

## **SENSUALIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA**

As manifestações culturais de nossa espécie sempre apresentaram um caráter oscilante. Se analisarmos uma característica cultural ao longo da história, perceberemos nitidamente essas oscilações, qualquer que seja a manifestação examinada. Esse ir e vir, de um extremo ao outro, torna-se patente quer nos ocupemos de misticismo, quer de culto ao físico ou de qualquer outra manifestação. Passamos, por exemplo, da religiosidade extrema ao materialismo ateu, quando então caminhamos de volta ao misticismo; da admiração ao atletismo, entre os gregos, para - após séculos de desprezo ao corpo - voltarmos a cultivar as atividades físicas, como vemos nos dias atuais.

As manifestações da sensualidade e sexualidade humanas também sofrem essas variações; após o repressivo período vitoriano, a sensualidade explodiu nas primeiras décadas deste século, na música, no cinema, nos costumes e em outras manifestações. As décadas de 30 e 40 assistiram uma certa repressão à sensualidade, que nas décadas de 50 e - principalmente - nos anos 60 e 70 cedeu lugar a um estímulo intenso.

Vivemos ainda, embora de forma menos exacerbada, essa fase de "liberação" da sensualidade. Isso pode ser confirmado se nos dermos ao trabalho de ouvir uma estação de rádio, assistir televisão ou simplesmente folhear revistas em qualquer banca. Nessas últimas, aliás, chama a atenção não apenas o número de revistas francamente pornográficas, mas principalmente o erotismo embutido nas histórias em quadrinhos; para quem quise ter um bom exemplo dessa afirmação, basta observar as histórias desenhadas por Guido Crepax ou por Manara, considerado: entre os melhores.

Acontece que a humanidade se cansa de qualquer coisa que lhe seja oferecida em excesso. As revistas pornográficas, por exemplo, já não têm a mesma saída de quando eram novidade; dizem até que as famosas revistas nórdicas continuam a ser feitas... apenas para exportação aos países latino-americanos!

O atual uso e abuso da sensualidade em novelas, filmes e anúncios comerciais seguramente cederá lugar - como sempre aconteceu desde que o mundo é mundo - a um período de “inocência” e puritanismo. Aliás, esse movimento já está começando a esboçar-se; certamente ainda veremos a virgindade voltar à moda.

Nelson Vitiello  
Editor

# Contribuições da Cultura Adolescente e da Androginia à Sexologia **1**

---

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior<sup>1</sup>

O estudo da sexualidade humana pode e deve incluir dois conceitos que se mostram interligados: o de adolescente e sua cultura e o de androginia.

## **O CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA**

Várias são as definições para adolescência, geralmente implicando em subjetividade, dificultando a própria definição do termo. English e English (1968) definem adolescência como o período em que começa a puberdade até se conseguir maturidade, um estágio de transição durante o qual o jovem está se tornando adulto, convencionando limites de 12 a 21 anos para as garotas e de 13 a 22 anos para os meninos. Reber (1985) apenas inclui para a finalização da adolescência os termos maturidade fisiológica ou psicológica, lembrando que o termo é muito menos preciso do que aparenta, uma vez que o final do período de puberdade e o início da maturidade são virtualmente impossíveis de se definir efetivamente. Harré e Lamb (1983) procuram descrever, objetivando o processo de maturização: mudanças corporais rápidas e o efeito no autoconceito; impacto do crescimento precoce e tardio e efeitos psicológicos de longo prazo.

---

1. Psicólogo, psicoterapeuta sexual do Instituto H. Elks (SP).

Recebido em 14.04.91

Aprovado em 26.04.91

## O CONCEITO DE ANDROGINIA

Faz-se importante definir bastante claramente a androginia, a qual é confundida com outros conceitos em muitos textos e fontes bibliográficas de referência.

Fisiologicamente, o termo tem sido usado denominando um homem que apresenta características estruturais (ou, por extensão, comportamentais) da mulher (English e English, 1968). O termo se faz confundir com hermafroditismo, que devemos restringir à condição de ambigüidade de genitália, sem considerações comportamentais. Apesar de etimologicamente o termo não se diferenciar de hermafroditismo, deve ser aplicado a pessoas em termos psicólogo-comportamentais, em que, geralmente, não há, exceto em raros casos, comprometimentos biológicos/genéticos de ambigüidade genital. Popularmente, o homem andrógino receberia a caracterização de efeminado, devido às características, em termos sociais, associadas à feminilidade. Dorian (1987) descreve a androginia como um pseudo-hermafroditismo, considerando um indivíduo geneticamente masculino com influências provavelmente hormonais que determinam uma tendência para a sexualidade da mulher.

O termo androginia também tem sido mal compreendido, de forma que, quando se ouve defender a androginia, muitos pensam estar sendo promovida uma cultura andrógina, ou sexualmente ambivalente, onde homens e mulheres tornam-se indistintos uns das outras. Porém, o que se defende é a esperança de liberdade para que cada homem e cada mulher sejam tudo o que são, incluindo ou não as qualidades chamadas femininas para os homens (sensibilidade, intuição) e as chamadas qualidades masculinas para as mulheres (força e vigor físicos).

O andrógino deve ser encarado como um espírito de reconciliação entre os sexos e, mais além, com um amplo espectro de experiências aberto a todos os indivíduos, os quais podem, como as mulheres, ser agressivos, ou como os homens, serem suaves; um espectro onde seres humanos escolhem seus lugares e comportamentos sem que haja preocupação com o social ou o tradicional (Heilbrun, 1973; Maggio, 1987). O conceito de androginia trouxe a possibilidade de que as subculturas feminina e masculina possam ser juntadas numa pessoa ideal, apesar de que o lado feminino da equação ainda precisa ser confirmado, pois o termo androginia geralmente é aplicado ao homem, além de muitas vezes ser usado de forma que não a proposta, mas de maneira que faz com que os níveis de ansiedade se elevem para um conceito de unissexualidade (Steinem, 1983).

O conceito de unissexualidade foi muito explorado através dos meios de comunicação, em especial a mídia eletrônica televisiva, de forma satírica, contribuindo para o aumento da ansiedade na aplicação do termo, provocando um estado de evitação de identificação com o conceito. Sanford (1980) afirmou que o homem acostumou-se a pensar em si mesmo somente como um homem e a mulher, somente como uma mulher, apesar de fatos psicológicos indicarem o ser humano como andrógino. Freud já considerava o ser humano com capacidades psicológicas que podemos denominar andróginas. Também encontramos detratores do termo, como a feminista Mary Daly (1978), que considera o termo androginia uma abominação, tentando juntar características opostas e antagônicas.

English e English (1968) utilizaram-se do termo “gynandria” para a mulher com aparência marcadamente masculina ou que possui uma combinação de caracteres sexuais femininos e masculinos, diferenciando-o de “viraginia”, utilizado para a mulher com características mentais masculinas (English e English, 1968) ou para a mulher, biologicamente, com sentimentos de que deveria ser homem (Reber, 1985). Esta última definição tem recebido mais genericamente a denominação de “transexualismo”, o qual, segundo Reber (1985), recebe alguns critérios para sua identificação:

- desconforto quanto à própria identificação;
- desejo profundo e persistente de ser um membro do outro sexo (identificando-se com a identidade de gênero do sexo oposto - Stoller, 1968);
- desejo de modificar a própria genitália;
- ausência de outras desordens psicológicas ou anormalidades anatômicas ou genéticas, tais quais hermafroditismo.

Esta classificação implica, então, numa desordem de identidade de gênero ou, como Bianco (1988) descreve, numa alteração em nível de fator anatômico de estrutura encefálica. Preferimos a classificação de desordem de identidade de gênero. Definimos identidade de gênero como a identidade experienciada por uma pessoa quanto à própria individualidade como homem ou como mulher, como experiência interna a qual pode ser expressa externamente como papel sexual, indicando aos outros socialmente a afiliação à masculinidade ou feminilidade (Reber, 1985). Então, a desordem de identidade de gênero é um título para os sentimentos de inapropriedade e desconforto quanto à própria anatomia e papel sexuais; nesta categoria incluem-se o transexualismo e o travestismo. Entre os transexuais, as mulheres mostram-se mais propensas, durante a infância, a ter comportamentos do sexo oposto, além de se vestirem mais freqüentemente como meninos (Verschoor e Poortinga, 1988).

Diferenciado do transexualismo, o travestismo deve ser definido como o desejo persistente de se vestir como o sexo oposto, fazendo com que a pessoa em questão sinta-se desconfortável em vestes do próprio sexo; esta definição implica em padrões sociais de vestimenta culturalmente aceitos para cada sexo (English & English, 1968; Reber, 1985). Travesti, para ser considerado como tal, apenas não deve ter desejo de mudar seu sexo anatômico (Reber, 1985). Artistas profissionais que se vestem como pessoas do outro sexo podem ou não ser travestis na classificação de desordem de identidade de gênero<sup>2</sup>. Encontramos, também, o travesti que se utiliza desta estratégia (o uso de roupas do outro sexo) como forma de obtenção de prazer sexual, o que é classificado por muitos estudiosos como um desvio ou perversão sexual ou parafilia (Fucs, 1987; Bianco, 1988; Goldenson & Anderson, 1989). Devemos diferenciar, também, o travestismo e o transexualismo da homossexualidade, a qual diz respeito ao objeto de escolha sexual, ou seja, o desejo sexual dirigido -a pessoas de mesmo sexo, naturalmente não impedindo que haja uma desordem de identidade de gênero, porém sem que isso seja uma condição obrigatória.

Dentro das desordens de identidade de gênero podemos ter um extremo de não conformidade de gênero, onde há um fracasso em se conformar com a caracterização social do comportamento apropriado para um determinado sexo, a exemplo de crianças cujas preferências por brinquedos e outras atividades lúdicas estão geralmente associadas com o sexo oposto e que não demonstram os sinais comuns e socialmente aceitos e determinados de propriedade do próprio sexo (meninas que simplesmente “não se sentem” muito femininas, ou meninos que “não se sentem” muito masculinos); esta condição pode ou não estar associada a distúrbios adolescentes e de vida adulta no que respeita identidade de gênero, escolha sexual ou comprometimentos psicosssexuais.

