

# 33º Encontro Anual da Anpocs

**Contornos da medicalização da sexualidade feminina no século XXI: disfunções  
sexuais femininas num periódico científico**

GT 07: Corpo, biotecnologia e subjetividade

Autora: Livi Faro  
CLAM/IMS/UERJ

OUT/2009

## **Introdução**

Este artigo tem como objetivo apresentar parte dos dados e reflexões que surgiram a partir do material analisado na pesquisa que deu origem à dissertação de mestrado “As disfunções sexuais femininas no periódico *Archives of Sexual Behavior*”, defendida em 2008<sup>1</sup>.

Pretende-se discutir o processo de medicalização da sexualidade feminina através do exame do caso da disfunção sexual feminina, procurando demonstrar como a passagem de uma perspectiva psico-médica a uma medicalização radical se articula a estereótipos de gênero e sexualidade. A construção do campo da medicina sexual em torno das disfunções sexuais masculinas será apresentada como um contraponto e, ao mesmo tempo, como condição para a medicalização *stricto sensu* das disfunções femininas.

### **Categorias diagnósticas como constructos sociais**

As classificações utilizadas para diagnosticar doenças e transtornos são centrais na cultura ocidental contemporânea. A crença nos diagnósticos como fatos científicos inquestionáveis obscurece o processo de construção dos mesmos, que ocorre através de diversas interações, através de redes que incluem pesquisadores de diferentes áreas, interesses das indústrias farmacêuticas, crenças acerca do que é considerado normal ou patológico, para citar alguns exemplos. São construções que ocorrem em diferentes níveis e em contextos variados. Desta forma, as classificações de doenças podem ser compreendidas como construções de uma cultura, de um contexto histórico. Os diagnósticos operam como atores sociais: fornecem aos profissionais de saúde meios para estruturação dos serviços, permitem aos gestores a construção de políticas públicas e servem aos próprios indivíduos como linguagem que dá sentido às suas experiências subjetivas e corporais.

Ian Hacking (1999) articula a abordagem da construção social à construção de uma matriz. O autor afirma que quando os autores falam sobre construção social de algo, frequentemente o que está em questão é que existe uma matriz, composta de elementos

---

<sup>1</sup> A dissertação foi orientada por Jane Russo, co-orientada por Alain Giami e defendida no Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ, e contou com apoio da CAPES.

muito heterogêneos, que está em torno daquilo que é construído. Vejamos um exemplo que Hacking analisa, o da construção da idéia de mulheres refugiadas no Canadá<sup>2</sup>.

Ao migrarem para outro país, essas mulheres se transformam (ou são transformadas) em um tipo: as *mulheres refugiadas*. Diversos elementos estão envolvidos nesta transformação, como a obtenção de passaportes diferenciados e uniformes, por exemplo. Na prática, estes elementos as caracterizam como mulheres “de certo tipo”, e faz com que elas sejam classificadas como *refugiadas*: “A matriz na qual a idéia de mulheres refugiadas é formada é um complexo de instituições, defensorias, artigos de jornais, advogados, decisões judiciais, procedimentos de imigração. Sem mencionar a infra-estrutura material, barreiras, passaportes, uniformes, balcões em aeroportos, centros de detenção” (HACKING, 1999, p. 10, tradução minha). Hacking mostra como esse conjunto de elementos transforma as vidas destas mulheres, faz com que elas sejam percebidas enquanto *mulheres refugiadas* e, por isto, recebam tratamento diferenciado e ocupem posições sociais diferenciadas. Enfim, é uma matriz que envolve classificação e que transforma vidas, que faz diferença substancial para quem é classificado.

O impacto que as classificações podem exercer na vida das pessoas é abordado por Hacking (1986), quando ele destaca que existem diferentes tipos de coisas que são construídas socialmente. Nesse sentido, ele opõe idéias e objetos. O primeiro grupo inclui as classificações, inclusive as categorias diagnósticas, e também conceitos, crenças e teorias que são construídas socialmente. O segundo grupo é o dos objetos, que seriam “coisas que estão no mundo”, como materiais, substâncias, e também pessoas, estados, condições e relações. Daí decorre que quando as classificações (idéias) dizem respeito a pessoas (objetos), ocorrem interações com aquilo que é classificado. Por isso, ele diferencia tipos interativos de tipos não interativos. E distingue, por exemplo, classificações de coisas (como montanhas, camelos, micróbios), que seriam não interativas, de classificações que se referem a pessoas (como as classificações psiquiátricas, por exemplo). Hacking argumenta que as idéias que os cientistas formulam sobre substâncias (ou pedras, ou camelos, e assim por diante) podem alterar as substâncias, podem transformá-las, mas não há uma assimilação destas idéias pelas próprias substâncias (pelo simples fato de que elas não têm consciência de tais idéias).

---

<sup>2</sup> Hacking está discutindo o livro *The Social Construction of Women Refugee*, de Moussa, 1992.

No caso de idéias sobre uma *perturbação*, por exemplo, os indivíduos podem passar a se descrever e agir com base no que dizem a respeito desta condição. O fundamental está na relação entre as descrições e as ações: “Se novos modos de descrição passam a existir, novas possibilidades de ação passam a existir como consequência” (HACKING, 1986, p. 231, tradução minha). As idéias envolvidas em um tipo interativo afetam as pessoas. Isto não se dá meramente por uma questão informativa. As classificações implantam-se na cultura, são institucionalizadas, ordenam relações, toda uma infra-estrutura é criada a partir das classificações. Desta forma, as pessoas que recebem um diagnóstico são descritas e tratadas em conformidade com a classificação.

Charles Rosenberg, em um texto que possui título sugestivo – A tirania dos diagnósticos - chama atenção para este papel central que os diagnósticos médicos adquiriram desde o século XIX, mas principalmente ao longo do século XX, com a proliferação de tecnologias biomédicas. O impacto cultural dos diagnósticos é tão grande na cultura ocidental contemporânea, que eles perderam visibilidade enquanto constructos sócio-culturais (ROSEMBERG, 2002). Foram naturalizados e tomados como entidades que existem em si, que são desvendadas através dos avanços biomédicos. As classificações de doenças são vistas como fatos científicos.

Rosenberg (2002) localiza três fatores fundamentais no processo de consolidação das categorias diagnósticas na cultura ocidental, ou em suas palavras, na “incorporação social das doenças”. O primeiro seria o desenvolvimento de tecnologias biomédicas, o segundo seria a centralidade que os hospitais adquiriram enquanto locais não apenas de tratamentos, mas também de educação e de pesquisas e o terceiro fator remete ao papel das práticas e estruturas burocráticas. Como procedimentos burocráticos que criam parâmetros socialmente acordados acerca das doenças, Rosenberg identifica os ensaios clínicos randomizados, as conferências ou encontros de consenso, e as convenções codificadas dos quadros nosográficos – como exemplificados no DSM<sup>3</sup> da Associação de Psiquiatria Americana (ROSEMBERG, 2002). Como veremos, todos estes procedimentos estão interligados na construção social das disfunções sexuais.

### **Antecedentes das disfunções sexuais femininas**

---

<sup>3</sup> Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais.

A sexologia moderna foi impulsionada pela difusão do trabalho de A. Kinsey, pesquisador que realizou um exaustivo estudo sobre o comportamento sexual dos americanos. As pesquisas de Kinsey tiveram enorme impacto não apenas na produção teórica da ciência sexual, mas também na população americana em geral. O primeiro volume de sua pesquisa, *Sexual behavior in the human male*, foi publicado em 1948. Trata-se de um livro de dados estatísticos sobre o comportamento sexual que teve ampla divulgação entre o público leigo, tornando-se um *best seller*. Kinsey foi capa de revistas e de jornais da época e se tornou uma sensação midiática nos Estados Unidos (BULLOUGH, 2004). Nas palavras de Gagnon (1978), esse livro se intrometeu repentinamente na consciência nacional americana, foi um “evento nacional” e forneceu um vocabulário que possibilitava o discurso público sobre o sexo.

A primeira tiragem teve 10 mil exemplares e houve diversas mais nos meses que se seguiram. Há quem diga que esse e o posterior sobre mulheres, o *Sexual behavior in the human female*, lançado em 1953, se tornaram os livros científicos mais conhecidos da época (GAGNON, 1975).

O comprometimento com o método científico foi marca estrutural do trabalho de Kinsey, que era biólogo e um verdadeiro entusiasta com relação ao poder da ciência. Ele havia se dedicado por 20 anos ao estudo de vespas, e se tornou o maior conhecedor do assunto: coletou quatro milhões de vespas em suas viagens de campo e enfronhou-se num projeto classificatório dessa imensa amostra. Tal formação se refletiu diretamente no seu estudo sobre o comportamento sexual. Kinsey considerava o sexo como um fenômeno natural cuja base estava na biologia, fato que, em sua visão, possibilitava o estudo científico da sexualidade.

