

Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero

ALAIN GIAMI ■

RESUMO

Numerosas mudanças surgiram no domínio da pesquisa em sexologia, notadamente no que concerne à função e disfunções sexuais e seus tratamentos. A disfunção erétil foi reconceitualizada como uma disfunção com origem orgânica, uma transformação em relação às abordagens anteriores acerca da impotência psicogênica, desenvolvidas nos anos 1960 e 1970. Essa mudança se baseia em muitas descobertas científicas e no avanço farmacológico realizado sob influência de urologistas norte-americanos. A disponibilização no mercado do sildenafil, em 1998, acionou novos tipos de tratamentos, centrados na atividade peniana. Os mesmos grupos de urologistas passaram recentemente a repensar as “disfunções sexuais femininas” segundo o mesmo modelo orgânico da função sexual. Novos produtos farmacêuticos estão em testagem clínica, tendo em vista a proposta de tratamentos da nova categoria de transtornos sexuais. A colocação no mercado do sildenafil não provocou reações contrárias às novas abordagens dos transtornos sexuais masculinos. Inversamente, o surgimento de novos conceitos da função sexual feminina suscita importantes debates. O *British Medical Journal* veiculou uma discussão, estabelecendo que a função sexual feminina não possuía origem orgânica, mas fundava-se em fatores psicológicos e relacionais da atividade sexual das mulheres. O debate centrou-se na “simplicidade” da sexualidade masculina, em oposição à “complexidade” da sexualidade feminina. Este artigo apresenta a análise as novas concepções da função sexual masculina e feminina, e evidencia a permanência de estereótipos tradicionais da sexualidade masculina e feminina, e sua influência sobre as pesquisas científicas mais avançadas nessa esfera¹.

Palavras-chave: estereótipos; gênero; sexualidade; tratamentos farmacológicos; medicina sexual.

Recebido em: 05/03/2007.

Aprovado em: 27/04/2007.

As pesquisas atuais sobre a *função sexual*, fundadas sobre as abordagens organicistas (anátomo-fisiologia, neurologia, endocrinologia) são consideradas representantes de um avanço científico inovador e uma ruptura com o paradigma da *sexualidade*, marcada pela dominância do psiquismo e da noção de libido, segundo a tradição freudiana (KRANE; GOLDSTEIN; SAENZ DE TEJADA, 1989). Elas não atribuem, contudo, o mesmo papel nem a mesma importância às dimensões biológicas (fisiológicas, hormonais) e psicossociais no que diz respeito à função sexual do homem ou da mulher.

Essas pesquisas parecem reforçar as representações tradicionais e mais que centenárias da sexualidade masculina e feminina, também embasadas nas dicotomias opostas da natureza biológica da sexualidade masculina e da natureza espiritual da sexualidade feminina. As concepções “inovadoras” da função sexual masculina constituiriam assim um *aggiornamento* e um reforço das concepções tradicionais da sexualidade masculina, sob a forma de uma ancoragem à biologia e à fisiologia.

Inscrita na natureza biológica e irreprimível da necessidade sexual, a função sexual masculina será caracterizada pela centralidade do pênis (um órgão) e pela simplicidade do seu funcionamento. Inversamente, as pesquisas sobre a função sexual da mulher, fundadas em parte sobre abordagens organicistas - certamente ainda balbuciantes - enfatizam as representações tradicionais da sexualidade feminina, que atribuem lugar central às dimensões psicológica, emocional e relacional, e à fraqueza de intensidade dos desejos e da excitação sexual. Além disso, as pesquisas organicistas sobre a função sexual feminina suscitam atualmente críticas e oposições ideológicas e políticas muito mais importantes que as observadas na aposta sobre o mercado do Viagra, que revelaram forte ancoragem em idéias organicistas, em relação à sexualidade masculina.

O presente trabalho visa a evidenciar como essas novas concepções sobre a função sexual permanecem profundamente imbricadas ao *script cultural tradicional*, que opõe e diferencia a sexualidade masculina e feminina. Apresentadas como novas concepções acerca da sexualidade, elas privilegiam a idéia de uma função sexual orgânica e fisiológica, considerada independentemente do contexto social, relacional e emocional, e sendo passível de tratamentos farmacológicos. O objetivo deste texto é demonstrar que a própria idéia de uma *função sexual* feminina, orgânica e fisiológica, é dificilmente elaborada, na medida em que ela reconsidera as representações tradicionais da

sexualidade feminina (este “continente negro”). Opostamente, a idéia de uma *função sexual* orgânica, simples e natural do homem se inscreve na continuidade das representações dominantes da sexualidade masculina e é objeto de poucas discussões, além de círculos “masculinistas” muito restritos (CONNEL, 1995).

Este estudo das representações da sexualidade masculina e feminina surgiu a partir da análise de documentos científicos (publicações científicas) e médicos (escalas de avaliação do funcionamento e das disfunções sexuais) e está inserido numa produção analítica sobre os discursos científicos e médicos acerca da sexualidade, considerados como uma forma elaborada e travestida de representação do senso comum. Apóia-se nos trabalhos desenvolvidos por Georges Lanteri Laura, que opôs, a propósito da história da apropriação médica das perversões sexuais no século XIX e no início do século XX, a opinião (*doxa*) e o conhecimento (*episteme*), demonstrando como o conhecimento desses fenômenos permanece fortemente influenciado pelas pressuposições da *doxa*.² A “história cultural da sexualidade” desenvolvida por Gilman (1985) e Laqueur (2005) tem por base os mesmos princípios.

