



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Livi Ferreira Testoni de Faro

As disfunções sexuais femininas
no periódico *Archives of Sexual Behavior*

Rio de Janeiro

2008

Livi Ferreira Testoni de Faro

As disfunções sexuais femininas no periódico *Archives of Sexual Behavior*

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo

Coorientador: Prof. Dr. Alain Giami

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

F237 Faro, Livi Ferreira Testoni de.

As disfunções sexuais femininas no periódico Archives of Sexual Behavior / Livi Ferreira Testoni de Faro. – 2008.

138f.

Orientadora: Jane A. Araújo.

Coorientador: Alain Giami.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Distúrbios sexuais – Pesquisa – Periódicos – Teses. 2. Mulheres – Teses. 3. Sexo (Psicologia) – Teses. I. Russo, Jane Araujo. II. Giami, Alain. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.442-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Livi Ferreira Testoni de Faro

As disfunções sexuais femininas no periódico *Archives of Sexual Behavior*

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane de Araújo Russo (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Fabíola Rohden
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Sérgio Carrara
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Maria Filomena Gregori
Departamento de Antropologia da UNICAMP

Rio de Janeiro

2008

AGRADECIMENTOS

À Jane Russo, que tem sido uma orientadora sempre presente e disponível, interessada no meu trabalho, perspicaz e afetuosa. Agradeço também por ter me possibilitado trabalhar ao seu lado por tantos anos e me ensinar com generosidade, amizade, humor aguçado e respeito. Ao co-orientador Alain Giami, que dedicou horas preciosas de suas viagens ao Brasil às discussões e orientações que resultaram neste trabalho, oferecendo contribuições enriquecedoras.

À Fabíola Rohden, que acompanhou o projeto desde seus passos iniciais, pelas inúmeras aulas, leituras, discussões e dicas inteligentes, e especialmente pelo companheirismo.

Ao professor Kenneth Camargo Jr., pelas contribuições que absorvi em aulas, palestras e na Qualificação desta dissertação, e também pelos gestos afetuosos, tão acolhedores.

Aos professores da Banca Examinadora, Sérgio Carrara, Maria Filomena Gregori e Fabíola Rohden, pela leitura minuciosa e pela discussão prazerosa e fértil que me propiciaram. Ao Sérgio agradeço também as orientações eventuais e as boas risadas nestes anos de sala compartilhada.

À equipe do Clam, em especial ao Fábio Pereira, pelas gentilezas sucessivas; e à Cristiane Cabral, por ter colaborado de forma tão atenciosa na construção do banco de dados da pesquisa.

Àqueles inseridos na pesquisa “A sexualidade nas classificações psiquiátricas”: Marina Nucci, Rachel de Oliveira, Daniela Trocillo e Bruno Zilli, por terem participado da elaboração de muitas das idéias que acabaram por resultar nesta dissertação e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

À Capes, pelo apoio financeiro para desenvolver esta pesquisa.

Aos funcionários da biblioteca e da secretaria, que além de eficientes e cuidadosos foram sempre muito amáveis.

Agradeço de forma especial aos meus queridos pais, Dolores Ferreira e Paulo Faro, que ao longo de minha existência têm me dado tanto amor, e durante este trabalho me presentearam com total apoio.

RESUMO

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

Após o sucesso de vendas do Viagra, medicamento indicado para o tratamento da disfunção erétil, lançado em 1998, houve uma rápida proliferação de artigos, livros e encontros sobre as disfunções sexuais femininas. Desde 2000, um intenso debate sobre o envolvimento da indústria farmacêutica na produção biomédica sobre as disfunções sexuais femininas e a concomitante busca por um medicamento similar ao Viagra destinado às mulheres tem envolvido profissionais de diferentes disciplinas. Esta dissertação teve como objetivo investigar os discursos científicos sobre as disfunções sexuais femininas, através do exame dos artigos publicados no periódico *Archives of Sexual Behavior*, desde sua fundação, em 1971, até 2007. O periódico foi escolhido por sua legitimidade neste campo de saberes, por abranger um amplo período (36 anos) e seu caráter multidisciplinar. Pretendeu-se investigar quando, como e por quais grupos profissionais as disfunções sexuais femininas foram descritas e abordadas no periódico. No caso das chamadas disfunções sexuais, as descrições científicas, que vêm aumentando significativamente nos últimos anos, dão origem a prescrições de terapias, medicamentos, intervenções cirúrgicas, programas de educação sexual e políticas públicas. Ou seja, subjacente a esse discurso, que afirma ser empírico e imparcial, estão processos que se encontram muito além dos limites de um laboratório ou das atividades de um pesquisador. Buscou-se, assim, pensar a produção científica como produto de articulações e negociações que se desenrolam em esferas diversas, envolvendo processos culturais, sociais, econômicos e também cognitivos ou científicos, em contraposição às concepções que caracterizam a ciência como um projeto que apenas revela verdades. Para tanto, foi apresentado o contexto do surgimento de uma ciência da sexualidade, no decorrer do século XIX e, em seguida, o contexto no qual emergiram os discursos sobre as disfunções sexuais femininas, o que propiciou sua emergência naquele dado momento, o modo como foram definidas e por quem, como se articularam a processos sociais, econômicos e culturais e que transformações sofreram ao longo dos anos.

Palavras-chave: Sexualidade. Gênero. Disfunção sexual feminina. Medicalização.

ABSTRACT

After the sale success of Viagra, a medicament indicated for the treatment of erectile dysfunction, which was launched in 1998, there was a fast proliferation of articles, books and meetings on female sexual dysfunctions. Since 2000, an intense debate about the involvement of the pharmaceutical industry in the biomedical production related to female sexual dysfunctions and the simultaneous search for a medicament similar to Viagra aimed to women has been involving professional from different areas. The goal of this dissertation was to investigate scientific discourses on female sexual dysfunctions through the analysis of articles published in the periodical *Archives of Sexual Behavior*, since its foundation in 1971 until 2007. The periodical was chosen due to its legitimacy in this field of knowledge, for covering a vast period (36 years) and for its multidisciplinary nature. The intention was to locate when, how and by which professional groups female sexual dysfunctions were described and dealt with in the periodical. In the case of the so-called sexual dysfunctions, scientific descriptions, which have been significantly increasing in recent years, originate therapeutic prescriptions, medicaments, chirurgical interventions, sexual education programs and public policies. That is, subjacent to this discourse, which poses as empirical and impartial processes were found that reach quite beyond the limits of a lab or the activities of a researcher. Therefore, the aim was to think of the scientific production as a product of articulations and negotiations unfolded in diversified domains and involving cultural, social and economical processes, as well as cognitive and scientific ones, in contrast to the conceptions that characterize science as a project that only brings about the truth. For this, the context in which a science of sexuality emerged throughout the 19th Century was presented, followed by the context in which the discourses on female sexual dysfunctions appeared: what has facilitated their emergence in that given moment, how and by whom were they defined, how were they articulated to social, economical and cultural processes and which transformations they suffered throughout the years.

Keywords: Sexuality. Gender. Female sexual dysfunction. Medicalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Proporção de artigos sobre disfunções sexuais no <i>ASB</i> , segundo a década de Publicação	55
Tabela 2	Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no <i>ASB</i> entre 1971 e 1980, segundo o gênero	56
Tabela 3	Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no <i>ASB</i> entre 1981 e 1990, segundo o gênero	57
Tabela 4	Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no <i>ASB</i> entre 1991-2000, segundo o gênero	57
Tabela 5	Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no <i>ASB</i> entre 2001 e 2007, segundo o gênero	58
Tabela 6	Proporção de artigos sobre disfunções sexuais femininas no <i>ASB</i> , segundo a década de publicação	59
Tabela 7	Área de conhecimento dos autores dos artigos sobre disfunções sexuais publicados no <i>ASB</i> entre 1971 e 2007	59
Tabela 8	Área de conhecimento dos autores dos artigos sobre disfunções sexuais publicados no <i>ASB</i> entre 1971 e 2007, segundo o gênero	60
Tabela 9	Artigos sobre disfunções sexuais publicados no <i>ASB</i> entre 1971 e 2007, segundo os temas abordados	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	– American Psychiatric Association
ASB	– <i>Archives of Sexual Behavior</i>
Capes	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID-10	– Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde – 10ª versão
Clam	– Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
DSF	– Disfunção Sexual Feminina
DSM	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
DSM-I	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 1ª ed.
DSM-II	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 2ª ed.
DSM-III	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 3ª ed.
DSM-III-R	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 3ª ed., texto revisto.
DSM-IV	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4ª ed.
DSM-IV-TR	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - 4.ª ed., texto revisto.
DSM-V	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 5ª ed.
Eros-CTD	– Eros clitoral therapy device
FDA	– Food and Drug Administration
FSD	– Female Sexual Dysfunction
IMS/Uerj	– Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro
NTP	– Teste de tumescência peniana noturna (<i>Nocturnal Penile Tumescence</i>)
VVS	– Síndrome da Vestibulite Vulvar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	ELEMENTOS DA MATRIZ DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	14
1.1	A ciência em contexto	14
1.2	Ciência sexual e verdade subjetiva	18
1.3	Sexologia no século XIX: as perversões sexuais	21
1.4	Sexualidade e mulheres no século XIX	23
1.5	As primeiras décadas do século XX e os relatórios Kinsey: preparando o terreno	26
1.6	Masters e Johnson e a sexologia: terapia sexual para casais	33
1.7	Anos 1980: da impotência à disfunção erétil	42
1.8	Final dos anos 1990: novos elementos transformam a matriz	45
1.9	Disfunção sexual feminina ou disfunções sexuais femininas?.....	49
2	AS DISFUNÇÕES SEXUAIS NO <i>ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR</i>: A PESQUISA	52
2.1	Sobre o <i>Archives of Sexual Behavior</i>	52
2.2	Método	52
2.3	Resultados	55
2.3.1	<u>Gênero</u>	56
2.3.2	<u>Área de conhecimento</u>	60
2.3.3	<u>Temas</u>	62
2.3.3.1	Tema mais frequente: tratamento das disfunções sexuais	63
3	AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO <i>ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR</i> – 1971 A 2000	68
3.1	As disfunções sexuais femininas nas publicações do <i>ASB</i>: 1971-2000	68
3.1.1	<u>As disfunções do orgasmo</u>	69

3.1.2	<u>Para além da disfunção orgástica</u>	75
4	AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR – 2001 A 2007	82
4.1	A explosão de artigos sobre DSFs	82
4.2	Transtorno sexual ou transtorno doloroso?	85
4.3	O problema da classificação nos estudos epidemiológicos	98
4.4	Os aspectos orgânicos das disfunções sexuais femininas	104
5	CONCLUSÃO	112
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXO A – Lista dos artigos sobre DSFs por década	134

INTRODUÇÃO

No século XX, os estudos científicos sobre a sexualidade sofreram transformações tão profundas que alguns autores chegam a chamar os sexólogos do século XX de ‘segundos sexólogos’, em oposição aos do século XIX (e primeiras décadas do século XX), chamados proto-sexólogos (BEJIN, 1986).

A primeira sexologia se ocupou em estudar, definir, classificar e tratar as expressões sexuais não convencionais. Eram as chamadas *perversões sexuais*, que incluíam da homossexualidade¹ à pedofilia, consideradas ‘desvios sexuais’. A ciência sexual do século XIX também se interessava pelas doenças venéreas, pela prostituição e pela questão da eugenia (BEJIN, 1986). Ou seja, foi principalmente em torno das “sexualidades periféricas”, como diria Foucault (1988), que os saberes se desenvolveram.

Já a segunda sexologia passou a interrogar a sexualidade de pessoas comuns, aquelas ditas “normais” e, num momento posterior, suas *disfunções sexuais*. Percebemos, então, um deslocamento do foco de interesse da sexologia dos desvios sexuais e sua psicopatologia, para os estudos sobre o comportamento sexual da população em geral e para o tratamento das disfunções sexuais, que passaram a ser alvo de análises, intervenções, diagnósticos e quantificações epidemiológicas.²

Não foi apenas o foco de interesse que mudou, na passagem da chamada primeira sexologia para a segunda. O nascimento da ciência sexual e seus primeiros passos foram dados no continente europeu e a Alemanha foi o país que se destacou.³ A segunda sexologia se consolidou em solo americano. A produção de Alfred Kinsey, nos anos 1940 e 50, foi

¹ O termo ‘homossexualidade’ não era utilizado de forma tão generalizada como foi no século seguinte, sendo comum encontrarmos outra denominação, como *inversão sexual*.

² Isso não significa que as perversões sexuais tenham desaparecido dos discursos sobre a sexualidade. Os *sex offenders* são objeto de numerosos estudos ao longo do século XX, mas as discussões em torno da sexualidade normal ou disfuncional passam para o primeiro plano, constituindo o grosso da produção da sexologia.

³ O primeiro instituto de sexologia, por exemplo, foi fundado em Berlim, em 1919, por Magnus Hirschfeld. O termo ‘sexologia’, em alemão *Sexualwissenschaft*, foi cunhado por Iwan Bloch, em 1907. Nos primeiros anos, a sexologia cresceu rapidamente, tendo um jornal e duas associações sexológicas. Até os anos 1930, oito organizações de reforma sexual existiam na Alemanha. No entanto, em 1933, com a ascensão de Hitler ao poder, a sexologia alemã passou por forte repressão e de fato foi desmantelada (IRVINE, 2005).

fundamental para abrir os caminhos para a difusão da segunda sexologia,⁴ mas foi sobretudo a partir dos anos 60, com o trabalho do casal William Masters e Virginia Johnson, que houve uma explosão de intervenções terapêuticas sobre a sexualidade. Eram as terapias sexuais, as quais marcaram a expansão e a consolidação da segunda sexologia.

As mudanças ocorridas nas teorias sobre a sexualidade durante o século XX são reflexo e, ao mesmo tempo, vetores de produção de novas maneiras de conceber a sexualidade normal e anormal, saudável ou patológica. Nos discursos científicos sobre a sexualidade, a ausência de orgasmo feminino, por exemplo, passou a ser considerada uma disfunção sexual, como algo a ser tratado, um quadro que é bem diferente, como veremos, do século XIX. As terapias sexuais da segunda sexologia dirigiram-se não apenas às disfunções do orgasmo, mas a todo um conjunto de disfunções sexuais femininas. O tema do presente estudo é a produção científica em torno das disfunções sexuais femininas como categorias diagnósticas.

O interesse pelos estudos científicos da sexualidade surgiu a partir de minha inserção na pesquisa “A sexualidade nas classificações psiquiátricas”, uma linha de investigação do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (Clam).⁵ A pesquisa teve como temática central a *re-medicalização* dos transtornos mentais, produzida e incentivada pela publicação da terceira versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM), da American Psychiatric Association. Lançada em 1980, essa versão marcou uma ruptura com as edições antigas do manual (que possuíam vocabulário *psicologizado*), relacionando-se com a consolidação da hegemonia da psiquiatria biológica no campo psiquiátrico. Foi nessa versão também que as disfunções psicosexuais foram listadas ao lado dos chamados desvios sexuais, como a pedofilia ou o sadismo, já listados nas versões anteriores (RUSSO, 2004).

Numa das etapas da pesquisa intitulada “A sexualidade nas classificações psiquiátricas”, realizou-se um levantamento de artigos sobre disfunções sexuais em três periódicos de psiquiatria, o *American Journal of Psychiatry*, o *British Journal of Psychiatry*, e o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Foram pesquisados os artigos publicados entre 1970 e 1999. O número

⁴ Béjin situa o nascimento da segunda sexologia entre 1922 e 1948, considerados marcos, pois 1922 foi o ano que Reich diz ter descoberto o *poder orgástico* e 1948 foi publicado o primeiro livro de Kinsey sobre comportamento sexual.

⁵ A pesquisa é também associada ao projeto integrado do CNPq *Sexualidade, gênero e família: continuidades e rupturas na experiência da pessoa moderna*, coordenado pelos professores Luís Fernando Dias Duarte e Jane Araújo Russo.

de artigos encontrados não foi expressivo, e mesmo os artigos sobre sexualidade, de forma geral, eram pouco numerosos.

Percebemos que os psiquiatras, embora publicassem sobre o tema das disfunções sexuais, pouco o faziam em jornais de psiquiatria. Notamos então que se a psiquiatria ocupou lugar central na definição e no manejo das perversões sexuais, no caso das disfunções sexuais os psiquiatras inseriam-se num grupo maior de pesquisadores biomédicos e/ou psicomédicos. Realizamos, assim, um mapeamento de periódicos dedicados ao tema da sexualidade. A pesquisa desses periódicos tornou evidente a configuração de um campo de estudos multidisciplinar que elegeu como objeto de estudos a *função sexual* e suas *disfunções* e optou por uma metodologia baseada em pressupostos científicos.⁶

Outro fato que chamou a atenção foi a grande quantidade de artigos sobre fisiologia peniana ou tratamento das disfunções sexuais masculinas, se comparados aos estudos sobre a fisiologia genital feminina ou sobre o tratamento das disfunções sexuais femininas, até o final dos anos 1990. A partir dessa data (que coincide com o lançamento do Viagra, em 1998), notamos uma proliferação de artigos sobre as disfunções sexuais femininas, que passam a ser tema de encontros científicos, e a abertura de clínicas para tratá-las.

Decidimos focar nossa investigação nos discursos científicos sobre as disfunções sexuais femininas ao longo de um período que cobre quase 40 anos. Examinaremos os artigos publicados no periódico *Archives of Sexual Behavior (ASB)*, desde sua fundação, em 1971, até 2007. Esse período abarca dois momentos cruciais na história das disfunções sexuais femininas: os anos 60 e 70, quando há um *boom* de terapias sexuais; e a virada do milênio, quando o impacto do lançamento do Viagra se faz sentir nas chamadas disfunções sexuais femininas. Alguns autores indicam que a introdução de medicamentos para tratar as disfunções sexuais teve impactos tão profundos nos discursos da ciência sexual que já apontaria para um terceiro momento da sexologia.

É importante destacar que a delimitação do tema deste trabalho foi bastante marcada pelo contato com o professor Alain Giami, que veio a ser o co-orientador da dissertação. A leitura de seus trabalhos⁷ e o acesso à bibliografia, acompanhados de discussões nas aulas ministradas por

⁶ Percebemos também outra linha de periódicos com perfil diferenciado, que inclui discussões feministas, *queers*, ou ainda os chamados *social studies of science*. Um exemplo desse tipo de periódico é a publicação chamada *Sexualities*.

⁷ Principalmente Giami, 2007 e Giami, 2005.

ele no IMS/Uerj⁸ foram determinantes nos caminhos aqui escolhidos. O posterior vínculo de co-orientação foi uma consolidação deste primeiro e fecundo contato.

Pretendemos investigar quando, como e por quais grupos profissionais as disfunções sexuais em mulheres foram descritas e abordadas no *ASB*, no período assinalado. Consideramos este estudo importante na medida que a ciência, ao formular teorias seja sobre desvios sexuais, seja sobre disfunções, o faz por meio de referências ao normal, ou saudável. Nesse sentido, tais discursos produzem imagens do que é normal, constituem normas sexuais. Por trás de um discurso que se mostra empírico e imparcial enredam-se processos que apontam para esferas muito diferentes dos limites de um laboratório ou das atividades de um pesquisador.

Pensar a produção científica como produto de articulações e negociações que se desenrolam em esferas diversas, que apontam para processos culturais, sociais, econômicos e também cognitivos ou científicos, se contrapõe às concepções que caracterizam a ciência como um projeto que apenas revela verdades. No caso das chamadas disfunções sexuais, os discursos científicos, que vêm se multiplicando nos últimos anos, dão origem a prescrições de terapias, medicamentos e intervenções cirúrgicas, além de fornecer um vocabulário freqüentemente apropriado pelo público leigo. Como ressalta Rohden (2007), é evidente a expansão de um mercado que oferece cada vez mais produtos destinados ao melhoramento do desempenho sexual. Assiste-se à configuração de novas formas de conceber, descrever e tratar aquilo que é denominado ‘função sexual’.⁹ Tais concepções são difundidas e inseridas em instituições de saúde, na mídia e em muitas outras formas capilares de expressão do poder; penetram no cenário sociocultural, ora reforçando, ora apontando transformações de idéias e normas relativas à sexualidade e gênero.

O *ASB* começou a circular em 1971 e foi um dos primeiros jornais de língua inglesa da citada segunda sexologia. Escolhemos este periódico por ser um jornal tradicional e representativo do campo de produção sobre a sexualidade comprometido com a ciência. Ao mesmo tempo, ele não representa nenhuma especialidade, é por definição ‘multidisciplinar’. Sua legitimidade neste campo de saberes – o amplo período que cobre desde sua fundação e o caráter multidisciplinar – o tornam um lócus fecundo para a análise da produção científica sobre a

⁸ Trata-se da disciplina de mestrado e doutorado “A medicalização da sexualidade”, ministrada no segundo semestre de 2006 pelos professores Alain Giami, Sérgio Carrara e Jane Russo.

⁹ Alain Giami (2007) chama a atenção da substituição do termo ‘sexualidade’, cada vez menos utilizado nos estudos científicos, por expressões como ‘função sexual’ e ‘saúde sexual’.

sexualidade. O *ASB* recebeu da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)¹⁰ a mais alta avaliação para um periódico científico internacional nas áreas de medicina e sociologia.

Assim, o primeiro capítulo de nosso estudo apresenta a idéia de matriz e aponta alguns dos elementos que compõem o que denominamos ‘matriz das disfunções sexuais femininas’. Analisamos o contexto de surgimento de uma ciência da sexualidade em seguida a época dos discursos sobre as disfunções sexuais femininas. Procuramos entender o que propiciou a emergência de tais discursos num dado momento, quais grupos o fizeram e como. Neste percurso, analisamos como os discursos científicos sobre a sexualidade se articulam a processos sociais, econômicos e culturais, e algumas das transformações que sofreram ao longo dos anos.

No segundo capítulo, são apresentadas a metodologia utilizada e parte dos resultados. Fez-se o levantamento de todos os artigos publicados desde o primeiro volume até o último número publicado em 2007, o que incluiu 164 artigos sobre disfunções sexuais (e não apenas sobre disfunções sexuais em mulheres). Os resultados desse levantamento geral são então apresentados.

No terceiro e no quarto capítulos apresentam-se os resultados da análise dos artigos selecionados para leitura mais acurada, ou seja, aqueles cujo foco eram as disfunções sexuais de mulheres.

Vale lembrar que não vamos utilizar aspas ou itálicos para destacar termos encontrados nos artigos; quando nos referirmos às disfunções (tais como disfunção do orgasmo, ninfomania, frigidez etc.), estaremos apenas nos atendo ao que está nos textos em estudo. Estas são categorias nativas, que foram utilizadas por estarem presentes nos textos analisados.

¹⁰ A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) é uma fundação pública, responsável pela avaliação e financiamento dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* do Brasil, entre outras funções.

1. ELEMENTOS DA MATRIZ DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

1.1 A ciência em contexto

Alain Giami destaca que os recentes estudos sobre as disfunções sexuais femininas vêm sendo considerados avanços científicos, e difundem a idéia de que um terreno até então obscuro, que havia recebido pouca atenção de cientistas, vem sendo pouco a pouco iluminado pelas descobertas científicas e desvendado por modernos aparelhos de mensuração, como a fotopletismografia vaginal (aparelho utilizado para medir o fluxo sanguíneo vaginal). Este discurso muitas vezes propicia a leitura de que as disfunções sexuais femininas são entidades que sempre existiram e que somente agora foram descobertas e desvendadas. Em oposição a essa idéia, Giami aponta 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 uma determinada época” (GIAMI, 2007, p. 303).

Desde já nos afastamos de uma concepção essencialista, que toma os diagnósticos e as doenças como categorias que existem a princípio, independentes de nossos discursos sobre elas. Afastamo-nos, conseqüentemente, da idéia de que a ciência descobre verdades, ou revela o mundo tal como ele é, assim como da idéia de que os diagnósticos médicos são categorias *em si*, alheias à história. Como nos alerta Kenneth Camargo Jr.,

muito embora seja razoável supor que há algo de “verdadeiro” no discurso das ciências acerca de seus objetos, certamente isto estará amalgamado a suposições, valores, desejos, imagens, à subjetividade, enfim, de uma tal forma que é impossível separar os componentes de tal “liga”, uma vez que excluímos a possibilidade de acesso privilegiado à realidade. (CAMARGO JR., 1994, p. 22)

Marianne van den Wijngaard, em *Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity* (1997), utiliza a perspectiva da rede social para interpretar a ciência em contexto. Essa abordagem parte da idéia de que a ciência é um processo social, envolvendo esferas políticas e ideológicas. As descobertas científicas não são consideradas fruto de uma investigação desinteressada de um pesquisador neutro. Trata-se de uma perspectiva construcionista, que supõe que os fatos científicos são estabelecidos a partir de interações de diferentes grupos inseridos em contextos sociais, políticos e econômicos. Tais interações são definidas como negociações que acontecem em rede.

Sua pesquisa esmiúça cuidadosamente as negociações de diversos atores, entre eles os cientistas biomédicos, médicos, embriologistas, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, antropólogos, jornalistas e feministas, na produção de saberes sobre a diferenciação sexual, e em particular as relacionadas à neuroendocrinologia do comportamento. A autora demonstra como processos interativos na rede são determinantes na aceitação dos conhecimentos científicos. A dinâmica interna da ciência é entendida como um processo científico-sociológico. Ou seja, na construção de conhecimentos, aos fatores cognitivos somam-se os fatores sociais, o que torna as perguntas quem?, como? e quando? fundamentais (WIJNGAARD, 1997).

Ian Hacking (1999) sublinha que quando os autores falam sobre construção social de algo, frequentemente o que está em questão é que se está constuindo uma matriz. Para Hacking, a matriz é composta de elementos muito heterogêneos. Ele toma o exemplo da construção da idéia de mulheres refugiadas no Canadá¹¹.