Kinsey pesquisou o comportamento da população como um todo, e não apenas daqueles “desviados” sexualmente, como fizeram os teóricos sexuais do século XIX. Ele se interessava pelo que as pessoas faziam e realizou milhares de entrevistas para investigar o comportamento sexual dos americanos. Nada menos que nove mil homens e mais de cinco mil mulheres foram entrevistados (GAGNON, 1975).

Algumas características da produção de Kinsey são fundamentais para compreendermos a história das disfunções sexuais femininas. Em primeiro lugar, não eram as “estranhezas” das expressões sexuais que Kinsey pretendia investigar. Foi pela sexualidade banal, a dos casais e das pessoas comuns, que ele se interessou. Esta é uma

das diferenças fundamentais entre a sexologia do século XIX e a sexologia do século XX, ou sexologia moderna.

Kinsey questionou também outro pilar da sexologia do século XIX: a vinculação entre atos sexuais e constituição psíquica. Desvincular tais domínios não significava retirar a importância da satisfação sexual para a felicidade individual, mas negar que a determinados comportamentos sexuais corresponderia um tipo psicológico, como *o perverso*.

O trabalho de Kinsey mostrou que as mulheres eram seres sexualmente mais ativos do que se pensava. Seus dados indicavam que as relações extraconjugais haviam sido experimentadas por 26% da amostra; que a metade das mulheres entrevistadas havia tido relações sexuais pré-maritais; que 14% experimentavam orgasmos múltiplos; e que as mulheres tinham mais orgasmos na década de 40 do que na primeira década do século XX. Além disso, Kinsey defendia que as experiências sexuais pré-maritais, assim como a masturbação, eram fatores relacionados a um maior ajustamento sexual no casamento, noções bastante inovadoras quando comparadas à moral vitoriana (GRONEMAN, 2001).

Seu trabalho operou mudanças nos discursos da ciência sexual com relação à sexualidade feminina, mas foi apenas no contexto da chamada ‘revolução sexual’ dos anos 1960/70 que as disfunções sexuais femininas foram conceituadas.

### **Surgimento das disfunções sexuais: psico-medicalização da sexualidade feminina**

Se na primeira metade do século XX as representações relativas à sexualidade e gênero foram desestabilizadas, nas décadas de 60 e 70 elas foram atacadas, de forma mais organizada por movimentos como o feminista e o *gay*, ou de forma mais difusa pelo que se convencionou chamar de ‘movimento de contracultura’. Nos anos 1960 e 1970, a sexualidade foi articulada à esfera política através do ativismo, sobretudo pelos movimentos feminista e *gay*. Foram veiculadas publicamente a crítica às relações patriarcais e a valorização/legitimação do prazer feminino, além da crítica à heterossexualidade como padrão inescapável.

Foi esse o momento em que o movimento *gay* travou uma verdadeira luta com a Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) para que a homossexualidade fosse

retirada do DSM<sup>4</sup>. Na segunda versão, lançada em 1973, o diagnóstico foi parcialmente retirado, mas ainda permaneceu a categoria *homossexualidade ego-distônica*, aplicável àqueles indivíduos que não estavam satisfeitos com sua “condição homossexual”. Somente em 1987, no DSM-III-R, qualquer referência à homossexualidade deixou de ser listada no manual. O debate, que foi acalorado, exemplifica a colocação da sexualidade num plano político de discussões. Este mesmo período assiste à expansão da sexologia, que em grande medida passa ao largo de discussões politizadas.

Os casais mais “avançados”, influenciados pela recém-nascida cultura jovem, e imbuídos do espírito de experimentação e liberação sexual, aventuraram-se em *swings* ou em relações “abertas”. Mas os efeitos desse momento ímpar na história do Ocidente resvalavam também nas camas dos casais mais *tradicionais* – para não usar o termo *careta*, tão em voga nessas décadas. O ideal de prazer sexual estava em toda parte, e seria difícil manter casamentos sem este ingrediente tão valorizado. As taxas de divórcio cresciam, tornando evidente, também, a maior autonomia das mulheres que já não se submetiam à autoridade masculina de forma tão irrestrita. As transformações ocorridas nas primeiras décadas do século XX incidiram diretamente no papel das relações sexuais no casamento, e provocou uma espécie de inversão, como bem captou Michel Bozon: “A relação de dependência que, outrora, ligava a sexualidade ao casamento foi completamente invertida: da instituição matrimonial que dava direito à atividade sexual, passou-se à troca sexual, motor interno da conjugalidade. A sexualidade, que antes era um dos atributos do papel social do indivíduo casado, tornou-se uma experiência interpessoal indispensável à existência do casal, formando a linguagem básica do relacionamento. Passou-se de uma definição institucional do casal a uma definição subjetiva e intersubjetiva, que coloca a relação sexual em primeiro plano” (BOZON, 2004, p. 48-49).

Também foi na década de 60 que o lançamento da pílula anticoncepcional iria reforçar a possibilidade de desvinculação entre sexo e reprodução, tornando viável o controle mais efetivo das gravidezes.

E o que fariam os casais que não experimentavam as maravilhas do sexo? A quem recorrer tantos homens que em apenas alguns minutos (muitas vezes alguns segundos)

---

<sup>4</sup> Uma análise detida sobre esse processo foi empreendida por Kutchins e Kirk (1999).

ejaculavam, deixando as parceiras insatisfeitas? Como lidar com a impotência? E agora, o que fazer com as mulheres que não gozavam?

A demanda estava colocada, e o tratamento foi prescrito, com legitimação científica e médica, pelos sexólogos. O campo da sexologia conheceu um crescimento nunca visto antes e as terapias sexuais se multiplicaram pelo país. Para se ter uma idéia, especula-se que, já em meados dos anos 1970, o número de centros de tratamento e clínicas destinados ao tratamento das disfunções sexuais, nos Estados Unidos, variava entre 3.500 e 5.000 (IRVINE, 2005).

Esta multiplicação de centros de terapia sexual não pode ser dissociada de William Masters e Virginia Johnson, ele ginecologista e ela psicóloga. A dupla publicou dois livros que se tornaram os pilares da sexologia moderna: *Human sexual response*, em 1966, e *Human sexual inadequacy*, em 1970.

A pesquisa que deu origem a *Human sexual response* foi realizada com a observação de comportamentos sexuais em laboratório. Na realidade, Masters e Johnson observaram a “resposta sexual” de comportamentos sexuais, por meio de dispositivos técnicos que permitiram medir aspectos fisiológicos relacionados às atividades sexuais.<sup>5</sup> O resultado foi a elaboração do *ciclo da resposta sexual* que se tornaria a grande referência nos estudos científicos da sexualidade.

O livro de 1970, *Human sexual inadequacy*, é apontado como um marco para a sexologia por ter fornecido uma terapia legitimada pela autoridade médico-científica ao campo sexológico e serviu de base para que terapeutas sexuais se espalhassem por todo o país (EUA). No próprio texto, referências à autoridade médica são constantes, e nas entrevistas em grandes revistas, como a *Time*, o casal era freqüentemente retratado com jalecos brancos em referência simbólica à seriedade e à autoridade médico-científica.

As terapias sexuais eram novidade, pois não havia até esse momento nada parecido que pudesse orientar aqueles que não estivessem satisfeitos com suas *performances* sexuais, ou pelo menos nada em proporções comparáveis. O tratamento psicanalítico era, decerto, uma opção, mas não uma terapia sexual, não ensinava técnicas

---

<sup>5</sup> O próprio Kinsey já havia realizado tal empreendimento, mas sabia que ainda não era o momento propício para a divulgação dos dados, que permaneceram bem guardados, em segredo. Uma década depois, o cenário cultural havia se modificado o bastante para que fosse aceitável a divulgação de um tipo de pesquisa tão controversa: medir alterações fisiológicas durante atividades sexuais, em laboratório (ROBINSON, 1977).

sexuais. Mais próximo do lugar que ocupariam os sexólogos, a partir de meados dos anos 1960, estavam os manuais de casamento.<sup>6</sup>

Na terapia proposta por Masters e Johnson, os casais participavam de um tratamento intensivo de duas semanas de duração, com encontros diários. O tratamento mesclava o fornecimento de informações sobre sexualidade (ou seja, sobre o ciclo da resposta sexual), técnicas da psicologia comportamental e técnicas sexuais. O que era tratado era a unidade marital; a disfunção sexual era considerada um problema do casal, nunca de apenas um indivíduo.

