexualidade para poder entender a vida sexual dos clientes e aceitá-los. É a partir daí que o médico pode entender seu paciente, orientá-lo e ajudá-lo nas suas queixas.

BOECHAT

Eu sou psicólogo. Meu contato com a área médica ocorre na terapia sexual, nos encontros de sexualidade humana, por isso me coloco numa posição diferente. Eu recebo clientes que já passaram por várias especialidades: já consultaram o urologista, o ginecologista e outros mais com sua disfunção sexual antes de chegar ao psicólogo; para eles somos a última chance, a última fronteira. Já usou gadernal, lexotan, chazinho, garrafada para curar qualquer coisa que possa ter, só depois chega ao psicólogo, depositando-se nas nossas mãos, desesperados, julgando-nos a última salvação. É uma situação complicada, nós sabemos que não somos a salvação de ninguém. Há um problema ético; é preciso desfazer as informações descabidas do paciente sobre a sexualidade. Informações obtidas com os médicos das várias especialidades, fornecidas mais em função de sua impotência em tratar do tema. O médico diz que é assim mesmo, que daqui a pouco passa, que isso é uma fase da vida, que quando chega a uma certa idade... O médico mais atrapalha que ajuda e tem

dificuldade de admitir o seu não-saber, de aceitar que seu processo vivencial, sua própria emoção, sua própria sexualidade não estão bem resolvidos. E assim, quando alguém chega com uma queixa, ele vem com a clássica história de “deixar como está para ver como é que fica”, agravando ainda mais a queixa, a angústia, a existência do paciente. Dentro do padrão de nossa cultura em que o médico é a fonte do saber, fica reduzida a possibilidade de terapia. Se não há um medicamento, se não se obtém uma resposta imediata a se o doutor disse que não há como lidar com as angústias causadas por sua disfunção, seja ela sexual, orgânica ou psico-somática, como fica o cliente? É muito difícil para nós, psicólogos, trabalharmos quando o cliente já vem com um conceito estabelecido - sou homossexual, sou impotente, sou anorgásmico - e com conselhos, sistemáticos, religiosos, negações dados pelo médico para resolver as dificuldades: “Você, minha filha, precisa compreender seu marido, porque o marido é o cabeça do casal”. Nós tentamos descaracterizar os processos cognitivos desse indivíduo, pois uma pessoa munida de autoridade, de poder, cria um impasse que dificulta a terapia. O problema do controle da sexualidade pelo médico ocorre mais em função de sua dificuldade pessoal, pois os clientes os acham superiores, donos do conhecimento. A própria estrutura médica, onde tem que haver um diagnóstico, um medicamento, uma resolução objetiva, atrapalha o atendimento. Gostaria que os médicos (e eu acredito que não seja o caso dos aqui presentes) - vendo suas dificuldades, entendendo seus limites, delimitando seu espaço - soubessem encaminhar o paciente para a área que for, com mais eficiência.

CRISTINA

Creio que consigo resumir em alguns pontos a imensidão de colocações que gostaria de apresentar. Essa é a experiência da minha realidade como médica ginecologista e obstetra, como mulher, como homeopata unicista. Acredito que seja necessário olharmos o assunto de um ângulo que nos permita uma visão mais abrangente no contexto da fase da história da humanidade que estamos atravessando. O problema da sexualidade não é individual; se o médico o coloca sob este enfoque estará dificultando, à paciente, compreender as implicações que existem em outros aspectos de seu desenvolvimento como pessoa. Mesmo em nível individual vemos que a cliente faz parte de um sistema familiar. Neste aspecto compreendemos que a pessoa não é tão livre para decidir seus atos quanto gostaria de pensar que é, e exerce papéis dentro do sistema familiar, adaptando-se numa tentativa de equili-

brar o conjunto, só quando ela começa a tomar conhecimento do que está acontecendo é que se inicia o processo que lhe permite descobrir quem ela realmente é, podendo agir de maneira coerente com seu próprio potencial.