A androginia pode ou não incluir o conceito de bissexualidade, ou seja, pessoas cujos objetos de desejo sexual incluem tanto homens quanto mulheres (Reber, 1985; Goldenson & Anderson, 1989). O termo ambissexual já foi usado no mesmo sentido, assim como inversão anfígena, porém é mais comum a denominação bissexual (Reber, 1985).

---

2. A exemplo do filme *Victor ou Vitória*, onde a personagem principal, vivida por Julian Andrews, usa roupas masculinas, para, passando-se por homem, conseguir um emprego de cantor, sendo que fora rejeitada como cantora; ou no filme *Tootsie*, em que o personagem vivido por Dustin Hoffman só obtém um emprego como “atriz”.

Enfim, optamos pelo sentido psicossocial para o termo androginia ligado ao papel sexual e social, incluindo características sociais de ambos os sexos (também referido como androginia psicológica - Bem, 1974, 1975).

### **A CULTURA ADOLESCENTE**

Os adolescentes na cultura ocidental, judaico-cristã, tendem a formar grupos que lhes forneçam apoio mútuo neste período de mudanças e adaptações físicas, psicológicas e sociais.

Os grupos adolescentes têm características específicas a não é incomum que incluam comportamentos antissociais e de negação dos padrões dominantes, razão pela qual são fonte de preocupação geral, em específico dos pais. A preocupação recai na mudança de padrões de comportamento individuais e sociais, apesar de que para a maioria dos adolescentes a influência familiar supera as influências grupais nas questões de maior importância (Brittain, 1963 e Larsen, 1975, citados por Forisha-Kovach *in* Corsini, 1984).

No geral, os adolescentes se beneficiam da associação a grupos. Em primeiro lugar, amizades de mesma faixa etária fornecem um espaço para o adolescente desenvolver os comportamentos sociais e uma forma de enfrentar os sentimentos de solidão, freqüentemente experienciados na fase de adolescência. Em segundo lugar, o grupo de adolescentes prevê um ambiente, inicialmente com amigos do mesmo sexo, depois com os do sexo oposto, onde podem explorar sua própria identidade e descobrir quem são (Douvan & Adelson, 1966, citados por Forisha-Kovash *in* Corsini, 1984). Finalmente, embora o grupo enquadre o adolescente segundo suas próprias regras, em especial na faixa de 13 a 15 anos de idade, o grupo prevê um ponto de apoio para o adolescente em sua busca por independência de sua família para tornar-se adulto. Alguns jovens, no entanto, tornam-se completamente dependentes do grupo para apoio social e expectativas comportamentais. Estes jovens, uma minoria, são dominados pelas regras do grupo e geralmente se sentem perdoados pelo mundo adulto. Este subgrupo é o que representa os medos dos adultos quanto aos grupos de adolescentes de mesma idade, pois geralmente atentam contra a ordem estabelecida, engajam-se em atos antissociais a tentam criar um mundo que satisfaça suas próprias necessidades em oposição aos outros.

Devemos lembrar que em muitos países a desagregação da célula familiar e as conseqüentes novas uniões fornecem um tipo específico de experiência para o adolescente: maior variedade de

experiências familiares. O resultado são grandes oportunidades e grandes conflitos. Qualquer que seja a experiência, a família continua sendo a maior contribuinte para a formação da personalidade individual.

### **O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE ADOLESCENTE**

O comportamento sexual adolescente é dirigido por normas e expectativas culturais muito fortes, as quais variam de cultura para cultura e dentro de grupos sociais e regiões geográficas de uma mesma cultura.

Nos ambientes urbanos, o adolescente, embora seja tratado como uma criança crescida, sem ser responsabilizado como adulto, já é forçado a seguir normas pré-determinadas para seu comportamento sexual. No entanto, tais regras e normas pré-estabelecidas são conflitantes, pois também permitem atividades sexuais em adolescentes sob certas circunstâncias, sendo que as gerações anteriores ditavam regras explícitas de proibição de expressão sexual adolescente. O resultado é que o adolescente experiencia ambivalência quanto à expressão sexual devido às normas e regras sociais conflitivas. A maturação de capacidades sexuais e a impossibilidade ou conflitos quanto à expressão sexual causam tensão. A sexualidade adolescente simboliza as mudanças ocorridas na adolescência.

Para alguns teóricos, a postulação freudiana da eclosão de energias ainda não controladas, surgidas na adolescência, devem ser mais fortes no homem do que na mulher, sendo que a iniciação sexual do homem é, geralmente, anterior em idade à da mulher (Sintex do Brasil, 1983). Simon e Gagnon (citados por Corsini, 1984) acreditam que a sexualidade adolescente é uma resposta aprendida em função de expectativas sociais. Na sociedade ocidental judaico-cristã espera-se que os garotos mostrem que estão sexualmente ativos e que as garotas estejam mais interessadas em amor do que em sexo, e, então, ambos procuram preencher tais expectativas. Conseqüentemente, cada sexo procura seguir seus scripts e apreende os comportamentos esperados por nossa cultura. Outros pontos de vista caem entre as motivações interiores e a modelagem social, sendo que a sexualidade é uma área de expressão da integração, ou não, da personalidade. Outros pesquisadores, a exemplo de Strouse e Buerkel-Ruthfuss (1987), apontam para características que aparentemente contradizem estas perspectivas: a mulher consome mais material relativo à sexualidade exposta pelos meios de comunicação.

O período de adolescência implica num momento de estudo de modificações a serem alcançadas. Segundo Kohlberg (citado por Corsini, 1984), após uma fase de aprendizado das regras da comunidade e da sociedade (estágio convencional) vem a consideração da experiência própria e a necessidade de ir além das leis aceitas socialmente, considerando as excessões (estágio pós-convencional). Este modelo do desenvolvimento moral de Kohlberg tem se mostrado controverso, e há pesquisas cujas conclusões se apresentam prós e contras.

Spence, Helmreich e Stapp (1975), através de um questionário de atributos pessoais, aplicado em adolescentes, constataram que os indivíduos andróginos recebiam mais "honras e recompensas", namoravam mais e tinham menor incidência de doenças infantis. Desta forma, as atitudes andróginas ligam-se à adolescência a sua sexualidade com uma utilidade social para o desenvolvimento de atitudes adultas adequadas, sem a concorrência de sentimentos negativos e de desvalorização, facilitando o processo de amadurecimento do indivíduo.

Aparentemente, as últimas décadas têm estimulado o adolescente a desenvolver uma postura mais andrógina e menos bipolar masculino-feminino.

A postura socialmente andrógina reafirma a necessidade de conformação/contestação do adolescente. Torna-se a forma do adolescente desenvolver-se socialmente e ao seu papel masculino e feminino. A adolescência é o período em que o indivíduo pode resolver definitivamente sua identidade (Erikson, 1959). Isto não implica em uma pessoa andrógina, mas num homem ou uma mulher com características psicológicas e sociais de entedimento mútuo e possivelmente, no futuro (em termos de gerações históricas), surgirão casais mais compatíveis com um relacionamento de integração homem/mulher.

Esta forma de ser, este papel sócio-sexual andrógino pode ser uma forma de maior saúde psicológica (Bem, 1974, 1975), visto que as pessoas que apresentam uma tipificação sexual definida têm maior motivação para conservar a consistência do padrão do papel sexual, internalizado, o que presumivelmente se acompanha de supressão de qualquer comportamento considerado indesejado ou inapropriado para seu sexo (Kagan, 1964; Kohlberg, 1966).

A conquista da maturidade requer uma emancipação gradual em relação aos pais, com o estabelecimento de um estilo de vida independente, o sentido consciente de unicidade de indivíduo, um compromisso com um tipo de objeto sexual e o desenvolvimento do autocontrole. Esta conquista é estudada e experimentada especial-

mente junto aos grupos adolescentes e, na dependência histórica e social desta conquista, o adolescente pode desenvolver as características de ambivalência de papel sexual (androgínia).

Os movimentos de educação e orientação sexuais (a exemplo de Rodrigues Jr., 1989), especialmente surgidos na década de 70, envolvem a possibilidade de discussão da sexualidade e dos papéis sexuais junto a adolescentes. Tal possibilidade pode facilitar o desenvolvimento de papéis mais flexíveis, digamos mais andróginos (ou ginândricos!).

Porém, não se trata de fazer uma apologia da androgínia, apenas o apontar de uma situação futura possível dentro dos moldes apontados.

### **A SEXOLOGIA, O ADOLESCENTE E O ANDRÓGINO**

Como estudo da sexualidade humana, a sexologia necessita debruçar-se sobre todos os aspectos a ela concernentes. A androgínia e, em especial, o período social em que mais se possibilita seu desenvolvimento - a adolescência - necessitam da atenção dos estudiosos da sexualidade, visto que tal assunto pode e deve contribuir para o trabalho prático dos chamados sexólogos, terapeutas sexuais e educadores/orientadores sexuais.

Também se faz necessária a atenção do profissional da área da sexualidade humana para que tais temas não sejam apenas mais rótulos, definições e conceitos a serem aplicados aos pacientes e orientandos.

A postura ética e humanista do profissional deve conduzi-lo a considerar os aspectos andróginos, primeiramente, como humanos, e então, do ponto de vista histórico e social, para explicar e interferir nos processos desenvolvimentais das pessoas que o procuram, segundo o desejo destas últimas.

Devemos nós, os profissionais do campo (psicólogos, urologistas, ginecologistas, psiquiatras, cirurgiões vasculares, enfermeiras, pedagogos, assistentes sociais, professores...), manter o ideal de uma postura humanizadora, pois nossos pareceres são aqueles que o leigo considerará oficiais, a verdade oficial. Por conseguinte, não devemos falar ao leigo de forma a transparecer nossas opiniões pessoais como se fossem as profissionais.