Trata-se aqui de evidenciar a ausência de autonomia do discurso científico e médico sobre a sexualidade em relação às categorias do senso comum, das ideologias e dos valores dominantes de determinada época. A sexologia, como discurso científico e médico sobre a sexualidade, já foi considerada uma das dimensões centrais da construção social e histórica da sexualidade (BLAND; DOAN, 1999). Atualmente, a sexologia cede lugar a uma “medicina sexual”, que visa a se constituir como especialidade médica dos transtornos da função sexual.

Os discursos e instrumentos de avaliação que estudamos constituem os primeiros documentos para observar a cristalização, as evoluções e a diferenciação das representações da sexualidade no discurso médico-científico. Eles possibilitam uma condensação das representações expressas por um grupo de profissionais voltados aos transtornos da sexualidade e, por extensão, as representações dominantes da sexualidade (ERICKSEN; STEFFEN, 1999; GAMI, 1993; STANLEY, 1995) num momento de forte desenvolvimento do processo de medicalização da sexualidade.

Função sexual e sexualidade

Os recentes desenvolvimentos da pesquisa biomédica (fisiologia, endocrinologia, neuro-endocrinologia, endocrinologia, farmacologia, etc.) e da pesquisa

clínica sobre a função sexual da mulher e do homem se apresentam como “novidades”, “inovadores” e “críticos”, no que diz respeito às “velhas” concepções sobre a sexualidade fundadas, por sua vez, sobre as concepções psicológicas e sobre os modos de intervenção psicoterapêutica. Esses termos constituem um capital importante, por refletirem o deslizamento da linguagem na atualidade.

O termo *sexualidade* é cada vez menos utilizado no universo médico e científico, sendo substituído pelas expressões *função sexual* e *saúde sexual* (GIAMI, 2002), que permitem abordar “cientificamente” um ou outro aspecto deste campo, de contornos mal-definidos, que constitui “a sexualidade”. Não se trata de uma situação nova, pois o uso do termo *sexualidade* frequentemente é inapropriado em pesquisas empíricas.

Assim, por exemplo, durante os anos 30, os questionários sociológicos de Alfred Kinsey possibilitaram a emergência do conceito “comportamento sexual”, para especificar o estudo de todos os atos, contatos e as relações sexuais, em exclusão das dimensões afetivas e psicológicas associadas à atividade sexual (GIAMI, 1991). Os sociólogos Gagnon e Simon demonstraram como a abordagem de Kinsey representava o contraponto de Freud, para quem a sexualidade era sobretudo definida como libido, fantasma e força psíquica, e não como atividade corporal (GAGNON; SIMON, 1973). Mais adiante, o conceito de comportamento sexual serviu para mensurar a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e do HIV (GIAMI, 1993).

O conceito “função sexual” inscreve-se em outro registro, no prolongamento das concepções desenvolvidas durante os anos 60, sob a forma da noção de “resposta sexual”. Não é mais o aspecto comportamental nem psicológico que constitui o objeto de interesse científico, mas a função somática dos órgãos genitais em sua dimensão biofisiológica e no quadro de realização do ciclo da resposta sexual humana (*Human Sexual Response Cycle – HSRC*) descrito por Masters & Johnson (1966). Tal termo testemunha, entretanto, a fertilidade de um modelo científico de tipo comportamentalista. Mais tarde, nos anos 70, o sexólogo francês Gerard Zwang desenvolveu a noção de “função erótica” para demarcar a diferença entre os processos implicados na realização do orgasmo e os que estão implicados na realização da função reprodutiva (ZWANG, 1972). O termo fica completamente relegado ao esquecimento, com o aumento da utilização do termo *função sexual*.

Nos últimos 20 anos, houve um desenvolvimento importante do conhecimento científico sobre a função sexual masculina e feminina (JARDIN

et al. 2000), os mecanismos biofisiológicos da ereção e dos tratamentos farmacológicos dos transtornos sexuais masculinos³. Nesta linha de pesquisa, o conceito de função sexual se inscreve, a princípio, em contraponto àquele de “função reprodutiva”. Ele marca o reforço da dissociação entre as duas funções; o termo *função sexual*, por sua vez, remete às dimensões não-reprodutivas da atividade sexual. Portanto, as questões ligadas à reprodução-procriação são excluídas do campo da função sexual. Em segundo lugar, o conceito de função sexual opera um deslocamento e um descentramento das dimensões psíquicas, psicossociais e relacionais, consideradas constitutivas da atividade sexual (de acordo com a concepção psicanalítica da sexualidade). Estas dimensões são doravante repensadas e reduzidas ao rol dos “fatores” (*stress*, ansiedade, depressão, auto-estima), podendo alterar de forma periférica e secundária a realização da função sexual.

O conceito de função sexual se impõe como um novo ponto de vista, no que tange à abordagem do campo da sexualidade que privilegia as dimensões fisiológicas, que institui a naturalidade e a normalidade fisiológicas de realização da função erótica, independentemente da função reprodutiva. O termo *função erótica*, que teria permitido designar de maneira mais precisa a autonomização da realização do prazer em relação à realização da procriação, vem sendo abandonado.

A sexualidade encontra-se aparentemente dessacralizada, ao tornar-se objeto de pesquisas científicas objetivantes e naturalizantes. O recente desenvolvimento dos conhecimentos, que contribuiu para a definição de novas entidades clínicas, passa a dar lugar a tratamentos médicos inovadores. Portanto, o funcionamento neurofisiológico dos órgãos sexuais, objetivando a obtenção do prazer e do bem-estar, pode ser estudado doravante em si mesmo, independentemente da relação do sexo com o sagrado, com o psiquismo, com a dimensão relacional e com o contexto social. A função sexual inscreve-se, assim, no mesmo plano denominado por Michel Foucault como o “sexo” no século XIX.