Acima do sistema familiar precisamos analisar um sistema mais amplo, o da humanidade. Estamos atravessando uma crise que não é simplesmente nacional nem simplesmente econômica; para muitos, a maneira de ver o homem e a vida está sofrendo uma transformação, é o final de um ciclo da humanidade e o início de outro. Há evidências de que estamos nos aproximando da idade da maturidade, refletidos em muitos movimentos de âmbito mundial. É o final da "adolescência", nada mais é coerente, estamos acostumados a agir como adolescentes inseguros quanto à identidade, procurando nos impor usando o sexo.

Esta preocupação excessiva para com o sexo leva à perpetuação de conceitos antiquados quanto ao que é realmente o homem e o que é realmente a mulher. Isso, por sua vez, alimenta preconceitos que determinam o certo ou o errado. O médico precisa estar atento para não ser um "instrumento" do sistema. Devemos olhar os seres humanos, tanto os homens quanto as mulheres, considerando os efeitos de séculos de opressão, onde as mulheres - como qualquer outro grupo oprimido - se identificam com o opressor ou assumem uma atitude de submissão muitas vezes traiçoeira. Muito poucas mulheres tiveram oportunidade de descobrir seu próprio potencial, sua identidade. Nós, médicos, devemos ter em mente a necessidade de uma pessoa estar em contato com seu próprio sentir, com seu próprio valor antes de tentarmos consertar uma disfunção sexual. Em geral, o sintoma é um alerta de que algo não está bem no conjunto. É necessário olharmos o indivíduo como um todo, que possui parte física, afetiva, intelectual, transcendental. Qualquer remédio só irá suprimir sintomas às custas do surgimento de outros em seu lugar.

Outro aspecto importante é que o médico compreenda, na sua autoridade sobre os problemas sexuais, a questão da liberdade e sua relação com a castidade. A liberdade praticada hoje não é condizente com o bem-estar da humanidade; quando muito ela reduz o homem à condição de animal, pois é este que faz o que quer enquanto não for impedido por forças externas. A prática da castidade impede as pessoas de se relacionarem com objetos sexuais e permite que se pesquise mais sobre o que está acontecendo quando um casal não se entende sexualmente, possibilitando um crescimento global que muitas vezes facilita aos parceiros ter consciência de como vêm perpetuando o ciclo vicioso da disfunção sexual. Há muitas outras

questões escondidas por trás de um quadro de disfunção sexual: luta pelo poder entre os cônjuges, defesas e proteções criando agressão, dependências, indiferença. Quando o médico consegue ajudar o paciente a entender quais defesas, em certa época de sua vida, foram necessárias para sobreviver emocionalmente, pode ajudá-lo a colocar de lado a necessidade de achar um culpado pelas disfunções atuais e realmente explorar os sentimentos que estão por trás dessas situações, criando abertura para uma intimidade que propicia uma expressão sexual saudável.

KÁTIA

A minha abordagem tem por objetivo retomar a fidelidade e o rigor da palavra, partindo do princípio de que o homem é o único animal que fala e foi ele mesmo que perdeu o rigor desse grande patrimônio: saber do que está falando. Eu gostaria de ler a definição do Aurélio da palavra controle: "Controle - Ato ou poder de controlar (...) fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos (...) etc., para que tais atividades (...) não desviem das normas pré-estabelecidas (...) autodomínio físico e psíquico".

O que realmente me provocou no título dessa mesa foi a palavra "controlador" ou a questão da "sexualidade controlada". O que é isso? Controlar a sexualidade? Parece estar nos primórdios do nosso desenvolvimento esta busca de prazer, através de uma energia que Freud denominou "libido". Quem conhece a si mesmo? A queixa da mulher voltada para a sexualidade do ponto de vista da psicanálise jamais poderia ser aceita ao pé-da-letra, ou seja, quando a mulher fala de sua sexualidade está falando de toda a sua história, de toda sua vida. Como controlar o que é incontrolável? Há que se ter formação inconsciente, capaz de desconfiar das resistências internas do "conhece-lo a ti mesmo". É preciso saber da impossibilidade do controle, da inoperância do conselho e do risco de medicar para obter o milagre do gozo, se o gozo está no falar, no seduzir, e no pedido para ser controlada. A demanda da histérica é "me decifra ou eu to engulo". Somente a mulher pode falar, às vezes, truncado, atravessado, de sua sexualidade e quem escuta esses significantes com frequência os engancham em suas próprias formações conscientes. só pode alguém escutar e entender a fala feminina se não tiver o desejo de controlar. Cito Freud, meu mestre: "Suportar todas as verdades desnudadas a enfrentar qualquer circunstância com calma absoluta: eis o ápice da soberania". É um grande equívoco, um engano, acreditar que quando a mulher fala de sua sexualidade ela se desnuda, quando muitas vezes ela quer ver o médico desnudado.