Ao serem recebidas em outro país, essas mulheres são inseridas numa matriz que envolve diversos elementos e que as transformam em um tipo, as *mulheres refugiadas*. Elas podem obter passaportes diferenciados, uniformes, e uma variedade de outros elementos as diferenciam. Isso faz com que elas sejam distinguidas, na prática, como mulheres de certo tipo, e classificadas como refugiadas:

Ideas do not exist in a vacuum. They inhabit a social setting. Let us call that the matrix in which the idea, a concept or kind, is formed (...) The matrix in which the idea of the woman refugee is formed is a complex of institutions, advocates, newspapers articles, lawyers, court decisions, immigration proceedings. Not to mention the material infrastructure, barriers, passports, uniforms, counters at airports, detention centers courthouses, holiday camps for refugee children. You may want to call these social because their meanings are what matter to us, but they are material, and in their sheer materiality make substantial differences to people. (HACKING, 1999, p. 10)

Ainda Hacking (1986) chama a atenção para a variedade de coisas que podem ser tomadas como construídas, e opõe idéias e objetos. Conceitos, crenças, teorias e classificações são exemplos de idéias que podem ser construídas. O autor denomina de objetos coisas que “estão no mundo” como materiais, substâncias, mas também pessoas, estados, condições e relações. A questão é 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,

¹¹ Hacking está discutindo o livro *The Social Construction of Women Refugee*, de Moussa, 1992.

micróbios), que seriam não interativas, de classificações que se referem a pessoas (como as classificações psiquiátricas, por exemplo). 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).

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: *“To repeat, this is a tautological interference from what is now a philosopher’s commonplace, that all intentional acts are under a description. Hence, if new modes of description come into being, new possibilities for action come into being in consequence”* (HACKING, 1986, p. 231). 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:

The classification hyperactive did not interact with the children simply because the individual children heard the word and changed accordingly. It interacted with those who were so described in institutions and practices that were predicated upon classifying children as hyperactive. (HACKING, 1999, p. 103)

A expressão ‘construção social’ tem sido utilizada por diversos autores e, em geral, de modo pouco rigoroso do ponto de vista conceitual. Apesar das especificidades que a expressão possa ganhar dependendo de cada autor, pode-se dizer que ela é utilizada contra as concepções naturalizadas/essencialistas dos fenômenos. A teoria da construção social destaca a importância do contexto sociocultural e da história na produção de fenômenos que são compreendidos de forma naturalizada. É nesse sentido que Ian Hacking afirma que o construcionismo social é uma crítica do *status quo*. Ele aponta como uma premissa básica dos trabalhos sobre construção social o fato de o fenômeno em questão ser, no presente estado das coisas, considerado (pelo público em geral) inevitável, algo que é natural e não poderia ser diferente do que é, pois tem uma essência. O trabalho da análise com a perspectiva da construção social seria o de evidenciar que o fenômeno em questão é evitável; ele não é determinado pela natureza das coisas (HACKING, 1999, p. 6). No entanto, em suas vertentes radicais, o construcionismo social pode virar um determinismo social, o que é complicado, pois suas críticas se dirigem, em geral, exatamente ao

determinismo (biológico). O assunto torna-se especialmente espinhoso, pois com frequência o termo ‘construído’ é formulado numa relação dual e oposta ao termo ‘real’.

Pode-se, por exemplo, afirmar que a idéia de disfunção sexual é construída, ou então que o que está em jogo é a construção sexual das próprias mulheres com disfunção sexual, ou seja, a construção de um corpo disfuncional. Teria o processo de medicalização criado um tipo de pessoa, as ‘mulheres disfuncionais’?

A investigação proposta nesta dissertação não pretende provar que as disfunções sexuais são uma invenção de médicos comprometidos com o lucro ou, por outro lado, que as disfunções sexuais são o resultado de modificações corporais, alterações no ciclo da resposta sexual. Como ressalta Hacking, objetos e idéias, coisas reais e idéias sobre tais coisas (que são também, é claro, reais) interagem. A dor, no caso da dispareunia (dor associada à relação sexual), é bastante real nas mulheres que a experimentam, assim como uma mulher que sofre uma cirurgia e passa a ter menos lubrificação sabe que é bastante real sua condição. No entanto, o fato de tais condições serem classificadas de determinada forma e não de outra, as opções que são oferecidas para tratamento, as palavras que são utilizadas para descrever tais experiências, enfim, tudo isso se embaralha numa matriz.

O ponto que gostaríamos de destacar é que todo conhecimento científico é constituído a partir de uma matriz. A conceituação de determinadas vicissitudes da sexualidade feminina como disfunções sexuais, nos anos 1960/70, e os desdobramentos desta história nos últimos 30 anos fazem parte de uma matriz. Trata-se de uma rede complexa que articula interesses econômicos, aspectos socioculturais, inovações tecnológicas, entre outros. Igualmente diversificado é o conjunto de especialidades que faz parte da elaboração destes diagnósticos e de seu tratamento. E por se tratar de classificações que interagem com pessoas, que são incorporadas nos discursos de pessoas, e que criam uma série de coisas materiais (desde clínicas, programas de saúde, requisições para reembolso de planos de saúde até medicamentos e intervenções cirúrgicas), é importante entender como esses discursos vêm sendo elaborados.

Consideramos pertinente interrogar *como* e *quando* surgem os discursos sobre a sexualidade, quais objetos elegem como domínios a serem investigados e geridos e em que contexto sociocultural se dá esse processo. Isso possibilitará entender continuidades e rupturas deste primeiro momento da ciência sexual, no século XIX, com relação aos desdobramentos operados no século XX, quando surgem os discursos sobre as disfunções sexuais.

1.2. Ciência sexual e verdade subjetiva

Foucault, em *A história da sexualidade I: a vontade de saber*, analisou o processo histórico que constituiu a vinculação entre o sexual e verdade subjetiva, e que fez nascer uma ciência sexual. A ligação entre as práticas sexuais e a subjetividade fez dos discursos sobre a sexualidade, discursos sobre a verdade dos homens. Trata-se da constituição da própria sexualidade, de um domínio a ser investigado por uma ciência sexual, uma sexualidade que se relaciona diretamente à verdade subjetiva dos indivíduos modernos.

Foucault identifica nos estudos sobre a história da sexualidade um esquema tradicionalmente aceito de que teria havido um tempo em que a sexualidade era vivida de modo livre e sem constrangimentos. Em seguida, o cristianismo teria reprimido a sexualidade pela primeira vez no Ocidente. Com a burguesia em progressiva posição hegemônica, as proibições relativas ao sexo teriam se exacerbado, até Freud denunciar os efeitos profundos da repressão, alguns séculos mais tarde (FOUCAULT, 2004, p. 62-63). A partir daí, a repressão da sexualidade teria pouco a pouco se afrouxado. Atravessa todo esse discurso uma *concepção jurídica de poder*, um poder que proíbe, que regula o sexo por leis de mutismo. Esta seria a hipótese repressiva nos estudos da história da sexualidade.

Mas não é a hipótese repressiva que Foucault formula em sua leitura da história da sexualidade. A questão a ser investigada ali não é a negação da sexualidade, mas a rede dos mecanismos de poderes por meio dos quais ela (a sexualidade) se produziu e as incitações que provocou. Não se trata de negar a repressão do sexo, mas de negar que a mecânica de poder relacionada à sexualidade seja puramente negativa, de interdição e censura. Trata-se de inseri-la numa economia geral dos discursos sobre o sexo. A este método Foucault dá o nome de *analítica do poder*, que, em oposição à concepção jurídica de poder, interroga o tipo de poder que se exerce, como, em que espaços, por meio de que injunções e o que produz.

Ao invés de séculos de silêncio e repressão, Foucault identifica uma explosão discursiva sobre o sexo, que se intensifica a partir do século XVIII. Mesmo que os discursos por vezes (e frequentemente) fossem recheados de moralismos e cuidados, o que interessa na visão positiva do poder é como eles chegaram à regulação das condutas individuais e da população.¹² Por

¹² Para Foucault, a própria idéia uma população a ser regulada ou controlada é o resultado da implantação de determinados arranjos de saber-poder.

intermédio de que instituições? Como se falava de sexo? Como o sexo passou a constituir a verdade subjetiva dos indivíduos? Como se organizaram em torno dele e das múltiplas formas de expressão da sexualidade, campos de intervenção, redes de poderes e práticas institucionais?

Para Foucault, foi por meio de uma produção histórica própria da modernidade que os atos sexuais passaram a ser vistos como expressão de uma fonte interior, como expressões de uma dimensão interna dos indivíduos. Cria-se em torno dele uma pluralidade de discursos que o analisam, o classificam, o contabilizam. Surgem discursos que objetivam a racionalidade do sexo, sua gestão e administração. A existência de um domínio autônomo – a sexualidade – que é ao mesmo tempo objeto a ser pesquisado e o lugar da verdade do sujeito, seria o resultado da implantação do dispositivo da sexualidade. O surgimento da ciência sexual é, neste sentido, correlato da implantação do dispositivo de sexualidade. Foucault formulou a genealogia do dispositivo da sexualidade,¹³ o processo que possibilitou sua emergência, no final do século XVIII, e sua hegemonização ao longo do século seguinte.

Outro dispositivo de poder centrado na aliança, nas relações de matrimônio e parentesco precedeu historicamente o dispositivo da sexualidade: o dispositivo de aliança. Alguns elementos e práticas que se desenrolaram no dispositivo de aliança seriam, mais tarde, rearticulados de forma inteiramente diferente, dando origem ao dispositivo de sexualidade. Entre estes elementos está a colocação do sexo em discurso, operada nas práticas religiosas da penitência, do exame de consciência e direção espiritual.

Segundo Foucault, é por meio da confissão católica que a verdade subjetiva e o sexual se interligaram numa prática obrigatória de esquadrihar os desejos e prazeres do corpo e comunicá-lo a outra pessoa. A confissão é o elemento por meio do qual tal colocação do sexo em discurso seria produzida. Foucault sublinha que esse projeto não é novo, que a tradição ascética e monástica, através da direção espiritual, já o teria iniciado.

A partir dos séculos IX, X e XI, a confissão entre os leigos começou a ser difundida. “Vemos aparecer no século XIII a obrigação de se confessar com regularidade – pelo menos uma vez por ano para os leigos, uma vez por mês ou mesmo por semana para os clérigos” (FOUCAULT, 2001, p. 220). Mas foi depois do Concílio de Trento que ocorreram algumas modificações importantes. O aspecto relacional do sexo deixou de ser o ponto principal da

¹³ Não cabe neste trabalho aprofundar a noção de dispositivo da sexualidade; preferimos, ao invés disso, focar apenas alguns aspectos do dispositivo, sobretudo a constituição da ciência sexual, ou proto-sexologia (BEJIN, 1986).

revelação penitencial e o foco foi deslocado para “o próprio corpo do penitente: são seus gestos, seus sentidos, seus prazeres, seus desejos, a intensidade e a natureza do que ele próprio sente, é isso que vai estar agora no foco mesmo desse interrogatório sobre o sexto mandamento” (FOUCAULT, 2001, p. 235). Por ‘aspecto relacional do sexo’ entende-se “o inventário das relações permitidas e proibidas” (FOUCAULT, 2001, p. 235).

Os exames de consciência e a confissão fizeram aparecer “um domínio, ao mesmo tempo complexo e flutuante da carne” (FOUCAULT, 2001, p. 255). É o que Foucault denomina “discurso da carne”, ou “tecnologia da carne”. Estabeleceu-se, a partir daí, de um lado, uma junção entre desejo, prazer e carne: “passou-se da lei ao próprio corpo” (FOUCAULT, 2001, p. 241); de outro, a prática de colocar em discurso qualquer ligação deste corpo com os prazeres que tenham alguma relação com o sexo.

Embora a colocação em discurso dos prazeres seja um elemento fundamental na ciência sexual, seriam necessárias modificações radicais para a estruturação do dispositivo de sexualidade no qual ela se insere (e ao mesmo tempo constitui). Tais transformações ocorreram na virada do século XVIII para o XIX, e foi crucial neste processo a passagem da colocação em discurso dos prazeres e desejos do domínio religioso para outros contextos. Entre estes novos contextos estão os domínios da medicina (e da medicina legal), da pedagogia, da psicologia, da justiça, entre outros.

A partir do encontro dos procedimentos de colocação do sexo em discurso com o discurso científico, constituiu-se uma ciência sexual, um imenso aparelho para produzir verdades sobre o sexo e que se apoiou em diversas instituições, redes de saber e atores sociais. Trata-se de uma nova tecnologia de poder que, por meio de diversas estratégias, pretende revelar a verdade do sexo (o que envolve constituí-lo como segredo a ser desvendado) e também regulá-lo, uma tecnologia que constitui a própria *sexualidade*:

A ‘sexualidade’ é o correlato dessa prática discursiva desenvolvida lentamente, que é a *sciencia sexualis*. [...]. No ponto de intersecção entre uma técnica de confissão e uma discursividade científica, lá onde foi preciso encontrar entre elas alguns grandes mecanismos de ajustamento (técnica de escuta, postulado de causalidade, princípio de latência, regra da interpretação, imperativo de medicalização), a sexualidade foi definida como sendo, ‘por natureza’, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar [...] (FOUCAULT, 1988, p. 67)

Configurou-se, então, uma nova tecnologia do sexo, que tomou corpo no fim do século XVIII, descolada da instituição eclesiástica e da tecnologia da carne. “A ‘carne’ é transferida para o organismo” (FOUCAULT, 1988, p. 111), tornando-se a vida e a doença pontos de apoio em torno dos quais os saberes seriam produzidos, e as práticas prescritas. O problema da masturbação das crianças, os perversos sexuais, a mulher histérica e o controle da natalidade são domínios privilegiados desta tecnologia, e cada um deles desenvolveu eixos por meio dos quais os poderes e saberes sobre o sexo se organizaram. Nas palavras de Foucault, são “grandes conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo” (FOUCAULT, 1988, p. 99).

1.3 Sexologia no século XIX: as perversões sexuais

No século XIX, uma medicina dedicada ao sexo separou-se da medicina geral do corpo e elaborou em seus discursos a idéia de ‘instinto sexual’ Essa operação permitiu que fossem especificados os desvios deste instinto, os processos patológicos que ele apresenta, e ao mesmo constituiu a idéia de ‘normalidade’ sexual. Tomou-se a monogamia heterossexual como norma, mas foi sobre seus desvios que se espalharam as redes de poder-saber.

Foucault utiliza a imagem de uma implantação perversa e de um movimento centrífugo em relação à monogamia heterossexual. Os comportamentos sexuais ditos desviantes ganharam uma natureza particular (que articulou perversão e constituição subjetiva) e foram especificados como perversos. O tripé perversão / hereditariedade / degenerescência foi identificado por ele como o núcleo desse arranjo.

A especificação das perversões sexuais constitui um empreendimento realizado sobretudo (mas não apenas) por psiquiatras, chamados de proto-sexólogos por diversos autores (BEJIN, 1986). Os perversos do final do século XIX eram considerados degenerados, um perigo para a espécie, tendo em vista que a degeneração poderia ser transmitida pela filiação (hereditariedade).
A degeneração

explicava de que maneira uma hereditariedade carregada de doenças diversas – orgânicas, funcionais ou psíquicas, pouco importa – produzia, no fim das contas, um perverso sexual [...] mas explicava, também, de que modo uma ‘perversão sexual’ induzia um esgotamento da descendência. (FOUCAULT, 1988, p. 112)

A mesma lógica aplicava-se à masturbação, cujo poder de degeneração foi descrito em diversos tratados do século XVIII e XIX. A masturbação tornou-se uma espécie de demônio, capaz de causar todo tipo de doenças, todo tipo de degeneração física e moral.¹⁴

O quadro nosográfico constituiu um elemento fundamental da medicalização do prazer perverso ocorrida na segunda metade do século XIX. A maior e mais importante obra desse período é de autoria do psiquiatra alemão Krafft-Ebing, que classificou, em 1886, os comportamentos sexuais desviantes em *Psychopathia Sexualis*, um grande tratado sobre as perversões sexuais. Nele, além da especificação e definição de diversas perversões sexuais, foram apresentados casos ilustrativos, que se multiplicavam a cada nova edição.¹⁵

Esse foi o primeiro livro científico sobre a sexualidade a obter grande difusão e aceitação não somente no meio acadêmico, mas também entre o público leigo. A obra figura como importante vetor de difusão e produção das perversões sexuais no imaginário social, e um “exemplo acabado e minucioso do modelo fisicalista articulado pelo tema da degeneração” (DUARTE, 1989, p. 84). Duarte argumenta que, num sentido mais geral, pode-se compreender o livro de Krafft-Ebing como a expressão do “fenômeno de hegemonização do dispositivo de sexualidade e sua conseqüente injunção do ‘falar sobre o sexo’” (DUARTE, 1989, p. 84), tal como descritos por Foucault na *História da sexualidade I: a vontade de saber*.

Apesar de as classificações das perversões sexuais incluírem grande variedade de aberrações sexuais, como o sadismo, masoquismo, zoofilia, pedofilia, necrofilia, entre outras, há um interesse desproporcional pela homossexualidade¹⁶ (LANTERI-LAURA, 1994). Autores como Casper, Ulrichs, Westphal, Moll e Krafft-Ebing foram os primeiros (final do século XIX) a desenvolver trabalhos sobre inversão sexual que viriam a proliferar nas primeiras décadas do século XX.

Nesses trabalhos, a inversão sexual era indicadora de um modo particular de ser. Aquele que se envolvia em atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo passou a ser visto como um

¹⁴ A noção de degeneração não está restrita aos discursos da ciência sexual; trata-se de uma noção bastante difundida no século XIX. Sobre a difusão das idéias relacionadas à degeneração por meio de uma obra literária brasileira, ver Carrara (1992).

¹⁵ O livro teve várias versões, sendo 12 edições organizadas pelo próprio Krafft-Ebing e diversas publicações posteriores sob a reordenação de Albert Moll, em 1923 (DUARTE, 1989). Oosterhuis (1997) apresenta uma análise das cartas enviadas ao dr. Krafft-Ebing por pessoas que se identificavam com suas descrições acerca dos perversos sexuais e que ofereciam o relato de suas taras sexuais em prol do avanço científico, agradecidos por terem finalmente descoberto o sentido de suas estranhas preferências sexuais.

¹⁶ Como dissemos na introdução, o termo mais utilizado no século XIX era ‘inversão sexual’. Foi ao longo do século seguinte que se passou a utilizar ‘homossexualidade’ de forma generalizada.

tipo especial de pessoa, um personagem, como diria Foucault, *o homossexual*. Todo o seu ser, todo o seu corpo passou a ser compreendido a partir de sua preferência sexual, um ser essencialmente homossexual, com um funcionamento psíquico e orgânico particular. As peculiaridades de tais funcionamentos, assim com a ênfase nos aspectos psíquicos ou orgânicos, aparecem de forma diferenciada nesses autores.

1.4 Sexualidade e mulheres no século XIX

A literatura sobre as perversões tratava na sua maior parte da inversão masculina. Entretanto, com a crescente proliferação perversa do final do século XIX, a inversão feminina começou a ganhar espaço na produção acadêmica. Quando isso ocorreu, ela apareceu associada à idéia de um clitóris hipertrofiado que, para autores da época, era um indicador do excesso sexual e característico das mulheres hipersexuais.

Não somente as mulheres homossexuais estavam incluídas nesta categoria. Prostitutas, ninfomaníacas, masturbadoras, aquelas consideradas loucas e até mesmo mulheres não brancas, pobres ou criminosas eram classificadas como hipersexuais (GIBSON, 1997). Para Margaret Gibson, e também para Carol Groneman (que investigou a história da categoria *ninfomania*), o que as unia sob a categoria de hipersexuais era o fato de que elas ameaçavam as noções vigentes de sexualidade e gênero:

No período vitoriano, tanto médicos quanto pacientes que procuravam ajuda médica acreditavam que o desejo sexual intenso numa mulher era sintoma de doença. O autocontrole e a moderação eram fundamentais para a saúde de homens e mulheres, mas o apetite sexual presumivelmente menor das mulheres significava que quaisquer sinais de excesso podiam indicar que ela se encontrava à beira, de uma forma perigosa, da loucura sexual. (GRONEMAN, 2001, p. 26)

Foucault descreve, além da proliferação perversa, outros eixos em torno dos quais saberes e poderes constituíram o dispositivo de sexualidade, e um deles relaciona-se exatamente ao corpo feminino. Trata-se do conjunto de processos por meio dos quais o corpo da mulher foi construído como um corpo patologizado e passível de ser tratado pela medicina. Estão aí incluídos os discursos sobre a mulher histórica. Foucault chama a atenção para as redefinições no papel social da mulher no século XVIII: a figura da mãe aparece atribuindo à mulher uma “responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação” (FOUCAULT, 1988, p. 99). Este eixo é pouco trabalhado na *História da sexualidade I: a vontade de saber*, mas o trabalho de Thomas

Laqueur fornece análises que ajudam a compreender os discursos médicos sobre os corpos femininos.

A pesquisa de T. Laqueur (2001) mostra como, desde os gregos, o corpo feminino foi considerado durante muitos séculos de forma similar ao corpo masculino, mas com uma diferença fundamental: o feminino era visto como uma forma menos perfeita do masculino. As mulheres seriam a versão inacabada dos homens. Isso porque não teria havido calor suficiente para completar o desenvolvimento de seus corpos. Esta concepção é chamada por Laqueur de *modelo do sexo único*.

As diferenças entre homens e mulheres não eram ancoradas no corpo, haveria apenas um sexo biológico, sendo os homens sua versão mais completa e perfeita. A genitália feminina, por exemplo, era considerada similar à masculina, mas invertida. As mulheres teriam pênis e testículos internos. A explicação para esta inversão era atribuída à referida falta de calor no desenvolvimento embrionário, o que não teria possibilitado as fases finais do desenvolvimento. Assim, não havia nos textos médicos uma nomenclatura específica para nomear a anatomia feminina porque, afinal, havia apenas um tipo de corpo, um único sexo. Neste modelo, o orgasmo feminino era considerado fundamental para a reprodução. Havia a crença de que tanto as mulheres quanto os homens secretavam sementes no clímax sexual, ambas fundamentais para a concepção.

Foi a partir do século XVIII que este modelo cedeu, pouco a pouco, lugar a outro modelo, chamado por Laqueur de *modelo dos dois sexos*. Surge a partir do final do século XVIII e, sobretudo ao longo do século XIX, uma vasta literatura sobre as diferenças sexuais e sobre as especificidades do corpo feminino. Os corpos femininos e masculinos passam a ser descritos como fundamentalmente diferentes. As diferenças entre homens e mulheres neste modelo atravessam o corpo inteiro, estão presentes no esqueleto, na fisiologia, no cérebro, em toda parte (SHIEBINGER, 1987). As diferenças do corpo feminino são descritas pelos médicos como indicadores naturais de sua função materna:

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, voluminoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade. Os médicos ‘constatam’ impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe [...]. O modelo da mãe deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher. (ROHDEN, 2001, p. 16)

As diferenças biológicas entre os sexos fornecem então evidências do papel social que as mulheres devem desempenhar: o de boa esposa e boa mãe. Neste modelo, a sexualidade feminina normal deve ser aquela que propicia estes papéis. Ela deve ter atividades sexuais somente com seu marido e deve ser recatada e submissa. O orgasmo feminino, fundamental para a procriação no modelo do sexo único, deixa de ser visto como essencial para a reprodução:

Então, toda uma psicologia da diferença pôs-se a acompanhar essa biologia. O pudor, a possibilidade da continência sexual, a moderação, a ausência de desejo passaram a ser considerados qualidades naturais das mulheres, vinculados à perda da antiga função do prazer feminino. Inversamente, o desejo, a e a atividade foram definidos como próprios do indivíduo masculino. (BOZON, 2004, p. 37)

Laqueur destaca que esta mudança radical na maneira de compreender e descrever homens e mulheres não é o resultado de avanços médicos, de saberes desinteressados ou descontextualizados. Essas transformações teriam múltiplas causas. Esse é o momento em que, no plano político, todas as pessoas passaram a ter o *status* de cidadãos, iguais e livres. Como coloca Groneman, “se todos os seres humanos possuíam certos direitos inalienáveis, como proclamavam a doutrina revolucionária e o Iluminismo, por que então metade da população era deles excluída?” (GRONEMAN, 2001, p. 16).

A partir daí, os discursos científicos, da medicina e da biologia passaram a desempenhar papel importante na afirmação das diferenças, e “ao longo das décadas subseqüentes, a lei natural, a ciência e a medicina forneceriam as respostas para manter a hierarquia tradicional” (GRONEMAN, 2001, p. 16). Passou-se a justificar a posição hierárquica inferior das mulheres (mas também de outras *minorias*) através de diferenças que estariam inscritas em seus corpos, na biologia de seus corpos. O crânio feminino, por exemplo, menor que o masculino, indicaria suas limitações intelectuais, fato este que serviu de argumento para excluir o direito de voto para as mulheres. O corpo feminino teria sido naturalmente criado para a maternidade e deveria ficar restrito ao domínio privado do lar.

Assim, configurou-se nesse período uma moral que preconizava que as mulheres não deveriam se interessar pelo sexo. Isso não significava dizer que elas não deveriam ter nenhum desejo sexual, posição radical defendida por poucos (GRONEMAN, 2001). Em todo caso,

qualquer tipo de excesso sexual¹⁷ era visto como especialmente perigoso para as mulheres, capaz de levá-las à loucura:

A atenção médica focalizava mais o potencial para que o desejo sexual dominasse as mulheres [...] eram bastante vulneráveis à ninfomania e outras doenças ‘sexuais’, especialmente nos ‘períodos críticos’ da puberdade, menstruação, parto e menopausa. De uma maneira contraditória, a teoria médica, assim como os sermões e a literatura de conselhos, elaboraram um novo *ideal* de feminilidade: mais virtuosas e castas que os homens, seus desejos vinculados ao papel maternal em vez do sexual, as mulheres deveriam agora assumir a arbitragem moral nos relacionamentos entre os sexos. (GRONEMAN, 2001, p. 19)

Edward Shorter ressalta o contexto das relações sexuais maritais no século XIX e destaca o quanto as relações maritais eram estruturadas a partir de relações que faziam do sexo uma atividade pouco atraente para as mulheres. Eram contextos nos quais a mulher era totalmente submetida à dominação masculina, e os casamentos eram comprometidos com a linhagem, e não com os ideais de companheirismo e gratificação emocional (como seriam configurados no século seguinte). Na ausência de métodos contraceptivos eficazes e mesmo de informações sobre o ciclo menstrual, o intercuro relacionava-se intimamente à gravidez. Associado às sucessivas gravidezes e à brutalidade sexual masculina, numa relação sexual cujo prazer do homem estava primeiro plano, elas não podiam recusar o sexo (SHORTER, 1997). É claro que essa não era uma realidade válida para todas as mulheres que viveram no século XIX. Há variações culturais que não permitem fazer afirmações genéricas e universais. Este, possivelmente, é um retrato de camadas médias e altas, e de países centrais do Ocidente, como os da Europa e os EUA.