As sexualidades masculina e feminina durante o século XIX

Os debates atuais sobre a função sexual do homem e da mulher, desenvolvidos por clínicos, pesquisadores e pela indústria farmacêutica, permanecem fundados sobre a diferença e oposição entre natureza biológica e incontrolável da sexualidade masculina e as “necessidades” ligadas ao seu

“impulso”; e a natureza psicológica e controlável da sexualidade feminina, fortemente associada ao romantismo e aos sentimentos amorosos.

Essa oposição se apresenta na história do século XX e final do XIX, dos quais serão aqui destacados brevemente alguns elementos. Thomas Laqueur cita em particular as teorias de Elizabeth Blackwell (uma das primeiras mulheres a exercer a medicina nos Estados Unidos): para ela, a sexualidade da mulher foi associada ao “espírito”, e a do homem, à “natureza”, o que explicaria a frieza emocional atribuída às mulheres. Em sua obra *Married Love*, publicada em 1918, Marie Stopes, uma célebre sufragista britânica, dá conselhos visando ao desenvolvimento de uma relação harmoniosa entre o homem e a mulher casados.⁴

Tais conselhos se fundam na idéia de que o homem está submetido a um impulso sexual permanente e cuja satisfação é urgente, enquanto a pulsão sexual da mulher teria expressão de forma menos urgente:

O desejo do homem é permanente e o da mulher, intermitente. Se o desejo do homem abala-se naturalmente todos os dias, enquanto o da mulher somente a cada 15 ou 30 dias, pode parecer *a priori* impossível que as necessidades das duas naturezas possam ser satisfeitas em uma união de apenas duas pessoas (STOPESES, 1936, p. 51).

Nota-se, nesses discursos, como um propósito de finalidade moral (um guia para o comportamento conjugal) se ancora e é justificado pelas características naturais e essenciais das sexualidades masculinas e femininas.

Mais adiante, no *Relatório sobre o comportamento sexual do homem* (1948), Alfred Kinsey considerou que a finalidade biológica dos contatos sexuais seria a obtenção do orgasmo e que o comportamento sexual poderia ser mensurado pelo orgasmo (KINSEY *et al.*, 1948). Esse enunciado teórico, fundamental para a construção da modernidade sexual, não funcionaria da mesma forma para homens e mulheres. Recordemos que, se o orgasmo e a ejaculação são considerados fenômenos independentes, Kinsey utiliza de forma empírica a ejaculação como prova da ocorrência do orgasmo do macho (KINSEY *et al.*, 1948, p. 160).

Essa posição foi reexaminada de forma mais matizada no *Relatório sobre o comportamento sexual da mulher*, publicado por Kinsey alguns anos depois, em 1953. Com efeito, os contatos sexuais declarados pelas mulheres e, nomeadamente, o relato sexual conjugal (*marital intercourse*), não conduziam

necessariamente ao orgasmo. A própria definição de “contato sexual” foi questionada, além do modo de cálculo da “exaltação/excitação total”, uma contabilização construída com base nos contatos sexuais, para medir a totalidade dos orgasmos experimentados durante a vida de cada indivíduo (KINSEY *et al.*, 1953). Kinsey afirmou que a vida sexual das mulheres era mais difusa, menos centrada na genitalidade, menos contínua e menos orientada para o orgasmo que a dos homens. Mas, contrariamente, reconheceu que sua análise do comportamento sexual dos homens possa ter ampliado a importância das respostas genitais e orgásticas na sexualidade masculina, em detrimento das dimensões psicológicas e emocionais. A tentativa de definição unitária das funções da sexualidade a partir do critério do orgasmo fracassara mais uma vez. Por fim, não se insistiu suficientemente no fato de Kinsey ter escolhido publicar separadamente os dados e as análises estatísticas, assim como as teorias relativas ao comportamento sexual dos homens, e das mulheres, em dois volumes diferentes.

Durante os anos 70, são formuladas as primeiras críticas do modelo sexológico sobre a resposta sexual humana de Masters & Johnson. Uma parte desses comentadores contesta o modelo fisiológico e naturalista da resposta sexual, fundado sobre a centralidade do relato genital heterossexual, como principal modalidade e até exclusiva da produção do orgasmo (ROBINSON, 1976). Mas, posteriormente, as críticas feministas, sob uma perspectiva igualitária, propõem uma nova leitura de Masters & Johnson. Elas consideram que eles teriam pensado a sexualidade a partir do modelo da dominação do homem e da submissão da mulher, dando pouca importância à excitação feminina. Mary Boyle critica as posições de Masters & Johnson, por considerarem a sexualidade feminina com um caráter muito mais “problemático” que a dos homens, pelo fato de as mulheres serem mais sensíveis que eles no que diz respeito aos aspectos psicológicos e situacionais das relações e dos encontros sexuais. Assim, os problemas sexuais das mulheres estariam localizados no espírito e os dos homens, no corpo. A “complexidade” da sexualidade feminina seria atribuída à existência da estimulação clitoriana, que concorreria com as estimulações vaginais para conduzir ao orgasmo.

Mary Boyle segue esta linha crítica a propósito de Helen Kaplan, que tinha proposto durante os anos 70 um modelo sexológico que integra as teorias fisiológicas e comportamentalistas de Masters & Johnson e as teorias psicodinâmicas. Helen Kaplan é acusada de considerar que os problemas sexuais das mulheres são primordialmente atributos da pessoa, e não do corpo e, por isso, mais “graves” que os problemas sexuais mecânicos dos homens (BOYLE,

1993); que a sexualidade feminina é receptiva, dependente, orientada para os sentimentos; e “problemática”, quando não se conforma ao ideal masculino de prática sexual (BOYLE, 1993, p. 215). A “complexidade” essencial atribuída à sexualidade feminina e o caráter intrincado das dimensões fisiológicas e psicológicas são aqui discutidos e opostos a uma “simplicidade” da sexualidade masculina, mais dependente da dimensão biológica. A posição feminista desenvolvida por Boyle está inserida num momento da crítica feminista à construção social da sexualidade, e na vertente desenvolvida por Shere Hite, que reivindicou a masturbação clitoriana como forma principal de autonomização da sexualidade feminina.