Na realidade, apenas casais eram aceitos para tratamento, e era necessário ter indicação médica. Assim, a relação também estava em tratamento, como demonstra a ênfase nas técnicas para melhorar a comunicação do casal.<sup>7</sup>

A autoridade médica e o caráter científico que o casal Masters e Johnson inspirava, aliados ao momento em que publicaram sua primeira obra, são pontos decisivos para que se compreendam o impacto e a rápida difusão de suas idéias. Com o seu trabalho, a sexologia ganhou o suporte teórico legitimado pelo apoio no discurso médico-científico e o incentivo à entrada de outras especialidades médicas (como urologia e ginecologia) no tratamento das disfunções sexuais (BULLOUGH, 1994).

Masters e Johnson (1970) definiram as disfunções sexuais (tanto de homens quanto de mulheres) em referência ao ciclo da resposta sexual. Este ciclo seria composto das quatro fases psicofisiológicas (excitação, platô, orgasmo e resolução), descritas a partir das alterações fisiológicas correspondentes. Eles descrevem o ciclo de eventos psicofisiológicos que compõe uma função do organismo, a função sexual, constituindo, assim, uma função autônoma com relação à esfera reprodutiva (GIAMI, 2007). O sexo é visto como um fenômeno natural e o ciclo da resposta sexual como um mecanismo universal, uma função (psico)fisiológica, similar em homens e mulheres.

É interessante que o termo *psicofisiológico*, embora possa à primeira vista parecer uma possibilidade de integração entre as esferas psicológicas e orgânicas, introduz a

---

<sup>6</sup> Os manuais de casamento, muito vendidos nos EUA, incluíam dicas para melhorar o sexo dos casais. O manual de Van de Velde, *Ideal marriage*, foi um dos mais conhecidos. Lançado na Inglaterra, em 1928, e traduzido por uma feminista socialista, Stella Browne, teve 38 reedições até os anos 1970. Na versão de 1977, há uma estimativa de que mais de um milhão de cópias tenham sido vendidas ao longo dessas décadas (JACKSON, 1987).

<sup>7</sup> O número de sessões era sempre pequeno (em torno de 15 a 20), quando comparado aos longos anos de tratamento que caracterizam o tratamento psicanalítico. Durante algum tempo, Masters e Johnson admitiam homens sem companheiras, desde que eles fizessem o tratamento com uma parceira contratada, conhecidas como *surrogate partners*. Não havia a mesma alternativa para as mulheres.

separação entre tais domínios. Supõe-se que há um domínio biológico, uma seqüência de eventos que se desenrola no nível da fisiologia, e que pode ser influenciada ou afetada por aspectos psicológicos. Numa situação relacional desfavorável, por exemplo, a ansiedade pode inibir a excitação e causar a impotência em homens ou a falta de orgasmo nas mulheres. Teríamos então o que é chamado pelo casal de autores de inadequações sexuais, ou disfunções sexuais. Eles listam entre as disfunções sexuais que afetam primariamente os homens, a ejaculação precoce, a impotência (primária e secundária) e a incompetência ejaculatória (uma condição rara na qual o homem não consegue ejacular na vagina de sua parceira sexual). Já no caso de mulheres são listados a dispareunia (dor na relação sexual), o vaginismo (espasmos vaginais que impedem ou dificultam a penetração), e disfunções do orgasmo (IRVINE, 2005).

Helen Kaplan reconceituou o ciclo da resposta sexual, em 1979, e incluiu mais uma fase, a do desejo, que seria anterior à excitação (BERMAN; BERMAN, 2003). Esta modificação no modelo original de Masters e Johnson teve bastante difusão e é até hoje utilizada como referência nas pesquisas científicas sobre a sexualidade, na clínica psiquiátrica, sexológica ou no que vem sendo recentemente chamado de medicina sexual (IRVINE, 2005).

Durante toda a década de 70, e também ao longo da década de 80, eram as definições propostas por Masters e Johnson e por Helen Kaplan as principais referências classificatórias do campo da sexologia. Progressivamente, tais referências foram substituídas pelas definições divulgadas pelo DSM. Em 1980, as disfunções sexuais passaram a ser descritas na terceira versão do DSM. No entanto, a lógica classificatória utilizada neste manual é inteiramente apoiada nas noções desenvolvidas pelos autores já citados. Há, por exemplo, em todas as versões do manual, explicações sobre o *ciclo da resposta sexual*, e é com base nele que as disfunções sexuais são descritas (disfunções do desejo, da excitação, do orgasmo, e também às relacionadas à dor: dispareunia e vaginismo). Esta é a classificação de referência nos estudos científicos sobre a sexualidade e para o campo clínico sexológico.<sup>8</sup>

A consolidação da segunda sexologia, a partir dos trabalhos de Masters e Johnson, e posteriormente de Helen Kaplan, promoveram o que podemos chamar de

---

<sup>8</sup> Outras propostas de classificação têm sido elaboradas, conforme veremos em seguida. No entanto, o DSM continua sendo a grande referência para as pesquisas.

psico-medicalização das disfunções sexuais. Podem-se destacar alguns elementos importantes nesse processo:

1. O ciclo da resposta sexual possibilitou a elaboração de um sistema de classificação das patologias da função sexual, que segue os princípios das classificações médicas modernas: a) idéia de que as entidades diagnósticas estão relacionadas a um mecanismo de base – mecanismo fisiológico; b) classificar as disfunções sexuais em relação às fases do ciclo sexual confere especificidade aos diagnósticos, possibilita sua diferenciação em categorias discretas;

2. A elaboração do ciclo da resposta sexual transformou o domínio da sexualidade em uma função do organismo e tornou a sexualidade mensurável em um nível fisiológico. Nesse sentido, o ciclo da resposta sexual abriu caminhos para a medicalização da sexualidade, agora entendida como resposta sexual, como algo que pode ser objeto de estudo da biomedicina, nos termos anátomo-clínicos.

3. A distinção entre disfunções psicogênicas e orgânicas funda dois domínios de intervenção. A proposta de Masters e Johnson contempla o domínio “psicogênico” das disfunções sexuais: tratamento baseado em técnicas da psicologia cognitivo-comportamental dirigidas ao casal. Ainda não se tratava de uma medicalização *stricto sensu* e, nesse sentido, o termo psico-medicalização parece mais apropriado.

4. Já desde o final da década de 70, mas, sobretudo ao longo da década seguinte, as abordagens organicistas da sexualidade passaram a ser cada vez mais frequentes. No entanto, os estudos de caráter organicista eram dirigidos às disfunções sexuais masculinas. Até os anos 90, as disfunções femininas continuaram sendo abordadas, de forma hegemônica, a partir de um prisma psicológico e relacional.

### **A pesquisa no *Archives of Sexual Behavior*<sup>9</sup>**

O *Archives of Sexual Behavior* (ABS) é um periódico científico de circulação bimestral e internacional que tem bastante prestígio no campo da ciência sexual.<sup>10</sup> Foi fundado em 1971, com a missão de se tornar difusor dos estudos científicos sobre a

---

<sup>9</sup> Parte destes resultados foi apresentada previamente no XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, realizado no Rio de Janeiro, em julho de 2009.

<sup>10</sup> No Brasil, o *ASB* recebeu da CAPES a mais alta avaliação para um periódico científico internacional nas áreas de medicina e sociologia.

sexualidade. A partir de 1974, passou a ser a publicação oficial da *International Academy of Sex Research* (IASR).<sup>11</sup>

O *ASB* começou a circular no momento em que o campo da sexologia se expandia, sob a hegemonia da perspectiva sugerida por Masters e Johnson. Mas era possível encontrar também outras abordagens de terapias sexuais. O campo da sexologia crescia e tensões eram geradas pelas diferentes propostas terapêuticas, algumas se aproximando da medicina e da ciência, como foi o caso das influenciadas por Masters e Johnson, enquanto outras exploraram linhas alternativas, que podiam incluir sexo com o próprio terapeuta ou vivências de sexo grupal, para citar alguns exemplos mais radicais (IRVINE, 2005).

As tentativas de organização, regulamentação e consolidação profissional do campo da sexologia são contemporâneas dessa expansão. A partir do final dos anos 1960 e, sobretudo nos anos 1970, surgiram diversas associações, publicações e conferências que ocorreram com tensões<sup>12</sup>. Neste processo, ficou clara a presença de grupos com diferentes abordagens na segunda sexologia. Irvine e Potts propõem a distinção entre uma vertente científica e outra humanista, embora enfatizem que não há uma separação estanque entre os grupos (IRVINE, 2005; POTTS, 2002). A sexologia humanista agregaria diversos tipos de terapia em conexão direta com os pressupostos do movimento humanista da psicologia. Dentre as várias terapias incluídas no termo, podemos destacar técnicas da bioenergética, massagens, experiências de nudismo e workshops com experimentações sexuais. A sexologia científica seria caracterizada pela aproximação com o discurso médico e pela ênfase nos dados empíricos, nas análises quantitativas e estatísticas.