1.5 As primeiras décadas do século XX e os relatórios Kinsey: preparando o terreno

Examinaremos aqui alguns elementos que, no século XX, contribuíram ou possibilitaram uma mudança estrutural nos discursos científicos sobre a sexualidade feminina. O período assinala a passagem, nos discursos da sexologia, da visão de que a mulher deveria ser o *anjo da casa*, desinteressada por sexo e provedora do lar, às noções contemporâneas de saúde sexual, e de que a ausência do desejo ou do orgasmo são disfunções sexuais que devem ser curadas por intervenções sexológicas ou médicas.

¹⁷ Groneman chama a atenção para as diferenças entre o que era considerado *excesso sexual* no caso de homens e de mulheres. Olhares sedutores, por exemplo, poderiam ser considerados indicadores de excesso sexual, e o adultério poderia indicar loucura e justificar internação (GRONEMAN, 2001).

Havellock Ellis e Sigmund Freud foram os primeiros a operar tal transição.¹⁸ Na década de 1940 e nas seguintes, as idéias psicanalíticas de Freud foram bastante difundidas nos EUA e contribuíram para modificar as representações tradicionais relativas à sexualidade (GRONEMAN, 2001). Com o trabalho de Kinsey, as discussões públicas sobre o sexo proliferaram.

Examinaremos a seguir alguns elementos da teoria de Kinsey e, em seguida, de Masters e Johnson, sempre articulando seus trabalhos ao contexto norte-americano. Assinalamos que esta restrição ao contexto americano deveu-se ao fato de: 1) as disfunções sexuais terem sido conceituadas nesse país; 2) o material analisado nos capítulos seguintes ter sido produzido basicamente por pesquisadores americanos; 3) as concepções americanas serem em larga medida exportadas para vários países (exemplar neste sentido é a utilização global do DSM).

Estudar a sexualidade no início do século XX não era tarefa fácil. As mudanças culturais ocorridas nos centros urbanos americanos nas primeiras décadas deste século e os Relatórios Kinsey foram importantes para criar um clima favorável à aceitação dos estudos científicos sobre a sexualidade. Sobre este ponto, Gagnon se pergunta: “Será que hoje alguém consegue ter uma experiência direta do que deve ter sido, para Kinsey, perambular pelo submundo sexual das décadas de 1940 e 1950, colecionando material erótico?” E logo acrescenta: “Era um mundo em que a pesquisa sobre a sexualidade era um insulto acadêmico” (GAGNON, 1990, p. 55).

As mudanças nos papéis de gênero, nas concepções sobre a sexualidade e, conseqüentemente, nas relações maritais, na primeira metade do século em questão, formaram o pano de fundo que propiciou a viabilização da pesquisa de Kinsey (que começou em 1938) e a receptividade do público ao seu trabalho (o primeiro relatório foi publicado em 1948). Ao mesmo tempo, os relatórios de Kinsey tiveram participação na mudança de atitudes em relação à sexualidade e ao gênero. Entrevistar homens e mulheres a respeito de sua intimidade sexual não seria concebível no século anterior e, por outro lado, a grande repercussão de suas pesquisas nos EUA contribuiu para modificar concepções de gênero e sexualidade tradicionais (IRVINE, 2005).

Na década de 1920, após a Primeira Guerra Mundial, crescia o número de mulheres trabalhando fora de casa.

Por todos os Estados Unidos, as mulheres foram trabalhar fora de casa, em fábricas urbanas, lojas e escritórios, em números sem precedentes [...] Na

¹⁸ Sobre a contribuição de Havellock Ellis para a modernização das teorias sexuais no século XX, cf. Robinson (1977).

instrução superior, as mulheres aumentaram de menos de um quinto para mais de um terço de todas as pessoas que se formavam em faculdades nos primeiros vinte anos do século. Em campanha pelo voto feminino, participando de piquetes, exigindo que a cidade acabasse com os cortiços e as zonas de meretrício, a ‘Nova Mulher’ assumia cada vez mais um papel público [...] (GRONEMAN, 2001, p. 56)

As mulheres não estavam mais confinadas à esfera privada do lar. Desde o final do século XIX, e nas primeiras décadas do século XX, algumas mulheres se colocaram contra a posição de subordinação em relação ao homem, lutando por seus direitos. Este movimento tem sido chamado de “primeira onda feminista”, certamente muito menor que a “segunda onda”, nos anos 1960/70.

Crescia a tensão entre demandas tradicionais e novas idéias sobre gênero que viria a se acentuar com a Segunda Guerra Mundial. A guerra favoreceu a inserção das mulheres em papéis tradicionalmente atribuídos aos homens, e quando os veteranos retornaram à pátria, muitas mulheres resistiram a voltar para posições que ocupavam antes (GRONEMAN, 2001). As taxas de divórcio aumentavam. Além disso, mulheres que trabalhavam nos grandes centros urbanos muitas vezes estavam distantes de suas famílias e podiam se arriscar em relações sexuais independentemente do compromisso do casamento, sem ter de prestar contas a seus familiares:

Durante este período, o aspecto mais parecido com os estereótipos tradicionais de ninfomania era o das ‘moças hipersexuais’. Este termo foi aplicado a um grupo específico de jovens, ainda na adolescência e no início da casa dos vinte anos, que lotavam os novos salões de baile, ringues de patinação, teatros, cinemas, que surgiram nas grandes cidades americanas. Comentaristas sociais preocupados condenavam essas “coquetes” que passeavam pelas ruas das cidades e confraternizavam à vontade com os rapazes, ostentando sua independência e sexualidade. (GRONEMAN, 2001, p. 65)

De fato, os dados de Kinsey revelaram que as mulheres que nasceram na primeira década do século relatavam relações pré-maritais com muito mais frequência que as mulheres da geração anterior (IRVINE, 2005).

As ansiedades culturais relativas à desestabilização de noções tradicionais de gênero e sexualidade receberam, na década de 50 em especial, respostas conservadoras da sociedade americana. Tais reações se inserem no contexto político da Guerra Fria. O conservadorismo refletido na “caça” aos homossexuais e aos comunistas marcou o período, bem como “a celebração da heterossexualidade e do casamento [que] levou ao *baby boom* de 1946-1964” (IRVINE, 2005, p. 16, tradução nossa). Ao mesmo tempo, era um momento de incitação à

sensualidade feminina. Em 1953, por exemplo, surgiu a *Playboy*, revista que levava às bancas mocinhas sensuais, as *pin-ups*, como Bettie Page e Marilyn Monroe.

Durante os anos do pós-guerra, em apoio desse realinhamento doméstico, os médicos, pregadores e a imprensa popular voltaram a enfatizar uma antiga mensagem: Ser companheira do marido e mãe dos seus filhos era fundamental para o que fazia com que uma mulher fosse uma mulher. [...] isso não significava que a imprensa popular denegria as realizações das mulheres na área pública [...] as revistas de massa celebravam ao mesmo tempo o ideal doméstico e os feitos das mulheres no mundo do trabalho. (GRONEMAN, 2001, p. 98)

O clima de conservadorismo e a incitação à sexualidade também se refletia nos manuais de casamento, muito vendidos nos EUA desde o entre-guerras, que incluíam dicas para melhorar o sexo dos casais. Foi, sobretudo, por meio desses manuais que as idéias de sexólogos, notavelmente as de Havellock Ellis, foram difundidas para o público. Um tipo de literatura que foi muito consumida e que, no entanto, reforçava idéias tradicionais relacionadas ao casamento e aos papéis de gênero (IRVINE, 2005).

Os manuais destinavam-se a preservar a instituição do casamento, uma esfera diretamente afetada pela desestabilização dos papéis de gênero e da moral sexual tradicional. Essas terapias sexuais exerceram, em larga medida, a partir dos anos 1960/70, o papel dos manuais, ou seja, o de prescrever técnicas para melhorar a *performance* sexual e ser fonte de informações sexuais.

O prazer das mulheres e as técnicas para que elas alcançassem o orgasmo tinham destaque em tais manuais. Mas a maneira como o orgasmo seria alcançado muitas vezes era descrita de formas que reforçavam normas de gênero e sexualidade. É o caso das posições sexuais recomendadas. O manual de Van de Velde, *Ideal marriage*, foi um dos mais conhecidos.¹⁹ Nele os orgasmos femininos são valorizados e buscados, mas as posições utilizadas para tal fim deveriam ser aquelas nas quais o homem desempenha o papel ativo. A idéia é que quando o arranjo homem-ativo/mulher-passiva é rompido, perigos se colocam. Tais posições seriam: “*directly contrary to the natural relationship of the sexes, and must bring unfavorable consequences if it becomes habitual*” (VAN DE VELDE, 1928, p. 198, *apud* JACKSON, 1987).

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, *Sexual behavior in the human male*, foi publicado em 1948. Trata-se de um livro

¹⁹ 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).

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:

Kinsey forneceu números, palavras e uma série de concepções que, pouco a pouco, foram penetrando na linguagem cotidiana da população dos Estados Unidos. As expressões “relações pré-maritais”, “contato orogenital”, “pênis”, “vagina” e “orgasmo” tornaram-se coisas apropriadas para discutir ou imprimir em diversos *loci* sociais. (GAGNON, 1975, p. 98)

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 a 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.

O autor se afastou completamente da teoria psicanalítica, não admitindo nenhum tipo de “força oculta” ou “misteriosa” na sexualidade. O termo ‘sexualidade’ foi preterido, tendo ele utilizado a expressão “comportamento sexual”. Seu pensamento científico o afastava também do que ele chamava de moral, gerando uma atitude liberal com relação à sexualidade que Paul Robinson denomina *ética da tolerância* (ROBINSON, 1977). Kinsey criticava a distinção entre comportamento normal ou anormal e esforçou-se por retirar o caráter patológico de comportamentos sexuais que fugiam à procriação, o que incluía masturbação, relações extra ou pré-maritais, contatos homossexuais e até contatos sexuais com outras espécies animais – estas seriam variações individuais, consideradas raras pela população, mas bastante frequentes, como seus dados indicavam (ROBINSON, 1977).

Gagnon identifica uma tradição de contabilidade social acerca do comportamento sexual de pessoas normais (não aquelas consideradas perversas), iniciada nos EUA dos anos 20, que

teria culminado no trabalho de Kinsey nos anos 40 e 50. Esses primeiros estudos²⁰ exerceram influência limitada, mas proporcionaram uma transição do interesse pelo não-convencional em termos sexuais ao interesse pela sexualidade cotidiana. Eles também iniciaram a tradição de utilização de análises estatísticas que seria, mais tarde, desenvolvida por Kinsey e outros pesquisadores, em oposição aos ‘estudos de caso’, que formaram a base da primeira sexologia e da psicanálise. 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. Como já destacamos, esta é uma das diferenças fundamentais entre a sexologia do século XIX e a sexologia do século XX.

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 determinados comportamentos sexuais corresponderia um tipo psicológico, como *o pervertido*. Nesse sentido, Kinsey se afastou tanto dos primeiros sexólogos quanto de Freud e Ellis.

O estilo de Kinsey havia retirado a sexualidade de seu contexto social, cultural e psicológico, ao se concentrar estritamente nas incidências, freqüências e válvulas de escape sexuais. Desvinculava-se largamente das tradições vigentes na pesquisa em psicologia, antropologia e sociologia, que faziam do comportamento sexual quase um campo especial autônomo e que sustentavam a existência do campo oitocentista rotulado de sexologia [...] (GAGNON, 1975, p. 97)

O caso da homossexualidade é exemplar. Os resultados de Kinsey indicaram que 37% dos homens americanos já haviam, alguma vez na vida, tido um orgasmo por meio de uma experiência homossexual. Isso não significava que ele concebesse que mais de um terço de sua amostra fosse um tipo particular de pessoa, *o homossexual*. Também não considerava tal

²⁰ Gagnon cita três estudos: “Fatores da vida sexual de 2.200 mulheres”, de Katherine Davis; “Estudo sobre o casamento”, de George Hamilton, ambos publicados em 1929; e “Mil casamentos”, de Dickinson & Beam, publicado em 1931.

comportamento sexual uma perversão, ou algo condenável. Para Kinsey, não havia correspondência entre o comportamento homossexual e algum tipo de doença, disfunção ou alguma estrutura psíquica particular. Como ressalta P. Robinson, “Kinsey dissolveu a identidade sexual em uma série de orgasmos discretos e avaliou a sexualidade através de análises quantitativas dos orgasmos”²¹ (ROBINSON, 1977, p. 68).

Para Kinsey, seis fontes de orgasmo constituíam o repertório sexual dos indivíduos: masturbação, emissões noturnas, carícias²² heterossexuais, intercurso heterossexual, relações homossexuais e intercurso com animais de outras espécies. E, mais importante, não havia diferença nos orgasmos que eram frutos de diferentes fontes, nem qualitativa, nem fisiológica. Orgasmos provenientes de contato homossexual não apontavam, então, para qualquer peculiaridade psíquica ou física dos indivíduos e não fazia sentido, portanto, falar em um tipo homossexual, ou em um terceiro sexo, como faziam os primeiros sexólogos. Da mesma forma, uma vez que não existia a homossexualidade, não fazia sentido nenhum esforço em determinar suas bases biológicas. A habilidade de responder sexualmente a um estímulo sexual (independentemente do tipo) seria uma capacidade biológica universal (ROBINSON, 1977).

Da especificação de seis fontes produtoras de orgasmos que não diferem qualitativamente resulta outra consequência importante para a sexualidade feminina. Se os orgasmos das diferentes fontes são similares, e se não há vinculação entre comportamento sexual e estrutura psíquica subjacente, então não há distinção entre um orgasmo resultante de estimulação clitoriana e um orgasmo resultante de estimulação vaginal. Nesse sentido, Kinsey se afasta de Freud, que entendia os orgasmos clitorianos como indicadores de uma estrutura psíquica infantil. Esta mesma crítica se aplica à noção freudiana de que a masturbação na vida adulta se relaciona à imaturidade psíquica ou à fixação narcísica da libido. Ao contrário, para Kinsey, a masturbação facilitava a obtenção de prazer sexual no intercurso. Isso significou retirar a importância tradicionalmente atribuída ao pênis para o prazer feminino. Kinsey argumentava que as paredes vaginais não são tão sensíveis quanto o clitóris e a genitália externa e, então, transferir o orgasmo clitoriano para a vagina seria uma impossibilidade biológica (GRONEMAN, 2001; IRVINE, 2005; ROBINSON, 1977).

²¹ Robinson aponta este pressuposto como um ponto de aproximação de Kinsey com o empirismo radical de David Hume e também como o exemplo por excelência de sua tendência comportamental.

²² Em inglês, o termo utilizado é *petting*. Esta é uma palavra de difícil tradução e optamos por *carícias*, na falta de palavra mais exata.

Boa parte do volume destinado às mulheres, *Sexual behavior in the human female* foi dedicado ao problema da similaridade entre o comportamento sexual feminino e masculino. Este é outro ponto que veremos recolocado nos discursos científicos sobre as disfunções sexuais femininas. Posicionando-se contrariamente à ideologia vitoriana da diferença radical entre corpos masculinos e femininos, ele afirmou que tanto a anatomia quanto a fisiologia da resposta sexual eram similares nos dois sexos.

Mas a questão das similaridades e das diferenças entre sexualidade feminina e masculina não é tão simples na obra de Kinsey. Ele dá peso diferente aos fatores que interferem no comportamento sexual em cada caso, e, ao mesmo tempo, afirma a similaridade do funcionamento sexual de homens e mulheres, em termos fisiológicos.²³

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.

1.6 Masters e Johnson e a sexologia: terapia sexual para casais

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

²³ Apontam-se a idade e a classe social como os fatores que interferem de forma contundente no comportamento sexual dos homens, enquanto, no caso das mulheres, tais fatores exerceriam pouca influência. É interessante notar que, para Kinsey, menstruação, gravidez e menopausa não são fatores-chave ou estruturais na sexualidade feminina. Já a religião teria mais influência no comportamento sexual das mulheres do que no dos homens. Outra diferença é relativa à centralidade genital da sexualidade masculina, em oposição à sexualidade feminina, mais difusa, que seria espalhada por todo o corpo. Além disso, as mulheres teriam menos respostas sexuais que os homens; elas teriam menor capacidade sexual. Na sexualidade feminina, as estimulações físicas seriam mais importantes, sendo a excitação desencadeada pelo contato físico, enquanto os homens seriam mais suscetíveis à estimulação visual ou à imaginação.

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. 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 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:

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) ejaculavam, deixando as parceiras “a ver navios”? Como lidar com a impotência? E agora, o que fazer com os milhões de 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, Masters e Johnson calcularam (informalmente) que em meados dos anos 1970 o número de centros de tratamento e clínicas nos Estados Unidos destinados ao tratamento das disfunções sexuais variava entre 3.500 e 5.000 (IRVINE, 2005).

William Masters e Virginia Johnson, ele ginecologista e ela psicóloga, publicaram o *Human sexual inadequacy* em 1970. O livro forneceu um modelo de terapia sexual, com base nas informações da pesquisa sobre o funcionamento sexual que foram publicadas anteriormente no livro *Human sexual response* (1966), dos mesmos autores. 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. O resultado foi a elaboração do ciclo da resposta sexual que se tornaria a grande referência nos estudos científicos da sexualidade (o ciclo é composto por quatro fases psicofisiológicas – excitação, platô, orgasmo e resolução. Voltaremos a este ponto mais adiante). Para Robinson, o caminho da entrevista à observação da atividade sexual dentro de moldes científicos foi, depois de Kinsey, uma conseqüência lógica (ROBINSON, 1977). 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.

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 os não-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 sexuais. Mais próximo do lugar que ocupariam os sexólogos, a partir de meados dos anos 1960, estavam os manuais de casamento.

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,²⁴ e era necessário ter indicação médica. Assim, a relação também estava em jogo, como demonstra a ênfase nas técnicas para melhorar a comunicação do casal. O *setting* terapêutico era composto por dois profissionais, um homem e uma mulher, dupla denominada de *dual team*. Embora tenha sido mais tarde adaptado por outros terapeutas (os casais e os serviços nem sempre estavam disponíveis para um tratamento diário de duas semanas), 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.

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

²⁴ 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.

psicofisiológicas já citadas (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, e afirmam que esta se constitui independentemente da função reprodutiva (GIAMI, 2007). Assim, 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 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).

Não havia nesse momento a constituição de um órgão de regulação da profissão de sexólogo. O *boom* de terapias sexológicas incluía também outras perspectivas diferentes daquelas sugeridas por Masters e Johnson. O campo da sexologia crescia e tensões eram geradas pelas diferentes abordagens, algumas se aproximando da medicina e da ciência, como foi o caso das influenciadas pelo citado casal, enquanto outras exploraram linhas alternativas, que incluíam por vezes sexo com o próprio terapeuta ou vivências de sexo grupal, para citar alguns exemplos mais radicais.

Os terapeutas sexuais se multiplicavam diante da enorme demanda, e como não havia regulação no campo das terapias sexuais, diversos sexólogos temiam que charlatões denegrissem a imagem deste campo em formação. O caso se complica porque os sexólogos têm, em geral, outra formação. Psiquiatras, psicólogos, médicos, educadores, enfim, a sexologia sempre foi constituída por diferentes categorias profissionais, o que a torna um campo de difícil definição e regulação (IRVINE, 2005).

As tentativas de organização, regulamentação e consolidação da profissão são contemporâneas dessa expansão. A partir dos anos 1960 e 1970 surgem diversas associações, publicações e conferências. Títulos de doutorado em sexualidade humana começam a ser emitidos pela Universidade da Pensilvânia, pela Universidade de Nova York, e pelo Institute for Advanced Study of Human Sexology. Além disso, ocorrem, com tensões, tentativas de regulação do campo²⁵ (IRVINE, 2005).

As tensões decorrentes de tentativas de regulação das terapias sexuais evidenciam a presença de alguns 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 nítida separação entre os grupos (IRVINE, 2005; POTTS, 2002). A sexologia científica seria caracterizada pela ênfase nos dados empíricos e nas análises quantitativas e estatísticas, na metodologia científica e na aproximação com o discurso médico. 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.

An impulse toward wellness and wholeness, rather than an emphasis on sickness and dysfunction, characterized the movements of humanistic psychology and holistic healing. The group I call humanistic sexologists simply comprised practitioners who adopted the philosophies and therapeutic innovations that were emerging from an amalgam of alternative traditions within the American counterculture. (IRVINE, 2005, p. 77)

As disfunções sexuais foram listadas no DSM (III) somente em 1980. Nessa versão houve radical modificação do manual como um todo, tanto na terminologia quanto na lógica classificatória. O DSM-I e o DSM-II, lançados em 1952 e em 1968, respectivamente, eram muito influenciados pela psicanálise. Termos utilizados por psicanalistas, como *neurose*, *psicose* ou

²⁵ IRVINE (2005) fornece uma análise detalhada deste processo.

reação, permeiam as primeiras versões e refletem a hegemonia da psicanálise na psiquiatria norte-americana. As patologias especificamente sexuais eram listadas num subgrupo chamado ‘desvios sexuais’ e estavam inseridos no grupo maior dos ‘transtornos da personalidade’.²⁶

No DSM-III houve uma autonomização dos transtornos da sexualidade, que saíram do grupo dos transtornos da personalidade e passaram a compor os transtornos psicosexuais. Não apenas os antigos *desvios sexuais*, agora denominados *parafilias*, faziam parte dos transtornos psicosexuais. Novas patologias sexuais passam a integrar este grupo: os transtornos da identidade de gênero e as disfunções psicosexuais.

A terceira versão, lançada em 1980, significou o fim da hegemonia da psicanálise na psiquiatria americana. A idéia era publicar um manual a-teórico e descritivo, tarefa que teria como base dados empíricos, mas como ressalta Russo, o que estava em jogo era um confronto com a psicanálise. A influência psicanalítica cedia lugar às abordagens organicistas: “não se trata do abandono de *qualquer* teoria etiológica, mas sim de uma teoria da etiologia específica. O pressuposto empiricista implicado em uma posição ‘a-teórica’ – e por isso objetiva – implicou de fato na adoção de uma visão fisicalista da perturbação mental” (RUSSO, 2003, p. 100).

Desde então, outras três versões do manual foram publicadas, o DSM-III-R (1987), o DSM-IV (1994) e o DSM-IV-TR (2000). Em todas as versões as disfunções sexuais são classificadas e definidas de forma similar e em função do ciclo da resposta sexual, embora possamos notar algumas modificações. A última versão (DSM-IV-TR) é idêntica à anterior (DSM-IV) com relação às disfunções sexuais. Há, nas quatro versões, a descrição de cada fase do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução). São descritas as mudanças fisiológicas que acompanham cada fase, sempre de forma similar às descrições de Masters e Johnson e de Helen Kaplan (que participou do grupo de pesquisadores e clínicos responsáveis pela terceira revisão do DSM-III).

No DSM-III e no DSM-III-R, a disfunção sexual é definida como uma inibição: “A característica essencial desta subclasse é a inibição das mudanças da apetitividade ou psicofisiológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual completo” (APA, 1989, p. 307). No DSM-IV e no DSM-IV-TR, o texto é modificado, o termo *inibição* desaparece: “Uma disfunção

²⁶ No caso do DSM-I, os *desvios sexuais* estavam listados como *transtornos da personalidade sociopática* e incluíam homossexualidade, transvestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual. Nesta versão, não havia descrição dos desvios sexuais. Eles eram apenas listados e caracterizados como “comportamentos patológicos”. Na versão seguinte já há uma descrição de cada desvio, aos quais foram acrescentados exibicionismo e voyeurismo, e no lugar de sadismo sexual foram especificados o sadismo e o masoquismo (RUSSO, 2003).

sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo da resposta sexual ou por dor associada com a relação sexual” (APA, 2002, p. 511).

Essa alteração é acompanhada por mudanças na nomenclatura. Na versão de 1980, o termo *inibido* aparece em metade das disfunções listadas, e nas versões posteriores aparece o termo ‘transtorno’ (*disorder*, no original). Outra diferença da terceira versão com relação às posteriores é que encontramos o termo ‘disfunção psicosssexual’, enquanto nas versões posteriores está ‘disfunção sexual’. No DSM-III são especificadas as seguintes disfunções psicosssexuais:

1. desejo sexual inibido
2. excitação sexual inibida
3. orgasmo feminino inibido
4. orgasmo masculino inibido
5. ejaculação precoce
6. dispareunia funcional
7. vaginismo funcional
8. disfunção psicosssexual atípica

Na versão seguinte, no DSM-III-R, o prefixo *psico* desaparece e o vaginismo e a dispareunia deixam de ser qualificados como funcionais. As disfunções sexuais aparecem agrupadas de acordo com a fase do ciclo da resposta sexual que supostamente perturba. É acrescentada uma nova disfunção do desejo – o transtorno de aversão sexual – e o diagnóstico de excitação sexual inibida foi desdobrado em transtorno de excitação sexual feminina e transtorno de ereção masculina. São especificadas as seguintes disfunções sexuais no DSM-III-R:

- A. **transtornos de desejo sexual:**
 1. transtorno do desejo sexual hipoativo
 2. transtorno de aversão sexual
- B. **transtornos de excitação sexual:**
 3. transtorno de excitação sexual feminina
 4. transtorno de ereção masculina
- C. **transtornos de orgasmo:**
 5. transtorno do orgasmo feminino inibido

6. transtorno do orgasmo masculino inibido

7. ejaculação precoce

D. transtornos sexuais dolorosos:

8. dispareunia

9. vaginismo

E. (10) “disfunção sexual” sem outra especificação

No DSM-IV e no DSM-IV-TR, não há alterações relativas aos transtornos de desejo sexual, aos transtornos de excitação sexual e aos transtornos sexuais dolorosos. As novidades do DSM-IV (e DSM-IV-TR) envolvem os transtornos do orgasmo (que perdem o termo ‘inibido’) e a introdução de dois novos tipos de disfunção sexual, as induzidas por substâncias e as que são resultado de uma condição médica (comorbidade). São listadas as seguintes disfunções sexuais no DSM-IV e no DSM-IV-TR:

A. transtornos de desejo sexual:

1. transtorno do desejo sexual hipoativo

2. transtorno de aversão sexual

B. transtornos de excitação sexual:

3. transtorno de excitação sexual feminina

4. transtorno de ereção masculina

C. transtornos de orgasmo:

5. transtorno do orgasmo feminino

6. transtorno do orgasmo masculino

7. ejaculação precoce

D. transtornos sexuais dolorosos:

8. dispareunia

9. vaginismo

E. (10) “disfunção sexual” devido a ... (indicar uma condição médica geral)

F. (11) “disfunção sexual” induzida por substância

G. (12) “disfunção sexual” sem outra especificação

1.7 Anos 1980: da impotência à disfunção erétil

Masters e Johnson afirmavam que os fatores psicológicos e relacionais são determinantes na maioria dos casos de disfunções sexuais, e que nestes casos o tratamento adequado é uma terapia sexual de base comportamental. No entanto, a formulação do ciclo da resposta sexual e também a utilização de uma linguagem médico-científica abriram caminho para abordagens organicistas e favoreceram um alinhamento da sexologia com a medicina (IRVINE, 2005).