À parte um certo feminismo americano dos anos 70, os dicionários retomam inescrutavelmente o mesmo estereótipo. No *Tesouro da Língua Francesa*, pode-se ler na rubrica “sexualidade”, que “a sexualidade da mulher é mais inibida e mais espiritualizada que a do homem. O processo de sublimação [...] dá à sua sexualidade um caráter mais complexo que o simples desejo de liberação de uma tensão” (PIRET, 1973, p. 115) e, mais ainda, segundo o mesmo autor, “a emotividade é característica do sexo feminino; a agressividade, do sexo masculino. A emotividade está relacionada com os mecanismos fisiológicos inerentes à natureza feminina, assim como com a pressão sociocultural. Quanto à agressividade, possui igualmente uma base física. Tolerada pela sociedade, que a considera um modo especificamente masculino de existência e expressão, observável a partir da infância, nos jogos e brigas” (PIRET, 1973, p. 120).⁵ Reencontra-se a dissimetria entre as concepções sobre a sexualidade masculina e feminina no *Dicionário da sexualidade humana*, que propõe duas entradas distintas sucessivas: “anatomia e fisiologia da ereção” e “anatomia sexual da mulher”. O funcionamento sexual do homem é reduzido implicitamente a seu pênis, enquanto o da mulher não parece ter localização orgânica precisa (BRENOT, 2004).

Desenvolvimento desigual das pesquisas sobre o homem e a mulher

A questão dos funcionamentos sexuais específicos do homem e da mulher é atualmente referida em termos da diferença de configuração da sexualidade e das dimensões que a compõem. Nesse novo contexto, a diferença dos sexos residiria nas respectivas partes atribuídas às funções biológicas e às funções psicológicas e morais da sexualidade.

As concepções inovadoras acerca da função sexual e a pesquisa sobre novos medicamentos para tratar as disfunções sexuais não têm sido objeto de desenvolvimentos tão rápidos nem tão importantes. Não recebem o mesmo acolhimento público e político, quando se trata da função e das disfunções sexuais masculinas ou femininas. Os trabalhos fundamentais relativos à função sexual masculina, notadamente a ereção, foram muito mais desenvolvidos após o início dos anos 80 (GIAMI, 2004) que aqueles sobre a função sexual feminina (sobre os transtornos do desejo e da excitação).

Note-se que as pesquisas sobre a função sexual do homem se centraram quase exclusivamente na função erétil, antes da abordagem mais recente da ejaculação, enquanto as pesquisas sobre a função sexual feminina abordam o desejo e a excitação e, secundariamente, a dor durante a penetração. O estabelecimento de novas definições e de novas entidades nosográficas dos transtornos sexuais masculinos tornou-se imediatamente um objeto de amplo consenso (NIH CONSENSUS CONFERENCE, 1993). A comercialização do Viagra suscitou um entusiasmo desmedido. O produto tornou-se o símbolo de uma “nova revolução sexual” (JITT, 2000). Em contrapartida, as novas classificações dos transtornos sexuais femininos e o estabelecimento dos dados epidemiológicos da prevalência das disfunções sexuais femininas (WEST; VINIKOOR; ZOLNOUN, 2004) foram objeto de debates mais intensos e com argumentos (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003; BARRON *et al.*, 2000) sobre algumas resistências expressas perante a “medicalização da sexualidade”, quando da comercialização do Viagra (TIEFER, 1998).

Os debates em curso situam-se, entretanto, em certa confusão entre a crítica da crescente influência da indústria farmacêutica sobre a pesquisa biomédica no domínio dos transtornos sexuais, e a suposta inadequação dos novos conceitos e abordagens biomédicos doravante utilizados para descrever e compreender a sexualidade feminina (KASCHAK; TIEFER, 2001). Artigo do jornalista especializado Ray Moynihan, publicado no *British Medical Journal*, em janeiro de 2003, coloca claramente a pergunta. Ele denuncia a influência crescente da indústria farmacêutica sobre a pesquisa científica e médica nessa esfera, e o estímulo à “invenção de novas patologias”, reagrupadas sob a sigla “disfunções sexuais femininas” (*Female Sexual Dysfunction - FSD*). Considera “que enquanto a avaliação dos problemas sexuais dos homens foi centrada quase exclusivamente nas ereções, as respostas sexuais femininas revelaram-se mais difíceis de quantificação” (MOYNIHAN, 2003).

Reencontram-se aqui as dificuldades já expressas por Kinsey, a propósito da avaliação dos comportamentos sexuais das mulheres, e do orgasmo. É talvez em resposta às dificuldades na avaliação dos transtornos sexuais das mulheres e face aos obstáculos suscitados pelas tentativas de aplicação do sildenafil às mulheres, que a firma Pfizer suspendeu os ensaios clínicos que visam a adaptar o sildenafil aos transtornos sexuais femininos. Além disso, o FDA, nos Estados Unidos (maio de 2005), e a Agência Europeia de Medicamento (junho de 2005) rejeitaram os pedidos de homologação de um *patch* de testosterona para tratar o “desejo sexual hipoativo” na mulher (TIEFER, 2004).

Escalas de avaliação da Função Sexual: homens e mulheres diferentes?

O desenvolvimento das ciências biológicas aplicadas à função sexual retoma, nos anos 90, o duplo modelo tradicional das sexualidades masculinas e femininas. Neste caso, começaram a ser efetuados os ensaios clínicos dos medicamentos, o diagnóstico das perturbações da função sexual e a construção dos instrumentos de avaliação.