O *ASB* surgiu neste contexto, e se posicionou claramente como um periódico alinhado à abordagem científica da sexologia. Nas palavras do editor do jornal, o *ASB* “tem-se dedicado primariamente à divulgação de pesquisas empíricas, com ênfase em métodos quantitativos e de teste de hipóteses” (ZUCKER, 2002, p. 3, tradução minha). Desta forma, o *ASB* apresentou-se como um interessante campo para investigação acerca dos discursos científicos sobre as disfunções sexuais femininas.

---

<sup>11</sup> Apesar de congrega profissionais do mundo todo, predominam na IASRI, pesquisadores e profissionais norte-americanos.

<sup>12</sup> Sobre as tensões entre diferentes abordagens, ver Irvine (2005).

Foi então realizado um levantamento de artigos sobre as disfunções sexuais, tanto masculinas quanto femininas. Foram incluídos no levantamento os artigos que possuem termos relacionados às disfunções sexuais no título ou no resumo. Todos os volumes publicados no período entre 1971 e 2007, totalizando 36 volumes e 212 números, foram pesquisados.

O material foi classificado a partir do tema e do gênero abordado no artigo. Foram encontrados artigos sobre disfunções sexuais em mulheres, em homens, em ambos e também diversos artigos sobre disfunções sexuais do casal<sup>13</sup>. A distribuição dos artigos, ao longo das décadas pesquisadas, segundo estas duas variáveis – gênero abordado e tema – foi bastante diferenciada.

Foi encontrado um total de 164 artigos sobre disfunções sexuais. Trinta e cinco destes foram publicados entre 1971 e 1980, 39 entre 1981 e 1990, 25 entre 1991 e 2000 e 65 entre 2001 e 2007.<sup>14</sup> Nota-se, portanto, que o aumento de artigos sobre disfunções sexuais nos últimos anos é surpreendente.

Dos artigos publicados durante a década de 70, 12 abordavam as disfunções masculinas e três focalizavam nas disfunções femininas.<sup>15</sup> Mas a maioria dedicou-se às disfunções dos casais (19 dos 35). Entre os artigos sobre casal, sete tinham a ênfase numa disfunção sexual da mulher, principalmente a ausência de orgasmo, e seis numa disfunção sexual do homem<sup>16</sup>. Observa-se, então, que nos anos 70, as disfunções sexuais femininas foram abordadas basicamente a partir de discussões em torno do casal e de seu tratamento. Já as disfunções masculinas foram abordadas tanto a partir das discussões relacionadas à terapia sexual para casais quanto separadamente, sem estarem atreladas à ‘unidade marital’<sup>17</sup>. Ou seja, percebe-se já alguma autonomia das pesquisas sobre

---

<sup>13</sup> Considerou-se que um artigo abordou o tema da disfunção sexual a partir da perspectiva do casal quando o/a parceiro/a sexual foi objeto de investigações, ou nos casos em que fornecesse informações à pesquisa ou participasse de alguma etapa do tratamento, mesmo que a discussão se centrasse na disfunção, problema ou tratamento do homem ou da mulher, especificamente (ex: Interação sexual de mulheres com disfunção orgástica e seus parceiros). Posteriormente, estes artigos foram agrupados segundo a ênfase em problemas sexuais femininos, ênfase nos problemas sexuais masculinos ou ênfase não especificada.

<sup>14</sup> Na década de 70, os artigos sobre disfunções sexuais correspondem a 10,2% do total de artigos (340) publicados no período; na década de 80, correspondem a 8,9,% do total de artigos (440) publicados no período; na década de 90, correspondem a 7,1 % do total de artigos (350) publicados no período. Entre 2001 e 2007, os artigos sobre disfunções sexuais correspondem a 16 % do total de artigos (406) publicados no período.

<sup>15</sup> Há também um artigo que aborda tanto disfunções femininas quanto masculinas.

<sup>16</sup> Nos outros seis casos não havia especificação quanto ao gênero.

<sup>17</sup> Este termo aparece na maioria dos artigos e se refere ao casal tratado.

disfunções sexuais dos homens com relação à unidade marital, fato não observado nos artigos sobre disfunções sexuais femininas.

Durante a década de 80, os artigos sobre casais somam nove. Nota-se, portanto, que estas publicações diminuem bastante em comparação com a década anterior. A maioria dos 39 artigos está concentrada nos problemas sexuais masculinos: as disfunções sexuais masculinas são foco de 20 artigos e, as femininas, de apenas cinco.<sup>18</sup> O grupo de artigos sobre casais possui dois cuja ênfase recai sobre uma disfunção do homem, somando 22 artigos (homem + casal com ênfase no homem), cuja questão principal é masculina, e três com ênfase na mulher, somando oito artigos (mulher + casal com ênfase na mulher) nos quais o foco principal do estudo é um problema sexual feminino.

Nos anos 1990, as publicações sobre disfunções masculinas continuam mais frequentes que aquelas sobre casais ou sobre mulheres, seguindo a tendência da década anterior. Doze artigos são inteiramente centrados nos homens e quatro artigos têm como foco um problema sexual masculino, mas o fazem a partir de discussões em torno do casal. Já as temáticas femininas ocupam apenas dois artigos, sendo um deles sobre casal (com ênfase na mulher). Desta forma, do total de 25 artigos, 15 discutem as disfunções sexuais a partir de problemas sexuais de homens (homem + casal com ênfase no homem) e apenas dois que o fazem a partir de problemas sexuais de mulheres (mulher + casal com ênfase na mulher).<sup>19</sup>

É importante destacar que os dois artigos sobre disfunções femininas publicados na década de 90 são de 1992, e que dez anos se passaram até que fosse publicado outro artigo dedicado às disfunções sexuais em mulheres. No entanto, quando isso aconteceu, houve uma verdadeira explosão de artigos sobre este tema. Dos 65 artigos sobre disfunção sexual publicados entre 2001 e 2007, 45 são sobre mulheres, enquanto apenas nove focalizaram os homens. Dos quatro artigos sobre casais, três têm ênfase em problemas sexuais masculinos, um aborda genericamente a questão do casal e não há artigos sobre casal com ênfase na mulher.<sup>20</sup>

Em resumo, até o ano 2000, entre as 99 publicações sobre disfunções sexuais, há apenas 20 que tratam especificamente das disfunções sexuais femininas, enquanto as disfunções sexuais masculinas são tratadas em 56. De 2001 a 2007, os artigos publicados

---

<sup>18</sup> Há cinco artigos que abordam tanto disfunções femininas quanto masculinas.

<sup>19</sup> Há cinco artigos que abordam tanto disfunções femininas quanto masculinas e dois sobre casal com ênfase não especificada.

<sup>20</sup> Há seis artigos que abordam tanto disfunções femininas quanto masculinas.

sobre as disfunções sexuais femininas chegam a 45, enquanto aqueles que tratam da disfunção sexual masculina são apenas 12.

A análise dos temas destes artigos evidencia que a discrepância entre os períodos não é apenas relativa à frequência das publicações. Nos 45 artigos sobre disfunções sexuais femininas que foram publicados nos últimos anos, as questões endereçadas pelos autores e autoras são radicalmente distintas das temáticas presentes nos 20 artigos que foram publicados até 1992.

A maioria dos artigos sobre disfunções femininas que foram publicados durante os anos 70, 80 e 90 tem como tema a disfunção orgástica e seu tratamento através da terapia sexual para casais (12 dos 20). Masters e Johnson e também Helen Kaplan são referências obrigatórias em todos os artigos, e surgem como um novo referencial teórico que deve aparecer como alternativa frente ao tratamento psicanalítico. Duas autoras, vinculadas ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do U.S. Public Health Service Hospital, de Seattle, explicitam esta mudança: “Considerando que, formalmente, o tratamento dos indivíduos que se definiam como inadequados sexualmente era primariamente psicanalítico, desde 1970, uma abordagem comportamental modificada para o tratamento da disfunção orgástica feminina foi desenvolvida por Masters e Johnson, e tem sido amplamente adotada por clínicos” (SCHNEIDMAN; MCGUIRE, 1976, p.239, tradução minha).

Os tratamentos propostos aos casais nos quais a mulher tem dificuldade em atingir o orgasmo enfatizam técnicas para melhorar a “comunicação interpessoal do casal”, mudanças de comportamento durante o coito (com a utilização, por exemplo, da masturbação clitoriana) e fornecem informações sobre anatomia e fisiologia sexual. Deve-se ensinar a mulher a “se conhecer melhor”, assim como, ao marido, comportamentos e técnicas sexuais possam ajudar sua parceira a experimentar o orgasmo.

Podem-se destacar dois pontos sobre estes artigos. O primeiro refere-se ao fato da disfunção orgástica ser compreendida a partir dos referenciais psicológicos, relacionais e comportamentais. São os aspectos psicológicos como culpa e ansiedade, ou “interações inadequadas” entre os parceiros - falta de técnicas sexuais apropriadas ou de informações sobre a resposta sexual e mesmo crises conjugais - que são apontados como responsáveis pela disfunção sexual. O segundo ponto refere-se ao progressivo desaparecimento das

disfunções orgásticas nas publicações do ASB. Sete desses 12 artigos foram publicados na década de 70. Entre 2001 e 2007, há apenas um artigo sobre as disfunções orgásticas.