MATZENBACHER

Eu não faço muitas restrições sexuais às minhas pacientes, mae percebo que as próprias pacientes se impõem limitações. Parece um aspecto punitivo não proposto pelo profissional; é a paciente que me pergunta: “Então eu não posso manter relações num período de oito dias, enquanto durar o tratamento?” Eu é que digo: “Você pode continuar tendo relações”. Bom! A mesma coisa acontece no puerpério imediato. Principalmente quando é parto cesáreo, eu libero a paciente para ter relações ainda no hospital. Outros médicos restringem o coito por 40 dias. Não vejo problema em trepar salvo a anticoncepção. Não imponho qualquer limitação sexual.

Muitas vezes é o próprio paciente que traz a noção de que a doença sexualmente transmissível, por ter sido adquirida com o prazer sexual, deve ser de certa forma punida. Alex Confort aborda em um capítulo do seu livro *Os prazeres do sexo* justamente a atitude dos médicos com relação à sexualidade e ele é muito crítico, pois diz não haver qualquer razão pela qual os médicos devam aconselhar sobre técnicas sexuais, embora o façam freqüentemente; mais aiante diz o autor que o médico que quiser aconselhar sobre comportamento sexual tem que investigar sua experiência pessoal. Essa última hipótese seria ótima se a experiência do médico fosse variada, mas em geral é limitada, excêntrica ou inexistente. Acho que o médico projeta muito de suas “verdades sexuais” quando faz algum tipo de prescrição ou aconselhamento sexual.

AYUB

Eu entendo que ao selecionar o tema não se estava falando de um médico, mas da comunidade médica como um todo e, nesse sentido, eu tenho algumas divergências com o que foi dito. Primeiro, que a paciente escolhe o médico de acordo com as suas referências. Eu tenho quase certeza de que ninguém escolhe “um médico”, mas, sim, escolhe uma figura idealizada a partir de uma reputação baseada em conquistas técnicas, publicações científicas ou informações emocionais de parentes ou conhecidos. Na realidade, a pessoa tem poucas informações sobre a pessoa que vai consultar e mesmo depois não há genuína opção, porque o médico é dominante; mesmo que ela tivesse chance de optar, não optaria senão dentro dos moldes para os quais foi educada, o que na realidade não é uma opção.

Outro ponto é que a comunidade médica controla a sexualidade não só de suas pacientes, mas também de todos, e fica furioso quando não controla. O exemplo mais óbvio que me ocorre é o da

sexualidade na gestação. Todos os livros-texto se referem a períodos de abstinência quando não existe qualquer razão fundamentada para abstenção coital durante a gestação; estou falando *de* relação coital porque a relação sexual não pode ser proibida em circunstância alguma. Mas, infelizmente, o médico e a paciente se comportam dentro de um estereótipo cultural. Com relação à arte médica, o homem domina a mulher, é um ser superior na relação conjugal, o médico domina a paciente e a mulher está esperando esta dominação porque ela se comporta de acordo com o estereótipo que lhe está impresso. Espera o controle, pergunta o que deve comer na gravidez, se pode transar e cumpre religiosamente as prescrições e a comunidade médica co-participa de forma cúmplice inaceitável. É o mesmo que ocorre com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida que todos sabem ser forma de controlar a sexualidade das pessoas; as maiores tolices, as coisas mais sem fundamento são ditas simplesmente para restringir a sexualidade e os médicos as vão repetindo sem nenhuma contestação.