A função erétil: redução da função sexual do homem

Em 1997, o “International Index of Erectile Function” (IIEF) é elaborado com o apoio da Pfizer, que comercializa o Viagra (ROSEN *et al.* 1997). Dezenas de questionários que permitem avaliar a atividade sexual masculina e as disfunções sexuais já existiam no mercado (DAVIS *et al.*, 1998), quando um grupo de pesquisadores, apoiado pela indústria farmacêutica, propõe um objetivo primário: resolver as dificuldades de estabelecimento do diagnóstico e avaliar os resultados dos ensaios terapêuticos dos novos tratamentos da impotência. Eles afirmam que “nenhum dos instrumentos já existentes demonstrou sua validade seletiva nem uma sensibilidade suficiente para avaliar os resultados dos tratamentos em ensaios clínicos multinacionais” (ROSEN *et al.* 1997, p. 823).

O IIEF é um questionário com 15 perguntas para avaliar a função erétil, “de fácil utilização nos ensaios e no contexto clínico”. Além disso, uma versão desta escala com cinco perguntas é proposta à consulta clínica. Ela permite avaliar a capacidade de produzir ereções durante as relações sexuais, com perguntas sobre ejaculação e orgasmo. Contudo, não conta com nenhuma pergunta de tipo psicológica, que aborde a “satisfação relativa à ereção e à

relação sexual”. Essa escala de avaliação constitui, assim, um retrocesso em relação à classificação da *American Psychiatric Association* (DSM IV), segundo a qual a presença de *personal distress* (repercussão psicológica) e de “dificuldades relacionais” é necessária para o estabelecimento do transtorno erétil. Isto significa que a expressão do sofrimento associada à disfunção erétil é necessária para considerar que um transtorno erétil fisiológico se constitui como uma afecção patológica. O IIEF propõe uma redução da função sexual à avaliação do funcionamento erétil. Ele silencia sobre as avaliações subjetivas ou o sofrimento do homem.

Sublinhemos, por último, que o título desta escala de avaliação psicométrica é focalizado sobre a “função erétil”, enquanto a escala inclui outros aspectos do ciclo da resposta sexual humana (excitação, ejaculação, orgasmo). A ereção aparece, assim, como metonímia (“a parte pelo todo”) da sexualidade masculina.

A função sexual da mulher: uma função psicológica?

A situação apresenta-se de modo distinto alguns anos mais tarde, quando o mesmo grupo de pesquisadores elabora o *Female Sexual Function Index* - FSFI [Índices da Função Sexual Feminina] (ROSEN *et al.*, 2000). Observemos imediatamente que essa escala de avaliação tem como título uma “função sexual feminina”, que não é reduzida a um componente, nem aos órgãos que colaboram com o cumprimento do ciclo da resposta sexual humana. Essa função sexual é apresentada de forma global e inscrita na diferença sexual, enquanto a do homem é designada por um órgão.

A nova escala conta com 19 perguntas, ou seja, quatro a mais que a versão masculina. O FSFI apresenta perguntas sobre as diferentes fases da resposta sexual: o desejo ou interesse pela sexualidade, aparecimento e manutenção da excitação sexual (lubrificação vaginal), orgasmo, confiança em si, proximidade emocional com o parceiro, satisfação com o relacionamento com o parceiro, satisfação em relação à vida sexual como um todo e, por último, dor ou desconforto durante a penetração vaginal.

A introdução de perguntas de tipo psicológico e relacional no próprio cerne desse instrumento de avaliação da “função sexual feminina” assinala a diferença essencial em comparação com a avaliação dos homens. Por exemplo, o transtorno “perturbação da excitação sexual” (*Sexual Arousal Disorder*) é definido como “a incapacidade persistente ou recorrente de atingir ou manter

uma excitação sexual suficiente, o que causa aflição pessoal. Esse transtorno pode ser expresso como ausência de excitação subjetiva ou ausência de lubrificação, de umidificação genital ou outras respostas somáticas” (ROSEN *et al.*, 2000, p. 193).

O transtorno da excitação, portanto, é definido duplamente nos níveis orgânico e psicológico. A presença da dimensão psicológica do transtorno é suficiente para estabelecer o transtorno no plano diagnóstico. Duas dimensões diferentes do transtorno se apresentam, podendo ter existência independente. Além disso, a presença da “aflição pessoal” (DSM IV) intervém na própria definição da perturbação. Isto significa que, se a perturbação é principalmente somática ou psíquica, deve necessariamente ser acompanhada por esse sentimento de “aflição pessoal” para ser qualificada como perturbação.

Por fim, a escala comporta elementos de tipo unicamente subjetivo, como a confiança e a satisfação associadas à excitação, o desejo e o grau de proximidade emocional com o parceiro. Tais dados confirmam a orientação psicológica e relacional da escala de avaliação da função sexual feminina e, sobretudo, a concepção ideológica subjacente.

As mulheres seriam diferentes dos homens? Ou: com as mulheres seria diferente?

As duas escalas destinadas à avaliação dos transtornos sexuais masculinos e femininos estão embasadas, portanto, em concepções diferentes da nosografia dessas perturbações. No homem, a disfunção sexual reside, em última análise, em transtornos do comportamento e na realização fisiológica das diferentes funções (ereção, ejaculação, orgasmo) que compõem o ciclo da resposta sexual, em sua dimensão estritamente comportamental e sem a inclusão de componentes psicológicos ou subjetivos. Na mulher, uma série de transtornos fisiológicos relativos à realização de certas funções (lubrificação, excitação, orgasmo, dor) são bem identificadas. Mas sua inclusão na classificação nosográfica não é considerada suficiente para o estabelecimento do transtorno.