A partir do momento em que a temática do orgasmo feminino no contexto das terapias sexuais vai perdendo espaço entre as publicações do ASB, outros temas começam a aparecer. Ao invés do orgasmo, o desejo e a excitação se apresentam como foco dos artigos, e a influência de aspectos orgânicos começa a ser destacada. No entanto, este ainda é um momento de passagem, pois as causas orgânicas ainda não são tomadas como determinantes, como ocorreria mais tarde. O artigo “Inhibited sexual desire in women”, publicado em 1987, por exemplo, enfatiza a importância de aspectos subjetivos e biológicos para a compreensão desta disfunção que é, segundo os autores, a queixa mais comum dos casais que procuram terapia sexual. Mesmo incluindo variações hormonais e da atividade cerebral como elementos relacionados ao desejo sexual inibido, os autores afirmam que o desejo sexual é completamente dependente do contexto da relação e que, para muitas mulheres, o desejo sexual diminui conforme o romance desaparece da relação (STUART; HAMMOND; PETT, 1987).

No ano seguinte, em 1988, é publicado o artigo “Sexual dysfunction in the diabetes female: a review”, que ajuda a compreender a direção das mudanças no perfil dos artigos. Este artigo demonstra a transposição de um tema freqüente nas pesquisas sobre a impotência sexual – o da comorbidade - para as pesquisas sobre as disfunções sexuais femininas. Conforme mencionado anteriormente, diversas pesquisas sobre disfunção sexual masculina, desde fins dos anos 70, já eram descoladas da temática do casal e pesquisavam as dimensões biológicas do fenômeno. Os diabéticos apareciam como uma amostra propícia para investigar as disfunções sexuais chamadas orgânicas, numa tentativa de localizar os mecanismos fisiológicos envolvidos nas dificuldades eréteis. O artigo sobre as mulheres diabéticas aponta, portanto, para a influência dos estudos sobre disfunções sexuais masculinas nas pesquisas em mulheres, no sentido de uma medicalização.

Em 2002, quando nos deparamos outra vez com artigos sobre disfunções sexuais femininas, num primeiro olhar evidencia-se um distanciamento com relação aos artigos publicados anteriormente. O primeiro artigo encontrado, por exemplo, é um ensaio clínico de um medicamento para mulheres na menopausa com transtorno da excitação sexual. Até então, a possibilidade de tratar as disfunções em mulheres com medicamentos não havia aparecido em nenhum artigo, embora este tema que já estivesse

presente nos artigos sobre homens desde a década de 70<sup>21</sup>. Apesar de ter sido publicado em 2002, trata-se de um estudo que já havia sido apresentado, no ano 2000, no encontro anual da International Academy of Sex Research (MESTON; WORCEL, 2002).

O mesmo acontece no número seguinte, ainda em 2002, que traz algumas das apresentações do segundo encontro do Forum for Female Sexual Function (FFSF), realizado em 1999. Desta vez há um número inteiro dedicado à sexualidade feminina que inclui seis artigos sobre disfunções sexuais, outros cinco artigos sobre sexualidade feminina ou função sexual feminina, além de um editorial intitulado “Guest editors' introduction: female sexuality and sexual dysfunction” (GOLDSTEIN; RAYMOND; ROSEN, 2002). Estes relatos retrospectivos evidenciam que as disfunções sexuais femininas, desde pelo menos 1999, já estavam mais freqüentes na agenda de discussões dos pesquisadores da sexualidade.

Há apenas um artigo que aborda especificamente a questão do orgasmo, “The meaning of heterosexual intercourse among women with female orgasmic disorder”, um estudo sobre os componentes emocionais, cognitivos e motivacionais dos significados atribuídos ao intercurso sexual por mulheres com disfunção do orgasmo (BIRNBAUM, 2003).

O centro da maioria dos artigos são debates sobre a classificação diagnóstica e sobre aspectos orgânicos das disfunções sexuais femininas. Em termos de categorias diagnósticas, as relacionadas à dor na relação sexual ou aos espasmos vaginais que dificultam o intercurso sexual (dispareunia / vaginismo) são foco de 28 artigos.

Há também diversos artigos sobre excitação sexual, incluindo investigações sobre a excitação na dispareunia e em pacientes com lesões cerebrais, além de investigações específicas sobre a disfunção da excitação. Há apenas dois artigos que tratam especificamente do desejo, e, em nove artigos não há especificação de uma disfunção. Aparecem nestes artigos as disfunções listadas no DSM-IV: disfunções do orgasmo, disfunções da excitação, disfunções do desejo e disfunções relacionadas à dor (dispareunia / vaginismo).

As controvérsias em torno da classificação das disfunções sexuais femininas aparecem 29 artigos e correspondem a 64,4% dos artigos sobre disfunções sexuais femininas publicados nesse período. Os aspectos psicofisiológicos/orgânicos das

---

<sup>21</sup> Desde finais da década de 70, algumas substâncias foram testadas no tratamento da impotência masculina, mas até a década seguinte, nenhuma molécula foi considerada eficaz (GIAMI, 2009).

disfunções sexuais femininas são tema de oito artigos (17,7%). Além dos aspectos orgânicos e das discussões sobre classificação diagnóstica, restam apenas oito artigos, que versam sobre temas variados.<sup>22</sup>

A excitação sexual é o tema de destaque nos artigos que investigam a fisiologia das disfunções sexuais femininas. Além do primeiro artigo sobre disfunção da excitação sexual em mulheres, publicado em 1992, há mais sete que investigam a excitação sexual feminina, todos publicados depois de 2002. Apenas um artigo com ênfase nos aspectos orgânicos (sobre as disfunções sexuais “neurogênicas”) não focaliza a excitação sexual.

Convém explicitar que a excitação é definida como uma fase do ciclo da resposta sexual subsequente à fase do desejo e anterior ao orgasmo, e que é caracterizada por prazer sexual subjetivo acompanhado de mudanças fisiológicas. As mudanças fisiológicas atribuídas à excitação são a tumescência peniana e ereção no homem e, na mulher, lubrificação e expansão vaginal, vasocongestão na região pélvica e inchaço (no original, *swelling*) na genitália externa (APA, 1995). Assim, ao se tomar o ciclo da resposta sexual como modelo, a disfunção da excitação feminina se torna o “equivalente” da disfunção erétil para as mulheres. Realmente, percebe-se que as pesquisas sobre as disfunções da excitação são muito semelhantes às pesquisas sobre disfunção erétil.

Todos os artigos sobre excitação são apoiados nas noções de função sexual e ciclo da resposta sexual, mas diferentemente dos artigos sobre disfunção orgástica, a ênfase recai nos aspectos orgânicos. Na maior parte dos artigos foram utilizadas duas formas de mensurar a excitação: questionários auto-responsivos e exame de fotopletismografia vaginal<sup>23</sup>. Através dos questionários procurou-se avaliar a vertente subjetiva da excitação, e através da fotopletismografia procurou-se avaliar o fluxo sanguíneo no tecido vaginal. Acredita-se que o fluxo sanguíneo seja um indicador da excitação. A lubrificação não foi utilizada como indicadora da excitação em nenhum dos artigos.

A busca por medicamentos está colocada de forma explícita nos artigos, e a transposição do modelo de pesquisas sobre disfunção erétil também é clara. É com base nas pesquisas já realizadas com homens que são formuladas as pesquisas com mulheres. O interesse nas disfunções da excitação já é um exemplo desta influência, pois a irrigação sanguínea é vista como a base da excitação. Os ensaios clínicos são realizados com substâncias que já foram testadas em homens. Tudo parece funcionar da mesma forma

---

<sup>22</sup> Para mais informações, ver Faro (2008).

<sup>23</sup> Aparelho utilizado para “medir” o volume sanguíneo nas paredes da vagina.

que nos homens. Em um dos artigos, o clitóris é comparado ao pênis, e chega-se a falar em “ereção clitoriana”.

Embora os pesquisadores encontrem “evidências” fisiológicas da excitação, quando os relatos subjetivos são analisados, para algumas mulheres não há uma correspondência subjetiva, ou seja, elas não se sentem excitadas. Os dados provenientes da fotopletismografia vaginal indicam que houve aumento do fluxo sanguíneo na região, mas os questionários auto-responsivos não reportam excitação.

Diante de tal lacuna (inexistente nos estudos sobre disfunção erétil), alguns autores ressaltam que outros aspectos, como “sentir-se sexy e relaxada”, podem ser mais importantes para mulheres do que a resposta fisiológica, que seria mais importante para os homens. Percebe-se, neste discurso, a permanência dos estereótipos de gênero que representam a sexualidade feminina como relacional e difusa em contraposição à sexualidade masculina centrada na fisiologia da ereção (GIAMI, 2007).