A sociedade de maneira geral controla a sexualidade, tanto é verdade que as chamadas publicações pornográficas são proibidas ou de circulação restrita. E a pornografia nunca teve qualquer efeito deletério em qualquer civilização, em qualquer idade, em qualquer geografia. Controle maior não pode existir.

LUIZ FERNANDO

Chamou-me a atenção que todos os médicos na mesa tenham fugido de examinar o poder médico do qual lançamos sempre mão. O Cornélio chamou a atenção para o poder sobre o paciente, que é uma questão básica da nossa formação médica, mas sempre fugimos de questionar aquilo que estamos fazendo e para que estamos fazendo. O nosso psicólogo foi o único que denunciou o poder do médico, mas sabemos que o poder do psicólogo é igual. Outra coisa que não é o assunto, mas que me interessa muito: o que é ética e o que não é ética? Tenta-se encobrir com a desculpa da ética uma má atitude médica, uma prática *de* negligência, de omissão ou de imprudência; na verdade nós não estamos fazendo ética, nós estamos fazendo o clube dos de branco encobrendo a má prática médica.

CANELLA

O discurso da Zélia nos leva a pensar em controle no sentido de repressão (quem controla, domina), mas controlar tem uma faceta diversa; o tráfego, o intestino, o tempo precisam ser controlados,

existe um autocontrole importante para todos nós. Até que ponto o médico controla com o intuito de dominar? O médico não tem o direito de controlar as pessoas no sentido da dominação, embora consciente ou inconscientemente faça isso. Quando o médico pergunta à cliente - "Quantas relações você tem por semana? Como é que trepa? Fica embaixo, fica em cima? Goza como ou não goza? Por quê?" - será que está exercendo um controle? Ele tem esse direito? O direito de invadir a intimidade da cliente?

CARMEN

Eu acho que há controle também quando se libera; quando o médico aconselha a trepar e permite tudo, o controle está sendo exercido de qualquer maneira. Outra coisa, as mulheres são machistas quando colaboram com a dominação do homem: é mais comum a mulher procurar o ginecologista, elas discriminam as próprias mulheres.

Finalmente: será que a sexualidade se aprende em sala de aula? Creio que a sexualidade tem a ver com a vida.

HILDA

Nem sempre controle significa repressão, e nem sempre o discurso médico traz a intenção de exercer um controle. Hoje, eu não sei como o médico poderia controlar a mulher através da sexualidade. No passado, as mulheres não amamentavam e o índice de mortalidade infantil era imenso, depois passou a ser bonito a mulher amamentar: o médico aconselhava e a mulher aceitava. Considerada no passado um objeto, precisou de um concílio para saber se ela era ou não era gente; como era gente passou a ocupar um lugar de status na sociedade, mãe dos filhos; depois a mulher ganhou uma qualificação e tornou-se trabalhadora. O discurso médico colaborou com tudo que ocorreu porque precisava mais gente para produzir nas fábricas e para consumir.

Vivemos numa sociedade extremamente autoritária em que o jogo do poder é feito de forma velada, o conflito não é explicitado e a relação médico-paciente é extremamente autoritária. A real liberdade de escolha é quase impossível se compararmos, no Brasil, uma grande cidade com uma do interior, onde a figura do médico é extremamente prepotente porque lhe é atribuído esse papel pela própria localidade. Nas grandes cidades há uma troca de informações sobre o médico e a escolha se faz pela "cabeça" dele; a troca de idéias na conversa antes do exame mostra se podemos ou não con-

versar certas coisas, se há possibilidade de “trocar”. Essa capacidade de escolha pode ser restrita, mas existe, e vai variar de acordo com a conscientização. É muito fácil botar a culpa no opressor, pois a cliente não tem saber científico, saber médico. Mas existem médicos que escrevem, que mostram seu pensamento, sua linha de ação. Quando a AIDS estava começando a ameaçar, o Jean colocou em artigo suas idéias contra tudo que se estava dizendo, teve a coragem de ir contra todos que usavam a AIDS para ameaçar. Dois anos depois já lia outras coisas a respeito. Quem está atento, interessado em fazer uma escolha, tem parâmetros.