A imagem de um casal formado por uma psicóloga e um médico é apropriada. A medicalização das disfunções sexuais passa por um jogo de estratégias psico-médico-científicas. Enquanto na década de 70 a sexologia foi marcada pela hegemonia do lado *psi* nas explicações e no tratamento das disfunções sexuais, já estava lá todo um domínio, deixado um pouco de lado, o das disfunções orgânicas. Assistiu-se, nas décadas seguintes, à configuração de um campo que viria a ser denominado de ‘medicina sexual’, com a presença marcante dos urologistas, mas também de outras especialidades médicas.

Os estudos científicos sobre a sexualidade multiplicaram-se a partir dos anos 1980. Quando isso aconteceu, foi em torno do funcionamento sexual dos homens (ou seja, tanto da função sexual quanto das disfunções sexuais) que boa parte desse conhecimento se construiu. A utilização de tecnologias biomédicas foi central para modificações nos discursos sobre as disfunções sexuais, sobretudo a partir da citada década.

A introdução do teste de tumescência noturna (NTP) e as injeções indutoras de ereção são alguns exemplos de tecnologias que tiveram participação importante num processo mais amplo que modificou a compreensão, definição e o tratamento das disfunções sexuais e que se acentuaria com o lançamento do Viagra, em 1998. O NTP é um instrumento que mede as ereções noturnas, tanto em número quanto em intensidade. O teste foi utilizado 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.

Surgem a partir do final dos anos 1970 e ao longo dos anos 1980, diversos artigos e pesquisas dedicados ao problema do diagnóstico diferencial, nos quais são avaliados testes

psicométricos, entrevistas, o teste NTP, entre outras técnicas que poderiam ser úteis na distinção classificatória.²⁷

Quando, na década de 80, um pesquisador demonstrou diante de uma platéia lotada que uma injeção era capaz de induzir a ereção, isso foi tomado como prova da existência de um mecanismo fisiológico que poderia funcionar de forma independente dos fatores psicológicos. Os estudos sobre a influência de condições médicas sobre as disfunções sexuais, com destaque para a diabetes, se multiplicaram nos anos 1980. Indicam a transformação do campo os estudos sobre comorbidade, com amostras que incluíam pacientes com diagnósticos de diabetes, depressão, doenças cardíacas ou problemas com álcool, além da multiplicação de artigos que investigavam a (psico)fisiologia da disfunção sexual.

A ênfase se deslocava para as temáticas relacionadas à base biológica das disfunções sexuais. O caso das dificuldades eréteis é emblemático. A impotência era vista, hegemonicamente, como um problema psicogênico. No final da década de 1970, e ao longo da década de 80, há uma mudança nesta visão e fatores biológicos passam a ser tomados, na maior parte dos casos, como determinantes. Na literatura sobre o assunto, percebe-se que não se trata mais de um “homem impotente”, é um “organismo com uma disfunção da capacidade erétil” que está em questão. O vocabulário utilizado e os tratamentos propostos acompanham essa tendência. A substituição do termo ‘impotência’ por ‘disfunção erétil’ dá pistas sobre esse processo. A partir daí, a nova nomenclatura é rapidamente adotada, sem debates ou resistências. Acompanha tal denominação uma visão simplificada da função sexual masculina, centrada na genitalidade e que concebe a ereção como um fenômeno basicamente fisiológico. Visão que supõe “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 uma função do organismo de um indivíduo, em oposição a concepções que privilegiam o papel de

²⁷ Somente no *ASB* foram publicados os seguintes artigos: “The role of nocturnal penile tumescence in differentiating between organic and psychogenic impotence: the first stage of validation” (1981), v. 10, n. 1; “Psychometric differentiation of biogenic and psychogenic impotence” (1983), v. 12, n. 6; “Preliminary observations of the utility of portable NPT” (1984), v. 13, n.6; “Nocturnal penile tumescence and penile responses in the waking state in diabetic and nondiabetic sexual dysfunctionals” (1985), v. 14, n.2; “Use of sexual history to differentiate organic from psychogenic impotence” (1987), v. 16, n. 2; “A comparison of Nocturnal Penile Tumescence and penile response to erotic stimulation during waking states in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties” (1988), v. 17, n.4; “An evaluation of the Minnesota Multiphasic Personality inventory as a discriminator of primary organic and primary psychogenic impotence in diabetic males” (1989), v. 18, n.2.

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).

A produção científica e as explicações para o comportamento humano veiculadas pela mídia e difundidas no senso comum, desde a década de 80, têm sido marcadas por uma ênfase em aspectos biológicos. Para David Healy, 1980 é o ano em que um novo *self* biomédico efetivamente nasce (HEALY, 2002, *apud* TIEFER, 2006). É nesse período que a psiquiatria se estabelece hegemonicamente em um modelo biomédico e psicofarmacológico.

Trata-se de um contexto social específico de progressiva interpretação biologizante dos comportamentos que até então vinham sendo descritos por meio de um vocabulário *psi* (RUSSO, 2003). Alain Ehrenberg chama a atenção para o alargamento ocorrido no campo das neurociências, por volta dos anos 1980, com a incorporação do estudo das emoções, dos comportamentos sociais e dos comportamentos morais (EHRENBERG, 2004). Ele identifica estes estudos como projetos na direção de uma biologia da consciência ou uma biologia do espírito.

As décadas seguintes não retrocederam o processo de valorização da esfera biológica para responder a todo tipo de comportamento, condição ou mesmo emoções. Não se pode deixar de lembrar que a década de 90 foi proclamada nos EUA como a ‘década do cérebro’. Nesse contexto, as neurociências e as ciências cognitivas apresentaram um crescimento exponencial e um prestígio notável tanto no meio acadêmico quanto entre o público em geral. O projeto neurocientífico ganhou um estatuto monumental com a difusão da crença de que somos um cérebro, ou de que principalmente no cérebro estão nossas experiências subjetivas. Diferentemente do estudo dos outros órgãos, passa-se a acreditar que o estudo do cérebro poderá responder a questões provenientes das mais variadas esferas da subjetividade, uma esperança que talvez só encontre similar nos estudos da genética humana. Alguns autores sugerem que esta concepção do ser humano, em que o cérebro é o âmago da subjetividade, tenha dado origem a uma figura antropológica, o *sujeito cerebral* (EHRENBERG, 2004; VIDAL, 2005).

Mas a ênfase no cérebro não retira o investimento das pesquisas sobre o funcionamento biológico do corpo humano, pelo contrário. O aumento exponencial dos estudos centrados na fisiologia peniana se insere nesse quadro geral. Essa história culminou no lançamento do Viagra (1998), medicamento dedicado ao tratamento da disfunção erétil – verdadeiro fenômeno mundial,

amplamente coberto pela mídia e com vendas espantosas. É notável a recepção favorável ao medicamento pela comunidade médica, pelos sexólogos, pela mídia e pelo público em geral.

Esta cronologia vale apenas para os estudos sobre a fisiologia sexual masculina, ou função sexual masculina. No caso das mulheres, tais estudos demoraram mais alguns anos para se difundir: “O fato é que, desde o trabalho inicial de William H. Masters e Virginia E. Johnson [...], em 1966, tem havido muita pesquisa psicológica, mas quase nenhuma médica, sobre a resposta sexual das mulheres” (BERMAN; BERMAN, 2003). Esse quadro começou a se modificar a partir do final dos anos 1990. O fenômeno Viagra²⁸ foi um ponto de corte para a história das disfunções sexuais femininas.

1.8 Final dos anos 1990: novos elementos transformam a matriz

A medicalização da sexualidade feminina ganhou novos contornos a partir do final dos anos 1990. Após o sucesso de vendas do Viagra, houve uma rápida proliferação de artigos, livros e encontros sobre as disfunções sexuais femininas (DSFs). Quando isto aconteceu, ficou evidente que as investigações sobre função e disfunção sexual masculinas eram muito mais numerosas do que aquelas sobre função e disfunção sexual feminina. Assim, no momento em que a fisiologia peniana já havia sido bastante compreendida e descrita, quando as ereções passaram a ser induzidas por um medicamento administrado pela via oral, os estudos sobre a fisiologia sexual feminina eram pouco numerosos, nada comparável aos estudos da fisiologia peniana.

Desde a última década do século XX, os estudos sobre a função sexual feminina são cada vez mais numerosos, como também o são os estudos sobre as diferentes DSFs, os debates sobre os critérios classificatórios e tratamento. Foram ainda criadas organizações destinadas ao estudo da saúde sexual das mulheres e clínicas abertas exclusivamente para tratar as DSFs.

A busca por um medicamento similar ao Viagra destinado às mulheres tem mobilizado profissionais de diferentes disciplinas e gerou intenso debate sobre o envolvimento da indústria farmacêutica na produção biomédica. Diversos autores destacam que este processo vem sendo amplamente patrocinado pelas indústrias farmacêuticas, o que seria problemático devido ao que chamam de ‘conflitos de interesse’.

²⁸ Há um número dedicado às discussões acerca do fenômeno Viagra no periódico *Sexualities*, terceiro número do nono volume.

Estes pesquisadores criticam o que chamam de *overmedicalization* e debatem a relação entre interesses econômicos e criação de categorias diagnósticas. E destacam que é conveniente, para os interesses da indústria de medicamentos, difundir visões naturalizadas da sexualidade, nas quais as DSFs são vistas sobretudo como alterações fisiológicas, pois a consequência dessa formulação é a criação de uma demanda por medicamentos que tratem a nova patologia. Leonore Tiefer organizou, a partir do ano 2000, uma campanha denominada *A new view of women's sexual problems*, que reuniu diversos pesquisadores, ativistas feministas, jornalistas, entre outros. O grupo elaborou um manifesto em oposição à medicalização da disfunção sexual feminina, publicou um livro com o mesmo nome (2001) e criou um *site* para divulgação da campanha – na página inicial, o visitante é saudado com o seguinte texto:

The New View Campaign was formed in 2000 as a grassroots network to challenge the distorted and oversimplified messages about sexuality that the pharmaceutical industry relies on to sell its new drugs.

The pharmaceutical industry wants people to think that sexual problems are simple medical matters, and it offers drugs as expensive magic fixes. But sexual problems are complicated, sexuality is diverse, and no drug is without side effects.

The goal of the New View Campaign is to expose biased research and promotional methods that serve corporate profit rather than people's pleasure and satisfaction. The Campaign challenges all views that reduce sexual experience to genital biology and thereby ignore the many dimensions of real life.

The New View Campaign is devoted to education, activism, and empowerment. We invite you to benefit from the information on this website, and we invite your support and participation.

(<http://www.fsd-alert.org>, acesso em 15/03/2008)

É muito interessante notar que logo que surgem abordagens organicistas da (dis)função sexual feminina, ocorrem resistências ao processo, diferentemente da reação ao processo de medicalização da sexualidade masculina na década de 80 e intensificado nas seguintes, com o lançamento de medicamentos destinados à disfunção erétil. Ray Moynihan, por exemplo, abre o artigo “The making of a disease: female sexual dysfunction” afirmando que:

Um grupo de pesquisadores com ligações íntimas com as companhias farmacêuticas está trabalhando com colegas da indústria farmacêutica para desenvolver e definir uma nova categoria de doença humana, em encontros pesadamente patrocinados pelos laboratórios que correm para desenvolver novas drogas (MOYNIHAN, 2003, p. 45 - tradução nossa).

Este processo de fabricação e divulgação de uma doença com a finalidade de preparar o mercado (tanto os médicos como o público-alvo) para o consumo de produtos farmacêuticos é chamado de *disease mongering* (promoção ou fabricação de doenças) por pesquisadores como Moynihan.

Os primeiros encontros científicos cujo tema é a DSF ocorreram no final da década de 90 e, de fato, um olhar sobre estes encontros evidencia as relações entre a institucionalização das DSFs e a produção de medicamentos.

Em 1997, foi realizada uma conferência que teve como tema geral *Sexual Function Assessment in Clinical Trials*. O objetivo do encontro foi o de fomentar a colaboração entre pesquisadores da sexualidade e os laboratórios farmacêuticos (MOYNIHAN, 2003). Essa conferência é apontada como um divisor de águas na história da disfunção sexual feminina (TIEFER, 2006), por ter promovido a formalização das relações entre profissionais atuantes na esfera da sexualidade e a indústria farmacêutica. Raymond Rosen, que presidiu o encontro, informa que os laboratórios farmacêuticos patrocinaram o evento e que foram convidados apenas pesquisadores com experiência ou com especial interesse em trabalhar em colaboração com a indústria farmacológica (MOYNIHAN, 2003).

As discussões e apresentações do encontro foram publicadas no ano seguinte num número suplementar do antigo *International Journal of Impotence*, atualmente *Journal of Sexual Medicine* (TIEFER, 2006). Esta modificação no nome do periódico mostra como se passa da medicalização da sexualidade masculina à feminina, pois o novo nome, com a expressão *sexual medicine*, permite incluir também os estudos sobre função e disfunção sexual de mulheres. Ao mesmo tempo, demonstra a institucionalização e consolidação da medicina sexual, um desdobramento do alinhamento da sexologia com a medicina, iniciado com Masters e Johnson.

Em outubro de 1998, foi realizado o *International consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*, em Boston. Esse encontro foi realizado a portas fechadas e teve como objetivo a definição conceitual das DSFs. A publicação dos resultados do consenso teve apoio de oito companhias farmacêuticas.²⁹ Do consenso surgiu um documento com propostas de alterações nos critérios das classificações vigentes (CID e DSM) e com orientações e identificação de áreas de interesse para pesquisas. As definições acordadas

²⁹ Eli Lilly/ICOS Pharmaceuticals, Pentech Pharmaceuticals, Pfizer Inc., Procter and Gamble, Schering-Plough, Senetek, Solway Pharmaceuticals, TAP pharmaceuticals e Zonagen (BASSON *et. al.*, 2000).

nesse encontro se tornaram referência e ponto de passagem obrigatório em qualquer debate sobre classificação das DSFs: “Depois de 17 horas de discussão e debate, o painel aprovou por unanimidade as quatro classificações de ‘disfunção sexual’ feminina, que rapidamente estão se tornando padrão em nossa área” (BERMAN; BERMAN, 2003, p. 106).

Merece destaque o fato de que o encontro foi promovido pela American Foundation for Urologic Disease, que houve um encontro preparatório anterior ao consenso, em agosto do mesmo ano, na ocasião do encontro bianual da International Society of Impotence e que os resultados do consenso foram publicados num periódico especializado em impotência (BASSON *et al.*, 2000). Verificamos, assim, a importância da atuação dos urologistas na definição das DSFs.

No artigo que contém os resultados do encontro, encontramos referência ao surgimento de um campo de investigações sobre as DSFs, no qual os principais pesquisadores, os *experts* ou *thought leaders* são aqueles que se articulam aos laboratórios farmacêuticos: “*All panelists were selected on the basis of research or clinical expertise in female sexual dysfunction as well as their position as ‘thought leaders’ in this emerging field*” (BASSON *et al.*, 2000). Dezoito dos 19 autores da nova definição eram diretamente relacionados com os laboratórios farmacológicos, como se observa claramente no artigo – pois ao lado do nome de cada um dos autores aparece um asterisco que remete à seguinte nota:

Financial interest and/or other relationship with Affiliated Research Centers, Astra, Bayer AG, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Fournier Group, Glaxo Wellcome, Lilly/ICOS, Matrix Pharma, NexMed, NitroMed, Pentech, Pfizer Canadá Ltd., Pfizer UK, Pharmacia & Upjohn, Procter & Gamble, Schering-Plough, Senetek, Shwarz-Pharma, Solvay Pharmaceuticals, Syntec, Syntex, TAP Pharmaceuticals, Vivus and/or Zonagen. (BASSON *et al.*, 2000)

Em 1998, ainda, foi criado o Female Sexual Function Forum (FSFF)³⁰ e também a primeira clínica dedicada à Saúde Sexual das Mulheres, aberta por Irwin Goldstein.³¹ Também nesse ano a urologista Jennifer Berman (ex-aluna de Irwin Goldstein) abriu, com sua irmã psicoterapeuta, Laura Berman, na Universidade da Califórnia (LA) (Ucla), uma clínica dedicada

³⁰ O FSFF tem um *site*: www.womenssexualhealth.com. Nele, encontramos definições da FSD (Female Sexual Dysfunction), um glossário com termos associados, além de outras informações. A abordagem organicista é gritante, e se expressa nos tipos de tratamento listados: reposição hormonal, o *EROS-CTD* (um aparelho destinado a aumentar a circulação sanguínea genital, aprovado pela FDA) e produtos de lubrificação vaginal.

³¹ Irwin Goldstein, que até então havia se dedicado ao estudo e tratamento da disfunção erétil, passa a se dedicar às DSFs e se torna o pesquisador-chave na área. Além de ter aberto a primeira clínica dedicada à Saúde Sexual das Mulheres, presidiu encontros sobre as DSFs e é editor do *Journal of Sexual Medicine*.

à saúde sexual feminina: “Abrimos nossas portas no verão de 1998 e não tivemos mais tempo para respirar. A clínica foi uma das primeiras do país a oferecer um tratamento abrangente, tanto fisiológico quanto psicológico, a mulheres que sofriam de ‘disfunção sexual’” (BERMAN; BERMAN, 2003). A dupla ficou muito conhecida com as constantes aparições na mídia e Laura Berman chegou a ter seu próprio programa de aconselhamento sexual na televisão, em 2006 (TIEFER, 2006). Elas lançaram em 2001 o livro *Só para mulheres*, traduzido para o português em 2003.

Em 1999, foi realizado o encontro “Perspectives in the management of female sexual dysfunction”, realizado na Escola de Medicina da Universidade de Boston e presidido por Irwin Goldstein. Desta vez, 16 laboratórios farmacêuticos financiaram o encontro (TIEFER, 2006). No mesmo ano, aconteceu o segundo encontro do *FSFF* (ROSEN, R.; GOLDSTEIN, 2002). Algumas das apresentações desse encontro foram publicadas no número especial do *Archives of Sexual Behavior*, dedicado à sexualidade feminina, em 2002. Os encontros continuam sendo realizados ano a ano. Além disso, a indústria farmacêutica também financia programas de educação médica continuada sobre as disfunções sexuais (FISHMAN, 2004).

Ao mesmo tempo, diversos produtos foram (na verdade estão sendo ainda) desenvolvidos pelos laboratórios farmacêuticos para tratar as DSFs. *Sprays*, cremes, estimuladores de clitóris (o EROS-CTD³² 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 Hipotativo de mulheres que retiraram os ovários ou o útero.

1.9 Disfunção sexual feminina ou disfunções sexuais femininas?

Não há, então, apenas uma disfunção sexual feminina, mas várias. Percebemos que foi somente a partir dos anos 1990 que se passou a utilizar o termo de maneira unificada – a disfunção sexual feminina. Mesmo assim, quando pesquisadores e clínicos passam a falar sobre a

³² Aparelho destinado ao tratamento da disfunção sexual feminina, que tem como objetivo estimular, através de sucções, a vascularização da região genital. No *site* do produtor, encontramos a seguinte descrição: “*The Eros Therapy is a small, handheld medical device that improves sexual responses by increasing blood flow to the clitoris and external genitalia. A small, soft plastic cup is placed over the clitoris. When the Eros is turned on, a gentle vacuum is created, increasing blood flow to the genitalia causing the clitoris to become engorged. Increased blood flow to the genitalia results in increased vaginal lubrication and enhanced ability to achieve orgasm. The Eros Therapy received FDA clearance-to-market in April 2000*”. Ver <<http://www.urometrics.com/products/eros>> acesso em 10/02/2008.

disfunção sexual feminina, são as diferentes disfunções sexuais femininas, as disfunções do desejo, as disfunções da excitação, as disfunções do orgasmo e as disfunções de dor (vaginismo e dispareunia) que estão agrupadas num termo totalizador.

A unidade contida no termo também não reflete acordo sobre suas causas ou sobre os critérios para classificação. Objeto de investigação de diversos campos de saber, são múltiplas as explicações e concepções sobre as DSFs. Ao longo deste texto, utilizamos a sigla DSFs (disfunções sexuais femininas) para nos referirmos a essas categorias, que mesmo sendo explicadas de diferentes formas foram em geral definidas como perturbações ou inibições do ciclo da resposta sexual. Há, desde o ano 2000, uma série de pesquisadores que têm apresentado críticas em relação a esta maneira de definir os problemas sexuais de mulheres. Eles pretendem apresentar uma nova visão que fuja à restrição ao ciclo da resposta sexual e que utilize, ao invés do termo ‘disfunção sexual’, a expressão ‘problemas sexuais’. Mesmo nestes casos, encontramos no resumo, no título ou no corpo do próprio artigo diversas vezes ‘disfunção sexual’, o que evidencia que os textos sobre DSFs incluem também artigos que se opõem à utilização do termo ‘disfunção’.

Optar por DSFs foi difícil. Vale ressaltar que tal expressão (disfunções sexuais femininas, no plural) não é encontrada nos textos a que tivemos acesso ao longo da pesquisa, tanto nos *ASB* quanto em outros textos sobre o tema. Nestes artigos encontramos ou a especificação de determinada disfunção (como disfunção do orgasmo ou desejo sexual inibido) ou ‘disfunção sexual feminina’ (no singular), sobretudo a partir dos anos 1990, conforme explicitado. Mas a utilização do termo unificado, a partir dessa data, convive com a utilização das categorias especificadas. Assim, vemos congressos e programas de educação médica continuada dedicados à disfunção sexual feminina e ao mesmo tempo diversos artigos, ou apresentações em tais congressos, dedicadas especificamente a uma disfunção.

E ainda gostaríamos de enfatizar que ‘disfunção sexual’ é um termo nativo, isto é, amplamente empregado pelos autores dos artigos.³³ Optamos, portanto, por empregar a classificação do próprio campo em análise, o que não quer dizer, necessariamente, que estamos

³³ Em todos os artigos pesquisados, encontramos no título, no artigo ou no resumo o termo ‘disfunção sexual’ ou alguma categoria diagnóstica relacionada (como disfunção do orgasmo, dispareunia, etc.). Isso é válido também para artigos que questionam ou se opõem à utilização de ‘disfunção’ devido a suas conotações médicas ou reducionistas (que reduziriam problemas sexuais às disfunções do ciclo da resposta sexual).

afirmando a existência de fato de disfunções sexuais femininas (ou disfunções sexuais masculinas).

Conforme discutimos antes, a maneira de nomear e classificar doenças faz parte de um processo complexo que envolve disputas profissionais, interesses comerciais, concepções de pessoa e gênero e a produção de novos modos de ser e de compreensão de si mesmos para as pessoas passíveis de classificação. Neste sentido, o uso que fazemos da terminologia do campo (que chamamos de nativa) não se dá de forma ingênua ou acrítica.

O uso de outros termos, como ‘problemas sexuais’ ou ‘perturbações’, também não estaria isento de aporias, já que, como veremos no capítulo IV de nosso estudo, o termo ‘problemas’ faz parte das disputas internas do campo. Além do que, problemas são problemas, não se tratando, portanto, de uma palavra neutra. O mesmo se poderia dizer de ‘perturbações’. Daí a opção pelo uso do termo nativo no plural, entendendo que o mesmo se refere a determinadas vicissitudes da sexualidade feminina que são classificadas como disfunções, cientes de que esta é uma opção metodológica, que não remete a um discurso homogêneo, mas a um campo comum de formações discursivas.

2. AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO *ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR*: A PESQUISA

2.1 Sobre o *Archives of Sexual Behavior*

Em 1971 foi fundado o *Archives of Sexual Behavior (ABS)*, periódico científico internacional pesquisado nesta dissertação. O *ASB* é um periódico comprometido com a divulgação de estudos científicos sobre a sexualidade. Não encontramos, por exemplo, nem sequer um artigo sobre técnicas bioenergéticas, terapias psicanalíticas ou relatos de *workshops*, nem referências às abordagens humanistas nas descrições das terapias sexuais. A aspiração científica do *ASB* relaciona-se aos objetivos do órgão que o publica, a *International Academy of Sex Research*. No *website* da Academia, encontramos a seguinte mensagem:

The International Academy of Sex Research is a scientific society whose objectives are the promotion of high standards of research and scholarship in the field of sexual behavior by fostering communication among scholars engaged in such research. IASR promotes the dissemination of research through its annual meeting and publication of the journal Archives of Sexual Behavior. (http://www.iasr.org; acesso em: 25/09/07)

A preocupação com mensurações objetivas, as análises estatísticas presentes na maioria dos artigos, as temáticas abordadas, a metodologia das pesquisas, o vocabulário utilizado e as referências bibliográficas indicam a filiação ao campo de estudos da sexualidade que se pretende empírico e científico. 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 nossa).