No plano nosográfico, o transtorno sexual feminino não se define se for acompanhado por alguma repercussão subjetiva, manifestações de ordem psicológica, “aflição pessoal” ou “dificuldades relacionais”. As novas definições dos transtornos sexuais femininos estão muito mais alinhadas aos princípios do

DSM IV da *American Psychiatric Association*, contrariamente aos transtornos da função sexual do homem, opostos ao DSM IV.

A mesma explicação sobre a diferença de origem etiológica entre os transtornos sexuais masculinos e femininos é expressa pelas opiniões e crenças compartilhadas pelos profissionais da saúde sexual: os sexólogos. Em pesquisa sobre a profissão do sexólogo realizada em 1999, no primeiro ano de comercialização dos novos medicamentos para ereção (Viagra), foi perguntado se os transtornos sexuais do homem e da mulher teriam origem “mais orgânica”, “mais psicológica” ou “os dois”. A maioria dos sexólogos que exercem a profissão na França considera que os transtornos sexuais possuem origem “absoluta ou em sua maior parte psicológica”. Contrariamente, apenas um em cem considera que os transtornos sexuais possuem origem “totalmente ou em sua maior parte orgânica”. Mas notam-se diferenças significativas no que diz respeito à diferença de origem dos transtornos sexuais masculinos e femininos: 46% dos respondentes consideram que os transtornos sexuais dos homens têm origem “totalmente ou mais psicológica” e 63% compartilham desta concepção ao se tratar de transtornos sexuais femininos. Além disso, quase 40% dos respondentes atribuem uma etiologia multifatorial aos transtornos sexuais masculinos e apenas 22% aos transtornos sexuais femininos (GIAMI; COLOMY, 2001). Sexólogos franceses expressam, assim, a opinião segundo a qual os transtornos sexuais das mulheres são mais frequentemente de origem psicológica que os dos homens.

Apesar da diferença fundamental na concepção das novas definições dos transtornos sexuais femininos e masculinos, as novas definições dos transtornos sexuais femininos foram objeto de acirrado debate e numerosas e veementes críticas na comunidade de pesquisadores e clínicos nos Estados Unidos.⁶ Este meio profissional e político se divide sobre a questão da “medicalização da função sexual feminina”.⁷ As críticas são fundadas sobre algumas idéias: (1) as novas classificações não seriam “adequadas” à compreensão da experiência dos transtornos sexuais femininos; (2) os transtornos sexuais femininos seriam muito mais dependentes do contexto social e relacional da mulher que das modificações fisiológicas; e por último, (3) a ausência de “receptividade” ou de apetite sexual na mulher é, em diversas situações, uma reação “adaptada”, que não pode ser reduzida a uma disfunção ou patologia.

Essas posições foram expressas no contexto de uma coalizão política e profissional que visa a reconceitualizar os problemas sexuais femininos. Na conclusão de sua obra *New views on women “sexual problems”*, Kaschak &

Tiefer (2001) posicionam-se contra as evoluções atuais da nosografia dos transtornos sexuais femininos. Elas recomendam “ouvir as considerações das mulheres, na medida em que seus problemas não são redutíveis às classificações nosográficas dominantes”. Consideram que a redução fisiológica da “função sexual normal” implica, de maneira inaceitável, que se poderia avaliar e tratar das dificuldades genitais sem levar em conta a relação e o contexto no qual se encontra a mulher. “Todas as mulheres são diferentes e suas necessidades sexuais, satisfações e problemas não se enquadram nas categorias de desejo, excitação, orgasmo, ou dor genital. As mulheres diferem no plano dos valores, da abordagem da sexualidade, das referências culturais e das situações atuais, e estas diferenças não podem ser reduzidas a uma noção de disfunção nem tratadas por um mesmo tratamento”.⁸ Em outras palavras, Kaschak & Tiefer consideram que a sexualidade feminina não pode ser reduzida à função sexual e que os conceitos fisiológicos da função sexual são inadequados para apreender uma suposta essência da sexualidade feminina, indissociável das dimensões psicossociais. Não existiria, portanto, esta entidade fisiológica assimilável à função sexual feminina.

A idéia é retomada num registro mais sistemático por John Bancroft e a equipe de pesquisadores e clínicos do Kinsey Institute. Em estudo sobre “a indisposição e os problemas das mulheres implicadas numa relação heterossexual”, essa equipe desenvolve idéias similares às apresentadas por Kaschak & Tiefer:

a sexualidade das mulheres é diferente da dos homens e os conceitos atualmente elaborados para compreender a resposta sexual e os transtornos sexuais são inadequados para tratar da função e das disfunções sexuais das mulheres, devido às conotações médicas veiculadas pelo termo de disfunção (BANCROFT *et al.*, 2003, p. 194).

De forma estranha, é a própria idéia de uma abordagem médica dos transtornos sexuais femininos que é criticada por uma equipe médica. Mais uma vez, a redução fisiológica dos transtornos sexuais é recusada e considerada inadequada para tratar da sexualidade feminina. Além disso, em outro estudo a idéia é apoiada por observações de tipo biológico, no qual John Bancroft desenvolve sua argumentação, considerando que as diferenças entre a sexualidade masculina e feminina estão vinculadas a uma diferença de repercussão e de sensibilidade às modificações dos graus de testosterona. As mulheres seriam mais sensíveis a fracas variações de testosterona, o que

explicaria a diversidade dos comportamentos sexuais femininos, enquanto a sensibilidade dos homens, a partir de modificações mais fortes de testosterona, explicaria a maior homogeneidade dos comportamentos sexuais masculinos (BANCROFT, 2002). Bancroft e sua equipe propõem distinguir entre as “disfunções sexuais”, clínica e medicamente estabelecidas, e os “problemas sexuais”, que seriam de natureza mais psicológicas e relacionais e se referem à maioria dos “problemas” das mulheres.