Controle é uma coisa que existe em todas as relações. Você pode é se inibir com o repressor, mas mesmo nessa situação cabe reivindicar uma posição e lutar por ela; o poder do médico existe e as vezes é opressor, mas, se o paciente estiver atento, pode lutar. A dominação não é uma coisa unilateral, é bilateral apesar da assimetria da relação.

NAHOÛM

Faço um pequeno desvio, porque não é exatamente o assunto. Filósofo amador que sou, tenho uma briga pessoal com a Kátia: jamais o homem poderia ser o único animal que fala; justamente porque fala, não é animal. Não é nosso tema, mas na minha pele de filósofo amador não posso aceitar nossa inclusão no gênero animal; nós, de animal, temos apenas esta carne, esse sangue, mas não somos animais: vamos tomar um chopinho que a gente continua a briga.

Embora tudo esteja bem colocado, a discussão não tem sentido porque evidentemente somos instrumentos ideológicos das classes dominantes, sem com isso querer, como no Marxismo ortodoxo, entender as classes como Marx as entendia, mas só somos instrumentos, aparelhos ideológicos do Estado ou das classes dominantes e como tal nós os servimos. Problema interessante é como servimos. Até pouco tempo atrás calávamos, não tocando em sexo e agora temos de falar sobre sexo no discurso cotidiano, e me pergunto: uma posição de vanguarda, tangente, marginal não é justamente não falar de sexo, como todos falam?

Como disse Nilza, somos obrigados, para sermos bons médicos, a falar de sexo.

Falamos de sexo com uma profunda, crassa, imensa ignorância, aquela que os médicos têm, assim como os psicólogos. O discurso da Nilza pareceu dizer que somos ignorantes, o que é uma verdade, mas os psicólogos são também. Como médico sou ignorante,

mas trabalho num grupo em sexualidade no Gama Filho e temos conosco alguns psicólogos; psicólogos e médicos são ambos profundamente ignorantes. Por que agora esse discurso médico? Qual a finalidade? Eu não sei, mas estou desconfiado que há algum interesse (que não consigo decodificar) pelo qual temos que substituir o nosso tradicional silêncio pelo discurso. Bom conselho é o de Boechat que no mínimo fica ouvindo, porque assim disfarça a ignorância e o paciente gasta tempo falando o que tem vontade.

Ayub tem muita razão sobre a pornografia: não há indício algum de que as manifestações pornográficas, filmes e livrinhos, aliás extremamente sem gosto, tenham trazido qualquer prejuízo à moralidade de quem for.

BALIÚ

Nunca nenhuma cliente me procurou para que eu dissesse que ela tem que ter relações; não é a nossa obrigação controlar a sexualidade das nossas pacientes: controlar o quê, se elas nada perguntam para nós? Nossa obrigação é orientá-las e nisto eu não sou ignorante. Poucos terão a sabedoria que nós médicos temos para orientar nossas pacientes sobre sexo. A medida que eu caminho nos anos desenvolvo cada vez mais o meu modo liberal de encarar o sexo. Sou clínico em local onde as moças, as jovens têm sexo de uma maneira franca, freqüente, constante e eu não vejo diferença entre essas moças e as moças da minha juventude que, Deus me livre, não podiam ter sexo. As de hoje são tão boas quanto aquelas.

A paciente escolhe, sim, o seu médico; ela pode na primeira consulta vir até por anúncio e, de modo geral, nessa primeira vez ela não entra em intimidades, mas se ela gosta do médico um dia veladamente faz a seguinte queixa:

- Doutor, pelo amor de Deus, eu não... Eu não...

- Não o quê, menina?

- Doutor, eu não consigo gozar.

Aí eu coço a cabeça, assim.

- Por que o senhor está coçando a cabeça?

- Olha, porque é difícil.

Mas então eu dou um remedinho desses que não valem nada, junto o meu conselho experiente, sincero e sábio: "Ora, você vai fazendo isto, assim, assim (não dá para ensinar aqui, ninguém aqui é minha paciente, isso é só de mim para ela), vai tomando o remédio, vai fazendo isso, e volta para o mês". E às vezes ela volta com um semblante de felicidade que só eu pude dar a ela.