O estudo das condições andróginas (ou ginândricas) não deve ser repostado, em especial à imprensa leiga, como algo patológico, mas como uma condição que pode ser adequada e que, antes de mais nada, o indivíduo deve ser considerado por seus valores pessoais.

Deve-se lembrar que diante da cultura atual a não decisão por um dos parâmetros bipolares masculino/feminino é considerada patológica e depreciativa. A atitude do profissional, assim identificado, é muito importante, pois o preconceito que transpareça será muito frisado e assimilado, em prejuízo de pacientes/orientandos e do desenvolvimento geral da comunidade e do conjunto social.

Lembre-se que o terapeuta sexual e o orientador sexual devem se valer e se adequar ao trabalho e às suas técnicas para a interação profissional com elementos andróginos. Em especial mantendo atitude profissional não indutora e formatizante, a fim de possibilitar o desenvolvimento pessoal e os objetivos de cada pessoa dentro de sua política individual de vida.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEM, S. L. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2): 155-62, 1974.
2. \_\_\_\_\_. Sex role adaptability: one consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31: 634-43, 1975.
3. BIANCO, F. J. Sexologia clínica. *Revista Latinoamericana de Sexologia*, 3(2):121-36, 1988.
4. CORSINI, R. J. (editor). *Encyclopedia of Psychology. Vol. 1.*, New York, John Wiley & Sons, 1984.
5. DALY, M. *Gynecology: the metaethics of radical feminism*. Boston, Beacon, 1978.
6. DORIAN, A. F. *Elsevier's Encyclopaedic Dictionary of Medicine. Part A - general medicine*. Amsterdam, Elsevier, 1987.
7. ERIKSON, E. H. Identity and the life cycle. *Psychological Issues, I*: 169, 1959.
8. FUCS, G. B. *Por Que o Sexo é Bom? Orientação Sexual para Todas as Idades*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1987.
9. GOLDENSON, R. M. & ANDERSON, K. N. *Dicionário do Sexo*. São Paulo, Ática, 1989.
10. HARRÉ, R. & LAMB, R. *The Encyclopedic Dictionary of Psychology*. Cambridge, The MIT Press, 1983.
11. HEILBRUM, C. G. *Toward a Recognition of Androgyny*. New York, Harper Colophon, 1973.
12. KAGAN, J. Acquisition and significance of sex-typing and sex-role identity. In M. L. Hoffman & L. W. Hoffman (eds.). *Review of Child Development Research. Vol. 1*: New York, Russel Sage Foundation, 1964.

13. KOHLBERG, L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. *In* E. E. Mac Coby (ed.). *The Development of Sex Differences*. Stanford, Stanford University Press, 1966.
14. MAGGIO, R. The nonsexist word finder - a dictionary of gender-free usage. Phoenix, Oryx Press, 1987.
15. REBER, A. S. *The Penguin Dictionary of Psychology*. Harmondsworth, Middlesex, Viking Penguin Books, 1985.
16. RODRIGUES Jr., O. M. Propuesta de formación de orientadores en sexualidad en facultades de psicología. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 4 (2): 211-21, 1989.
17. SANFORD, J. A. *The Invisible Partners: how the male and female in each of us affects our relationships*. New York, Paulist, 1980.
18. SINTEX DO BRASIL. *Pesquisa acerca dos Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros*. São Paulo, Cultrix, 1983.
19. SPENCE, J. T.; HELMREICH, R.; STAPP, J. Rating of self and peer on sex-role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (1): 29-39, 1975.
20. STEINEM, G. *Outrageous acts and everyday rebellions*. New York, New American Library, 1983.
21. STOLLER, R. J. *Sex and gender*. New York, Science House, 1968.
22. STROUSE, J. S. & BUERKEL-RUTHFUSS, N. L. Media exposure and the sexual attitudes and behavior of college students. *Journal of Sex Education & Therapy*, 13 (2): 43-51, 1987.
23. VERSCHOOR, A. M. & POORTINGA, J. Psychosocial differences between dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17 (2):173-8, 1988.

Liliam Géio Leite Soares<sup>1</sup>

Gerson Pereira Lopes<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Etimologicamente, “vaginismo” é um termo originário do latim vagina acrescido do sufixo “ismo” que significa excesso.

Desde as épocas bíblicas, tem-se notícias de dados de repúdio às esposas ocasionado pelo problema do vaginismo. Inclusive, há o ritual da “perineotomia” em outras culturas para aliviar o transtorno do vaginismo, que se configura num quadro tão sério a ponto de constituir motivo para anulação do matrimônio, em nossa civilização.

Segundo o Novo Dicionário Aurélio, “Vaginismo - s. m. Patologia. - contração espasmódica do músculo constritor da vagina”. Essa terminologia não é muito adequada, pois limita o espasmo apenas à região genital, ao contrário da observação clínica que em geral evidencia um “fechamento” global da pessoa.

Dentro de um conceito mais amplo, segundo Masters e Johnson, tratar-se-ia de uma síndrome psicofisiológica que afeta a liberdade de resposta sexual feminina impedindo severamente, se não totalmente, a prática do coito. Anatomicamente, essa entidade clínica envolve todos os componentes da musculatura pélvica, afetando o períneo e o terço externo da vagina. Fisiologicamente, esses grupos de músculos se contraem espasticamente em oposição à resposta de contração rítmica da

---

1. Centro de Educação em Saúde “Ricardo Cavalcanti” - Belo Horizonte - MG.

2. Centro de Educação em Saúde “Ricardo Cavalcanti” - Belo Horizonte - MG.

Recebido em 24.04.91

Aprovado em 08.05.91

experiência orgásmica. Essa contração espástica do orifício vaginal é reflexo completamente involuntário estimulado por tentativas de penetração vaginal imaginadas, previstas ou reais.

Assim o vaginismo é um exemplo clássico de moléstia psicossomática.

Helen Kaplan, outra expoente da sexologia moderna, acrescenta que, às vezes, quando a contração muscular é muito intensa, ao se forçar a penetração, o resultado pode ser doloroso para a mulher.

O vaginismo é uma razão dramática e compulsória para a terapia sexual, pois é uma das causas principais da não conservação matrimonial (Gillan, P.).

### **FATORES PSICOSSOCIOCULTURAIS**

Para se ter precisão da existência do vaginismo, toma-se imprescindível um exame pélvico para o estabelecimento do diagnóstico. Excluídas as causas orgânicas, o vaginismo é determinado por fatores psicológicos subjacentes, causas oriundas do meio social e outras que vão desde anomalias muito leves a outras realmente graves.

Na etiologia do vaginismo, os fatores psicossocioculturais constituem a causa principal dessa anomalia sexual. Daí a importância das pesquisas e leituras se convergirem para esse âmbito da sexualidade feminina.

O vaginismo é uma reação conseqüente de um medo que condiciona os músculos a uma reação de contratatura. Analisar e detectar esses elementos fóbicos geradores das disfunções sexuais é relevante no campo da sexualidade.

O medo pode ser em decorrência de várias situações:

1. Educação Punitiva e Castradora: Onde a paciente pode desenvolver uma imagem errônea frente ao sexo (repugnância, nojo, pecado) por ter tido um pai autoritário, dominador, tirânico; e uma mãe passiva, encolhida, inexistente. Podemos observar um relato em que o pai é ausente e a mãe, autoritária.

Um exemplo clínico: MT, 26 anos, comerciante, 2º grau incompleto, casada há dois anos.

Queixa principal - Impossibilidade de coito. Mas obtém excitação e orgasmo através de estimulações.

Histórico Familiar - Pai alcoólatra, agressivo, autoritário. Mãe passiva. Lembranças hostis na adolescência. Maus tratos na relação pai/mãe e rigidez excessiva do pai, que só a permitiu namorar a partir de 19 anos de idade.

**2. Religião:** Refere-se à influência psicosssexualmente inibidora do controle excessivamente severo da conduta social inerente à ortodoxia religiosa (Masters a Johnson).

Um exemplo clínico: CS, 25 anos, casada recentemente, 2° grau completo, secretária, protestante.

Queixa principal - Ausência de coito na “lua de mel”. Primeira tentativa acompanhada de crises de vômitos. Declara sentir desejo e não compreende o fato acontecido a não ser sob o ponto de vista religioso, cuja formação foi extremamente severa. Todas as sensações e atos da sensualidade têm, para CS, conotação pecaminosa.

**3. Ignorância sobre o próprio corpo:** O desconhecimento que muitas mulheres têm de seu corpo cria a falsa imagem de uma vagina estreita a frágil; ao mesmo tempo a ignorância a protegeria de sentimentos negativos frente à sexualidade.

Um exemplo clínico: M, 28 anos, bancária, casada há três anos.

Queixa principal - Impossibilidade de coito.

Manifestou medo de ter relações sexuais por sentir sua vagina estreita é passível de sangramento diante de uma penetração.

Durante a infância e a adolescência, viveu muitos medos (ficar só, escuro, ladrão, etc.) que hoje se refletem em sua vida adulta. A idéia que M tem de sua vagina é que a mesma é provida de um osso em seu canal, impedindo a penetração.

**4. Primeira(s) relação(ões) sexual(ais) traumática(s) e/ou indesejável(eis):** Muitas mulheres são encaminhadas à terapia por terem sido traumatizadas física e/ou emocionalmente por ataques sexuais não desejados (estupro, incesto), onde se constata o surgimento do vaginismo ocasionado por essas experiências sexuais traumáticas. O relato de perturbação na área de desejo é freqüente, nessas situações.

Um exemplo clínico: PSL, 33 anos, casada há quatro anos. Queixa principal - Impossibilidade de coito completo.