A influência da medicalização masculina sobre os estudos da sexualidade feminina também se verifica no aumento tão grande de artigos sobre as disfunções sexuais femininas neste periódico científico, a partir dos anos 2000. Houve uma verdadeira reestruturação deste campo de estudos que só pode ser compreendida à luz do que se passou nos estudos e intervenções sobre as disfunções masculinas.

### **Medicina sexual: da medicalização da impotência sexual à medicalização da performance sexual feminina**

Durante as décadas de 70 e 80, o campo sexológico esteve marcado pelo paradigma das idéias de Masters e Johnson. Como consequência, assim como as disfunções sexuais femininas, a impotência também era vista hegemonicamente como um problema de origem psicológica e relacional.<sup>24</sup>

No entanto, diversas “descobertas científicas” com relação às ereções penianas (MARSHALL; KATZ, 2002) iriam constituir um campo de pesquisas biomédicas à margem das concepções psicologizantes da terapia sexual.

Desde meados da década de 70, implantes cirúrgicos de próteses penianas passaram a ser realizados por urologistas no tratamento da impotência. O teste de

---

<sup>24</sup> A perspectiva psicológica na compreensão da impotência foi enfatizada por Masters e Johnson, mas não se pode dizer que foi uma novidade introduzida pelos autores. Para mais informações acerca dos antecedentes do “paradigma psicológico”, ver: Marshall e Katz (2002).

tumescência noturna (NTP), um instrumento que mede as ereções noturnas, tanto em número quanto em intensidade, foi outra inovação tecnológica do período. O teste foi utilizado, desde o final da década de 70, como instrumento para investigações da etiologia das disfunções, num esforço de diferenciar o diagnóstico de impotência orgânica do de impotência psicogênica. A idéia era de que se as ereções noturnas estavam preservadas, então a impotência só poderia ser causada por fatores psicológicos. E se as tumescências noturnas estavam ausentes ou prejudicadas, haveria forte indício de alterações orgânicas.<sup>25</sup>

Outra inovação importante ocorreu em 1982, quando um cirurgião deparou-se inesperadamente, durante uma operação, com uma ereção de três horas provocada pelo relaxante muscular de nome papaverina que havia injetado em seu paciente. Tal efeito foi divulgado entre a comunidade médica e a droga logo passou a ser utilizada por urologistas no tratamento da impotência, como alternativa ao implante de próteses. A papaverina tem o inconveniente de ser administrada por via intravenosa, com aplicações na região peniana, e de provocar efeitos-colaterais que podem ser graves. No entanto, foi apropriada como uma prova da desvinculação entre o mecanismo fisiológico do órgão peniano e os aspectos psicológicos ou relacionais, pois a ereção provocada pelas injeções não dependia de estimulação erótica para ocorrer.

Progressivamente, a ênfase se deslocava para as temáticas relacionadas à base biológica das disfunções sexuais masculinas. No próprio *ASB*, os estudos de cunho organicista já vinham sendo publicados desde meados da década de 70.<sup>26</sup>

A transformação da nomenclatura que ocorreu com relação à impotência foi decisiva para que as abordagens biologizantes pudessem ser disseminadas no campo de estudos da sexualidade. No levantamento realizado no *ASB*, os artigos publicados na década de 70, sobre disfunções sexuais masculinas, alternavam a utilização dos termos impotência, impotência erétil (a partir de 1975), e disfunção erétil (a partir de 1979). Durante os anos 80, os termos mais utilizados foram impotência e disfunção erétil, mas

---

<sup>25</sup> No levantamento de artigos realizado no *ASB*, foram encontrados diversos artigos dedicados à questão do diagnóstico diferencial com base nesse aparelho.

<sup>26</sup> Publicações da década de 70: "A clinical study of cases of psychosexual disturbances in men treated by a libido inhibitor: Methylestrenolone" (SERVAIS, 1973); "Plasma testosterone in male patients with sexual dysfunction" (RABOCH et al., 1975); "Sexual impotence: studies of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis and the effect of oral thyrotropin-releasing factor" (BENKERT et al., 1975); "Effects of testosterone undecanoate on sexual potency and the hypothalamic-pituitary-gonadal axis of impotent males" (BENKERT et al., 1979).

outros termos também aparecem, como insuficiência erétil (*erectile failure*) e dificuldades eréteis. A partir dos anos 90, o termo disfunção erétil passa a ser o mais utilizado. Transtorno erétil e problemas eréteis também são empregados. Impotência aparece no título de apenas dois artigos, ambos publicados em 1992.<sup>27</sup>

Não foi por acaso que não mais foram publicados artigos que traziam o termo impotência no título. Em 1992, ocorreu a primeira conferência de consenso sobre o tema da impotência, organizada pelo *National Institute of Health* (NIH), na qual diversos pesquisadores defenderam a utilização do termo disfunção erétil. O encontro é considerado um marco estrutural do campo, pois a partir de então o termo disfunção erétil passou a ser amplamente adotado pela comunidade médica e científica (GIAMI, 2009; MARSHALL; KATZ, 2002).

A nova nomenclatura indica que não se trata mais de um “homem impotente”, é um “organismo com uma disfunção da capacidade erétil” que está em questão. A partir daí, o termo disfunção erétil é rapidamente disseminado, sem debates ou resistências (GIAMI, 2007). Acompanha tal denominação uma visão simplificada da função sexual masculina, centrada na genitalidade e que concebe a ereção como um fenômeno basicamente fisiológico. Esta visão supõe uma objetivação ou fragmentação do próprio sujeito (RUSSO, 2004). Estabelece, portanto, “uma concepção particular de relação entre corporalidade e sujeito, na qual o foco reduz-se cada vez mais a uma fragmentação tendo em vista as funções corporais e uma automização do indivíduo” (ROHDEN, 2007). Ou seja, a sexualidade é em ampla medida reduzida ao mecanismo fisiológico de órgão do organismo, em oposição a concepções que privilegiam o papel de aspectos psicológicos e relacionais na configuração do transtorno. Uma maneira de descrever os problemas com a ereção que propicia a busca por uma pílula mágica para consertar o mecanismo *quebrado* (MARSHALL, 2006).

Alain Giami (2009) demonstra, minuciosamente, que a medicalização da impotência masculina se implantou através de quatro eixos fundamentais: modificação da nosografia, epidemiologia, desenvolvimento de questionários de avaliação e realização de ensaios clínicos. Dois grupos principais fizeram parte deste empreendimento: urologistas, num primeiro momento, e laboratórios farmacêuticos, aliados aos urologistas, posteriormente.

---

<sup>27</sup> Esta análise baseou-se nos termos utilizados no título dos artigos.

A transformação da impotência em disfunção erétil foi um processo marcado pela ação dos urologistas, assim como a construção epidemiológica da questão. Na realidade, a pesquisa que deu origem ao mais importante marco epidemiológico da área ocorreu alguns anos antes da famosa conferência de consenso organizada pelo NHI. Trata-se da pesquisa denominada *Massachusetts Male Ageing Survey* (MMAS), que foi conduzida entre 1987 e 1989. Nela, urologistas de Boston, que ficaram conhecidos como “grupo de Boston”, chegaram à conclusão de que a disfunção erétil é um problema que atinge nada menos que 52% da população masculina com mais de 40 anos. Como afirma Giami, “essa investigação, embasada numa nova definição de impotência permite assim, *triplicar* a estimativa da prevalência média, tal como era anteriormente reconhecida pelos mesmos urologistas (agora trinta milhões de homens seriam atingidos pelo distúrbio nos Estados Unidos), e estabelecer que os principais fatores de risco para a impotência são de origem orgânica” (GIAMI, 2009). Um dos autores do estudo foi o urologista Irwin Goldstein, um pesquisador que, alguns anos mais tarde, teve atuação de destaque na configuração da disfunção sexual feminina como uma questão orgânica, à semelhança do que ocorreu com as disfunções masculinas.

Foi por esta época que a indústria farmacêutica entrou em cena e se articulou ao grupo de Boston. A substância sildenafil<sup>28</sup> vinha sendo testada pelo laboratório Pfizer para combater a hipertensão, e foi por acaso que foi descoberto o efeito-colateral mais festejado do século: ereções mais rígidas e mais frequentes. Em 1993 a droga foi patenteada pela Pfizer, e os ensaios clínicos começaram a ser conduzidos (GIAMI, 2009).