SÉRGIO

Acho que devíamos mudar a palavra “controlador” para “orientador”, a quero perguntar, a quem queira responder: qual a conduta diante de uma paciente grávida que se diz virgem e solicita continuar virgem, querendo uma cesariana? Temos psicólogos e obstetras na mesa, pergunto: qual a conduta frente a um caso desse?

ALGUÉM

Ela já estava em trabalho de parto?

SÉRGIO

Não. Está grávida, se diz virgem e deseja manter-se virgem. Perguntei isso porque, em uma discussão no nosso grupo de estudos, uma colega, pediatra, estava acompanhando uma moça que chegou em trabalho de parto e que, na hora do toque, disse que não podia ser examinada porque era virgem. A colega pensou duas vezes e perguntou: “Seu marido está aí?” - “Está.” - “E vocês tem carro?” - “Temos”. - “Então vai com ele em casa e transem”. E aí foram e dentro de duas horas estavam de volta e ela já não era mais virgem e o bebê nasceu de parto normal. Recentemente, na 33ª enfermaria, duas pacientes estavam grávidas e eram virgens. Eu acho que isso mexe demais com a sexualidade. Uma delas, menina de 13 anos. O que fazer diante de uma paciente grávida que se sente psicologicamente virgem e quer manter-se virgem, quer se resguardar para um novo casamento?

CANELLA

Eu queria saber qual é o critério de virgindade que você tem? O que é virgindade? Eu me julgo um marciano, embora todo mundo saiba que não o sou. A moça se julga virgem, mas se está grávida não é virgem. Que conceito de virgindade é esse que se confunde com integridade de hímem? A integridade da membrana serve para determinar se alguma coisa penetrou na vagina ou não; uma gravidez é prova legal de que uma mulher não é virgem, mesmo com hímem íntegro. Eu acho que neste caso você está botando chifre em cabeça de cavalo: mulher grávida não pode ser virgem. Agora, “virgem psicológica” é uma das mais absurdas denominações que já ouvi.

SÉRGIO

Ela queria um parto cesáreo porque pretendia guardar sua virgindade para o futuro marido, ou o segundo pai de seus filhos. Não importa, é um problema psicológico; se ela se sente virgem, ela é virgem. Não dá para continuar em um ambiente onde se acha que a virgindade está no hímen! Tenham santa paciência! O hímen é uma membranhinha que não tem nenhum significado. A conduta obstétrica com o hímen deve respeitar o sentimento da moça. Que finalidade tem esse hímen? só fazer confusão? Me desculpem, mas acho que a conduta é explicar para ela que a sua virgindade está inteira, o hímen é o de menos. O que diz o psicólogo?

CANELLA

Cada virgem psicológica tem o obstetra que merece.

BOECHAT

O doutor lá em cima já falou. Não vou continuar no assunto apesar da doutrinação controladora da mesa: nós temos controle de sexualidade, da palavra, da mesa, do bombom, da água e assim vai... Depois, se você quiser, podemos conversar no chopinho sobre essa virgindade psíquica e como proceder com isso. Mudando de pau para cacete, gostaria de colocar duas coisas que Cristina falou sobre liberdade na atualidade. O que é a liberdade? Quem somos nós para delimitar o que é certo, ou errado, o que é normal, ou doença, o que é adequado ou inadequado nesse mundo em transformação constante? Liberdade é uma coisa que aprendemos numa determinada época da vida, se nos fixarmos na idéia sem prestarmos atenção no mundo, na evolução dos conceitos, da moral dos costumes, ficaremos retrógrados. importante tomarmos cuidado, com essa idéia de que tem poder quem está de roupa branca ou preta.