PSL relata o fato de ter sido violentada aos cinco anos de idade por um empregado da família através da introdução do dedo na vagina e mordidas nas mamas. PSL declara também pouco apetite sexual.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. HAYNAL, A.; PASINI, W. *Manual de Medicina Psicossomática*. São Paulo, Masson, 1983.
2. GILLAN, P. *Sex Therapy Manual*. Londres, Blackwele Scientific Publications, 1987.
3. KAPLAN, H. S. *Evaluacion de los Transtornos Sexuales*. Barcelona, Grijollo, 1985.
4. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. A *Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1982.

# 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.

## EXPLICAÇÕES

*Em algum lugar deve haver uma 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 Marginalia 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 Obstetricia ("Marginalia 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.

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 Emilio. 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. Chaves<sup>1</sup>. 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 inexitem, 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, afeto 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 consegui 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 inserir 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, mas 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 frequentemente; 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 seleccionar 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 grafia. 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 encobrindo 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 seja 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 plagian-do 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.

João Fernando Mannocci<sup>1</sup>  
Nelson Gonçalves<sup>2</sup>  
Agenilda Gomes de Medeiros<sup>3</sup>

## RESUMO

MANNOCCI, J. F.; GONÇALVEZ, N.; MEDEIROS, A. G. Terapia sexual em grupo pelo ginecologista. *R.B.S.H. (2)2: 1991.*

O presente trabalho foi realizado com terapia sexual em três grupos sucessivos, composto de nove, treze a cinco pacientes, respectivamente, com orientação e seguimento feitos por um ginecologista, visando o tratamento das disfunções sexuais de etiologia psicológica.

Provenientes do ambulatório de sexologia, as pacientes foram selecionadas, adotando-se o critério de, além da disfunção sexual, apresentarem deficiente relacionamento diádico e baixo fator cognitivo.

Foram realizadas sete sessões semanais em cada grupo, notando-se melhor aproveitamento no grupo com menor número de componentes e o oposto no grupo com maior número, no qual foi necessária terapia de suporte.

Constatou-se ser esta uma abordagem em terapia sexual das queixas imediatas, sem compromisso de abordagem nos conflitos profundos.

Dos casos sem alteração da queixa sexual, observamos significativa melhora quanto ao relacionamento diádico, cognição a assertividade. Palavras-chave: diminuição do desejo sexual, diminuição da excitação sexual, anorgasmia, inibição sexual generalizada.

---

1. Médico ginecologista.

2. Médico ginecologista.

3. Psicóloga.

Recebido em 10.02.91

Aprovado em 25.02.91

**ABSTRACT**

MANNOCCHI, J. F.; GONÇALVEZ, N.; MEDEIROS, A. G. Group sexual therapy by the gynecologist. *R.B.S.N. (2)2: 1991.*

This present paper was done with the results of sexual therapy with three different groups with 9, 13 and 5 patients being guided by a gynecologist, trying the treatment of sexual disturbs with psychological ethiology.

The patients came from the sexology ambulatory, and were chosen by having a sexual disturb and deficient conjugal relationship and low cognition.

We made 7 weekly meetings for each group, and noticed a better development in the group with less component numbers and was confirmed the opposed in the other group with more components in wich was needed a suport therapy.

This method proved to have good results in sexual relationship with imediate disturbs with no reference to deeply psychological disfunctions.

In the cases that we didn't have changes in the primor complaint, it was nolided a recover in the conjugal relationship, cognition and assertivity.

Key-words: decrease of sexual disere, decrease of sexual excitement, anorgasmy, generalized sexual inhibition.

**INTRODUÇÃO**

Podemos descrever as queixas sexuais femininas segundo o modelo da resposta sexual humana de Kaplan (1983), divididas em: diminuição do desejo sexual, diminuição da excitação, anorgasmia, inibição sexual generalizada, dispareunia e vaginismo. Observa-se na prática uma prevalência de anorgasmia e inibição sexual generalizada.

Um fator predominante nas pacientes do ambulatório de sexologia é a diminuição acentuada do fator cognitivo, ocasionada pela deficiente e repressiva educação sexual, reforçada pelo meio social e por fatores culturais.

Nota-se comum o deficiente relacionamento diádico com baixa assertividade, o que contribui para piorar o fator emocional das pacientes.

Procurou-se, com a formação de grupos, uma melhora na assertividade e na cognição, ajudadas pela identificação e pelo conhecimento e relacionamento com as outras integrantes e suas respectivas queixas sexuais.

Nesta terapia, teve-se como meta os objetivos específicos, que consistem em tratar as diferentes disfunções sexuais e os inespecifi-

cos, que visam a melhora do aspecto cognitivo, relacionamento interpessoal e diádico.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho foi realizado no ambulatório de sexologia da Santa Casa de São Paulo, no período de setembro de 1989 a junho de 1990.

Formou-se três grupos de pacientes, tendo-se como pré-requisitos, após duas entrevistas iniciais, além da disfunção sexual, diminuições nos fatores cognitivos e relacionamento diádico.

O grupo I foi formado por nove pacientes, sendo cinco com anorgasmia e quatro com inibição sexual generalizada.

O grupo II foi composto por 13 pacientes, sendo quatro com anorgasmia e nove com inibição sexual generalizada.

O grupo III foi formado por cinco pacientes, todas com diagnóstico de inibição sexual generalizada.

Os três grupos foram abordados de maneira sucessiva, em sessões semanais com duração média de 1:30h a 2:00h cada sessão.

Cada grupo teve um total de sete sessões, exceto o grupo II, onde foi realizada terapia de suporte devido ao número insatisfatório de resolução do quadro sexual. Esta terapia de suporte foi realizada em cinco sessões bissemanais.

Na primeira sessão, foram realizados apresentação e vínculo, explicação do funcionamento e das regras, enfatizando a importância e obrigatoriedade de não faltar.

Na segunda sessão, foi iniciado um processo de reeducação sexual, abordando-se temas como: sexo como processo fisiológico e sexualidade como dimensão da personalidade. Foram também introduzidos alguns exercícios de relaxamento, enfocando a importância do retorno ao namoro e o aumento da auto-estima. Terminou-se a sessão com noções de anatomia genital masculina e feminina.

Começou-se a terceira sessão com abordagem inicial livre. A seguir, foram realizados alguns exercícios de treinamento assertivo (dramatização) e o enfoque de sua importância. Quanto ao aspecto diádico foi abordado o respeito à individualidade do parceiro, principalmente no que diz respeito à esfera sexual.

Ainda nesta sessão, foram transmitidas algumas noções de resposta sexual humana (e fatores que a alteram) e as pacientes estimuladas a efetuarem relatos da própria história sexual e do relacionamento diádico, além de compartilhar as crenças e os tabus sexuais com o grupo.

Terminou-se a sessão orientando-se as pacientes a efetuarem, em nível domiciliar, exercícios de autotocagem ao banho e autotocagem corporal a genital.

Na quarta sessão tivemos uma abordagem inicial livre a noções de fisiologia menstrual, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais.

As pacientes foram orientadas nesta sessão a efetuarem, em nível domiciliar, os exercícios de Kegel, que consistem em contrações voluntárias da musculatura perivaginal, visando um aumento da sensibilidade local.

A quinta sessão foi iniciada com avaliação pessoal de cada integrante. A seguir, foi dado um novo enfoque no relacionamento diádico e a importância e naturalidade do uso de fantasias sexuais.

As pacientes foram orientadas a efetuar, em nível domiciliar, mais alguns exercícios vaginais, tais como: tremulação (idêntico ao exercício de Kegel, porém com velocidade maior), apreensão (tentativa de apreender um objeto imaginário no intróito vaginal) e expulsão (tentativa de expulsar objeto imaginário intravaginal).

A sexta sessão foi dedicada à participação do casal para temas livres, além de novo enfoque na assertividade e respeito à individualidade.

A terapia foi encerrada na sétima sessão com avaliação final.

No segundo grupo, como foi observado um resultado final com maior número de inalteração da queixa sexual inicial, foi realizada terapia de suporte em cinco sessões bissemanais.

Na primeira sessão foi feita avaliação pessoal e autocrítica, onde as pacientes comentavam alguma falha percebida e davam sugestões; estimulando-se discussões sobre a mudança.

Na segunda sessão iniciou-se a aplicação do exercício do foco sensorial, o qual deveria ser feito pelo casal em nível domiciliar. Proíbe-se o coito e a estimulação genital do parceiro. Feito pela paciente e pelo parceiro, este exercício tem como objetivo promover carícias e o conhecimento das zonas erógenas de cada um dos parceiros, através de palavras ou códigos, estimulando-se também a assertividade.

Na terceira sessão foi dado prosseguimento à orientação do exercício de foco sensorial, onde foi liberado o contato oral ou manual dos genitais dos parceiros, mantendo-se a técnica anterior. Foi mantida a proibição do coito.

Na quarta sessão foi orientado o acréscimo do coito ao exercício, sugerindo-se ser adotada a posição "mulher por cima", visando-se com isto torná-las mais ativas sexualmente.

Na quinta sessão foi feita avaliação final e encerramento.

Como o terceiro grupo foi composto por um menor número de pacientes, visou-se um maior entrosamento e assertividade entre as mesmas, abolindo-se o estilo dissertativo das informações e o uso de gráficos ou ilustrações.

## RESULTADOS

Quanto à evolução do quadro sexual, no grupo 1 (composto por nove pacientes), obtivemos três pacientes com resolução total (33%), quatro pacientes com inalteração do diagnóstico inicial (44%). Neste grupo duas pacientes desistiram do seguimento da terapia.

No que se refere à cognição e ao relacionamento diádico, obtivemos cinco pacientes com melhora neste aspecto e duas com inalteração.

**Tabela 1** – Evolução das pacientes do grupo I.

Diagnóstico sexual	Nº	%	Desistências		Resolução sexual		Melhora cognitiva/diádica	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anorgasmia	5	55	1	11	2	22	4	44
Inibição sexual generalizada	4	45	1	11	1	11	2	22
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>66</b>

No grupo II, com total de 13 pacientes, obtivemos, quanto ao diagnóstico sexual, duas pacientes com resolução total (15%), duas pacientes com resolução parcial (15%), isto é, evoluíram de inibição sexual generalizada para anorgasmia. Observamos ainda quatro pacientes com inalteração sexual (30%) e cinco pacientes com desistência.