Para que uma droga seja lançada no mercado é necessário que seja trilhado um longo caminho imposto pelas agências de regulação de medicamentos, entre as quais a poderosa *Food and Drug Administration* (FDA) é a mais importante. Os ensaios clínicos são pesquisas protocoladas de teste de medicamentos que não podem empreendidos pelas empresas farmacêuticas sem o acompanhamento de pesquisadores e médicos. No caso das disfunções eréteis, “É neste momento, da preparação para o lançamento do medicamento, que as relações entre os pesquisadores e a indústria farmacêutica se fortalecem e se tornam explícitas (...) os interesses da indústria e dos pesquisadores convergem para um comércio comum. Posteriormente, os pesquisadores trabalham com o apoio da indústria farmacêutica” (GIAMI, 2009).

---

<sup>28</sup> O citrato de sildenafil é um inibidor da enzima fosfodiesterase que leva ao aumento da vasodilatação, processo que facilita a ereção peniana. É o princípio ativo do Viagra.

O lançamento do Viagra, em 1998, e o sucesso deste fármaco que se tornou um dos medicamentos mais vendidos em diversos países, como o Brasil, teve algumas conseqüências que devem ser destacadas: marcou a entrada definitiva da indústria farmacêutica no campo da sexologia; significou a consolidação das perspectivas organicistas nos estudos sobre a sexualidade, conferindo legitimidade e *status* à medicina sexual, que passou a ser o grupo hegemônico no campo e, finalmente, possibilitou uma abertura para que outros transtornos sexuais pudessem ser tratados com medicamentos.

A medicalização da sexualidade feminina, de fato teve enorme impulso a partir do sucesso de vendas do Viagra. Pesquisadores interessaram-se pelo tema, livros foram lançados, cursos foram desenvolvidos para orientar profissionais quanto aos critérios diagnósticos e formas de tratamento, ao mesmo tempo em que o tema passou a ser comumente visto na mídia (FISHMAN, 2004).

Desde então, os estudos sobre a função sexual feminina são cada vez mais numerosos, como também o são estudos sobre as diferentes disfunções sexuais em mulheres, sobre tratamentos disponíveis e debates sobre os critérios classificatórios. A procura por tratamentos medicamentosos que até então era concentrada no caso das disfunções sexuais masculinas, passou a ser vista em diversos artigos sobre as disfunções femininas.

Um ano após o lançamento do Viagra, ensaios clínicos foram conduzidos testando a droga (sildenafil) em mulheres usuárias de antidepressivos (NURBERG et al., 1999). Em 2000, foi apresentado um *paper* no encontro anual da *International Academy of Sex Research*, com resultados do uso do medicamento em mulheres<sup>29</sup>. Os resultados do uso do sildenafil em mulheres não foram tão promissores quanto em homens, mas a partir de então, diversas substâncias têm sido testadas para o tratamento das disfunções sexuais femininas.

A busca por medicamentos destinados ao tratamento de mulheres com disfunções sexuais mobilizou profissionais e gerou discussões acerca do envolvimento da indústria farmacêutica na produção biomédica. Diversos autores destacam que a proliferação de artigos, reportagens na mídia e encontros acadêmicos e científicos sobre o tema vêm sendo amplamente patrocinados pelas indústrias farmacêuticas. Os primeiros encontros científicos que tiveram como tema as disfunções sexuais femininas ocorreram no final da

---

<sup>29</sup> Cf. LANN, et al., 2000.

década de 90 e foram organizados e patrocinados por diversos laboratórios farmacêuticos. Nesses encontros, profissionais de renome no meio acadêmico, que em geral já pesquisavam as disfunções sexuais masculinas (muitos urologistas), estabeleceram pontos de consenso em torno das disfunções sexuais femininas, à semelhança do que ocorreu com as disfunções sexuais masculinas. Irving Goldstein e Raymond Rosen são exemplos de urologistas que participaram de todo o processo de constituição da impotência em disfunção erétil e que se dedicaram às disfunções sexuais femininas, presidindo encontros de consenso e ensaios clínicos.<sup>30</sup>

Foi então publicado, em 2000, no *Journal of Urology*, um artigo com o resultado de um destes encontros (realizado a portas fechadas apenas com “*experts*” convidados pelas indústrias farmacêuticas), intitulado “Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications”. O documento possui 19 autores/as, e informa que 18 deles possuem financiamento de laboratórios farmacêuticos. Além de consensos sobre as definições e classificações das disfunções sexuais femininas, o encontro estabeleceu as “necessidades e prioridades das pesquisas”, a saber: pesquisas epidemiológicas; estudos anatômicos; mecanismos biológicos e neurofisiológicos da resposta sexual feminina; efeitos da idade e da menopausa no funcionamento sexual feminino; desenvolvimento de aparelhos de medidas e instrumentos para avaliação de aspectos fisiológicos da resposta sexual feminina; “ensaios clínicos com agentes vasoativos e terapias esteróides são fortemente encorajadas” e, finalmente, estudos sobre a competência de médicos em relação às disfunções sexuais femininas (BASSON, et al., 2000: 890-1).

Deve-se notar que no caso das disfunções sexuais femininas, não havia um campo de estudos de cunho organicista já bem estruturado que se articulou à indústria farmacêutica. Foram médicos (principalmente urologistas) e a indústria farmacêutica que aliaram esforços para acordar definições, divulgar as disfunções sexuais feminina entre a comunidade médica e para o público leigo, construir pesquisas científicas sobre seus aspectos orgânicos, e então, conduzir ensaios clínicos para testar medicamentos.

Diversos produtos foram desenvolvidos pelos laboratórios farmacêuticos para tratar as disfunções sexuais femininas. *Sprays*, cremes, estimuladores de clitóris (o

---

<sup>30</sup> Para mais informações, ver: Faro (2008).

EROS-CTD<sup>31</sup> já foi aprovado pela FDA) e medicamentos estão no cardápio testado pelas companhias farmacêuticas. O laboratório Procter & Gamble lançou recentemente, na Europa, o Intrinsic, um medicamento à base de testosterona, indicado para o tratamento do Transtorno do Desejo Sexual Hipotivo de mulheres que retiraram os ovários ou o útero. No final de 2006, o laboratório Sempra lançou um óleo produzido a partir de extratos botânicos, o Zestra, para auxiliar no tratamento do transtorno de excitação feminina. Não se trata exatamente de uma droga, mas de um produto à semelhança de um cosmético.<sup>32</sup>

### **“Não à medicalização da sexualidade feminina!”**

Enquanto médicos e indústria farmacêutica se ocupavam em consolidar a medicalização das disfunções sexuais femininas e testar medicamentos para tratá-las, ativistas feministas organizaram um movimento contra a medicalização em curso, defendendo uma “nova visão sobre os problemas sexuais femininos”.

Um grupo de trabalho liderado pela psicóloga Leonore Tiefer lançou, a partir do ano 2000, uma campanha denominada “*A New View of Womens’s Sexual Problems*”. Foi elaborado um website de divulgação e, em 2001, um livro com o mesmo nome da campanha, foi publicado (KASHACK; TIEFER, 2001). A oposição às concepções orgânicas vinculadas pela indústria farmacêutica é explícita. Na página inicial do website, encontramos a seguinte afirmação: “A indústria farmacêutica quer que as pessoas pensem que os problemas sexuais são questões médicas simples, e drogas caras são oferecidas como doses mágicas. Mas problemas sexuais são complicados, a sexualidade é diversa e nenhuma droga é isenta de efeitos colaterais (...). A Campanha desafia todas as visões que reduzem a experiência sexual à biologia genital ignorando, assim, as diversas dimensões da vida real” (tradução minha).<sup>33</sup>

Deve-se enfatizar que embora a campanha seja crítica do processo de medicalização, o alvo é o reducionismo biológico aplicado à sexualidade feminina. As concepções reducionistas acerca da sexualidade masculina, não são problematizadas. O grupo argumenta que o esquema classificatório do DSM, baseado no ciclo da resposta sexual de Masters e Johnson, é uma barreira fundamental para a compreensão dos

---

<sup>31</sup> Aparelho destinado ao tratamento da disfunção sexual feminina, que tem como objetivo estimular, através de sucções, a vascularização da região genital.

<sup>32</sup> Há um website destinado à divulgação do produto ([www.zestra.com](http://www.zestra.com)).

<sup>33</sup> Disponível em <http://www.fsd-alert.org/>, (consultado em 15/05/2009).

problemas sexuais femininos porque os problemas sexuais femininos são diferentes dos masculinos e o contexto relacional não é levado em consideração. A “falsa equivalência entre homens e mulheres” levaria, então, a uma abordagem que exclui os aspectos relacionais da sexualidade. Trata-se de afirmar que a sexualidade das mulheres não é simples como a dos homens, e que não é possível utilizar a mesma perspectiva nos dois casos. Outra lógica classificatória é proposta, na qual fatores sócio-culturais, políticos e econômicos, relacionais, psicológicos e médicos devem ser levados em consideração (KASHACK; TIEFER, 2001).