Há quem ache que médico, para clinicar, tem que estudar os temas da psicologia em suas linhas filosóficas, psicanálise ou qualquer outra. Isso ajuda a pessoa a crescer, ajuda a se ver, ajuda o médico a ser como qualquer ser humano e ter uma visão completa do cliente. Eu tenho receio é do médico, com esse conhecimento teórico tendo lido Freud e outros, tentar usar isso como um modificador do comportamento humano, muito mais complexo do que aquilo que está nos livros. No gênio de Freud ou do autor de qualquer linha psicológica não existe uma linha absolutamente certa. Não se pode ler um livro e aplicar o que lemos, seríamos conservadores. Para fazer terapia, estudar, ler jornal, filosofia ajuda, mas é preciso ter

condições para ouvir o paciente no sentido de escutá-lo com integridade, entendendo-o como ele é, e não a partir das referências que podemos ter de nós mesmos.

CORNÉLIO

O poder que exercemos sobre os pacientes existe e tem que ser visto pelo médico com seus limites. O paciente sente o poder do médico quando vai ao consultório e espera que ele resolva sua ansiedade, seus sintomas, seus problemas. O ginecologista que não tem uma formação em psicologia aplica não só sua experiência pessoal, mas também seus traumas no exercício da clínica. O controle da sexualidade existe, difícil é saber até onde ele vai, até que ponto é benéfico ao paciente. Saber ouvir a entender os problemas é a coisa principal. Uma paciente, que operei faz trinta dias, veio para revisão; examinei, tudo ótimo, disse que podia ir para casa a desejei um final de semana “feliz”, mas ela não queria transação nenhuma, e eu senti que ela estava querendo que eu proibisse transar mais um pouquinho porque ela não estava bem com o marido. Vamos sentar e conversar, saber o que está acontecendo; é o momento de exercer o controle de orientar desde que se vislumbrou alguma coisa por detrás do fato. A gente tem que estar atento para não passar para a paciente, pelo poder médico, uma justificativa para ficar sem transar.

Até que ponto isso está sendo benéfico para a paciente? Não estamos reforçando a patologia, reforçando o conflito do casal? É preciso ter uma visão clara, sentar com a paciente e conversar com ela dois ou três minutos. Se não se faz isso não se resolve o problema. Se não se pode, não se tem tempo, é melhor encaminhar a um colega que pode e sabe tratar. Quem tenta enrolar acaba criando um problema bem maior. O título dessa mesa é “O médico controlador da sexualidade”, mas eu queria que a mesa visse sexualidade não só como sexo, mas também que incluísse aspectos psicológicos, emocionais, físicos e sexuais. Esse poder de controlar do médico é moral, porque moral é costume e acontece todo dia. Mas esse poder é ético? E moral exencermos um controle? O aspecto da sexualidade é muito mais abrangente do que apenas sexo. Concordo com o Jean, o homem não é só animal, é também espírito. Isso daria muita discussão.

MARÍLIA

Quando falei que as mulheres em parte continuam procuran-

do as ginecologistas por medo da figura masculina, relatei o que tenho visto como psicóloga, trabalhando em hospital a conversando com as pacientes; muitas preferem se consultar com a ginecologista por medo, inibição, frente à figura masculina.

Outra coisa é a formação discutível dos médicos nas faculdades. Acho que para um trabalho com a sexualidade da paciente tem que existir bem mais do que ensinamentos acadêmicos. O médico usa sua própria experiência, dá conselhos a partir de suas vivências pessoais; isso porque dentro da faculdade nem médicos nem psicólogos são bem formados; buscamos uma mudança que, acho, ainda não aconteceu.

KÁTIA

Luiz Fernando foi o único que falou sobre o perigoso poder médico. A questão que gerou polêmica, animal racional ou irracional, dá pano prá manga. O animal racional é muito incompetente, os irracionais têm comportamento pré-determinado, não são neuróticos, só trepam na hora de reproduzir, não têm angústia. Esse animal - que fala e de cuja incompetência estou ciente - é um animal lindo; estou investindo nele, tudo.