2.2 Método

Foi realizado um levantamento de artigos do *ASB*, cujos títulos ou resumos contivessem termos relacionados a disfunções sexuais, inadequações sexuais, dificuldades sexuais, problemas sexuais, ou correlatos. Não foram incluídos artigos que discorressem sobre as parafilias (antigas perversões sexuais) ou os transtornos de identidade de gênero, bem como aqueles que se referiam à função sexual normal.³⁴ O levantamento foi realizado a partir do *site Springerlink*, e o acesso

³⁴ Artigos sobre tais temas somente foram incluídos se apresentassem no título ou resumo os termos buscados (disfunções sexuais, inadequações sexuais, etc.).

foi feito através do portal da Capes (www.periodicos.capes.gov.br). No *site* é possível acessar os títulos de todos os artigos já publicados e o resumo da maioria.

Todos os volumes publicados foram pesquisados, o que compreende o período entre 1971 e 2007. No total, foram publicados 36 volumes e 212 números.³⁵ Na década de 70, foram publicados em torno de 340 artigos; na década de 80, 440 artigos; e nos anos 90, 350. Entre 2000 e 2007, o total de artigos publicados foi de 406.³⁶

Elaborou-se um banco de dados (programa SPSS, versão 11.0) com as informações contidas nos artigos. Neste banco foram inseridas o que chamaremos de ‘informações primárias’ e ‘informações secundárias’, sendo as primeiras referentes a dados disponibilizadas no artigo, e as segundas os dados referentes a classificações realizadas pela equipe da pesquisa, a partir da leitura ora do título, ora do resumo, ora do artigo. Nas informações primárias encontramos o título do artigo, o volume, o número e o ano de publicação, os autores, suas instituições e países. Foram inseridos no banco até cinco autores de um mesmo artigo³⁷ e as instituições correspondentes aos mesmos – tais instituições aparecem, nos artigos, ao lado do nome do autor. As informações secundárias foram criadas com o objetivo de auxiliar na análise dos temas abordados e para realizar um mapeamento das áreas de conhecimento dos autores. Há três tipos de informações secundárias no banco: o tema geral do artigo, a área de conhecimento da instituição do autor e o gênero abordado (se o artigo era sobre a disfunção sexual de homens ou mulheres).

Quanto ao *gênero*, os artigos foram divididos inicialmente em quatro categorias: ‘mulher’, ‘homem’, ‘casal’ e ‘mulher-e-homem’. A categoria ‘casal’ foi desmembrada em três outras (‘casal com ênfase no homem’, ‘casal com ênfase na mulher’ e ‘casal com ênfase não especificada’) somando seis grupos. O artigo foi incluído na categoria ‘mulher’ se um problema sexual da mulher (categoria já explicitada antes) fosse o foco do artigo; na categoria ‘homem’, se um problema sexual do homem fosse o foco. O artigo foi incluído na categoria ‘casal’ toda vez em que o parceiro sexual fosse objeto de investigações, fornecesse informações à pesquisa ou participasse de alguma etapa do tratamento, mesmo que a discussão se centrasse na disfunção,

³⁵ O primeiro volume (1971) e o segundo (1972) contêm, cada um, quatro números. O terceiro volume contém seis números e corresponde aos anos 1973 e 1974. A partir de 1975, cada volume passou a conter seis números.

³⁶ Não foram contabilizados como artigos os editoriais, as cartas ao editor e os textos incluídos nas seções *announcements, important award, research conference announcement; preface; epilogue; editor's note; erratum; dedication; response e book reviews*.

³⁷ Há 18 artigos entre os 164 com mais de cinco autores. Tais artigos foram assinalados no banco de dados.

problema ou tratamento do homem ou da mulher, especificamente. Os artigos da categoria ‘casal’ foram agrupados segundo a ênfase em problemas sexuais femininos, ênfase nos problemas sexuais masculinos ou ênfase não especificada. Os artigos da categoria ‘mulher-e-homem’ incluíram, por exemplo, a incidência da diabetes numa amostra composta de homens e mulheres com disfunção sexual.

A classificação do *tema* foi feita com base no título. Quando não foi possível classificar o artigo pelo seu título, foram consultados os resumos, as palavras-chave (indicadas no final do resumo) ou lido o texto do artigo para se concluir sobre que tema abordava. As categorias temáticas foram criadas a partir da verificação da recorrência de determinados assuntos.³⁸ Isso quer dizer que não se partiu de nenhuma categoria predeterminada e que as mesmas foram surgindo do contato com o material pesquisado. A cada artigo atribuiu-se um ou dois temas.

Como foi dito, cada artigo do *ASB* indica a instituição à qual os autores estão vinculados, o que permite mapear as áreas de conhecimento relacionadas aos departamentos ou institutos citados. Foi criada então a categoria ‘área de conhecimento’, com o objetivo de analisar os campos de saber envolvidos. Por exemplo, no artigo “The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction”, aparece a seguinte instituição: Dep. of Psychology, University of Oregon, Eugene, Oregon, USA. O artigo foi classificado na área de psicologia. Sempre que havia mais de uma especificação, foi considerada a instituição englobante (ou globalizadora). Assim, no artigo “Pituitary gonadal system function in patients with erectile impotence and premature ejaculation”, a instituição especificada foi a Clinical Chemistry, Max Planck Institute for Psychiatry. A *clínica química* está dentro de um instituto de psiquiatria que foi considerado a categoria globalizadora, e a instituição foi classificada na área de psiquiatria.

Para classificar as instituições utilizamos as seguintes categorias: ‘psiquiatria’, ‘medicina’,³⁹ ‘psicologia’, ‘sexualidade’, ‘ciências sociais’, ‘hospital/centro-médico’, ‘saúde – outros’, ‘estatística’, ‘biometria / estatística’ e ‘outros’.

Incluímos a categoria ‘hospital/centro-médico’ entre as áreas de conhecimento, pois em muitos artigos esta era a única pista da área de conhecimento da instituição. Como trabalhamos com as categorias ‘psicologia’, ‘psiquiatria’ e ‘medicina’, pareceu incorreto incluir os artigos enviados por autores vinculados aos hospitais ou centros médicos na categoria ‘medicina’. Isso

³⁸ As categorias estão especificadas na página 61.

³⁹ Posteriormente, foram especificadas as especialidades médicas contidas neste grupo.

poderia provocar um *inchaço* da categoria ‘medicina’ com artigos que possivelmente foram escritos por psicólogos ou outros profissionais que atuam em tais instituições.

A categoria ‘psiquiatria’ foi separada da ‘medicina’ para fins de análise, uma vez que, num primeiro olhar sobre o material, já era evidente a alta frequência de instituições ligadas à psiquiatria.

A categoria ‘sexualidade’ incluiu as instituições que fizeram menção à sexualidade, como Institute for Advanced Study of Human Sexuality, por exemplo. O Masters & Johnson Institute foi incluído nesta categoria.

A leitura de todos os artigos permitiria uma comparação entre a maneira como as disfunções sexuais foram abordadas quando se tratava de disfunções de homens e de mulheres mas, devido ao grande número de artigos levantados (164 ao todo), apenas uma parte foi selecionada para leitura (pretendemos proceder a uma análise comparativa em trabalhos posteriores). Esse recorte foi feito a partir da categoria ‘gênero’.

Apenas os artigos classificados nas categorias ‘mulher’ e ‘casal com ênfase na mulher’ foram selecionados para leitura. Os dados obtidos através das informações primárias/secundárias dos artigos incluídos nas demais classificações de ‘gênero’ serão utilizados para localizar os artigos sobre disfunções sexuais femininas (DSFs) no quadro geral das áreas de conhecimento e dos temas de todas as publicações sobre disfunções sexuais.

2.3 Resultados

Para fins de análise e/ou visualização, os resultados serão apresentados por décadas. Reconhecemos que analisar os dados a partir deste recorte é uma decisão arbitrária, pois qualquer outro critério poderia ter sido utilizado.

Tendo esta reflexão em vista, ao longo do trabalho investigamos a distribuição por ano, para mapear possíveis rupturas ou cortes que ficariam pouco claros nos grupamentos por década e, nestes casos, a análise não se prendeu às décadas.

Foram levantados 164 artigos (todos listados na bibliografia primária, ao final), publicados no *ASB* entre 1971 e 2007, com termos relacionados, no título ou no resumo, a disfunções sexuais, inadequações sexuais, problemas sexuais, dificuldades sexuais, ou correlatos.

A distribuição dos artigos por década encontra-se na Tabela 1:

TABELA 1: Proporção de artigos sobre disfunções sexuais no *ASB*, segundo a década de publicação

Década de Publicação	Nº total de artigos	Artigos sobre disfunções sexuais	
		n	%
1971-1980	340	35	10,2
1981-1990	440	39	8,9
1991-2000	350	25	7,1
2001-2007	406	65	16
TOTAL	1.536	164	10,7

Percebe-se que o número de artigos sobre disfunções sexuais aumentou bastante a partir dos anos 2000, passando de **35** para **65**. Quando estes números absolutos são ponderados com o total de artigos publicados em cada década, percebemos que entre 1971 e 1980, 10,2% dos artigos publicados no *ASB* são sobre disfunções sexuais, entre 1981 e 1990, 8,9% e entre 1991 e 2000, 7,1%. Ou seja, até a década de 1990, o espaço destinado aos artigos sobre disfunções sexuais diminuiu progressivamente no *ASB*. Já entre 2001 e 2007 houve um aumento abrupto, e os artigos relacionados às disfunções sexuais ocupam 16% do total dos artigos publicados no *ASB*.

2.3.1. Gênero

Ao longo das quatro décadas, observa-se um deslocamento de interesses, que passa do foco nas disfunções sexuais dos casais (típico dos anos 70) para as disfunções sexuais dos homens (décadas de 80 e 90). A partir dos anos 2000, há um novo deslocamento, desta vez para as disfunções das mulheres.

Grande número dos artigos sobre disfunções sexuais publicados na década de 70 tem como questão principal a disfunção sexual do casal e seu tratamento (terapia sexual de base comportamental). Dos 35 artigos sobre disfunções sexuais publicados entre 1971 e 1980, **19** foram classificados na categoria ‘casal’. Dos restantes, **12** foram incluídos na categoria ‘homem’, **3** na categoria ‘mulher’ e **1** na categoria ‘homem-e-mulher’.

A grande diferença numérica entre os artigos dedicados aos homens (12) e às mulheres (3) é amenizada quando analisamos os artigos sobre os casais: dos 19 artigos da categoria ‘casal’, sete tinham a ênfase numa disfunção sexual da mulher, principalmente a ausência de orgasmo, e

seis numa disfunção sexual do homem (nos outros seis casos não havia especificação quanto ao gênero).

A Tabela 2 permite visualizar essa distribuição:

TABELA 2: Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no *ASB* entre 1971 e 1980, segundo o gênero

Gênero	n
Mulher	3
Homem	12
Mulher-e-homem	1
Casal com ênfase no homem	6
Casal com ênfase na mulher	7
Casal com ênfase não especificada	6
Total	35

Quando são somados os artigos incluídos na categoria ‘mulher’ (3) aos da categoria ‘casal com ênfase na mulher’ (7) e se compara com os artigos incluídos na categoria ‘homem’ (12) aos da categoria ‘casal com ênfase no homem’ (6), percebe-se que há mais artigos sobre temáticas masculinas: 18 artigos com ênfase no homem e 10 artigos com ênfase na mulher.

Observa-se, então, que nos anos 70, as DSFs 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 estar atrelada à ‘unidade marital’ (termo utilizado na maioria dos artigos dos artigos em referência ao casal tratado). Ou seja, percebe-se já alguma autonomia das pesquisas sobre disfunções sexuais dos homens com relação à unidade marital, fato não observado nos artigos sobre DSFs.

Nos anos 80 e 90, as investigações sobre as disfunções masculinas continuaram tendo mais destaque entre as publicações do *ASB* que as discussões sobre as DSFs, situação que se inverte a partir dos anos 2000. Os artigos sobre os casais caem de **19** (década de 70) para **9** (década de 80), **7** (década de 90) e **4** (entre 2000-2007).

Há 39 artigos sobre disfunções publicados no *ASB* entre 1981 e 1990. Os artigos sobre os casais passam de **19** para **9**. Mais da metade dos 39 artigos (**20**) são focados nos problemas sexuais masculinos, num contraste agudo com os **5** que são focados nos problemas sexuais de mulheres.

TABELA 3: Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no *ASB* entre 1981 e 1990, segundo o gênero

Gênero	n
Mulher	5
Homem	20
Mulher-e-homem	5
Casal com ênfase no homem	2
Casal com ênfase na mulher	3
Casal com ênfase não especificada	4
Total	39

Há ainda outros dois artigos que tratam do casal, mas cuja ênfase recai sobre uma disfunção do homem, somando **22** artigos (homem + casal com ênfase no homem), cuja questão principal é masculina. No caso de artigos sobre o casal com ênfase na mulher, há **três** artigos. Temos então, no total, apenas **oito** artigos (mulher + casal com ênfase na mulher) nos quais o foco principal do estudo é um problema sexual feminino. Há ainda **quatro** artigos classificados na categoria ‘casal com ênfase não especificada’ e outros **cinco** artigos na categoria ‘mulheres-e-homens’. Nos anos 1990, a atenção nas disfunções masculinas continua desproporcional. Quase a metade dos artigos (**12**) é inteiramente centrada nos homens. Há ainda quatro artigos que são focados num problema sexual masculino, mas que 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.

TABELA 4: Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no *ASB* entre 1991-2000, segundo o gênero

Gênero	n
Mulher	1
Homem	12
Mulher-e-homem	5
Casal com ênfase no homem	4
Casal com ênfase na mulher	1
Casal com ênfase não especificada	2
Total	25

São **15** artigos que discutem as disfunções sexuais a partir de problemas sexuais de homens (os da categoria ‘homem’ somados aos da categoria ‘casal com ênfase no homem’) e apenas **dois** que o fazem a partir de problemas sexuais de mulheres (um da categoria ‘mulher’ e

um da categoria ‘casal com ênfase na mulher’). Em dois artigos não há especificações quanto ao gênero e dois referem-se ao casal com ênfase não especificada.

As disfunções masculinas, que desde os anos 70 vinham ocupando mais da metade das publicações sobre as disfunções sexuais, de repente, na virada do milênio, cedem lugar aos artigos sobre as DSFs.

Entre 2001 e 2007, os artigos classificados na categoria ‘homem’ são **nove**. Os artigos sobre casais são apenas **quatro**, sendo três com ênfase no homem e um cuja ênfase não é especificada. Os artigos sobre DSFs são **45**.

Além disso, o número de publicações em geral sobre as disfunções sexuais também aumentou entre 2001 e 2007, passando para 65. Mas o número de artigos sobre as DSFs aumentou de modo exponencial. Há dois números dedicados ao assunto, o quinto número do volume 31 (2002) e o primeiro número do volume 24 (2005). Há também um editorial sobre as DSFs e diversas cartas ao editor que as discutem.

TABELA 5: Número de artigos sobre disfunção sexual publicados no *ASB* entre 2001 e 2007, segundo o gênero

Gênero	n
Mulher	45
Homem	9
Mulher-e-homem	6
Casal com ênfase no homem	3
Casal com ênfase não especificada	1
Não especificado	1
Total	65

Quando analisamos a distribuição ao longo das décadas, percebemos que há um declínio regular no número de artigos dedicados às DSFs até 2001. A partir de 2002 começa o intenso debate sobre as DSFs.

A Tabela 6 ilustra o declínio das publicações até 2000 e o subsequente aumento abrupto de artigos.

TABELA 6: Proporção de artigos sobre disfunções sexuais femininas no *ASB*, segundo a década de publicação

Década de Publicação	Nº total de artigos sobre disfunções sexuais	Artigos sobre disfunções sexuais femininas	
		n	%
1971-1980	35	10	28,5
1981-1990	39	8	20,5
1991-2000	25	2	8
2001-2007	65	45	69,3
TOTAL	164	65	39,6

Em resumo, até o ano 2000 há apenas **20** artigos que tratam especificamente das DSFs, enquanto as disfunções sexuais masculinas são tratadas em **56** artigos. De 2001 a 2007, os artigos publicados sobre as DSFs chegam a **45** (69,3%), enquanto aqueles que tratam da disfunção sexual masculina (ou seja, Aqueles incluídos na categoria ‘homem’ são apenas **12** (18,5).

Não há artigos sobre o casal com ênfase na mulher.

2.3.2 Área de conhecimento

Como os artigos, em muitos casos, possuem mais de um autor, o número de instituições listadas é bem maior que o de artigos publicados. As áreas de conhecimento mais frequentes são ‘psicologia’, que aparece **83** vezes; ‘medicina’, listada **74** vezes; e ‘psiquiatria’, listada **68** vezes. Estes dados são gerais e se referem ao conjunto dos 164 artigos sobre disfunções sexuais.

TABELA 7: Área de conhecimento dos autores dos artigos sobre disfunções sexuais publicados no *ASB* entre 1971 e 2007

Área de conhecimento dos autores	n
Psiquiatria	68
Medicina	74
Psicologia	83
Sexualidade	12
Ciências Sociais	6
Hospital/centro-médico	4
Saúde – outros	20
Estatística – Biometria	2
Outros	10
Total	279

No grupo ‘medicina’, as especialidades mais recorrentes são ginecologia / obstetrícia e urologia, que aparecem **20** e **12** vezes, respectivamente. Em seguida aparecem os casos em que

uma unidade, programa ou serviço especializado em sexualidade / sexologia foi especificado⁴⁰ (7), endocrinologia (5) e cirurgia (3). Em **nove** casos não houve especificação de especialidade (como por exemplo: Cornell University Medical College, New York) e **18** foram classificados como ‘medicina – outros’.⁴¹

Percebemos diferenças na distribuição das áreas de conhecimento quando as analisamos em função do gênero abordado. Na Tabela 8, separamos os artigos focados nas disfunções masculinas (classificados na categoria ‘homem’ somados aos ‘casal com ênfase no homem’) (68) daqueles focados nas disfunções femininas (classificados na categoria ‘mulher’ somados aos ‘casal com ênfase na mulher’) (65).

TABELA 8: Área de conhecimento dos autores dos artigos sobre disfunções sexuais publicados no *ASB* entre 1971 e 2007, segundo o gênero

Área de conhecimento	N. artigos sobre disfunção em mulheres	N. artigos sobre disfunção em homens	Total de artigos
Psiquiatria	13	39	52
Medicina	22	50	72
Psicologia	41	28	69
Sexualidade	7	5	12
Ciências Sociais	5	1	6
Hospital/centro-médico	1	1	2
Saúde – outros	7	6	13
Estatística – Biometria	2	0	2
Outros	4	2	6
Total	102	132	234

É preciso destacar que os números não são diretamente comparáveis, pois além de o número de artigos ser diferente nos dois grupos (65 e 68), o de instituições listadas varia segundo a quantidade de autores que assinam os artigos. Mas notam-se diferenças. No caso dos artigos sobre disfunções nas mulheres, os autores são, sobretudo, vinculados a instituições de psicologia (41); em seguida aparecem as instituições médicas (22) e as relacionadas à psiquiatria (13). Já no caso das publicações sobre as disfunções masculinas, é a medicina que aparece em primeiro

⁴⁰ A instituição não foi classificada na área de conhecimento geral ‘sexualidade’, e sim em ‘medicina’, pois esta era a categoria englobante. Ex: *Sex and Marital Therapy Clinic, Division of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Utah Health Sciences Center*.

⁴¹ Encontramos as seguintes especificações que ocorreram no máximo duas vezes cada: cuidados intensivos, medicina social, neurologia, andrologia, diabetologia, doenças metabólicas, cardiologia, medicina psicossomática, estudos de população, cuidados primários, ciências biométricas, gerontologia, saúde da população, medicina familiar e saúde comunitária e oncologia.

lugar, com **50** instituições listadas, seguida das relacionadas à psiquiatria (**39**) e à psicologia (**28**). Chama a atenção também o baixo número de instituições ligadas às ciências sociais, apenas **seis**, **cinco** das quais publicaram sobre disfunções sexuais das mulheres.

2.3.3 Temas

Interrogamos, então, como se distribuíam as temáticas. Afinal, o que falavam esses artigos sobre as disfunções sexuais? Identificamos nove eixos temáticos: tratamento (que foi mais tarde dividido entre medicamentoso / cirúrgico x tratamento psicológico / comportamental), fisiologia / psicofisiologia, aspectos psicológicos / comportamentais, epidemiologia / frequência, comorbidade, questionários / escalas de medida, diagnóstico diferencial da impotência⁴² e definição conceitual da dispareunia. Esta última categoria foi criada para agrupar os artigos do número especial sobre dispareunia. Há ainda artigos que foram classificados na categoria ‘outros’.

TABELA 9: Artigos sobre disfunções sexuais publicados no ASB entre 1971 e 2007, segundo os temas abordados

Temas	n
Tratamento	52
Fisiologia / Psicofisiologia	22
Aspectos psicológicos / comportamentais	13
Epidemiologia / Frequência	13
Comorbidade	17
Questionários / escalas de medida	10
Diagnóstico diferencial da impotência	8
Definição conceitual da dispareunia	24
Outros	14
Total	173⁴³

No total de 164 artigos, o tema mais abordado foi o tratamento das disfunções sexuais. Há **52** artigos sobre o tratamento das disfunções sexuais de casais, de homens e de mulheres. Em segundo lugar aparecem os artigos que debatem a definição conceitual da dispareunia (**24**) e em terceiro lugar estão as investigações acerca dos aspectos fisiológicos / psicofisiológicos das disfunções, em **22** artigos.

⁴² Trata-se de uma série de artigos publicados entre os anos de 1981 e 1992 que discute diversos aspectos sobre o diagnóstico diferencial entre impotência orgânica e impotência psicogênica.

⁴³ Este total é superior ao número de artigos (164), pois houve casos em que o artigo foi classificado em mais de uma área temática.

Os artigos sobre comorbidade, epidemiologia e as pesquisas sobre os aspectos psicológicos / comportamentais aparecem em seguida, em **17**, **13**, e **13** artigos, respectivamente. Há ainda **dez** artigos sobre questionários, testes e escalas de medida e um grupo de **oito** artigos sobre o diagnóstico diferencial entre impotência orgânica e impotência psicogênica. Não foram criadas categorias temáticas específicas para os temas que ocorreram com frequência muito baixa (menos que sete artigos). Estes casos foram incluídos na categoria ‘outros’, que incluiu **14** artigos.

‘Tratamento’ foi o tema mais freqüente encontrado nos artigos sobre disfunções sexuais publicados no *ASB*. Metade dos artigos sobre DSFs publicados até 1992 são sobre tratamento. Por estas razões, julgamos conveniente apresentar uma breve caracterização dos artigos sobre terapia sexual em geral, antes de comentarmos os artigos focados nas DSFs.

2.3.3.1 Tema mais freqüente: tratamento das disfunções sexuais

A distribuição por décadas dos artigos sobre tratamento revela uma diminuição contínua dos artigos. Encontramos **20** artigos entre 1971 e 1980, **15** entre 1981 e 1990, **11** entre 1991 e 2000 e **seis** entre 2001 e 2007.

Esta diminuição acompanha a já mencionada redução dos artigos sobre os casais, mesmo porque praticamente a metade destes artigos é sobre o tratamento do casal⁴⁴ (25, no total de 52). Além dos artigos sobre terapia sexual para casais, ao longo das quatro décadas pesquisadas há apenas **três** artigos sobre o tratamento das mulheres e **23** sobre o tratamento dos homens. Esses dados confirmam o que foi dito a respeito de uma autonomia dos estudos sobre função / disfunção sexual dos homens com relação à unidade marital, que não ocorre com as mulheres (na realidade, somente após o ano de 2002 os artigos focados nas DSFs se tornam autônomos com relação à unidade marital). Outra coisa que percebemos é que quando ocorre o *boom* de artigos sobre DSFs, a partir de 2002, quase não encontramos artigos sobre o tratamento e, quando encontramos, o tipo de tratamento é o medicamentoso.

Nos 52 artigos sobre tratamento, percebemos que o enfoque muda caso sejam homens ou mulheres os implicados. A mais abordada disfunção sexual das mulheres relaciona-se ao orgasmo (ausência ou baixa freqüência), enquanto entre homens a ênfase está nas dificuldades

⁴⁴ Convém lembrar que se trata de artigos que incluem o parceiro em alguma fase do tratamento ou como fonte de informações (preenchimento de questionários, por exemplo).

relacionadas à excitação (ereção), seguida das dificuldades ejaculatórias (basicamente a ejaculação precoce). E, no caso dos homens, mesmo quando o problema se relaciona ao orgasmo, nota-se que o enfoque não é a aprendizagem de como atingi-lo, mas o controle sobre o tempo que se leva para isso.

A maior parte dos autores que publicaram sobre o tratamento é proveniente das áreas psicológicas ou médicas de conhecimento. Em geral, observamos a junção de um departamento de psicologia / psiquiatria e um departamento médico. **Trinta** instituições eram especializadas em psiquiatria, **27** em outras especialidades da medicina⁴⁵ e **25** em psicologia.

Quando se faz uma distinção entre os artigos sobre tratamento medicamentoso / cirúrgico e sobre tratamento psicológico / comportamental, percebe-se que é diferente a distribuição por décadas. Os artigos sobre tratamento psicológico / comportamental diminuem sempre: na década de 70, são **17**; na década de 80, são **13**; na década de 90, **cinco**; e entre 2001 e 2007, são apenas **três**. Já no caso dos artigos sobre medicamentos testados para disfunções sexuais, encontramos **três** artigos entre 1971 e 1980; **dois** entre 1981 e 1990; **seis** entre 1991 e 2000 e **três** entre 2001 e 2007. Ou seja, com exceção da década de 90, quando os artigos aumentam um pouco (exatamente a década em que o Viagra foi lançado), o número permanece estável.