Notamos neste grupo que todas as pacientes que prosseguiram até o fim da terapia apresentaram melhora no relacionamento diádico e na cognição.

Quanto à terapia de suporte - realizada neste grupo - obtivemos comparecimento de tres pacientes das seis que não apresentaram melhora sexual total. Notamos, ao término desta terapia, uma

paciente com resolução total do diagnóstico sexual inicial e duas com inalteração do quadro.

**Tabela 2** – Evolução das pacientes do grupo II – Incluso a terapia de suporte.

Diagnóstico sexual	Nº	%	Desistências		Resolução sexual		Melhora cognitiva/diádica	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anorgasmia	4	30	1	7	2	15	3	22
Inibição sexual generalizada	9	70	4	30	3	22	4	30
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>7</b>	<b>52</b>

No grupo III (composto por cinco pacientes), quanto ao diagnóstico sexual, notamos três pacientes com resolução total e duas com resolução parcial, evoluindo de inibição sexual generalizada para anorgasmia.

Quanto à cognição e ao relacionamento diádico, observamos melhora em todas as integrantes do grupo.

**Tabela 3** – Evolução das pacientes do grupo III.

Diagnóstico sexual	Nº	%	Desistências		Resolução sexual*		Melhora cognitiva/diádica	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inibição sexual generalizada	5	100	0	0	3	60	5	100
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

\* Na resolução sexual não foram consideradas as que obtiveram melhora parcial.

## COMENTÁRIOS

Na formação de grupos de terapia sexual, com as pacientes apresentando diminuição do fator cognitivo e alteração no relaciona-

mento diádico, nota-se na grande maioria boa melhora destes fatores, que auxiliam na resolução da queixa sexual.

A evolução da cognição e do relacionamento se deve, além do intercâmbio terapeuta-cliente no que se refere às informações fisiológicas a psicossociais, a uma identificação e um intercâmbio com as outras clientes.

Nota-se melhores resultados em grupos com menor número de integrantes (vide grupo II), onde observamos um maior entrosamento, levando a maior espontaneidade, iniciativa e interesse das integrantes, além de apresentar menor inibição. Nestes grupos, o terapeuta pode diminuir o estilo dissertativo, passando as informações através de comentários das vivências das clientes, o que leva a um maior intercâmbio (reforça-se, com isto, o relacionamento terapeuta-cliente), além de observar-se diminuição e até mesmo ausência de faltas ou desistências.

Conclui-se ser esta uma abordagem adequada à prática na terapia sexual das queixas imediatas, sem compromisso de aprofundamento em conflitos psicológicos profundos.

### **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

1. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. 6ª edição, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1974.
2. KAPLAN, H. S. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.
3. MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. *Sexologia: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1984.
4. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1984.
5. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo, Manole, 1982.
6. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1985.
7. LIEF, H. I. *Sexualidade Humana, Orientação Médica e Psicológica Atual*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1984.
8. CAVALCANTI, R. C.; VITIELLO, N. *Sexologia I*. São Paulo, Roca, 1987.
9. VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Roca, 1986.

# Avaliação do Efeito dos Anovulatórios Oraís Combinados e Anti-Androgênicos na Resposta Sexual Humana\* 2

---

João Fernando Mannocci<sup>1</sup>  
Martha Helena L. A. Piva<sup>2</sup>

## RESUMO

MANNOCCI, J. F.; PIVA, M. H. L. A. Avaliação do efeito dos anovulatórios orais humanos combinados e anti-androgênicos na resposta sexual humana. *R.B.S.H. 2(2): 1991.*

Neste trabalho os autores estudaram a influência dos anovulatórios orais combinados (estrógenos + progesterona) e anti-androgênicos (estrógeno + acetato de ciproterona) na resposta sexual humana, após um período mínimo de seis meses de uso.

Encontrou-se 61,33% de inalteração, 32,33% de aumento e 6% de inibição do desejo sexual em 150 mulheres estudadas.

Quanto à excitação sexual, foram observados igualmente 61,33% de inalteração, 28,66% de aumento e 10% de inibição.

Quanto à prevalência do orgasmo e a qualidade subjetiva do mesmo, notou-se 64% de inalteração, 31,33% de aumento e 4,66% de diminuição.

Não foi observada diferença significativa entre as alterações da resposta sexual relatadas pelas usuárias dos anovulatórios orais combinados e anti-androgênicos.

## SUMMARY

MANNOCCI, J. F.; PIVA, M. H. L. A. Evolution of the effects of the oral combined anovulation and anti-androgen on in the human sexual response. *R.B.S.H. 2(2): 1991.*

---

\* Trabalho realizado nas cidades de São Paulo - SP (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e clínica particular) e Campo Grande-MS (rede estadual de ensino).

1. Médico ginecologista.

2. Psicóloga.

Recebido em 28.03.91

Aprovado em 09.04.91

In this work the authors have studied the influence of the oral combined anovulation and anti-androgen one in the human sexual response, after at least a period of 6 months of use.

The authors have found 61.33% of inalteration of the sexual desire, 32.66% with an increase of it and 6% with a decrease in 150 women exposed to the medicine.

About their sexual excitement they have also found 61.33% of inalteration, 28.66% of increase and 10% of decrease.

About the presence of orgasm and its quality concerning the patient herself, they have found 64% of inalteration, 31.33% of increase and 4.66% of decrease. They have not found any important difference between the alteration of their sexual responses told by the patients that used the oral combined anovulation and anti-androgen one.

## INTRODUÇÃO

Os anovulatórios orais são hoje o método contraceptivo mais comumente utilizado por serem relativamente simples, financeiramente acessíveis e seguros quando submetidos a seguimento médico.

Vários estudos têm sido publicados em nosso meio sobre a ação dos anovulatórios combinados na resposta sexual humana.

Muito se comenta em terapia sexual sobre o efeito do acetato de ciproterona como inibidor do desejo sexual feminino na sua dose terapêutica como anovulatório oral anti-androgênico (2 mg de acetato de ciproterona + 0,035 mg de etinilestradiol), usado também para tratamento das síndromes hiperandrogênicas. Pouco se tem estudado sobre o assunto.

O presente trabalho traz o tema à tona. É de conhecimento geral a importante ação dos andrógenos na resposta sexual humana, principalmente na fase de desejo ou impulso sexual. Sabemos da sua elevação plasmática no período peri-ovulatório, onde encontramos a mulher com o desejo sexual mais acentuado. Sabe-se também que ocorre diminuição acentuada do desejo sexual nas mulheres submetidas à castração cirúrgica antes da instalação da menopausa. Com a exeresse dos ovários, retira-se 75% da síntese androgênica.

A indagação dos autores é se a sexualidade, como fenômeno biopsicossexual, pode ser inibida pela dose anti-androgênica utilizada no preparado contraceptivo e também a ação dos outros anovulatórios (combinados) sobre a resposta sexual humana.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado com 150 mulheres sem queixas se-

xuais prévias, no período de fevereiro a abril de 1991, nas cidades de São Paulo-SP (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e clínica particular) e Campo Grande-MS (rede estadual de saúde), com o intuito de se obter um mais amplo número de pacientes, no que se refere ao nível sócio-cultural e econômico.

O pré-requisito foi o uso ininterrupto do anovulatório oral por um período mínimo de seis meses.

O questionário era sigiloso e confidencial e não foi constatada recusa às respostas.

As mulheres entrevistadas foram divididas em dois grupos. No primeiro grupo foram colocadas as que faziam uso de anovulatórios orais combinados, enquanto que no segundo grupo estavam aquelas que utilizavam-se do anovulatório oral anti-androgênico.

Estes dois grupos foram subdivididos segundo o grau de escolaridade. No primeiro subgrupo foram colocadas as mulheres com até o 2º grau completo. No segundo subgrupo ficaram aquelas com 3º-grau incompleto ou completo (nível universitário).

A resposta sexual humana foi estudada segundo o modelo de Kaplan (1983).

## RESULTADOS

1. Quanto ao desejo sexual, notamos 92 mulheres com inalteração (61,33%), 49 com aumento (32,66%) e nove com diminuição (6%).

Dentre as que faziam uso dos anovulatórios orais combinados, houve 56 com inalteração do desejo (56%), 37 com aumento (37%) e sete com diminuição (7%).

Dentre as usuárias do anovulatório oral anti-androgênico, notou-se 36 com inalteração do desejo sexual (72%), 12 com aumento (24%) e duas com diminuição (4%).

Analisando-se quanto ao *grau de instrução*, dentro das que apresentam escolaridade até o 2º grau, notou-se 70 com inalteração do desejo (56,91%), 44 com aumento (35,77%) e nove com diminuição (7,32%). Dentre as universitárias, foram observadas 22 com inalteração do desejo (81,48%), cinco com aumento (18,52%) e nenhuma com diminuição (0%).

2. Quanto à excitação sexual, notou-se 92 mulheres com inalteração (61,33%), 48 com aumento (31,91%) e dez com diminuição (6,6%)

Dentre as que faziam uso de anovulatórios orais combinados, houve 56 com inalteração (56%), 36 com aumento (36%) e oito com diminuição (8%).

Dentre as usuárias do anovulatório oral anti-androgênico, notou-se 36 com inalteração da excitação sexual (72%), 12 com aumento (24%), e duas com diminuição (4%).

Analisando-se quanto ao grau *de* instrução, daquelas com escolaridade até o 2º grau, notou-se 70 com inalteração da excitação sexual (56,91%), 43 com aumento (34,91%) e 10 com diminuição (8,18%).

Dentre as universitárias, foram observadas 22 com inalteração da excitação (81,48%), cinco com aumento (18,52%) e nenhuma com diminuição (0%).