### **Conclusão**

O levantamento de artigos do *ASB* demonstrou que a sexualidade masculina, desde finais dos anos 70, foi concebida de forma autônoma com relação à sexualidade dos casais, e que demorou pelo menos duas décadas para que o mesmo acontecesse com relação à sexualidade feminina.

A análise da constituição do campo da medicina sexual evidenciou que foi em torno das “dificuldades eréteis” que ocorreu a consolidação de uma perspectiva biológica da sexualidade. Somente depois do lançamento do Viagra, em 1998, que pesquisadores biomédicos, em articulação com a indústria farmacêutica, aplicariam as abordagens da medicina sexual ao campo das disfunções sexuais femininas.

O corpo da mulher, que tem sido desde o século XIX, objeto de escrutínio biomédico muito mais intenso que o corpo masculino, se tornou objeto da medicina sexual a partir de uma medicalização que foi primeiramente investida sobre os homens.

Chama atenção também o fato de que não houve resistências ou organização de movimentos destinados à denúncia dos excessos de medicalização da sexualidade masculina ou críticos em relação à redução da sexualidade masculina à um mecanismo simples e centrado na ereção. Como vimos, o movimento de contra-medicalização da sexualidade feminina foi simultâneo aos esforços empreendidos no sentido de uma medicalização mais intensa e se constituíram através da afirmação de que as mulheres não podem ser tratadas da mesma forma que os homens.

Tais acontecimentos apontam para a reprodução, no campo científico e biomédico, de estereótipos de gênero relativos à sexualidade feminina e masculina. A sexualidade masculina é tida como mais física do que moral, como algo que tem um funcionamento simples, desvinculada do contexto relacional, e que é guiada por

urgências biológicas (GIAMI, 2009; ROHDEN, 2009). É, portanto, redutível aos mecanismos fisiológicos da ereção. A sexualidade feminina, por sua vez, é dificilmente explicável a partir da fisiologia. É uma sexualidade difusa, complexa, situacional, que não pode ser descontextualizada.

Tais estereótipos podem estar ligados à lacuna temporal existente entre as investidas médico-científicas sobre as disfunções sexuais masculinas e femininas na medida em que a primeira é mais facilmente compreendida como algo que existe em si, de forma autônoma, como função de um organismo, e, portanto, passível de ser apreendida fora das discussões sobre a sexualidade dos casais. Por outro lado, articulam-se às resistências levantadas com relação à medicalização das disfunções sexuais femininas, pois é explícito nos argumentos do grupo de trabalho *New View* que a crítica vale somente para o caso feminino, reforçando a dicotomia entre sexualidade masculina simples e centrada na ereção *versus* sexualidade feminina complexa e relacional.

A medicina sexual incorporou as disfunções sexuais femininas como objeto de estudos e intervenções há mais de uma década e a busca por medicamentos continua em curso. A articulação de um movimento político contra a medicalização dos “problemas sexuais femininos” não tem sido capaz de frear os investimentos de médicos, cientistas, pesquisadores e indústria farmacêutica sobre os aspectos orgânicos da sexualidade feminina.

A configuração de novas teorias acerca da sexualidade feminina não é um fenômeno restrito a laboratórios e centros de pesquisa. Retomando Hacking, novos modos de descrição criam novas possibilidades de ação. A produção de conhecimentos se difunde na cultura e é apropriada de formas diversas pelo público leigo, apresentando novos temas etnográficos à antropologia. Portanto, cabe indagar de que maneiras estas novas concepções de sexualidade impactam subjetivamente os sujeitos contemporâneos. Será que as idéias organicistas acerca da (dis)função sexual feminina estão sendo apropriadas pelas mulheres? Ainda não são conhecidos os efeitos que pode exercer, em diferentes grupos, a difusão das noções teóricas e inovações biotecnológicas produzidas pela medicina sexual.

## BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830p.

BASSON, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*, v.163, n.3, p. 888-893, 2000.

BENKERT, O. et al. Sexual impotence: studies of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis and the effect of oral thyrotropin-releasing factor. *Archives of Sexual Behavior*, v.5, n.4, p.275-281, 1975.

BENKERT, O.; WITT, W.; ADAM, W. Effects of testosterone undecanoate on sexual potency and the hypothalamic-pituitary-gonadal axis of impotent males. *Archives of Sexual Behavior*, v.8, n.6, p.471-479, 1979.

BERMAN; BERMAN. *Só para mulheres*. Rio de Janeiro: Record, 2003. 368p.

BIRNBAUM, G. E. The meaning of heterosexual intercourse among women with female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, v.32, n.1, p.61-71, 2003.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004. 172p.

BULLOUGH, V. *Science in the bedroom: a history of sex research*. Nova York: Basic Books, 1994. 384p.

\_\_\_\_\_. Sex will never be the same: the contributions of Alfred C. Kinsey. *Archives of Sexual Behavior*, v.33, n.3, p.277-286, 2004.

FARO, L. *As disfunções sexuais femininas no periódico Archives of Sexual Behavior*. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

FISHMAN. Manufacturing desire: the co modification of female sexual dysfunction. *Social Studies of Science*, v.34, n.2, p.187-218, 2004.

GAGNON, J. Pesquisa sobre práticas sexuais e mudança social (1975). In: GAGNON, J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 65-110.

\_\_\_\_\_. Reconsiderações: os relatórios Kinsey (1978). In: \_\_\_\_\_. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p.151-160.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científicas e médicas comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.301-320, 2007.

\_\_\_\_\_. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis*. No prelo. (2009)

GOLDSTEIN, I.; ROSEN, R. C. Guest editors' introduction: female sexuality and sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, v.31, n.5, p.391, 2002.

GRONEMAN. *Ninfomania: história*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2001. 256p.

HACKING, I. Making up people. In: HELLER, T. C. et al. (Eds.). *Reconstructing individualism*. Stanford: Stanford University Press, 1986. p.222-236.

\_\_\_\_\_. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press, 1999. 278p.

IRVINE, J. *Disorders of desire: sexuality and gender in modern sexology*. Philadelphia: Temple University Press, 2005. 312p.

JACKSON, M. "Facts of life" or the eroticization of women's oppression? Sexology and the social construction of heterosexuality. In: CAPLAN, P. *The cultural construction of sexuality*. London: Rutledge, 1987. 304p.

KASHACK, E.; TIEFER, L. (Org.). *A new view of women's sexual problems*. Nova York: The Haworth Press, 2001. 226p.

KUTCHINS, H.; KIRK, S. *Making us Crazy – DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. Nova York: The Free Press, 1999.

LAAN, et al. The effect of Sildenafil on women's genital and subjective sexual response. Trabalho apresentado no encontro anual da *International Academy of Sex Research*, Paris, França, 2000.

MARSHALL, Barbara L. The new virility: Viagra, male aging and sexual function. *Sexualities*, v.9, n.3, p.345-362, 2006.

MARSHALL, B.; KATZ, S. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body and Society*, v.8, n.4, p. 43-70, 2002.

MESTON, C. M., WORCEL, M. The Effects of Yohimbine Plus L-arginine Glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, v.31 n.4, p.323-332, 2002.

NURNBERG, P. et al. Sildenafil for Women Patients With Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction. *Psychiatric Services*, v. 50, n.8, p.1076 -1078, 1999.

POTTS, A. *The science/fiction of sex: feminism deconstruction and the vocabulary of heterosex*. Londres: Rutledge, 2002. 304p.

RABOCH, J.; MELLAN J.; STÁRKA L. Plasma testosterone in male patients with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, v.4, n.5, p.493-500, 1975.

ROBINSON, P. *The modernization of sex*. Nova York: Harper & Row, 1977. 224p.

ROSEMBERG, C. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank quarterly*, v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

ROHDEN, F. *Novos discursos e normas em torno do sexo: saberes, profissões e intervenções médico-farmacêuticas*. Projeto de Pesquisa, Bolsa de Produtividade CNPq 2007/2010.

\_\_\_\_\_. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, v.17, n.1, p. 89-109, 2009.

RUSSO, J. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na psiquiatria contemporânea. In: Piscitelli, A., Gregori, M.F., Carrara, S. (Orgs.). *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p.95-114.

SCHNEIDMAN; MCGUIRE, Group therapy for nonorgasmic women: Two age levels. *Archives of Sexual Behavior*, v.5, n.3, p.239-247, 1976.

SERVAIS, J. A clinical study of cases of psychosexual disturbances in men treated by a libido inhibitor: methylestrenolone. *Archives of Sexual Behavior*, v.2, n.4, p.387-390, 1973.

STUART, F. M.; HAMMOND, D. C.; PETT, M. A. Inhibited sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior*, v.16, n.2, p.91-106, 1987.

ZUCKER, K. J. From the Editor's desk: receiving the torch in the era of sexology's renaissance. *Archives of Sexual Behavior*, v.31, n.1, p.1-6, 2002.