Dos 14 artigos sobre o tratamento medicamentoso / cirúrgico das disfunções, **dois** são avaliações dos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso de outras patologias no funcionamento sexual. **Doze** artigos são sobre o tratamento medicamentoso das disfunções sexuais, sendo a metade sobre o tratamento da disfunção erétil ou impotência, e apenas dois sobre o tratamento das DSFs. Foram incluídos também **dois** artigos sobre os implantes penianos.

Notamos que o número de artigos sobre tratamentos com fármacos é pequeno, pois depois do lançamento do Viagra outros similares foram comercializados. Possivelmente há uma preferência por publicar os ensaios clínicos necessários para a comercialização desses produtos em jornais médicos.

Já os **38** artigos restantes são relatos de terapias sexuais, que na sua grande maioria se apóiam em técnicas da terapia comportamental. Convém frisar que a maior parte destes artigos (35) concentra-se entre 1972 e 1997. Assim, a caracterização apresentada a seguir reflete uma

⁴⁵ Foram detalhadas as seguintes especialidades médicas: urologia (**seis**), ginecologia / obstetrícia (**cinco**), endocrinologia (**dois**), cirurgia (**dois**), centros de medicina especializados em sexualidade (**dois**), medicina social (**um**), andrologia (**um**), oncologia (**um**), centro especializado em doenças metabólicas (**um**). Em **seis** casos não houve detalhamento, apenas a referência à medicina de forma geral.

maneira de compreender e tratar as disfunções sexuais típica dos anos 70, e que perde força pouco a pouco. São discutidas diversas questões relacionadas ao tratamento das disfunções sexuais que vão desde as diferentes modalidades de terapia comportamental: terapias com o casal, em grupo, individual, com apenas um terapeuta ou com o casal de co-terapeutas utilizado por Masters e Johnson, a utilização da masturbação e de gravações da interação sexual do casal em fitas de vídeo no tratamento. O que se apresenta como questão é a chamada *unidade marital heterossexual*. Mesmo quando se trata apenas de um parceiro, é em torno do casal que o discurso se estrutura, como bem ilustra a advertência de um artigo: “*It was emphasized that although only the woman would be a group member the problem was not solely hers but rather a problem in the sexual relationship of the couple*” (SCHNEIDMAN, 1976, p. 240).

A influência do modelo de Masters e Johnson (MJ) é constante e muito forte nesses artigos. O formato da terapia sexual, com um *dual-team*, os deveres de casa que são sugeridos em cada sessão e discutidos nas próximas, o foco na relação dos casais, incluindo as chamadas habilidades comunicativas, ou a ênfase nas habilidades sociais são indicativos desta influência. As sessões educativas sobre a fisiologia do ciclo da resposta sexual são freqüentemente incluídas em alguma etapa do tratamento e também remetem ao programa de Masters e Johnson.

No entanto, não há relatos de tratamentos que tenham seguido estritamente tal método, o que talvez se deva às dificuldades, sobretudo num contexto institucional hospitalar ou universitário, de se reproduzir um programa que supõe o isolamento de duas semanas, com atividades diárias. O que se verifica são adaptações do modelo de MJ, muitas referências a eles e variações dos elementos de seu programa. As abordagens são diversas, entre elas o relato das técnicas comportamentais como *biofeedback* ou dessensibilização, avaliações das mudanças na personalidade e mensurações da habilidade de comunicação de casais submetidos à terapia sexual e comparação de tipos diferentes de técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

Um aspecto que foi bastante fundamental para o sucesso e a credibilidade atingidos pelo trabalho de MJ, e que se repete na maioria dos artigos sobre tratamento, é o formato de pré-teste, pós-teste e a avaliação *follow-up*. Em quase todos os artigos foram conduzidos estudos de avaliação do tratamento, principalmente no modelo de pré-teste, pós-teste e avaliações depois de alguns meses ou anos, os *follow-ups*.

Os estudos trabalham, em geral, com amostras de médio porte que variam muito, mas que costumam incluir algumas dezenas de casais ou indivíduos. As análises estatísticas são presentes

em praticamente todos os artigos, mesmo quando se trata de amostras pequenas (com menos de 20 indivíduos, por exemplo). Há apenas dois estudos de caso, um deles publicado numa seção especial dos *ASB* dedicada a este tipo de estudo, chamada *case report*.

Chama a atenção a ausência de relatos de tratamentos com base psicodinâmica. Em alguns artigos aparecem conceitos da psicanálise. É o caso do artigo de Kaplan e Kohl, “Group treatment of premature ejaculation” (*ASB*, v. 3, n. 5, 1974), por exemplo, no qual encontramos termos como ‘medos inconscientes’, ‘resistências’ ou ‘interpretações psicodinâmicas’. No entanto, os autores não utilizam o tratamento psicanalítico e mesmo o qualificam como insatisfatório (*disappointing*).

Há outros poucos exemplos do uso de conceitos psicanalíticos e ausência de artigo sobre psicanálise, ou que relate o uso de terapia psicanalítica. A ansiedade, que para MJ é central no desenvolvimento das disfunções sexuais, aparece na maior parte dos artigos: “*In these men, as in most cases of erectile failure (Masters and Johnson, 1970), anxiety appeared to be central factor in their dysfunction*” (LOBITZ; BAKER JR., 1979, p. 130).

Outra característica observada é a importância dada a fatores outros que não são a queixa sexual principal, conforme assinalado:

The first goal [of the treatment] involves changes in the men’s attitudes and expectations about themselves, women, and sexual performance. Interventions directed at this goal includes education, cognitive restructuring, and fantasy training. Because of the physiological vulnerability of the erectile response to stress, the second goal involves a specific set of cognitive /behavioral skills for coping with sexual and interpersonal anxieties. (LOBITZ; BAKER JR., 1979, p. 128)

O contexto da relação e as atitudes e expectativas relacionadas à interação sexual são fundamentais neste tipo de terapia sexual de base comportamental e influenciada por MJ. Não são tratadas a ausência de orgasmo ou as dificuldades com ereção, mas diversos aspectos que circundam esta queixa principal, notadamente a relação do casal (heterossexual) e o funcionamento sexual como um todo.

Há artigos sobre o tratamento em grupo das disfunções sexuais e eles ilustram os esforços dos terapeutas sexuais em adaptar o programa intensivo, de duas semanas e diário de MJ que, além da demanda temporal, era dispendioso, mesmo porque para cada casal eram requeridos dois terapeutas, um homem e uma mulher, o *dual team*:

In its brief history, sex therapy has been influenced strongly by the work of Masters and Johnson (1966, 1970). Obviously, many people cannot afford the

time or money such program requires. [...] as an alternative, a variety of other treatment models have been reported (GOLDEN; PRICE, 1978, p. 594).

Diferentes tipos de disfunções foram tratados em grupo, e os resultados sempre descritos como favoráveis – além da ênfase no aspecto barateador do processo.

No conjunto de artigos sobre tratamento psicológico / comportamental, aqueles cujo foco está nas mulheres são **10. Sete** foram publicados nos anos 70, **dois** nos anos 80 e **um** em 1992. Depois disso, há um período de dez anos sem publicações sobre DSFs e, quando voltam a aparecer artigos sobre o tratamento das mulheres, já não se aborda mais o contexto da terapia sexual para casais (são ensaios clínicos com medicamentos).

No capítulo 3, será apresentada a maneira como as DSFs foram abordadas nos artigos publicados até 1992 (uma vez que não há publicações sobre DSFs entre de 1993 a 2001), o que inclui 20 artigos. Os outros 45 artigos sobre DSFs, publicados a partir de 2002, serão apresentados no capítulo 4.

3. AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO *ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR* – 1971 A 2000

3.1 As disfunções sexuais femininas⁴⁶ nas publicações do *ASB*: 1971-2000

As disfunções sexuais femininas (DSFs) foram tema de um número menor de artigos do que as disfunções sexuais masculinas,⁴⁷ até o ano 2000. Há neste período 99 publicações sobre disfunções sexuais, sendo **56** focadas nas disfunções sexuais masculinas enquanto apenas **20** nas DSFs (os outros 23 artigos são sobre o casal com ênfase não especificada ou tratam de disfunções de homens e mulheres, sem privilegiar um gênero).

Nestes 20 artigos sobre DSFs, o tratamento é o tema mais freqüente (foco de **dez** artigos). E dos dez artigos sobre tratamento das DSFs, **nove** são sobre o tratamento das disfunções orgásticas (o que resta se refere à prática numa clínica ginecológica e aborda outras disfunções além das orgásticas, como vaginismo e dispareunia). E podem ser agrupados aos artigos sobre outros aspectos relacionados às disfunções orgásticas (**três**), que apesar de não serem focados no tratamento, abordam a mesma disfunção e o fazem a partir de uma perspectiva semelhante. Há **dois** sobre os aspectos psicológicos / comportamentais das mulheres anorgásticas e **um** referente a revisão de literatura sobre a frigidez (embora o título traga o termo ‘frigidez’, são utilizados termos relacionados às disfunções sexuais). O tipo de tratamento descrito é a terapia sexual, em geral para casais, com base nas propostas de Master e Johnson (MJ) formuladas em *Human Sexual Inadequacy*.

Mesmo nos três artigos cujo foco não está no tratamento, as investigações se voltam para a prática terapêutica e o vocabulário utilizado é semelhante (influenciado por MJ). Ou seja, a maior parte dos artigos sobre DSFs publicados até 2000 versa sobre disfunções orgásticas (12, num total de 20). Além daqueles sobre disfunções orgásticas, restam **oito**.

Convém ressaltar que a distribuição da publicação dos artigos sobre DSFs apresenta uma lacuna entre os anos de 1993 e 2001. Não há publicação neste período. E quando elas voltam a aparecer isto se dá a partir de outros temas e de forma diferente. Assim, neste capítulo agruparemos os artigos publicados até 1992; o capítulo 4 analisará os 45 artigos publicados entre 2002 e 2007.

⁴⁶ Os artigos sobre disfunções sexuais femininas estão listados no Anexo.

⁴⁷ Convém explicitar que não utilizamos a sigla DSMs (disfunções sexuais masculinas), pois já é utilizada ao longo do texto a sigla DSM (o manual classificatório de transtornos psiquiátricos da APA).

Em seguida, apresentaremos algumas características dos 12 artigos sobre as disfunções orgásticas e, adiante, o restante dos artigos.

3.1.1 As disfunções do orgasmo

Ao agruparmos os artigos sobre as disfunções orgásticas queremos demonstrar que este foi o centro das publicações sobre DSFs na década de 70. O tema continua presente na década seguinte, porém com menos força. Há **sete** artigos sobre disfunção orgástica publicados entre os anos de 1972 e 1978. Depois disso, o número cai para **três** (publicados entre 1981 e 1990) e **quatro** (entre 1991 e 2000). Há apenas **um** artigo publicado entre 2001 e 2007.

As disfunções do orgasmo abordadas nos artigos do *ASB* são a disfunção orgástica primária e a disfunção orgástica secundária. Em dois artigos aparecem os termos *inorgasmia* e *anorgasmia*, no título. A divisão da disfunção orgástica em primária ou secundária é utilizada por MJ, e no primeiro caso se aplica às mulheres que nunca alcançaram o orgasmo; no segundo, às mulheres que, embora já tenham experimentado o orgasmo, encontram dificuldades em atingi-lo.

Três artigos são sobre o tratamento da disfunção orgástica primária; **seis** são sobre a disfunção orgástica secundária (sendo cinco deles sobre seu tratamento), **um** é sobre o tratamento de mulheres com disfunção orgástica primária e também secundária. Há apenas **um** artigo que não utiliza esta nomenclatura, mas sim o termo *anorgasmia*. A revisão de literatura sobre a frigidez também utiliza, ao longo do artigo, a nomenclatura de Master e Johnson.

É interessante notar que mesmo os textos que são posteriores à publicação do DSM-III e do DSM-III-R utilizam a nomenclatura de MJ. No DSM-III e no DSM-III-R, a nomenclatura seria orgasmo feminino inibido, com as especificações situacional / generalizada e permanente / adquirida (e não primária / secundária). Quanto à área de conhecimento relacionada às instituições dos autores, há nos 12 artigos, 19 instituições especificadas. São basicamente instituições / departamentos de psicologia (**nove**), de psiquiatria (**três**) e de medicina (**três**).

O referencial terapêutico destes artigos se baseia na teoria comportamental e suas variações, assim como ocorre na maioria dos artigos sobre tratamento das disfunções sexuais publicados no *ASB*. Em 11 dos 12 artigos que compõem esta série sobre as disfunções orgásticas, encontramos referências a MJ, e a única exceção (MILAN *et al.*, Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: A two- to six-year follow-up, *ASB*, v. 17, n. 6, 1988) utiliza

tanto a nomenclatura por eles proposta, quanto o vocabulário e elementos terapêuticos resultantes de sua influência, apenas não citando o casal nas referências bibliográficas.

Bullough enfatiza o papel que o trabalho de MJ desempenhou na contestação da psiquiatria e da psicanálise como autoridades principais na produção de saberes sobre a sexualidade e suas perturbações. Antes de MJ publicarem um modelo de tratamento para as disfunções sexuais baseado na teoria comportamental, o tratamento predominante para as dificuldades sexuais era o psicanalítico (BULLOUGH, 1994). Outras opções no contexto norte-americano eram limitadas às informações veiculadas nos manuais de casamento, como vimos no capítulo 1 de nosso estudo. O artigo “Group therapy for nonorgasmic women: two age levels”, publicado em 1976 (ASB, v. 5, n. 3), exemplifica esta mudança:

Current research involves experimentation with new modes of treatment for sexual dysfunction. Whereas, formally, treatment of those individuals who defined themselves as sexually inadequate was primary psychoanalytic, since 1970 a behavior modification approach to the treatment of female orgasmic dysfunction, developed by Masters and Johnson, has been widely adopted by clinicians. (SCHNEIDMAN; MCGUIRE, 1976, p. 239)

O artigo que realiza a revisão de literatura sobre a frigidez, de 1973 (FAULK *et al.*, “Frigidity”: a critical review, ASB, v. 2, n. 3, 1973), ilustra a passagem de uma concepção baseada nos pressupostos freudianos a uma concepção calcada no comportamento / funcionamento sexual. Os autores indicam que embora a categoria ‘frigidez’ seja utilizada em referência a diferentes situações de funcionamento sexual insatisfatório (que incluem não-consumação, vaginismo severo, inadequação sexual ou outros “distúrbios da experiência sexual”), analistas usam o termo apenas em situações em que a mulher apresenta dificuldades em experimentar o orgasmo vaginal. A distinção freudiana entre orgasmo vaginal que indicaria maturação psíquica, e o orgasmo clitoriano que indicaria fixação infantil é criticada. A revisão inclui também outros autores psicodinâmicos, como Abraham e Friedman. A contestação dos pressupostos psicanalíticos ainda é hesitante, embora clara:

*There is little evidence to support the idea that a vaginal orgasm is necessarily correlated with emotional maturity [...] the orgasmic response may be independent of Freudian psychopathology. [...] Masters and Johnson (1966) provided the most experimental evidence for criticism of the Freudian hypothesis. They found by detailed direct observation of vaginal, skin, and autonomic functions that the physiological correlates of orgasm induced by stimulation of the vagina, clitoris, or breast are the same. (FAULK *et al.*, 1973, p. 260)*

Além das semelhanças fisiológicas entre orgasmos clitorianos e vaginais, é questionada a relação entre orgasmo e personalidade: “*it has been shown that the subjective experience of orgasm is not related to personality*” (FAULK *et al.*, 1973, p. 258). Ao descrever as abordagens psicodinâmicas, os autores se posicionam a favor de concepções “mais científicas”:

While these dynamic classifications aim to provide more understanding, they suffer from being harder to validate, and thus cannot form a basis for comparisons. [...] From a point of view of a scientific study, perhaps what is most important is to devise an inclusive scheme which can be repeated reliably by other workers. (FAULK *et al.*, 1973, p. 258)

Na conclusão, o caráter de passagem fica evidente. As críticas à psicanálise e a necessidade de estudos científicos são reafirmadas, o trabalho de MJ é citado favoravelmente, mas o vocabulário utilizado ainda remete à psicanálise, o que não ocorre nos artigos publicados depois disso. Neste artigo, o vocabulário utilizado por psicanalistas (*phobic, hysterical dissociation*) mistura-se ao utilizado pelos terapeutas sexuais de base comportamental (*orgasmic inadequacy, desensitization*):

While orgasmic inadequacy may be phobic, it may also resemble hysterical dissociation with failure to experience orgasm and total denial of all feelings, perhaps secondary to anxiety. Good results with “frigidity” have been obtained with desensitization in imagination and the direct approach of Masters and Johnson. (FAULK *et al.*, 1973, p. 264)

Os demais artigos sobre disfunções do orgasmo já não utilizam a categoria frigidez. Eles evidenciam que a passagem de abordagens psicanalíticas às abordagens influenciadas por MJ e centradas no comportamento e no funcionamento sexual é acompanhada de mudanças na concepção de orgasmo. O tratamento das disfunções orgásticas a partir das terapias sexuais / comportamentais apóia-se em técnicas masturbatórias. Com relação a este ponto, são freqüentes nos artigos as referências a a MJ e Kinsey. Em “Group Therapy for Nonorgasmic Women: Two Age Levels” (ASB, v.5, n.3), por exemplo, encontramos as seguintes passagens:

Self-stimulation or training in masturbation is a logical adjunct to a learning theory approach to orgasmic dysfunction. Kinsey et al. (1953) reported that approximately 95% of women are successful in their masturbatory attempts whereas only 70% of married women in his sample achieved orgasm during intercourse after at least 1 year of marriage. Therefore, it is more likely that a first orgasm can be achieved by oneself than with one’s partner. Furthermore, Masters and Johnson (1966) reported that, based on various indices of physiological arousal, the highest responsivity was recorded during orgasms obtained through masturbation when compared to those obtained during

intercourse or manual stimulation by a partner. (SCHNEIDMAN; MCGUIRE, 1976, p. 242)

Lack of attainment of coital orgasm did not appear to be an issue with these couples. In the educational sessions dealing with the anatomy and physiology of human sexual response, information about orgasmic response being dependent on direct or indirect clitoral stimulation made it apparent that achievement of an orgasm during coitus may be difficult unless a coital position is maintained where there is effective clitoral stimulation. (SCHNEIDMAN; MCGUIRE, 1976, p. 245)

Percebemos que o orgasmo clitoriano não é mais considerado indicador de uma estrutura psíquica infantil ou de qualquer outro aspecto que remeta a algum tipo de perturbação. Na realidade, a estimulação clitoriana passa a ser um elemento terapêutico. Em “An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women” (ASB, v.21, n.1), encontramos a seguinte passagem:

If she can experience orgasm when there is manual clitoral stimulation concurrent with penile penetration, then current professional opinion does not regard her as sexually dysfunctional, unless she herself is dissatisfied with the frequency of her orgasmic response (APA, 1987). (MCCABE; DELANEY, 1992, p. 70)

Nesse artigo, o orgasmo sem a estimulação clitoriana chega a ser definido como um ‘objetivo irreal’: “Both patients and therapists may define unrealistic goals, for example, orgasm during intercourse without clitoral stimulation” (MCCABE; DELANEY, 1992, p. 71).

Em “The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction”, de Joseph LoPiccolo e W. Charles Lobitz, publicado em 1972 (ASB, v. 2, n. 2), é o primeiro artigo desta série sobre disfunção orgástica. Nele notamos a influência de MJ e o afastamento, comum às outras publicações desta série, da linguagem psicanalítica. Joseph LoPiccolo e W. Charles Lobitz descrevem nove passos de um tratamento comportamental, de 15 sessões, para casais com as chamadas mulheres inorgásticas primárias (“Primary inorgasmic women”).

Segundo os autores, o programa é muito semelhante ao desenvolvido por MJ (1970), com a diferença de que a masturbação também foi utilizada no tratamento. Os autores defendem a utilização da masturbação no tratamento de mulheres que nunca experimentaram um orgasmo, ou seja, com disfunção orgástica primária. LoPiccolo e Lobitz empenham-se em descrever a masturbação como uma prática normal e saudável, embora “culturalmente proibida na sociedade americana”. A observação da masturbação entre animais de diversas espécies, com base no trabalho de Ford e Beach (1951), é utilizada como um “argumento filogenético”, que serviria

como prova de sua naturalidade: *“The phylogenetic evidence, then is that masturbation is a ‘natural’ rather than an ‘unnatural’ act and is seemingly an inherent part of our biological endowment”* (LOPICCOLO; LOBITZ, 1972, p. 164).

A alta incidência da prática masturbatória nos relatórios de Kinsey é utilizada como uma técnica para lidar com atitudes negativas dos clientes e como a evidência da normalidade da masturbação: *“It is typical for clients to have learned very negative attitudes toward masturbation”* (LOPICCOLO; LOBITZ, 1972, p. 165). Quando descrevem a base teórica para o uso da masturbação no tratamento, alguns argumentos são formulados: 1) masturbação é o modo mais provável de se produzir um orgasmo; 2) a masturbação produz os orgasmos mais intensos (com base na pesquisa de MJ, de 1966); 3) há sugestões de que um orgasmo intenso produz um aumento na vascularização da vagina, lábios e clitóris. Supõe-se que este aumento na vascularização leve, por sua vez, a uma melhora do potencial de orgasmos futuros: *“To summarize, since masturbation is the most probable method of producing an orgasm and since it produces the most intense orgasm, it logically seems to be the preferred treatment for enhancing orgasmic potential in inorgasmic women”* (LOPICCOLO; LOBITZ, 1972, p. 165).

Ao longo dos passos indicados para o tratamento, os terapeutas passam deveres de casa para as mulheres. Estes deveres começam com uma exploração visual e depois tátil da área genital. No decorrer dos passos, também são recomendados lubrificantes e vibradores. Novamente, Kinsey e MJ são referidos como embasamento para a afirmação da ênfase no clitóris:

She is not to focus on any area in particular but to thoroughly explore the clitoral shaft and hood, the major and minor labia, the vaginal opening, and the whole perineum, especially that area immediately adjacent to the clitoris. In line with the findings of Kinsey et al. (1953) and Masters and Johnson (1966), we have yet to have a client locate the vagina as a strong source of sexual pleasure; most of our clients focus on the clitoral area as the most pleasurable. (LOPICCOLO; LOBITZ, 1972, p. 168)

Este formato terapêutico que combina elementos do programa de MJ com outro dirigido às atividades masturbatórias (lembrando sempre que a ênfase na estimulação clitoriana não retira a importância atribuída ao coito neste tipo de terapia) se tornou referência no tratamento das mulheres com disfunções do orgasmo. Esse artigo aparece citado em diversos artigos publicados mais tarde.

Em resumo, percebe-se que o orgasmo durante a relação sexual é visto como fundamental para o funcionamento sexual das mulheres. O orgasmo pode ser atingido tanto com a penetração quanto por meio de estimulações clitorianas orais, manuais ou indiretas. Também não é considerada disfuncional a mulher que atinge o orgasmo com auto-estimulação clitoriana associada à penetração. A mulher normal tem orgasmos clitorianos, como afirmam LoPiccolo e Lobitz no citado artigo:

We recommend the female superior sitting, lateral, or rear entry coital positions for this activity [step 9], as all these positions allow the male easy access to the female's genitals during intromission. Once orgasm has occurred at this step, the client should logically be considered 'cured', since the clitoris and not the vagina is now known to be the major locus of sexuality and orgasm in the normal woman. (LOPICCOLO; LOBITZ, 1972, p. 170)

Aspectos orgânicos nunca são apontados como possíveis fatores etiológicos para as disfunções do orgasmo. Pelo contrário, freqüentemente são relatados exames médicos, em geral ginecológicos, utilizados para fazer a triagem da amostra, através da exclusão de casos de disfunção decorrentes de fatores médicos ou de uso de medicamentos: “*Prior to treatment, all the women were required to obtain a thorough gynecological examination. The physicians' reports indicated no medical basis for their dysfunction*” (MCGOVERN; STEWART; LOPICCOLO, 1975, p. 266).

Como fica claro na seguinte passagem, esses artigos não se referem às *disfunções orgânicas*: “*Reports are generally on psychogenic frigidity as distinct from that secondary to general medical conditions, gynecological disturbance, or psychiatric illness. The approaches include psychotherapy [...] and behavior therapy, group therapy, and retraining methods*” (FAULK et al., 1973, p. 262-263).

As explicações para as disfunções orgásticas variam. Alguns autores enfatizam o papel de aspectos psicológicos, como a culpa ou a ansiedade; outros dão ênfase à falta de comunicação entre os parceiros e à falta de técnicas sexuais adequadas ou de conhecimentos sobre o ciclo da resposta sexual. McCabe & Delaney comentam este ponto:

There is an implicit assumption in the treatment approaches that there is a causative relationship between sexual anxiety and sexual dysfunction: Remove the anxiety and this should result in remediation of the sexual problem [...]. Embarrassment, guilt, and ambivalence about sexual activity are all aspects of anxiety about sexuality and sexual activity which are thought to interfere with the female sexual response. (MCCABE; DELANEY, 1992, p. 76)

O tratamento das disfunções orgásticas, assim como foi dito sobre os artigos sobre tratamento em geral,⁴⁸ não se restringe à redução dos sintomas sexuais, no caso as dificuldades em obter o orgasmo. A relação marital também é tratada pelos terapeutas sexuais, assim como outros aspectos do funcionamento sexual. A disfunção orgástica secundária, em particular, foi associada aos conflitos maritais em diversos artigos.

3.1.2 Para além da disfunção orgástica

Com relação às mulheres, até a virada do milênio, o *ASB* dedicou atenção especial, como vimos, às disfunções do orgasmo e seu tratamento. Mas outras disfunções também estão listadas, entre elas vaginismo e dispareunia, desejo sexual inibido (a partir da década de 80), e transtornos da excitação (a partir da década de 90). No entanto, há pouquíssimos artigos sobre estas categorias.