3. Quanto à ocorrência ou qualidade subjetiva (percepção) do orgasmo, notamos 96 com inalteração (64%), 47 com aumento (31,33%) e sete com diminuição (4,66%).

Dentre as que faziam uso dos anovulatórios orais combinados, observou-se 56 com inalteração (56%), 39 com aumento (39%) e cinco com diminuição da percepção orgásmica (5%).

Das usuárias do anovulatório oral anti-androgênico, notou-se 40 com inalteração da percepção orgásmica (80%), oito com aumento (16%) e duas com diminuição (4%).

Quanto ao grau *de escolaridade*, dentre as que tinham até o 2º grau, notou-se 74 com inalteração da percepção orgásmica (60,16%), 42 com aumento (34,14%) e sete com diminuição (5,70%).

Dentre as universitárias, notou-se 22 com inalteração da percepção orgásmica (81,48%), cinco com aumento (18,52%) e nenhuma com diminuição (0%).

Observamos, no universo geral estudado, que anteriormente ao uso dos anovulatórios orais, 38 mulheres eram anorgásmicas (25,33%). Após o uso do anovulatório oral, apenas 18 apresentavam-se anorgásmicas (12%).

**Tabela 1** – Alterações na resposta sexual humana após o uso de anticoncepcionais orais.

Fases	Inalteração		Aumento		Diminuição	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desejo	92	61,33	49	32,66	9	6
Excitação	92	61,33	48	31,91	8	7,75
Orgasmo	96	64	47	31,33	7	4,66

**Tabela 2** – Alterações na resposta sexual humana após o uso de anticoncepcionais orais combinados.

Fases	Inalteração		Aumento		Diminuição	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desejo	56	56	37	37	7	7
Excitação	56	56	36	36	8	8
Orgasmo	56	56	39	39	5	5

**Tabela 3** – Alterações na resposta sexual humana após o uso de anticoncepcionais orais anti-androgênicos.

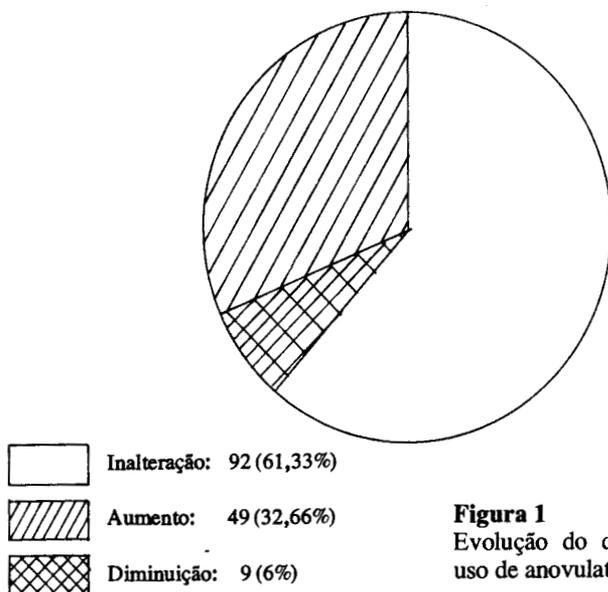
Fases	Inalteração		Aumento		Diminuição	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desejo	36	72	12	24	2	4
Excitação	36	72	12	24	2	4
Orgasmo	40	80	8	16	2	4

**Tabela 4** – Correlação das alterações na resposta sexual humana após o uso de anticoncepcionais orais com o nível de escolaridade.

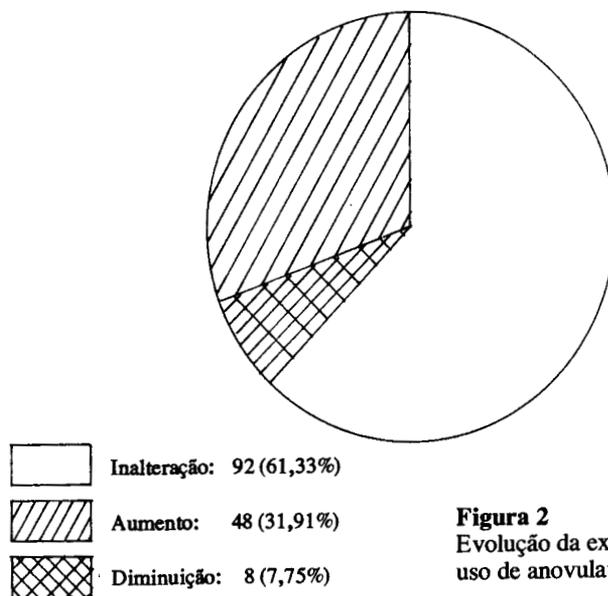
Fases	Inalteração (%)		Aumento (%)		Diminuição (%)	
	2º grau	3º grau	2º grau	3º grau	2º grau	3º grau
Desejo	56,91	81,48	35,77	18,52	7,32	0
Excitação	56,91	81,48	34,91	18,52	8,18	0
Orgasmo	60,16	81,48	34,14	18,52	5,70	0

**Tabela 5** – Correlação da incidência de anorgasmia antes e após o uso de anticoncepcionais orais.

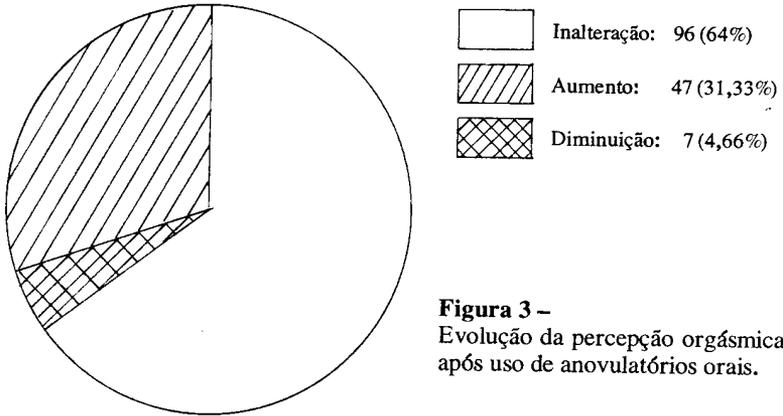
Época	Incidência	
	Nº	%
Anterior ao uso	38	25,33
Durante o uso	18	12



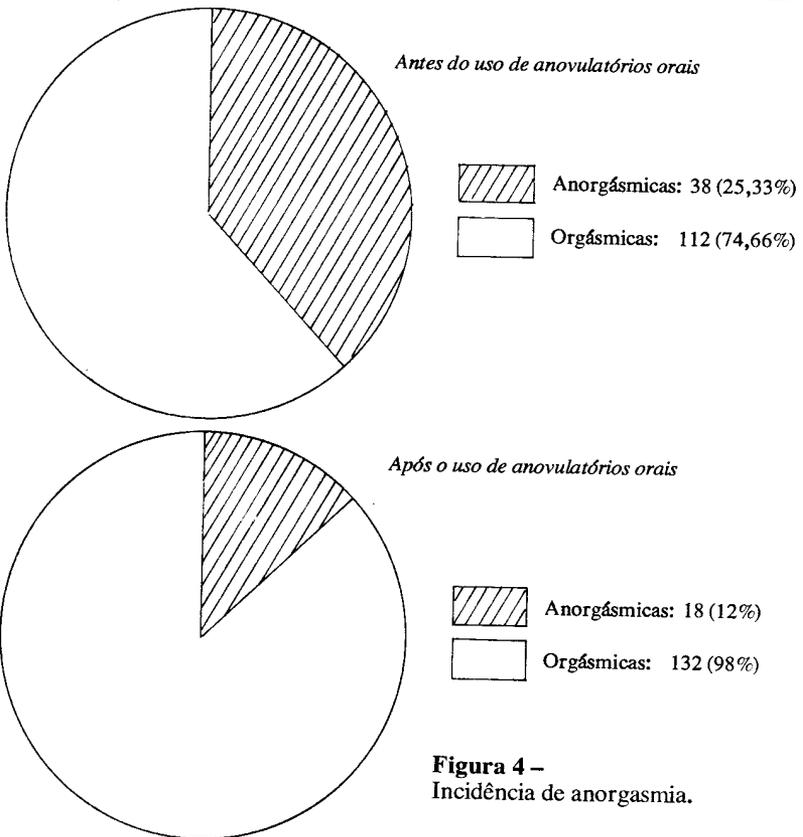
**Figura 1**  
Evolução do desejo sexual após uso de anovulatórios orais.



**Figura 2**  
Evolução da excitação sexual após uso de anovulatórios orais.



**Figura 3 –**  
Evolução da percepção orgásmica após uso de anovulatórios orais.



**Figura 4 –**  
Incidência de anorgasmia.

## COMENTÁRIOS

Observa-se que a maioria das mulheres entrevistadas nega alterações do desejo e da excitação sexual com o uso dos anovulatórios orais.

Uma considerável parcela (32,66%) relata aumento do desejo sexual após uso do anovulatório oral, fato igualmente observado quanto à excitação sexual (31,91%).

Não foi notada diferença significativa de alteração do desejo e da excitação sexuais entre as usuárias dos anovulatórios orais combinados e o anti-androgênico.

A pequena (e não significativa) parcela que referiu diminuição do desejo ou da excitação sexuais só foi relatada pelas usuárias com nível de escolaridade até o 2º grau. Cabe a indagação se tal fato é devido à não-aceitação prévia do método, quer por fatores educacionais ou sociais.

Quanto à prevalência ou percepção subjetiva do orgasmo, notou-se resultados semelhantes quanto aos achados quanto ao desejo e à excitação sexuais, isto é: a maioria relatou inalteração (64%), seguido de aumento em 31,33% e uma pequena parcela (4,66%) referiu diminuição, fato somente relatado pelas usuárias com escolaridade até 2º grau.

Não houve nenhum caso relatado de desaparecimento do orgasmo.

Havia uma taxa de anorgasmia de 25,33% anterior ao uso dos anovulatórios orais, caindo para 12% após seu uso.