Mas Bancroft e sua equipe acrescentam mais um elemento à sua crítica da abordagem medicalizada dos transtornos sexuais femininos: “a ausência ou diminuição de interesse sexual não é necessariamente disfuncional ou inadaptada: a reação a certas circunstâncias situacionais, o que, no mundo atual, compreende estados de cansaço ou depressão, ou a presença de circunstâncias adversas na relação sexual ou nas condições de vida da mulher [...] não são a prova de uma disfunção do sistema da resposta sexual” (BANCROFT *et al.*, 2003, p. 194). Esta posição de bom senso se contrapõe à nova nomenclatura dos transtornos da função sexual feminina, que definiram o “desejo hipotativo” como um dos principais transtornos sexuais da mulher (ROSEN; LEIBLUM, 1995). A ausência do desejo ou da disponibilidade sexual da mulher não deve, por conseguinte, ser sistematicamente considerada como forma patológica. Ao contrário, em certo número de situações seria a única forma de resposta adaptada.

Com essa idéia, atinge-se o ponto extremo de diferenciação entre a sexualidade masculina e feminina: a perda e diminuição do interesse pela sexualidade seriam “normais” e “adaptadas” para a mulher em certas situações, enquanto o mesmo não é possível como reação positiva para o homem. O caráter potencialmente “adaptativo” ou “normal” dos “transtornos eréteis”, ou ainda a diminuição da frequência, rigidez ou manutenção das ereções nos homens não foi discutido por clínicos e pesquisadores biomédicos. A ausência ou diminuição da qualidade das ereções é implicitamente suposta como constituindo um “problema” ou “transtorno” nos homens, qualquer que seja a situação ou contexto relacional no qual eles se encontram. É a “dupla moral sexual implícita” subjacente a esta posição que continua a ser criticável, em relação ao princípio da igualdade entre os sexos.

As perspectivas mais recentes da pesquisa sobre os transtornos da ereção são ainda mais abundantes neste sentido: a ausência ou diminuição das ereções doravante é considerada como sinal de “disfunção endotelial” e constitui o “sintoma sentinela” de uma série de problemas cardiovasculares. Para além

da sua utilidade para a vida sexual, a ereção torna-se um indicador central do estado de saúde dos homens e, em especial, dos homens envelhecidos (BONDIL, 2004). Assim, enquanto se considera que a baixa de atividade sexual e de desejo na mulher possa ser uma reação adaptada a uma situação, a ausência de ereção masculina torna-se um problema essencial da saúde dos homens... ainda que estes últimos não se queixem sempre, nem frequentemente, da diminuição de sua libido.

Referências

BANCROFT J. Sexual effects of androgens in women: some theoretical considerations. *Fertility & Sterility*, v. 77, n. 4, supl. 4, p. S55-59, 2002.

BANCROFT, J.; LOFTUS, J.; LONG, J. S. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, v. 32, n. 3, p. 193-208, 2003.

BASSON, R. et al. Report of the International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*, v. 163, n. 3, p. 888-93, 2000.

BLAND, L., DOAN, L. (Ed.). *Sexology in culture: labelling bodies and desires*. Cambridge, Polity, 1999.

BONDIL, P. *La dysfonction érectile*. Paris: J. Libbey, 2004.

BOYLE, M. Sexual dysfunction or heterosexual dysfunction? In: WILKINSON, S.; KITZINGER, C. (Ed.). *Heterosexuality: a feminist and psychology reader*. London: Sage, 1993. p. 203-218.

BRENOT, P. *Dictionnaire de la sexualité humaine*. Bordeaux: L'Esprit du Temps, 2004.

CONNELL, R. W. *Masculinities*. Cambridge: Polity, 1995.

DAVIS, C. et al. *Handbook of sexuality-related measures*. London: Thousand Oaks, 1998.

ELECTRONIC JOURNAL OF HUMAN SEXUALITY, v. 3, nov. 15, 2000. Disponível em: <<http://www.ejhs.org/volume3/newview.htm>>. Acesso em: jan. 2007.

ERICKSEN, J.; STEFFEN, S. *Kiss and tell: surveying sex in the twentieth century*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

GAGNON, J.; SIMON, W. *Sexual conduct*. Chicago: Aldine, 1973.

GIAMI, A. De Kinsey au sida: l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*, v. IX, n. 4, p. 23-56, 1991.

_____. De l'impuissance à la dysfonction érectile : destins de la médicalisation de la sexualité. In: FASSIN, D.; MEMMI, D. (Ed.). *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESS, 2004. p. 77-108.

_____. Le questionnaire ACSF: l'influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité. *Population*, n. 5, p. 1.229-1.256, 1993.

_____. Sexual health : the emergence, development and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*, v. XIII, p. 1-35, 2002.

GIAMI, A.; DE COLOMBY, P. Profession sexologue? *Sociétés Contemporaines*, n. 41-42, p. 41-63, 2001.

GILMAN, S. *Difference and pathology: stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca: Cornell University Press, 1985.

HITT, J. The second sexual revolution. *The New York Times Magazine*, 20 fev. 2000.

JARDIN, A. et al. *Erectile dysfunction: 1st International Consultation on Erectile Dysfunction*. Paris, 2000.

KASCHAK, E., TIEFER, L. (Ed.). *A new view of women's sexual problems*. Binghamton: Haworth Press, 2001.

KINSEY A. et al. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders, 1948.

_____. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders, 1953.

KRANE, R.; GOLDSTEIN, I.; SAENZ DE TEJADA, I. Impotence. *The New England Journal of Medicine*, v. 321, n. 24, p. 1648-1659, 1989.

LAQUEUR, T. *Le sexe en solitaire*. Paris: Gallimard, 2005.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown, 1966.