Há **oito** artigos sobre as DSFs, publicados entre 1971 e 2000, que não são especificamente sobre disfunção orgástica. Cada um destes oito artigos foi classificado em um grupo temático. Há **um** artigo sobre fisiologia / psicofisiologia; **um** sobre aspectos psicológicos / comportamentais; **um** sobre tratamento; **um** sobre epidemiologia / frequência; **um** sobre comorbidade; **um** sobre questionários / escalas de medida; e **dois** na categoria ‘outros’. Embora haja apenas um artigo de cada grupo temático, quando olhamos os 164 artigos sobre disfunção sexual sem levar em conta o gênero ou a data de publicação, percebemos que há outros artigos sobre estas temáticas. A discussão sobre as DSFs foi iniciada no terceiro número publicado do *ASB*, em 1971, no artigo “Interpersonal relationships of female patients with sexual disorders as assessed by Leary's test”. Trata-se de um artigo que difere bastante do perfil dos artigos que se seguiram. Diríamos que esse artigo é *pré-Masters e Johnson*, uma vez que não há referências aos autores e nem ao ciclo da resposta sexual. Foi publicado apenas um ano após o lançamento de *Human sexual inadequacy*, e é de uma equipe de Praga, o que torna provável que o autor – J. Mellan – não conhecesse os trabalhos de MJ, ou simplesmente estivesse fora do contexto de sua influência. Essa característica o diferencia dos demais, todos apoiados na noção de ciclo da resposta sexual e que utilizam o vocabulário difundido por MJ. O artigo de Mellan utiliza *functional sexual disorders* ou *functional sexual disturbances* – termos utilizados ao lado de categorias psicanalíticas, fato raro nos artigos sobre disfunções sexuais publicados nos *ASB*. O artigo foi classificado na categoria

⁴⁸ Sobre o tratamento das diversas disfunções, tanto femininas quanto masculinas, ver capítulo 2.

temática aspectos psicológicos / comportamentais e propõe a comparação de um sociograma das relações familiares de dois grupos de mulheres. Após os sujeitos da pesquisa descreverem suas relações familiares (com mãe, pai e parceiro) e de descreverem o *self* ideal e o parceiro ideal, o sociograma é construído. A análise do contexto familiar é um diferencial com relação aos artigos influenciados por MJ, nos quais é mais comum a ênfase no contexto marital.

O artigo “Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior?” (ANDERSEN; BROFFITT, *ASB*, v. 17, n.3, 1988) se insere nas publicações sobre questionários e escalas e medidas. Há, ao todo, entre 1971 e 2007, outros **dez** artigos publicados no *ASB* sobre questionários e escalas de medida dirigidos às disfunções sexuais: **quatro** artigos sobre escalas para serem aplicadas aos homens; **quatro** são sobre questionários que se aplicam a homens e mulheres; e **dois** dirigidos especificamente a mulheres – o mencionado acima e outro publicado em 2005.

Em geral, os testes avaliam aspectos subjetivos e/ou comportamentais. “Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior?” é um estudo destinado à validação de uma das escalas do teste Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). A pesquisa propôs-se a analisar a escala Sexual Experience Repertoire (SES). Os autores ressaltam a importância dos questionários do tipo *self-reports* nas pesquisas sobre sexualidade humana, desde as primeiras décadas do século XX, com Kinsey, até as avaliações das terapias sexuais pós 60-70:

In the study of human sexuality, self-reports of sexual behavior have been a pivotal source of data. Historically important analyses of sexual behavior (e.g. Terman, 1938; Kinsey et al., 1948, 1953) and the majority of data for clinical questions (e.g., outcome following sexual therapy interventions [...]) consist of verbal reports or self-report questionnaires of sexual behavior. (ANDERSEN; BROFFITT, 1988, p. 509-510)

A importância das escalas de medida nos estudos sobre sexualidade humana referidos na citação é corroborada quando se analisa a utilização desses testes nos estudos publicados no *ASB*. Nos **20** artigos sobre DSFs publicados entre 1971 e 2000, **18** utilizam escalas.⁴⁹ As duas exceções

⁴⁹ As seguintes escalas foram utilizadas: SII (Sexual Interaction Inventory); SBAQ (Sexual Behavior and Attitudes Questionnaire); BII (Background Information Inventory); LWMAT (Locke and Wallace Marital Adjustment Test); SKAT (Sex Knowledge and Attitude Test); MFCCI (Mosher Forced-Choice Guilt Inventory); SKI (Sex Knowledge Inventory); MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory); DAS (Dyadic Adjustment Scale); SAS (Sexual Anxiety Scale); EPI (Eysenck Personality Inventory); SST (Stimulus Screening Test); SRS (Sexual Responsiveness Survey); SES (Sexual Experience Scale) – escala do DSFI; DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory) e HRadap (adaptação de Himan and Rowland).

são revisões de literatura. Ou seja, todos os estudos nos quais eram obtidas informações da amostra utilizaram testes padronizados para avaliação dos dados.

Percebemos a preocupação em afirmar a necessidade de padronização das pesquisas e, conseqüentemente, dos instrumentos de mensuração objetiva em diversos artigos. Em “Heterosexual dysfunction: evaluation of treatment procedures” (FORDNEY-SETTLAGE, *ASB*, v. 4, n. 4, 1975), os autores reafirmam a necessidade de padronizações em diversas passagens e definem entre os componentes de um tratamento ideal a “coleta de dados objetivos consistentes”:

An idealized treatment design requires several areas of attention. The first of this is pretreatment assessment [...]. A second major factor would include consistent objective data collection. Data would include such items as demographics of the population, sexual behavior inventories, and etiological factor assessment through the use of surveys and psychometrics which quantify sexual information, sexual attitudes, sexual interpersonal reactions, nonsexual interpersonal reactions, and intrapsychic factors. (FORDNEY-SETTLAGE, 1975, p. 368-369)

Em “Sexual dysfunction in the diabetes female: a review” (PRATHER, *ASB*, v. 17, n. 3, 1988), os autores analisam quatro estudos sobre disfunção sexual e diabetes em mulheres, e percebe-se como a utilização das escalas de mensuração torna-se critério para a avaliação dos estudos na área:

Kolodny's study was limited by the single use of the historical interview in the assessment. Individual responses to retrospective interview questions of an emotional nature such as sexual dysfunction may vary. [...]. The same critique of Kolodny (1971) can be applied to Ellenberg's method since both used the historical interview as their sole measure of sexual interest and performance. (PRATHER, 1988, p. 280-281)

An objective measure is needed to substantiate the retrospective report method. This is particularly true since the results in all four of these studies are different. It is postulated that appropriately controlled studies that include physiological as well as objective self-report measures will help answer whether (i) female diabetics evidence less vaginal tumescence than nondiabetic controls (...) (PRATHER, 1988, p. 282-283)

As escalas e questionários de mensuração são também ferramentas indispensáveis aos estudos epidemiológicos. Assim como no caso dos questionários, os estudos epidemiológicos das disfunções sexuais são citados em diversos artigos. Apesar de haver apenas **um** artigo sobre estudos epidemiológicos das DSFs até 2000, este tema aparece em outros **11** artigos; **três** sobre disfunções masculinas; **quatro** sobre disfunções de homens e mulheres; e **três** sobre DSFs publicados depois de 2000.

O único artigo publicado até 2000, especificamente sobre mulheres, é “Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: an epidemiological approach” (ASB, v. 5, n. 3, 1976). Nele é apresentado um estudo realizado com 59 pacientes da clínica ginecológica do Hospital Universitário de Cleveland. Os autores afirmam que “*serious semantic and conceptual confusion about female sexual problems has existed*” (LEVINE; YOST, 1976, p. 229) e destacam a importância dos estudos de prevalência das disfunções sexuais: “*A careful estimate of prevalence is an important step in describing the types of female sexual problems, elucidating clues to their etiology, and planning for health services. However, prevalence studies have not been conducted [...]*” (LEVINE; YOST, 1976, p. 229).

Assim como os artigos sobre epidemiologia e sobre questionários e escalas de medida, o artigo “Sexual dysfunction in the diabetes female: a review” (PRATHER, ASB, v. 17, n. 3, 1988) faz parte de uma série de artigos sobre comorbidade. São, no total (ainda considerando-se o universo de todos os artigos sobre disfunções sexuais publicados, independentemente da classificação por gênero), **23** artigos incluídos neste eixo temático, publicados principalmente a partir dos anos 1980. Há apenas **três** artigos publicados até 1979 e, já em 1980, há **quatro** artigos publicados sobre comorbidade.

O tema da comorbidade constitui uma importante linha do processo de medicalização das disfunções. Durante os anos 1970, os fatores psicológicos eram considerados a causa da maioria das disfunções sexuais e as pesquisas quase sempre excluíaam os casos que poderiam ter uma etiologia orgânica. A partir do momento em que outras especialidades médicas, como a ginecologia/obstetrícia e a urologia, ou ainda a endocrinologia, passaram a atuar de forma mais intensa no campo da sexologia, a atenção às disfunções orgânicas se multiplicou.⁵⁰

A partir dos anos 1980, a introdução de tecnologias biomédicas foi central para modificações nos discursos sobre as disfunções sexuais masculinas. A introdução do teste de tumescência noturna e as injeções indutoras de ereção são alguns exemplos de tecnologias que tiveram participação importante num processo mais amplo que modificou radicalmente a compreensão, definição e o tratamento das disfunções sexuais masculinas. Nesse processo, os estudos sobre as causas orgânicas das disfunções são fundamentais, e os sobre comorbidade indicam este esforço. O caso da diabetes é exemplar. Os diabéticos que eram excluídos dos

⁵⁰ A análise da área de conhecimento dos autores indicou que instituições relacionadas à especialidade urologia somente foram encontradas a partir dos anos 1980.

estudos sobre terapia de casais nos anos 1970 passam a ser intensamente investigados a partir dos anos 1980, numa tentativa de localizar os fatores orgânicos que contribuem para as disfunções sexuais. Em “Sexual dysfunction in the diabetes female: a review”, encontramos esta temática transposta para as mulheres, bem como a afirmação da similaridade entre as DSFs e as disfunções sexuais masculinas. Observa-se com clareza na citação a seguir como os artigos deste eixo temático se aproximam de uma linguagem medicalizada:

The erectile tissue of the female is homologous to the corpora cavernosa and spongiosum of the male and thus there is no anatomical basis for a hypothesis of difference between male and female sexual dysfunction due to neuropathy (Ellenberg, 1983). Also similar are the neurological innervations of the spinal centers of the reflex control of the sex organs in both male and females. The involved afferent nerves of the autonomic as well as the voluntary system entirely correspond in the male and the female [...]. (PRATHER, 1988, p. 279)

Há ainda um artigo que também se insere numa série temática mais ampla, “Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response” (PALACE; GORZAKA, *ASB*, v. 2,1 n. 2, 1992). Trata-se da série de estudos (23 artigos) sobre os aspectos fisiológicos / psicofisiológicos. Quando, em 1992, aparece pela primeira vez um estudo sobre fisiologia sexual feminina, já haviam sido publicados 12 artigos discutindo a fisiologia peniana.

A discussão sobre fisiologia sexual das mulheres tem início com um estudo dos padrões fisiológicos e subjetivos da excitação sexual. Na realidade, ele se insere também numa outra série, a dos artigos sobre excitação sexual. Mas foi somente a partir dos anos 2000 que os outros estudos sobre excitação sexual foram publicados. Este artigo é um indicador do que, uma década depois, seria o foco das pesquisas sobre DSFs.

Há ainda mais **dois** artigos sobre as DSFs entre os artigos publicados até 2000, classificados na categoria ‘outros’: “Inhibited Sexual Desire” e “General Arousability, and Sexual Dysfunction”. É interessante perceber que até o final dos anos 1980, os artigos sobre as DSFs ou falavam especificamente das disfunções orgásticas, ou então abordavam diversas disfunções ou problemas sexuais de maneira geral. É apenas em 1987, com “Inhibited Sexual Desire”, que identificamos um artigo inteiramente dedicado a outra disfunção.

É curioso notar que, embora “Inhibited Sexual Desire” seja o primeiro artigo sobre uma disfunção do desejo, os autores afirmam que a falta de desejo é a queixa mais comum dos casais que procuram terapia sexual. Eles afirmam também que o conhecimento da dimensão subjetiva

do desejo sexual não se desenvolveu desde Freud, no início do século, e citam Kaplan (1977) como referência.

Como foi dito no capítulo 1 desta dissertação, Kaplan desenvolveu um modelo da resposta sexual muito semelhante ao de MJ, porém com três fases ao invés de quatro (ela retirou a última, a de resolução). Estas três fases – desejo, excitação e orgasmo – seriam relacionadas fisiologicamente, mas funcionariam de forma autônoma. Ainda segundo Kaplan, transtornos no funcionamento dessas fases seriam causados por fatores fisiológicos, psicológicos e interacionais.

Seguindo essa orientação, os autores analisam os três fatores citados. A atenção é desigual (um parágrafo para os fatores fisiológicos e mais de uma página para os demais), mas indica uma diferença com relação os artigos sobre disfunção orgástica. É que, embora ainda de maneira modesta, por meio da abordagem biopsicossocial, os fatores orgânicos começam a aparecer: *“Sexual desire is considered a biological drive subject to both endocrine fluctuations and the complex neural activity of the brain”* (STUART *et al.*, 1987, p. 92). A importância dos hormônios é ressaltada, e na metodologia da pesquisa em foco, são medidos níveis hormonais:

*An exploratory-descriptive investigation was undertaken, therefore, to identify possible biopsychosocial characteristics of women who expressed lack of sexual interest that were different from those possessed by women who did express sexual interest. Research questions sought differences between ISD⁵¹ and non-ISD women in the following areas: hormonal blood levels, psychological characteristics, demographic background, marital adjustment, and relationship interaction. (STUART *et al.*, 1987, p. 94)*

Ainda que incluam aspectos orgânicos nas causas da inibição do desejo, os autores acreditam que “distúrbios psicogênicos da libido” (como medo e ansiedade) são muito mais comuns na prática clínica e que o desejo sexual é inextrincavelmente ligado ao contexto da relação *“For many women sexual desire diminishes as romances fades”* (STUART *et al.*, 1987, p. 102). Os resultados da pesquisa indicaram que as maiores diferenças entre mulheres com e sem “desejo sexual inibido” foram encontradas nos aspectos da relação marital. Não foram encontradas diferenças significativas entre os níveis hormonais dos dois grupos. A preferência pelas explicações psicológicas / relacionais fica explícita na conclusão:

ISD may function as a mechanism for control and be a means to garner power. It may be a way to create distance when intimacy is threatening. It may reflect a lack of emotional intimacy, communication, or romance. Once the functions are

⁵¹ *Inhibited Sexual Desire.*

analyzed and clarified, treatment strategies may be implemented to modify a couple's interactional style. (STUART et al., 1987, p. 104)

Incluimos, ainda, outro artigo na categoria 'outros'. Trata-se do artigo "Sexual Desire, General Arousability, and Sexual Dysfunction". Assim como o anterior, apesar da ênfase nos aspectos psicológicos, já encontramos referências aos aspectos orgânicos, diferentemente dos artigos sobre disfunções do orgasmo. O estudo investigou a relação entre aspectos da personalidade e excitação.

Foram realizadas duas pesquisas. Na primeira foram consideradas as relações entre aspectos da personalidade (introvertida x extrovertida, excitação e neurose [*neuroticism*, em inglês]); e na segunda, a relação entre excitação, desejo sexual e disfunção sexual. Encontramos termos como *cortical arousal* e referências ao sistema nervoso central: "*Laboratory assessment of cortical arousal using correlated indices of central nervous system reactivity is relatively well established but measurement elsewhere has proved more difficult*" (JUPP; MCCABE, 1989, p. 510).

Percebe-se, portanto, que ao longo da década de 80 e 90, os artigos sobre DSFs incluem temáticas diferentes daquela que foi o foco na década de 70 (tratamento das disfunções orgásticas). No entanto, são poucos artigos. Somente a partir de 2002 as publicações sobre as DSFs se tornam bastante numerosas no *ASB*.

4. AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO *ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR* – 2001 A 2007

Antes de comentarmos a proliferação de artigos sobre disfunções sexuais femininas (DSFs) ocorrida a partir de 2002, julgamos conveniente refrescar a memória do leitor, que poderia estar perdido em meio a tantos números já apresentados.

No total de artigos publicados no *Archives of Sexual Behavior* (ASB), entre 1971 e 2007, encontramos 65 publicações focadas nas disfunções sexuais de mulheres (ou seja, artigos classificados na categoria ‘mulher’ ou na categoria ‘casal com ênfase na mulher’, conforme já exposto no capítulo 2). Há **dez** artigos publicados entre 1971 e 1980, **oito** artigos publicados entre 1981 e 1990. Depois disso, encontramos apenas **duas** publicações em 1992,⁵² ao que se segue um silêncio de dez anos. Os outros **45** artigos foram publicados entre 2002 e 2007. Na realidade, 20 destes artigos fazem parte do número dedicado ao debate em torno da classificação diagnóstica da dispareunia (ASB, n. 34, v. 1), e são comentários em resposta ao artigo “Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision”, de Yitzchak M. Binik, também publicado neste número. Eles são respostas a Binik e possuem um formato diferente dos outros artigos. Poderíamos então chamá-los de artigos-resposta.⁵³

Mesmo que não contássemos esses artigos-resposta no total de artigos, ainda assim perceberíamos aumento significativo das publicações sobre DSFs no período em questão. É que em apenas seis anos (de 2002 a 2007) foram publicados 24 artigos (sem contar com os artigos-resposta), um número superior à soma dos artigos publicados ao longo de 30 anos (20).

4.1 A explosão de artigos sobre DSFs

É em grande estilo que as DSFs voltam a ser tema das publicações do ASB. Já em 2002, encontramos cinco artigos sobre as DSFs, quatro deles publicados em um número dedicado à sexualidade feminina. Não se pode ignorar o fato de ser este o ano em que Richard Green, editor do periódico até então, ter cedido lugar a K. Zucker, que segue na função até os dias de hoje. Mas

⁵² O aparecimento destes dois artigos se relaciona ao fato de observarmos, em 1992, dez artigos sobre disfunções sexuais, em geral, o maior número de publicações depois de 2005 (que contém o número especial sobre dispareunia).

⁵³ Os artigos-resposta estão agrupados numa seção intitulada *peer commentaries on Binik*. O número de páginas (em média, duas) é menor do que o dos outros artigos em geral e as referências bibliográficas estão listadas em conjunto, após os 20 comentários, e não em separado, como em geral ocorre. Diferentemente da maioria dos artigos, na versão *on-line* do periódico não são disponibilizados os resumos desses artigos-resposta.

não se pode, também, atribuir apenas a possíveis mudanças na política editorial o grande interesse pelo tema a partir da virada do milênio.

Como vimos no capítulo 1 desta dissertação, diversos autores sugerem que este é um fato que se relaciona ao processo de medicalização das disfunções sexuais masculinas e ao lançamento do Viagra, em 1998. O surgimento e o rápido sucesso do Viagra significaram o triunfo de uma visão estritamente fisiológica das disfunções sexuais masculinas. Esse processo parece ter tido importante efeito de retorno sobre as DSFs. A renovada atenção aos problemas sexuais femininos vincula-se à busca de um “*Pink Viagra*” e leva a um modo de lidar com as chamadas DSFs, semelhante ao utilizado no caso das disfunções sexuais masculinas. A função sexual, nas abordagens mais organicistas, é quase que inteiramente despida de seu caráter relacional (lembrar a proliferação, em décadas anteriores, das terapias de casal) passando a ser caracterizada e estudada de um ponto de vista fisiológico. O interessante é que no caso da aplicação de um modelo organicista das disfunções sexuais das mulheres, muitas vezes apareceram em protesto.

O fabuloso sucesso do Viagra dificilmente deixaria de despertar o interesse da indústria farmacêutica, de pesquisadores, de clínicos e do público em geral em um medicamento similar para as mulheres. De fato, a *Pfizer* não demorou a realizar ensaios clínicos que testaram a ação do sildenafil (a substância ativa do Viagra) em mulheres. O renovado interesse pelas disfunções das mulheres e seu tratamento com psicofármacos chamaram a atenção para a escassez de estudos sobre função/disfunção sexual feminina, quando comparados com os estudos sobre função/disfunção masculina. Surgiu uma verdadeira corrida em busca do “tempo perdido” e divulgaram-se muitas pesquisas e encontros dedicados às DSFs.

Em 2002, quando nos deparamos outra vez com artigos sobre DSFs, num primeiro olhar evidencia-se um distanciamento com relação aos artigos que analisamos no capítulo anterior. Encontramos discussões sobre outras categorias diagnósticas, outras temáticas e tipos de tratamento. O primeiro artigo encontrado, por exemplo, é um ensaio clínico de um medicamento para mulheres na menopausa com transtorno da excitação sexual. 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, p. 323).

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 encontramos 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, *ASB*, v. 31, n. 5, 2002). Estes relatos retrospectivos evidenciam que as DSFs, desde pelo menos 1999, já estavam mais frequentes na agenda de discussões dos pesquisadores da sexualidade.

Os artigos sobre a terapia sexual ou outros aspectos relacionados às disfunções orgásticas praticamente desaparecem. 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. O que encontramos em seu lugar é um grande debate sobre a classificação diagnóstica e muitos artigos sobre aspectos orgânicos das DSFs. Em termos de categorias diagnósticas, aparecem sobretudo as relacionadas à dor na relação sexual ou aos espasmos vaginais que dificultam o intercurso sexual (dispareunia / vaginismo), 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. Encontramos apenas dois artigos que tratam especificamente do desejo. Há ainda nove artigos que não especificam uma disfunção como, por exemplo, os estudos epidemiológicos sobre as DSFs. 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).

A distribuição dos temas também é diferente dos artigos publicados até 1992. As controvérsias em torno da classificação das DSFs aparecem nos artigos que debatem o diagnóstico da dispareunia e do vaginismo (24), em três artigos incluídos na categoria temática referente aos estudos epidemiológicos, e em outros dois artigos classificados na categoria ‘outros’.⁵⁴ Desta forma, no período, a classificação foi o foco de **29** artigos e corresponde a 64,4% dos artigos sobre DSFs. Os aspectos psicofisiológicos/orgânicos das DSFs também passam a ser tema de diversos artigos e são abordados em **oito** artigos (17,7%).

⁵⁴ “The medicalization of female sexual dysfunction” (BANCROFT, *ASB*, v. 31, n. 5, 2002) e “Women’s views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses” (LING *et al.*, *ASB*, v. 36, n. 2, 2007).

Além dos aspectos orgânicos e das discussões sobre classificação diagnóstica, encontramos mais oito artigos: **dois** sobre aspectos psicológicos/comportamentais, **dois** na categoria ‘outros’,⁵⁵ **um** artigo sobre questionários/escalas de medida, **um** sobre co-morbidade, **um** sobre epidemiologia e **um** editorial (do número especial dedicado à sexualidade feminina).

Concentraremos a análise nos artigos sobre a classificação diagnóstica e aqueles da categoria aspectos orgânicos / fisiológicos que foram temas mais frequentes, foco de 82,2% dos artigos sobre DSFs no período em questão.

4.2 Transtorno sexual ou transtorno doloroso?

A maioria dos artigos sobre classificação das DSFs publicados no *ASB* (entre 2002⁵⁶ e 2007 discute o diagnóstico da dispareunia, um transtorno doloroso sexual.⁵⁷ Em alguns textos, a discussão se estende para o vaginismo, outro transtorno doloroso sexual. Os argumentos para alterações nas classificações vigentes e as controvérsias que o debate suscitou exemplificam como as decisões classificatórias envolvem negociações em diferentes níveis. O material aponta diversas esferas que compõem o contexto da prática classificatória.

Yitzchak Binik é professor de Psicologia na Universidade McGill e diretor do Serviço de Terapia Sexual e de Casal do Centro de Saúde da mesma universidade.⁵⁸ Ele é o autor dos três primeiros artigos sobre dispareunia e também sobre vaginismo, outro transtorno doloroso sexual, no *ASB*. Em conjunto com outros pesquisadores, tem textos publicados em jornais de diferentes áreas, como os periódicos *Journal of Nervous and Mental Disease*, *Pain*, *Obstetrics and Gynecology*, *Journal of Sexual Medicine*, *Canadian Journal of Psychiatry* e *Psychosomatics*, entre outros. Também é de sua autoria o artigo que recebeu os 20 artigos-resposta no número especial sobre a dispareunia. Nestes trabalhos, Binik e as equipes com as quais trabalha

⁵⁵ NAJMAN. “Childhood sexual abuse and adult sexual dysfunction: response to commentary by Rind and Tromovitch” *ASB*, v. 36, n. 1, 2007; e KOMPANJE. “Painful sexual intercourse caused by a disproportionately long penis: an historical note on a remarkable treatment devised by Guilielmus Fabricius Hildanus (1560-1634)”, *ASB*, v. 35, n. 5, 2006.

⁵⁶ Não há publicações sobre as DSFs em 2001.

⁵⁷ Encontramos, além do debate sobre a classificação da dispareunia/vaginismo, outros quatro artigos sobre dispareunia ou dor na relação sexual. Dois deles investigam aspectos fisiológicos relacionados à excitação (apresentados a seguir); um deles é um estudo epidemiológico; e o último é um artigo bastante diferente de todos os outros sobre DSFs. Trata-se do curioso artigo histórico “Painful sexual intercourse caused by a disproportionately long penis: an historical note on a remarkable treatment devised by Guilielmus Fabricius Hildanus (1560-1634)”.

⁵⁸ Informação em: <<http://www.mcgill.ca/newsroom/news/?ItemID=26068>>. Acesso em: 05 jan. 2008.

questionam a classificação corrente da dispareunia, sugerem alterações para a quinta revisão do DSM e introduzem intenso debate num terreno no qual, segundo os autores, reinava o consenso.

O primeiro artigo de Yitzchak Binik e colegas, publicado no *ASB* possui um título que condensa boa parte do debate: “The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction?”.⁵⁹ Nele, critica-se a inclusão da dispareunia e do vaginismo no grupo das disfunções sexuais como transtornos sexuais da dor, e sugere-se sua transposição para o grupo dos transtornos dolorosos (que é um subgrupo dos transtornos somatoformes).