O fato acima poderia ser explicado pelo desaparecimento do "temor da gravidez", fator bloqueador do orgasmo.

O outro objetivo deste trabalho, que é a detecção da possível diminuição do desejo sexual (ou outros tempos da resposta sexual humana) pelo uso do anovulatório oral anti-androgênico, foi conclusiva negativamente. Não foi observada diminuição do apetite sexual ou outro tempo da resposta sexual, contrariando algumas afirmações teóricas.

O uso de qualquer um dos anovulatórios estudados mostra um considerável incremento dos tempos da resposta sexual humana, provando mais uma vez que a sexualidade não é um fenômeno somente biológico, mas também psicossocial complexo.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. 6ª edição, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1974.

2. \_\_\_\_\_, *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.
3. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo, Manole, 1982.
4. LIEF, H. I. *Sexualidade Humana, Orientação Médica e Psicológica Atual*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1979.
5. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1985.
6. \_\_\_\_\_, *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1984.
7. PIATO, S. *Diagnóstico e Terapêutica em Ginecologia*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1977.

# O Papel da Ressonância Nuclear Magnética no Diagnóstico das Infecções Penianas **1**

---

Resumo e Comentários de Aléxia M. Abuhid Lopes<sup>1</sup>

AUSTONI, E.; CAZZANIGA, A.; COLOMBO, F.; TOIA, G.; PISANI, E. Use of dynamic N.M.R. in diagnostic evaluation of penile pathologies. *Int. J. Impotence Res. (sup. 2)* 2: 161, 1990.

A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) vem sendo um método largamente utilizado na detecção diagnóstica das afecções penianas do corpo cavernoso.

O seu emprego dinâmico (RNM-Dinâmica) é realizado mediante a injeção, no corpo cavernoso, de dose apropriada de papaverina e agentes alfa-bloqueadores; essas substâncias, ao provocar a rigidez peniana, através de distensão do tecido erétil e da albugínea, permitem o acesso dinâmico à anátomo-morfologia peniana. Esse procedimento aumenta substancialmente a precisão diagnóstica pela RNM de disfunções locais. Além disso, a RNM parece ser um método para *screening* menos invasivo, se comparado à tomografia computadorizada e à cavernosografia. Foi realizado pelo Centro de Urologia da Universidade de Milão, Itália, um estudo sobre a detecção da disfunção peniana em 68 pacientes através da RNM. O resultado do mesmo é apresentado e discutido sobretudo sob três aspectos: financeiro, intervencionista, diagnóstico.

Com relação ao custo do método em si, este é altíssimo para o paciente, ao passo que a ecografia continua sendo o primeiro método diagnóstico de escolha a ser utilizado nas populações de

---

1. Centro de Imagem do Hospital Prontocor- Belo Horizonte- MG.  
Recebido em 19.03.91

Aprovado em 02.04.91

baixa renda. A cavernosografia e a tomografia computadorizada estão, sob esse aspecto, em uma posição intermediária.

A RNM e a ecografia não são métodos invasivos, o que já acontece com a tomografia computadorizada e a cavernosografia, que utilizam radiação e infusão de meios de contraste.

Sob o último item citado podemos inferir, sem dúvida, que a ecografia apresenta limites evidentes à interpretação diagnóstica, com pouca possibilidade de detecção do tipo histológico do tecido, o que pode ser oferecido pela RNM.

Os cortes transversais e axiais por RNM dinâmica ainda nos dão informações precisas e objetivas sobre a infiltração do septo intracavernoso por placa esclero-hialina, integridade deste mesmo septo, retrações focais da albugínea, etc. Sem dúvida, o estadiamento pré-operatório é de extrema importância na indicação cirúrgica correta e na sua execução.

Concluindo, a RNM tem apenas no custo financeiro a limitação à sua extensão como método de investigação diagnóstica de escolha. Esperamos que com o progresso tecnológico haja uma difusão maior da RNM no campo das patologias penianas.

# História do Abuso Físico e Sexual em Mulheres com Dor Pélvica Crônica **2**

---

Resumo e Comentários de Orlando Moreira de Araújo Jr.<sup>1</sup>

RAPKIN, A. J. et alli. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology* 76(1): 92-95, July, 1990.

Pacientes com Dor Pélvica Crônica (DPC) tendem a ter uma prevalência substancial de perfis psicológicos anormais, algumas vezes com história de depressão e/ou experiências disfuncionais familiares, e estes achados não são relativos à presença ou ausência de patologia pélvica da base. Tem sido sugerido que há uma relação entre abuso físico e/ou sexual a DPC. Notou-se que pacientes vítimas de abuso sexual apresentariam posteriormente uma freqüência de queixas somáticas, incluindo, mas não se limitando à dor pélvica. Tivemos oportunidade de ler alguns trabalhos na área de gastroenterologia que demonstravam uma história de abuso físico a sexual na infância ou mais tardiamente em muitas pacientes com patologias funcionais gastrointestinais (síndrome cólon irritável, dispesia não ulcerosa, dor abdominal crônica).

O presente estudo foi feito na tentativa de avaliar a prevalência de abuso físico e sexual (na infância e vida adulta) em pacientes com DPC, naquelas com outros tipos de dor crônica (no pescoço, cabeça, ombro, extremidades, múltiplos locais, etc.) e o grupo controle (pacientes ginecológicas livres de dor. Não houve diferenças significativas de idade, estado civil ou nível sócio-econômico entre os diferentes grupos (DPC, dores crônicas e grupo controle). A maioria (mais de 75%) eram brancas, de classe média e na faixa etária de 30

---

1. Serviço de Sexologia do Hospital Mater Dei - Belo Horizonte - MG.  
Recebido em 19.03.91

Aprovado em 09.04.91

a 40 anos. Foram estudadas 31 mulheres com DPC, 142 mulheres com dor crônica e 32 mulheres controle. A análise estatística foi realizada usando do Pearson ( $\chi^2$ ) e Student (t).

Das pacientes com DPC, 39% tinha sido agredida fisicamente na infância. Esta porcentagem foi significativamente maior que a observada em outras pacientes com dor crônica (18,4%) ou controles (9,4%), embora a prevalência de abuso sexual na infância não tenha diferido significativamente entre os grupos (19,4%, 16,3% e 12,5%, respectivamente). A história de abuso físico ou sexual na maioridade foi menos comum e não foi significativamente mais provável de ter ocorrido em pacientes com DPC do que em outras pacientes com dores crônicas ou controles.

Evolução mais detalhada das pacientes com DPC pode ser necessária para avaliar história de abuso, porém no momento não há consenso sobre o que constitui o abuso físico ou sexual. Este fato e mais outros (caracterização homogênea da dor) explicariam os diferentes resultados obtidos por outros estudiosos. Recomendamos aos médicos, considerar a história de abuso em pacientes com algias crônicas, bem como em outras doenças disfuncionais ou psicossomáticas.

# Ajustamento do Casal, Ciclo Menstrual e Conduta Sexual Feminina **3**

---

Resumo e Comentários de Gerson Pereira Lopes<sup>1</sup>

EDMON, A.; VITARO, F. Ajustamento do casal, ciclo menstrual e conduta sexual feminina. *Revista Latinoamericana de Sexologia* 5: 133-152, 1990.

Os autores estudaram a possível relação entre o ciclo menstrual, o ajustamento do casal e a conduta sexual feminina medida em termos de atividade autosssexual ou heterossexual.

Os sujeitos da amostra eram formados por 32 mulheres canadenses com ciclos menstruais regulares que não usavam contraceptivos orais, com idades entre os 20 a 40 anos, e que vivem uma relação de casal há mais de um ano.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários (Matrimônio Locke modificado e de Perfil Sexual) e folha para registro diário durante um período de três meses.

Foi feita uma revista ampla da literatura a este respeito e analisados os seus resultados (Campell, 1981; Ellis, 1910; Davis, 1929; Terman, 1938; McCance e cols., 1939; Benedek e Rubastein, 1939; Young e Orbison, 1943; Ford e Beach, 1951; Udry e Morris, 1968; James, 1971; Michael e Keverne, 1972; Adams e cols., 1978; Abplanalp e cols., 1979; Chesney e cols., 1981; Bancroft, 1989). A relação positiva entre o ajustamento do casal e a satisfação mútua nas interações sexuais já foi demonstrada no célebre trabalho de Kinsey, Pomeroy, Martin e Gebhard (1953).

Estes estudiosos partiram de duas hipóteses:

---

1. Médico, diretor do Centro de Educação em Saúde "Ricardo Cavalcanti" - Belo Horizonte-MG.

Primeira: as atividades autossexuais na mulher (desejo sexual, sonhos eróticos e masturbação) flutuarão durante as três fases do ciclo menstrual sem que sejam afetadas pelo ajustamento do casal.

Segunda: as atividades heterossexuais, iniciadas por qualquer uma das partes, não flutuarão durante as três fases do ciclo menstrual; entretanto, tais atividades estarão ligadas ao nível de ajustamento sexual.

Os resultados indicaram que a atividade autossexual está relacionada significativamente com o ciclo menstrual (mais baixas durante a fase luteal); também se encontrou uma relação positiva significativa entre o ajustamento do casal e a atividade heterossexual (não estariam relacionadas com a fase do ciclo menstrual).

Os pesquisadores chamam a atenção para que se considere os resultados reportados com cuidado, levando em consideração principalmente diferenças étnicas e religiosas.

# Sexualidade na Adolescência e a Mídia **4**

---

Resumo e Comentários de Flavia de Moura França<sup>1</sup>

STRASBURGER, V. C. Adolescent sexuality and the media. *Ped. Clin. of North Am.* 36(3): June 1989.

Neste trabalho o autor mostra que a TV e os outros tipos de mídia se transformaram na principal fonte de educação sexual nos USA hoje. Mostram um conteúdo cada vez mais sexualmente explícito, com pouquíssimas referências à contracepção e às DSTs. Apenas têm começado a quebrar esta “conspiração de silêncio” trazendo informações úteis e reais aos adolescentes.