A paciente, para mim, escolhe seu médico, acha um Xamã que tem a magia e é muito difícil para nós, que trabalhamos no hospital, lutar com o Xamã, mágico que detém o poder. O sujeito vai ao médico, o coloca no lugar do saber e da competência e o médico usa isso. Existe uma espécie de sacanagem do médico para que o paciente retorne ao seu consultório; é muito difícil lidar com isso quando trabalhamos dentro do hospital como psicólogo ou psicanalista. O médico gentilmente nos encaminha o paciente, mas existe uma soberania que mina o encaminhamento. Estou plagando o Magno, um eminente psicanalista carioca, que utilizou, aqui em Vitória, no ano passado, este termo "gentilmente nos encaminha". O cliente não é patrimônio do médico e a gente percebe que é na equipe de trabalho que está a maior dificuldade. Eu concordo com o Carlos quando ele disse que estudar apenas leva a passar a teoria de qualquer jeito. "Psicologicamente virgem", isso ficou super-perdido; acho que ter dó da paciente, ter dó da menina que estava dando luz, é a pior coisa que se poderia sentir por ela. O médico poderia funcionar como orientador o tempo todo, mas tomou lugar do papai e aí a coisa ficou perdida. Doutor Baliú, eu, sinceramente, queria muito ser sua cliente; eu não gozei tudo que gostaria de gozar. Ainda vou procurar o senhor para receber muitos conselhos.

CRISTINA

Há três pontos que queria comentar. Primeiro, sobre essa menina grávida com 13 anos de idade; segundo, a idéia de que a mulher está se animalizando; e terceiro, a denúncia de que a mesa não falou nada sobre o médico na condição de controlador da sexualidade. Os três temas resumem-se ao fato de que o sexo não é um assunto isolado, separado, mas que faz parte de todo um conjunto. Se a mulher está se animalizando é porque o ser humano não está fazendo o melhor proveito do seu potencial, ele precisa ver os aspectos gerais da sexualidade. Quanto à menina, acho que alguém teria que conversar com ela e trabalhar toda a realidade da vida, aliás a realidade de milhões de pessoas neste mundo, alguém tem que ajudá-la a enfrentar a realidade e descobrir quem ela é, apesar da imagem que tem de si mesma ao ponto de negar ter tido uma relação. Finalmente, enfatizo mais uma vez a necessidade do médico entender que o sexo faz parte de todo um conjunto de aspectos de nossa vida.

MATZENBACHER

Eu queria cumprimentar o Baliú e desejar mais sucesso na clínica e fazer uma ressalva ao Ayub. Eu li uma vez que a prática orogenital na mulher grávida pode levar à embolia gasosa, se o parceiro soprar. É uma limitação, Ayub. Alguém também leu sobre isso?

NAHOUM

O soprar na vagina descola o espaço entre a placenta e o endométrio e produz embolia gasosa. A primeira publicação tem cerca de 15 anos e relata sete mortes imediatas, na cama, no ato. Pergunta: se aprenderam essa idéia de soprar com Paulo Lopes, não sei. Qual é a probabilidade de morte não sabemos, porque só se tem relato das mortes, pode haver um hábito muito divulgado de soprar, mas não sabemos. Na minha experiência, essa é uma prática totalmente desusada, pelo menos entre nós. Nestes sete casos, a morte foi imediata por embolia gasosa, entrando o ar através dos seios marginais da placenta.

AYUB

O Jean já disse o principal; eu gostaria apenas de enriquecer um pouco: um marinheiro inglês foi incriminado exatamente porque a prostituta com a qual ele copulava teve morte súbita. Ele já havia

ameaçado esta prostituta *de morte e*, assim, foi acusado e julgado; estava quase condenado quando esta publicação surgiu a foi aventada a hipótese dele haver soprado a vagina. Pode ser que ele tenha assistido o filme *Amacord*, do Felini, onde uma mulher gorda, com “arqui-tetas”, como muitas personagens felinianas, chama alguns meninos com uma atração enorme por aqueles seios imensos e ela permite que eles tenham acesso àquela parte da anatomia a um dos meninos vai diretamente aos mamilos e “sopra” e ela diz: “não, meu filho, chupa”. Enfim, espero que esse risco de embolia levem os médicos a orientar, mas não a proibir o coito em grávidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAVES, E. B. F. Para melhor ler, escrever e falar. *Lendo* 1. Rio de Janeiro, 1984.
2. LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e Instituições*. São Paulo, Francisco Alves, 1983.