MOYNIHAN, R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, n. 326, p. 45-47, 2003.

NIH CONSENSUS CONFERENCE. Impotence - NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Journal of the American Medical Association*, v. 270, n. 1, p. 83-90, 1993.

PIRET, R. *Psychologie différentielle des sexes*. Paris: PUF, 1973.

ROBINSON, P. *The modernization of sex*. New York: Harper & Row, 1976.

ROSEN, R.; LEIBLUM, S. Hypoactive sexual desire. *The psychiatric clinics of North America*, v. 18, n. 1, p. 107-121, 1995.

ROSEN, R. C. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, n. 26, p. 191-208, 2000.

_____. The International Index of Erectile Function. *Urology*, n. 49, p. 822-830, 1997.

STANLEY, L. *Sex surveyed 1949-1994: from mass-observation's "Little Kinsey" to the National Survey and the Hite Reports*. London: Taylor & Francis, 1995.

STOPES, M. *Married love*. London: Putnam, 1936.

TIEFER, L. Doing the Viagra Tango. *Radical Philosophy*, n. 92, p. 2-5, 1998.

_____. Showdown in Gaithersburg: the new view report on the FDA Advisory Committee Hearing on Procter & Gamble's Testosterone Patch, "Intrinsa," held on December 2, 2004. Communication personnelle, 2004.

WEST, S.; VINIKOOR, L.; ZOLNOUN, D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual Review of Sex Research*, v. 15, p. 40-172, 2004.

ZWANG, G. *La fonction érotique*. Paris: R. Laffont, 1972.

NOTAS

■ Inserm, U822, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France; Université Paris-Sud 11, Faculté de Médecine, IFR69, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France; INED, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France. Endereço eletrônico: giami@vjf.inserm.fr.

¹ Tradução dos resumos: Bruno Zilli e Rachel Aisengart Menezes.

² Lanteri Laura (1994, p. 14): “O discurso científico tanto é conhecimento (verdadeiro ou presumidamente verdadeiro) dos fenômenos quanto conhecimento das opiniões (sociais) sobre estes mesmos fenômenos. Pretender interessar-se apenas pelo conhecimento dos fenômenos é adotar de antemão uma posição preconcebida sobre o conhecimento das opiniões, pois equivale a admitir, antes de qualquer exame, que as opiniões se reduzem a conhecimentos falaciosos ou imperfeitos, destinados a desaparecer quando se mostra o conhecimento verdadeiro... Em matéria de perversões, não podemos esquecer que é a *doxa* que delimita o campo dos fenômenos de que a *episteme* irá tratar: a opinião indica o campo dos comportamentos perversos, e o conhecimento, em relação a ele permanece tributário da opinião, ainda que a modifique, ao longo de sua trajetória, a extensão desse campo. Por isso é que, restringindo-nos diligentemente às distinções necessárias, deveremos, ao mesmo tempo, elucidar um certo número de teorias psicopatológicas das perversões e compreender suas relações com as representações sociais que ajudam nossa cultura a se conformar com a existência das perversões e com a presença dos perversos”.

³ De acordo com Alain Jardin, antigo chefe de serviço de urologia do hospital de Bicêtre, esse desenvolvimento ainda é muito limitado (LE MONDE, 25 fev. 2005).

⁴ Recordemos que o casamento Marie Stopes com Reginald Gates foi anulado em 1916, por não ter sido consumado.

⁵ *Trésor de la Langue Française* sur Internet. Disponível em: <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=2673886140>

⁶ Na França o debate é quase inexistente ou não há registro sobre as discussões norte-americanas, que são pouco acessíveis aos clínicos de língua francesa, que raramente dominam a língua inglesa.

⁷ Pode-se ter uma medida deste debate lendo as respostas eletrônicas enviadas pelos leitores na sequência da publicação de um artigo no *British Medical Journal*: Moynihan (2003).

⁸ O manifesto do grupo “New views of Women’s sexual problems” exprime de maneira muito clara a oposição de seus membros à classificação oficial das perturbações sexuais: “We believe that a fundamental barrier to understanding women’s sexuality is the medical classification scheme in current use, developed by the American Psychiatric Association (APA) for its

Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM) in 1980, and revised in 1987 and 1994". In: *Electronic Journal of Human Sexuality*, v. 3, November 15, 2000. Disponível em: <http://www.ejhs.org/volume3/newview.htm>.

ABSTRACT

Permanence of Gender Stereotypes in Sexology: when Scientific Innovations are Challenged by Traditional Gender Stereotypes

Major changes have occurred in male and female sexual function/dysfunction research and treatments. Male erectile dysfunction has been re-conceptualized as an organic dysfunction, which marks a dramatic shift from previous conceptions of psychogenic impotence developed during the 60' and the 70's. This shift is based on major scientific discoveries, and pharmacological advances that took place since the early 80's under the influence of North American urologists. The release of sildenafil in 1998 was the corner stone of a new paradigm of treatments focusing on male penile activity, far remote from any psychological approaches. More recently, the same group of urologists started to reconsider Female Sexual Dysfunction using the same organic/biological model of sexual function. New pharmaceutical products are currently under trial for the treatment of this new category of female sexual disorder. But as opposed to the absence of public adverse reaction to the development of this approach of male function, many voices raised to oppose this new conception of female function. A major discussion took place in the *British Medical Journal* stating that female sexual function was not organically driven, but rather determined by the social, psychological and interpersonal context of female sexual activity and relations. One of the major dimensions of this discussion opposed the so-called "simplicity" of male sexual function to the "complexity" of female sexual function. This paper demonstrates the permanence of traditional social scripts of male and female sexuality and their influence in the most advanced scientific research in this field.

Key words: stereotypes; gender; sexuality; pharmacological treatments; sexual medicine.