Como esse paradoxo ocorreu? Aumentam o conteúdo sobre sexo e violência e se calam sobre DST e contracepção?

## **TELEVISÃO**

Dois terços dos adolescentes possuem seu próprio aparelho de TV, com pelo menos um canal pago (TV a cabo). Quando esses adolescentes e crianças de hoje tiverem 70 anos, eles terão passado sete anos de suas vidas em frente à TV, e quando eles se formarem no 2º grau da escola terão assistido 15.000 horas de TV e apenas 11.000 horas de aula.

---

1. Ginecologista. Delegada Regional da SBRASH.

Recebido em 08.04.91

Aprovado em 22.04.91

## **O QUE É VISTO NA TV?**

Um dos principais métodos para investigar a influência da TV tem sido a análise do seu conteúdo: simplesmente somar o número de comportamentos observados na tela de TV.

Um estudo de 1987-88 revelou que os americanos assistem mais de 27 exemplos/hora de comportamento sexual, sendo o pico máximo nas novelas (35 exemplos/hora). As redes de TV transmitem cerca de 65.000 exemplos de matéria sexual por ano apenas nas novelas da tarde e horário nobre e os adolescentes assistem a cerca de 14.000, sendo que, dentre eles, apenas 165 se referem a educação sexual, DST, contracepção ou aborto.

A sexualidade adulta é mostrada de maneira deturpada e sensacionalista: sexo extra-conjugal é mostrado oito vezes mais; 94% dos encontros são entre pessoas não casadas. O sexo é impessoal e sem emoção; as mulheres não usam contraceptivos, mas nunca engravidam; o homossexualismo é estereotipado - vítimas ou vilões. Um terço de todos os anúncios de horário nobre usam o apelo sexual para vender seus produtos.

## **A TV COMO FONTE DE EDUCAÇÃO SEXUAL**

A conclusão a que se chega é que a TV é realmente um educador sexual efetivo, mesmo que suas mensagens não sejam acuradas, salutares ou adequadas às idades.

Isso porque:

1. Pais, escolas e colegas não são fontes efetivas (apenas 10 a 30% das escolas oferecem um programa compreensível a de boa qualidade, e muitos deles após o início da atividade sexual dos adolescentes. Os pais restringem as informações e os amigos deturpam-nas).

2. Os pais e amigos são também influenciados pela TV.

3. A TV é consumida em larga escala, desde a idade de dois anos.

4. Os programas de TV e os anúncios são freqüentemente relacionados a sexo.

5. Adolescentes sempre acreditam que aquilo que eles assistem na TV é real (essa crença é mais encontrada entre crianças, adolescentes e adolescentes grávidas).

## O QUE OS ADOLESCENTES APRENDEM NA TELEVISÃO

Estudos têm demonstrado a capacidade da TV em formar as atitudes e as normas culturais, através de sua influência na percepção da realidade social.

Aos adolescentes, ela oferece um verdadeiro script de padrão de namoro e comportamento sexual, antes mesmo que eles possam ter suas próprias experiências.

A grande maioria dos adolescentes (70%) de 16 anos está ainda no nível final do desenvolvimento do “pensamento operacional cognitivo”, descrito por Piaget - pensamento seqüencial lógico -, e podem ainda sofrer o que Elkird chama de “pseudo-estupidez”: “A capacidade de ter muitas alternativas não é associada à habilidade de fixar prioridades e decidir qual opção é mais ou menos apropriada que as outras”.

Por causa de sua vulnerabilidade, os adolescentes podem estar sujeitos à “síndrome do mundo do sexo”, ao consumir grande quantidade de TV. Uma das principais mensagens que eles recebem é que os adultos não usam contraceptivos e não planejam sexo. Infelizmente, ela se encaixa na ambivalência do adolescente sobre o sexo e explica a principal razão alegada por eles a fim de não usar contraceptivos: sexo “apenas acontece” e “não há tempo para se preparar».

Em pesquisas realizadas, os adolescentes relatam que a TV é tão ou mais encorajadora com relação a sexo que seus amigos(as). Altas doses de TV podem acentuar o sentimento de que o mundo está “fazendo isso”, exceto eles, e podem contribuir para a gradual diminuição de idade com que os adolescentes têm iniciado sua vida sexual nas duas últimas décadas.

Estudos demonstram que quem assiste TV acredita mais que a vida real é como a que é representada nas telas. E o comentarista de TV Hemard Beale diz: “Vocês, pessoas sentadas aí, noite após noite. Vocês estão começando a acreditar nesta ilusão que nós estamos tecendo aqui. Vocês estão começando a pensar que a tela é a realidade e suas próprias vidas são irreais. Essa é a loucura das massas!”.

Outros estudos mostram que aspectos mais sutis da sexualidade humana podem ser afetados. As crianças que assistem mais de 25 horas por semana de TV apresentam papel sexual estereotipado mais definido do que aquelas que assistem 10 horas ou menos de TV por semana. A mensagem transmitida estabelece o papel “normal” de homem e de mulher: os homens brincam de carrinho e são mais ambiciosos; as mulheres brincam de boneca e são felizes criando os filhos (mesmo as mulheres independentes precisam do conselho de

homens para tomar decisões e perdem o controle da situação com muito mais facilidade).

E surge a crítica de que o papel tradicional feminino está sendo apenas disfarçado com novas apareências.

Alguns estudos de pesquisa experimental mostraram que:

- Estudantes de faculdade, aos quais foram mostrados filmes de sexo explícito, apresentaram maior aceitabilidade de infidelidade sexual e promiscuidade que o grupo de controle.

- A desaprovação com relação ao estupro poderia ser diminuída pela exposição de apenas nove minutos de cenas tiradas de programas de TV e filmes censurados.

- De 391 estudantes na Carolina do Norte, aqueles que assistiam maior conteúdo de sexo na TV tinham probabilidade de iniciar atividade sexual um ano antes.

- Dados do National Surveys of Children mostraram que homens adolescentes que assistiam mais TV tinham maior prevalência de experiência sexual.

## **OUTROS TIPOS DE MÍDIA**

### **Cinema**

Tem menor significado que a TV, pois demanda um consumo de 10 a 15% desta. Contudo, a alta prevalência do video cassete (50% dos americanos possuem um) o torna mais importante.

Em pesquisa realizada em três cidades de Michigan, com jovens de 15 para 16 anos, mais da metade tinha assistido a maioria dos filmes censurados mais populares entre 1982-84, que apresentavam um conteúdo de sexo sete vezes maior que o apresentado no horário nobre.

Durante as duas últimas décadas, Hollywood tem favorecido a população adolescente, pois ela é o maior segmento que vai to cinema. Esses anos representam a era da exploração sexual da adolescência.

### **Os Filmes e a Pornografia**

Um estudo sugere que atitudes podem ser moldadas ou modificadas pela repetida exposição de pornografia não violenta: doses maciças de pornografia não violenta os levaram a superestimar

as práticas sexuais incomuns, diminuir a preocupação sobre crime ou estupro, atitude mais cruel com relação a sexo e menor simpatia pelo movimento de liberação da mulher.

Se a violência é associada ao sexo, a influência com relação a atitudes agressivas é comprovadamente maior.

## **Imprensa Escrita**

Reflete a mesma tendência da TV e do cinema, mas discute mais a respeito da contracepção e DST. Infelizmente, não foram estudadas as revistas que os jovens lêem mais.

## **O Rock e os Vídeos Clips**

A tendência de letras de rock tem sido aumentar o conteúdo sexual de forma bastante explícita. Mas estudos demonstram que o conhecimento e a compreensão das letras dependem da idade do adolescente. Dentre 700 fãs de rock de 12 a 18 anos apenas 25% (e 40% de fãs de heavy metal) conhecia as letras de suas músicas preferidas, e eles freqüentemente não as compreendiam, principalmente os mais novos, que ainda estão no desenvolvimetro do nível concreto de cognição.

E, apesar dos adolescentes ouvirem cerca de 18,5 horas/semana de rádio, isso geralmente é feito como fundo musical ao exercem outras atividades.

O debate sobre as letras de rock tem obscurecido uma fonte mais importante que são os video clips, cujo principal veículo nos USA é a MTV.

Em 1981, ela alcançava 40% de todas as residências nos EUA (35 milhões de associados) e em 1987 arrecadou 60 milhões de dólares de lucro, com uma "penetração" de 43% do mercado adolescente nos USA.

De 600 adolescentes estudados em San José, Califórnia, 80% assistia MTV em média duas horas por dia. Dentro da programação da MTV, os "Concept Video" parecem ser os mais problemáticos (são os clips que contam "estórias"):

- 56% de todos os "concept videos" envolvem violência.
- 75% de todos os "concept videos" envolvem sexo.
- 81% de todos os "concept videos" envolvem sexo e violência

juntos.

As mulheres geralmente são provocantes a admiradas como objetos sexuais. As letras se associam a imagens encorajando sexo. Mesmo os anúncios usam sexo para vender toda sorte de produtos, principalmente álcool.

### **O PAPEL DO PEDIATRA**

A interação entre a mídia e o adolescente é uma área complexa e requer muito mais pesquisas do que as que se tem disponíveis. A TV, principalmente, e os outros tipos de mídia se transformaram nos principais educadores sexuais das crianças e dos adolescentes americanos. E isso não foi uma escolha consciente, mas falta de opção. Embora a TV pudesse ser um meio positivo para o aprendizado sobre as relações humanas e a sexualidade, no presente é mais negativa que positiva.

Os pediatras deveriam reconhecer a importância da mídia no comportamento dos jovens e quando estivessem frente a um adolescente com comportamento agressivo, ou rendimento escolar prejudicado, deveriam tentar colher uma anamnese com história de TV, incluindo horas por dia de TV assistida e os tipos de programas assistidos, além de pesquisar mais a respeito dessas interações.