O artigo de Binik, “Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision”, como dissemos, teve os 20 artigos-resposta, e retoma o debate em torno da posição da dispareunia no DSM. Além de sugerir que no DSM-V a dispareunia seja classificada entre os *transtornos dolorosos*, Binik defende a criação de um subgrupo de “transtornos de dor urogenital”: “The term ‘dyspareunia’ should, therefore, be dropped and the different urogenital pain syndromes (e.g., vulvar vestibulitis, vulvo/vaginal atrophy) that are currently called dyspareunia should be individually described based on the available evidence” (BINIK, 2005, p. 18).

Binik questiona a validade clínica da categoria ‘dispareunia’ que agruparia mulheres com condições muito diferentes, como as citadas na seguinte passagem:

Consider whether the following case examples are likely to have much in common: (1) a 22-year-old woman who has always experienced a sharp and cutting pain during penetration; (2) a 40 years-old woman who in the last year began to experience, during thrusting, a dull/shooting pain close to her right ovary; (3) a 65-year-old widow who is experiencing pain during penetration and intercourse for the first time with her new and highly arousing partner. (BINIK, 2005, p. 14)

Binik sugere que a dispareunia seja subdividida em diferentes subtipos. Lembramos aqui que a especificação de diferentes categorias e grupos classificatórios tem sido uma tendência do DSM que, ao longo de suas versões, teve crescimento exponencial do número de categorias diagnósticas listadas⁶⁰ (RUSSO, 2004). A proposta de Binik é um exemplo desta tendência. Ao especificar no transtorno doloroso a subcategoria ‘transtorno doloroso *urogenital*’, abriria uma brecha para que outras dores fossem também especificadas. Ao mesmo tempo, há um incentivo à especificação do próprio subgrupo:

⁵⁹ A pesquisa tem diversos patrocinadores, entre eles o laboratório que produz o Viagra (*Pfizer*).

⁶⁰ A trajetória das patologias relacionadas à sexualidade, desvios sexuais, e depois dos transtornos sexuais, é ilustrativa.

The term ‘dyspareunia’ should, therefore, be dropped and the different urogenital pain syndromes (e.g., vulvar vestibulitis, vulvo/genital atrophy) that are currently called dyspareunia should be individually described based on the available evidence. (BINIK, 2005, p.18)

Mesmo exemplificando diferentes grupos de casos incluídos na categoria dispareunia, e argumentando no sentido da especificação de diferentes tipos, os dados nos quais o autor baseia a maior parte de sua argumentação são oriundos de pesquisas que utilizaram amostras compostas com muitos (ou, às vezes, somente) casos de Síndrome da Vestibulite Vulvar (VVS).⁶¹ Esse ponto foi bastante criticado nos artigos-resposta.

Uma das conseqüências de agrupar transtornos a princípio definidos como sexuais seria a distinção entre dores sexuais e dores não sexuais. Binik lista os critérios diagnósticos dos transtornos dolorosos e afirma que a dispareunia preenche todos os requisitos, exceto “*does not meet criteria for Dyspareunia*”. Os critérios do DSM-IV (e do DSM-IV-TR) para classificar uma condição como um transtorno doloroso são os seguintes:

- A. *Pain in one or more anatomical sites is the predominant focus of the clinical presentation and is of sufficient severity to warrant clinical attention.*
- B. *The pain causes significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.*
- C. *Psychological factors are judged to have an important role in the onset, severity, exacerbation or maintenance of the pain.*
- D. *The symptom or deficit is not intentionally produced or feigned.*
- E. *The pain is not better accounted for by a Mood, Anxiety, or Psychotic Disorder and does not meet criteria for Dyspareunia.*

Já os critérios do DSM-IV-TR para a dispareunia são os seguintes:

- A. *Recurrent or persistent genital pain associated with sexual intercourse in either a male or a female.*
- B. *The disturbance causes marked distress or interpersonal difficulty.*

⁶¹ De acordo com a definição do *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics* (2007), vulvodinia é uma categoria ampla na qual estão incluídas disfunções da vulva caracterizadas por ardência, escoriação e irritação durante a relação sexual. Síndrome da Vestibulite Vulvar é um subgrupo da vulvodinia que se caracteriza por forte dor durante a penetração.

C. *The disturbance is not caused exclusively by vaginismus or lack of lubrication, is not better accounted for by another Axis I disorder (except another Sexual Dysfunction) and is not due exclusively to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.*

Se a dor é exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral e causa sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal, deve-se classificá-la como dispareunia (feminina ou masculina) *devida a* (indicar a condição médica geral).

Está em jogo a crítica à autonomização dos transtornos da sexualidade ocorrida na terceira versão – a caracterização e agrupamento de transtornos que seriam *sexuais* por definição. Binik afirma que quando surgiram no DSM (terceira versão), as disfunções sexuais foram definidas em função do ciclo da resposta sexual e isso significou concebê-las como alterações no funcionamento das fases deste ciclo, sabidamente o desejo, a excitação e o orgasmo sem, contudo, uma base científica que justificasse tal embasamento teórico.

O autor aponta a dispareunia como a única disfunção que foge a esta lógica classificatória, por não interferir especificamente em nenhuma das fases do ciclo da resposta sexual: “*Although dyspareunia is not linked to, and does not interfere specifically with, any stage of the sexual response cycle, ‘functional dyspareunia’ was included a sexual dysfunction*” (BINIK, 2005, p. 12-13). Binik concentra as críticas no critério A, que associa a dor genital com o intercurso sexual. A dispareunia é a única dor classificada fora do grupo dos transtornos dolorosos no DSM, por ser a única que formalmente é definida pela interferência com a atividade que causa a dor – no caso, o intercurso sexual. O argumento é que não há justificativas para uma especificidade da dor experimentada na relação sexual com relação a outros tipos de dor e que, em geral, as dores são diferenciadas pelo critério anatômico (dor de cabeça, de estômago, etc.) e não funcional. Binik afirma que o sintoma principal da dispareunia é a dor e não um sintoma sexual, e que não incluir a dispareunia nos transtornos dolorosos significa supor que há algo de diferente nas dores sexuais que justificaria sua segregação das demais. Além disso, afirma que os relatos clínicos indicam que quase sempre a dor genital também é experimentada em atividades não sexuais.

Na segunda parte do artigo são apresentados resultados empíricos que indicariam que a dor sexual é semelhante a outras dores, como argumento para reclassificar a dispareunia. Os

resultados da tese de doutorado de M. Meana,⁶² co-autora de seus artigos, forneceriam evidências empíricas para a similaridade entre dispareunia e outras dores e para a não-especificidade da dor ao contexto sexual. Os resultados apontariam que as características clínicas da dor experimentada por essas mulheres são as mesmas que ocorrem em outras síndromes crônicas da dor e que a dor não é especificamente sexual, podendo ocorrer em outras situações “não sexuais”, como inserção de absorventes internos, exames ginecológicos, entre outros. Além disso, os resultados empíricos indicariam que a classificação da International Association for the Study of Pain teria critérios mais apropriados que os do DSM para disfunção sexual (não baseados na função). A conclusão de Binik é que: 1) as características clínicas⁶³ da dor sugerem que a dispareunia não é, provavelmente, um transtorno unitário, inserindo-se no grupo dos transtornos dolorosos; 2) se a dor ocorre em outras situações não sexuais, não é a interferência com o intercurso que deve definir a dispareunia.

Em seguida, Binik questiona se os correlatos físicos ou os correlatos psicossociais da dispareunia fornecem pistas para sua inclusão nos transtornos de dor ou nos transtornos sexuais e da identidade de gênero. Os correlatos psicossociais são apresentados em apenas um parágrafo, com a justificativa de que há poucas investigações sobre o tema. São citados, *au passant*, alguns estudos que sugeririam que ansiedade, hipervigilância, sintomas depressivos, queixas somáticas, abuso sexual e problemas maritais estariam relacionados à dispareunia. Contudo, tais estudos não teriam fornecido elementos em favor da classificação da dispareunia como uma síndrome da dor ou como uma disfunção sexual.

Foram os correlatos físicos que serviram de argumentos empíricos para a reclassificação. Binik chama a atenção para dois tipos de correlatos físicos: fatores sensórios e estudos de mapeamento cerebral. O autor explica que há diversas pesquisas que indicam que diferentes dores são representadas de forma similar no cérebro, o que teria levado à utilização do termo ‘assinatura cerebral da dor’: “*This led researchers to suggest that there is a ‘brain signature’ for pain which consists of the activation of the primary and secondary somatosensory cortices (S1, S2), the insular cortex, and the anterior cingulated cortex*” (BINIK, 2005, p. 16).

⁶² No estudo, uma amostra de 105 mulheres com o diagnóstico de dispareunia foi investigada. Não há referências da tese na bibliografia.

⁶³ Localização, *timing* e qualidade da dor.

Em estudo conduzido em 2004⁶⁴ por sua equipe, a mesma assinatura cerebral da dor teria sido encontrada em mulheres com dispareunia do tipo VVS. Para o autor, esta seria uma prova de que a dor sexual é idêntica às dores não relacionadas ao intercursos sexual, o que forneceria forte evidência de que a dispareunia é uma síndrome da dor como as outras, e não uma disfunção sexual. Ele completa a argumentação afirmando que é improvável que se encontre *uma assinatura cerebral* da disfunção sexual que ocorresse em casos de dispareunia.

Em outro experimento realizado por sua equipe,⁶⁵ foram investigados os limiares da dor em pacientes com VVS. Os resultados indicaram que as mulheres com VVS apresentam limiares de sensibilidade à dor mais baixos que os apresentados pelas mulheres do grupo-controle, e que tais diferenças não se restringem à área genital.

Tais resultados foram interpretados a favor do alinhamento da dispareunia com os transtornos dolorosos: “*With respect to sensory processing, vulvar vestibulitis is similar to other pain syndromes in that sensory function in general, not just pain processing, is affected and that these sensory changes are not limited to the primary site of the pain [...]*” (BINIK, 2005, p. 16). Binik afirma que há, no campo dos estudos sobre sexualidade (*sex research*), poucas investigações sobre os fatores sensoriais, em contraste com o campo dos estudos da dor. Depois disso, desenvolve-se o argumento de que reclassificar a dispareunia como um transtorno doloroso teria como efeito imediato o desenvolvimento de pesquisas sobre as questões sensoriais da dispareunia.

Há ainda um argumento terapêutico e outro relacionado ao financiamento das pesquisas em sua defesa pela reclassificação da dispareunia. O argumento terapêutico dirige a discussão a um ponto que foi retomado em vários dos comentários dos artigos-resposta. Trata-se da relação entre a classificação de uma condição patológica e os profissionais destinados ao seu tratamento. O autor identifica como *efeito-colateral* dos sistemas classificatórios o fato de que, dependendo da maneira como uma categoria diagnóstica seja definida, determinadas especialidades/disciplinas (e não outras) passam a ser encarregadas do tratamento e das pesquisas. Então, ao classificar a dispareunia como uma disfunção sexual, os ginecologistas, profissionais de saúde mental ou terapeutas sexuais teriam ficado responsáveis pelo seu manejo.

⁶⁴ Nessa pesquisa foram utilizadas imagens de ressonância magnética do cérebro de mulheres com VVS com o objetivo de investigar assinatura cerebral característica da dor.

⁶⁵ PUKALL, C. F., BINIK, Y. M., KHALIFÉ, S., *et al.* “Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome”. *Pain*, v. 96, p. 163-175, 2002.

Isso teria propiciado abordagens centradas no aspecto *sexual* e não na *dor*. A aplicação do modelo utilizado no tratamento da dor crônica estenderia as possibilidades de tratamento (incluindo acupuntura, hipnose, entre outros) e encorajaria o tratamento multidisciplinar.

No argumento financeiro, duramente criticado em alguns artigos-resposta, Binik afirma que, por meio de sua experiência como administrador, teria notado ser mais fácil alocar recursos para tratamento de dor do que para tratamento de problemas sexuais.

Nos 20 comentários que este artigo recebeu, alguns profissionais defendem a manutenção da dispareunia no grupo das disfunções sexuais; outros endossam a proposta de Binik e alguns oferecem alternativas. As posições foram equilibradas, há nove comentários contrários à sugestão de Binik, oito a favor de sua sugestão de reclassificação. Tanto nos artigos contra quanto nos que são favoráveis à reclassificação foram apresentadas alternativas com relação à nomenclatura. Em dois artigos não há uma posição definida e em um artigo há uma proposta alternativa radical, a de que a dispareunia não deveria estar no DSM por não ser um transtorno psiquiátrico (SPITZER, 2005).

A análise da área de conhecimento dos autores dos comentários aponta a predominância de profissionais ligados a departamentos de psicologia (**cinco**) de psiquiatria (**cinco**) e de medicina (**cinco**). Em seguida aparecem as instituições incluídas na categoria ‘sexualidade’ (**duas**) e na categoria ‘saúde – outros’ (**duas**). As três instituições restantes foram incluídas nas categorias ‘ciências sociais’, ‘biometria / estatística’ e outros.

Ao analisar a área de conhecimento dos autores em função da posição favorável ou contrária à sugestão de Binik, percebe-se uma distribuição diferente. Os autores dos artigos que são contrários à retirada da dispareunia do grupo das disfunções sexuais são em sua maioria das áreas da psicologia (**três**) e psiquiatria (**três**). **Dois** são da medicina,⁶⁶ **um** do serviço social e em **um** caso não havia especificação de área.

Já no caso dos autores favoráveis à reclassificação da dispareunia como transtorno doloroso, houve predomínio da área de conhecimento medicina⁶⁷ (**quatro**, incluindo **uma**

⁶⁶ Center of Gynecology and Medical Sexology, H. San Raffaele Resnati, Milão, Itália, Department of Obstetrics & Gynecology, B.C. Centre for Sexual Medicine, Vancouver General Hospital, Canada e Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine.

⁶⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, Dermogynaecology Clinic, Mercy Hospital for Women, University of Melbourne, Austrália; Center of Gynecology and Medical Sexology, H. San Raffaele Resnati, Itália e Genito Urinary Medicine and Sexual Health, Staffordshire General Hospital, Inglaterra.

instituição ligada à psiquiatria). Houve **dois** autores da área que denominamos ‘saúde – outros’,⁶⁸ **um** da psicologia, **um** de sexualidade⁶⁹ e **um** das ciências sociais.

No grupo que defende a manutenção da dispareunia entre as disfunções sexuais, encontramos Leonore Tiefer e Rosemary Basson (autora principal do artigo de consenso sobre as DSFs),⁷⁰ duas figuras centrais nos debates em torno da classificação das DSFs. Verifica-se também a presença de profissionais que integraram as equipes de Binik, como Meana e Payne.

O argumento de que a dispareunia não deve ser considerada uma disfunção sexual pelo fato de não atingir especificamente nenhuma fase do ciclo da resposta sexual é apontada nos comentários como limitada, e os autores fornecem indicações de interferência com todas as fases do ciclo sexual. A dor é apontada como elemento que pode levar mulheres a evitarem as interações sexuais (dimensão do desejo), pode dificultar a excitação assim como os orgasmos (BASSON, 2005; GRAZIOTTIN, 2005; MEANA 2005; PAYNE, 2005; TIEFER, 2005).

Levine (2005), que não se posiciona nem contra nem a favor de Binik, realça que frequentemente a dispareunia interfere nas fases do ciclo da resposta sexual, embora isso não ocorra sempre. Mantê-la no grupo das disfunções sexuais teria a vantagem de alertar os clínicos sobre os possíveis impactos da dor na vida sexual: *“It does not dictate that the treatment approach should be ‘sex therapy’, whatever that now means. Afterall, we give PDE-5 inhibitor for erectile dysfunction to most patients without sex therapy”* (LEVINE, 2005, p. 39). First e Meana apontam como uma desvantagem da classificação a perda de um código específico para a dispareunia, uma vez que não há especificações nos transtornos dolorosos. Outra desvantagem citada por First seria o risco de reduzir a detecção de co-morbidade com outras disfunções sexuais.

Em “Reclassification will not make the pain go away”, Carpenter e Andersen criticam o fato de Binik basear-se nas pesquisas com mulheres que sofrem de um tipo específico de dispareunia, a VVS, uma crítica que foi reproduzida em diversos comentários (FIRST, 2005; MEANA, 2005; GRAZIOTTIN, 2005; CARPENTER; ANDERSEN, 2005; MOSER, 2005; STRASSBERG, 2005). Os autores argumentam que estes casos se referem a apenas uma parcela dos diagnósticos de dispareunia, e basear a argumentação nos resultados de pesquisas com este

⁶⁸ School of Population Health, The University of Queensland, Australia, e School of Public Health, Queensland University of Technology, Australia.

⁶⁹ Institute for Advanced Study of Human Sexuality.

⁷⁰ Sobre este ponto, ver cap. 1.

grupo seria generalizar para o todo (todos os tipos de dispareunia) características de apenas parte (pacientes com VVS).

Neste sentido, Meana (2005) dá argumentos de que parte dos casos de dispareunia por ela estudados não permitia estabelecer um perfil, o que tornaria problemática a afirmação de Binik de que há uma primazia da dor sobre a disfunção sexual. Isso seria válido nos casos de VVS, mas não necessariamente para outros indivíduos diagnosticados com dispareunia. Já para First, o critério “*not due to a medical condition*”, necessário para classificação da dispareunia no DSM-IV, exclui a VVS, que é, segundo o autor, uma doença inflamatória. Se os argumentos se baseiam nas informações de pesquisas realizadas com VVS, então toda a argumentação de Binik estaria comprometida (FIRST, 2005).⁷¹

Para Alessandra Graziotti, profissional vinculada a um Centro de Ginecologia e Sexologia Médica de Milão, faltou nas análises de Binik um elemento-chave: a história natural da dispareunia. O argumento remete à idéia de uma especificidade nosológica e de sua vinculação ao nível anatomopatológico. A VVS seria um estado avançado de dispareunia que corresponderia à passagem de um tipo de dor (*nociceptive pain*) característico do início do curso da história natural da dispareunia – para outro tipo, a dor neuropática, característica de fases posteriores, quando lesões na mucosa genital já teriam se desenvolvido. Nesse ponto, a dor já não se restringiria à relação sexual, sendo verificada em diversas situações, como, por exemplo, nos exames ginecológicos. A autora destaca que nem sempre o quadro evolui para esta etapa de lesões (GRAZIOTTI, 2005).

O que para Binik é uma forte evidência para o alinhamento da dispareunia com os outros transtornos dolorosos, o fato de a dor ser semelhante às outras dores crônicas não é convincente para muitos dos autores dos comentários. Em muitos casos, eles concordam que a dispareunia é uma dor crônica, e que, enquanto sintoma, é semelhante, ou mesmo idêntica às outras dores. A similaridade da dispareunia com as outras dores não seria um argumento persuasivo, pois com frequência o mesmo sintoma psiquiátrico está presente em diferentes transtornos.

⁷¹ Segundo os critérios classificatórios do DSM-IV-TR, há dois tipos de Dispareunia: *Dispareunia (Não devida a uma condição médica)*: dor associada ao intercurso, não exclusivamente devida a uma condição médica geral, ao uso de alguma substância ou ao vaginismo / falta de lubrificação. Causa sofrimento / dificuldade interpessoal. E a *Dispareunia (feminina ou masculina) devida a (indicar a condição médica geral)*: a dor é exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral e deve causar sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal.

Os autores também criticam a idéia de Binik de que, se a dor existe em outras situações *não sexuais*, a dispareunia não deve ser considerada disfunção sexual. Moser e Strassberg baseiam-se na noção de que a queixa principal do paciente é fundamental para a prática diagnóstica. Assim, mesmo que a dor seja experimentada em outras situações não sexuais, como na inserção de absorventes internos ou em exames ginecológicos, o que leva as mulheres a buscar ajuda ou o que causa sofrimento é justamente a interseção da dor com a atividade sexual.

O argumento financeiro que Binik oferece também foi criticado em diversos comentários que defendem que a prática classificatória não deve ser guiada por esse tipo de interesse (BLACK, 2005; GRAZIOTTI, 2005; FIRST, 2005).

As posições mais críticas entre os comentários contrários à sugestão de Binik são as de Meana e de Leonore Tiefer. Meana chama a atenção para a crescente medicalização dos problemas que impactam a função sexual. Ela afirma que reclassificar a dispareunia como um transtorno doloroso, no grupo dos transtornos urogenitais, além de uma decisão prematura, poderia levar a uma descontextualização que divorciaria o problema de sua verdadeira complexidade e resultaria em piores resultados terapêuticos. E acrescenta que o tratamento, a atenção à dor e as pesquisas não são condicionados à reclassificação, como outros autores também lembraram (MEANA, 2005).

O comentário de Leonore Tiefer é radical por criticar a lógica classificatória do DSM de forma geral. A nomenclatura do DSM relativa às disfunções sexuais teria servido a interesses profissionais variados. Utilizar o modelo médico teria propiciado respeito, legitimidade e oportunidades para médicos e sexólogos. Ela destaca que a nomenclatura tem impactos políticos e nos valores sociais, além da prática clínica. Para Tiefer, foi um erro da APA classificar os transtornos sexuais num modelo normativo de sexualidade feminina com base no ciclo da resposta sexual de Masters e Johnson.

The DSM view of sexual dysfunction is based on the widespread cultural norm that sexual function, for both men and women, consists in being able to perform heterosexual intercourse. The cultural norm itself, of course, is not explicitly stated. Rather, we see the norm assumed in and refracted through the research of Masters and Johnson (1966) and the clinical agenda of psychiatrists Kaplan (1977) and Lief (1977). Contemporary norms require not only that sexually healthy people perform sexual intercourse but experience desire for it and perform it with control and enjoyment, and the clinical nomenclature reflects those changes. (TIEFER, 2005, p. 50)

As *normas culturais* são apresentadas, então, como *normas clínicas universais* reveladas pelo discurso científico acerca da biologia sexual. Isso iria ao encontro de décadas de pesquisas feministas que teriam evidenciado que as respostas sexuais das mulheres são muito variadas, respondem ao contexto cultural e às circunstâncias contextuais em geral, não cabendo numa descrição normativa como a proposta por Masters e Johnson. Ela menciona a campanha *New View on Women's Sexual Problems* e argumenta que suas críticas são focadas nas noções universalizadas de desejo, excitação, orgasmo e não na dispareunia, que, do seu ponto de vista, é a única disfunção sexual com validade para as mulheres. Tiefer sugere que as classificações normativas como o DSM deixem de existir, mas que, enquanto isso não acontecer, a dispareunia deve estar contemplada nestes quadros classificatórios.

As críticas ao DSM também foram formuladas por Carpenter e Andersen. Eles concordam com a afirmação de Binik, de que os sintomas da dispareunia coincidem com os dos transtornos da dor. No entanto, os autores apontam este caso como apenas um exemplo de uma série no DSM e discordam que este seja um argumento para a reclassificação. Esta característica é, para os autores, uma prova das dificuldades inerentes às decisões classificatórias:

[...] we do not agree that the overlap suggests that one diagnosis (pain) is better suited than another (sexual dysfunction) for dyspareunia. Alternatively, what overlap does guarantee is the unreliability of many diagnostic decisions, including those for dyspareunia. (CARPENTER; ANDERSEN, 2005, p. 27)

Dos comentários favoráveis à reclassificação da dispareunia, Moser dirigiu as críticas mais contundentes ao DSM. Para Moser, a situação atual é similar à de 30 anos atrás, quando a homossexualidade era considerada uma disfunção sexual sem dados empíricos que justificassem tal patologização. Da mesma forma, não haveria dados empíricos que indicassem que a dispareunia é um transtorno essencialmente patológico, apesar de o manual se proclamar *a-teórico* e com base em dados empíricos. O agrupamento dos transtornos especificamente sexuais no DSM seria um exemplo da falta de dados empíricos nas decisões classificatórias:

The DSM is the result of faulty logic, inconsistent thinking, and does not adhere to its own standards. The classification of 'sexual' disorders as distinct and different from the various other categories of the DSM has been random, inconsistent, arbitrary, and politically motivated. (MOSER, 2005, p. 44)

Uma suposta confusão entre sintoma e transtorno está presente em diversos comentários, tanto nos que se posicionam a favor da transposição da dispareunia para o grupo dos transtornos dolorosos quanto nos que não aprovam a modificação. Para Dennerstein, por exemplo, a

dispareunia não tem lugar numa classificação de diagnósticos psiquiátricos por uma questão semântica: a dor é apenas um sintoma. A dispareunia poderia, então, ser um sintoma presente em diversos transtornos (DENNERSTEIN, 2005).

Masheb e Richman, que tratam mulheres com vulvodinia a partir da abordagem da dor crônica, também levantam a possibilidade de a dispareunia ser apenas um sintoma, perspectiva apontada como “extremamente útil” do ponto de vista ginecológico (MASHEB; RICHMAN, 2005). Stephen Levine não defende nem a reclassificação e nem a manutenção da dispareunia nas disfunções sexuais, mas sugere que o termo dispareunia seja modificado por haver superposição entre sintoma e transtorno. O sintoma – dispareunia – se tornaria um transtorno toda vez que o atendimento ginecológico não conseguisse curar ou explicar a dor. O autor sugere que seja utilizada a categoria *chronic obstructive vaginal disease*. O termo teria a vantagem de não privilegiar nenhuma especialidade, como seria o caso de transtorno doloroso urogenital, sugerindo uma abordagem multidisciplinar (LEVINE, 2005).

Levine sublinha que as nosologias são influenciadas não apenas por descobertas científicas e mudanças de paradigmas, mas também por movimentos políticos e culturais. Ele chama a atenção para as várias maneiras possíveis de se diagnosticar e entender problemas. Para Levine, o DSM-IV-TR contém muitas controvérsias e incertezas acerca da validade e do significado dos transtornos sexuais, que são mais visíveis no caso das questões sexuais femininas do que no caso das masculinas. Ele localiza o debate introduzido por Binik como a segunda tentativa recente de reformulação da nosologia das DSFs.⁷²

Amy Kaler é socióloga e investigou *autoconceitos* e as *relações sociais* de mulheres com dispareunia. Afirma que, além de ser um avanço científico, a reclassificação tem implicações importantes para a vida das mulheres com transtornos genitais de dor:

Throughout this project, I have been struck by the fact that the way that their pain is defined and categorized, whether by the women themselves, by their partners, or by the medical professionals they encounter, matters tremendously to these women. (KALER, 2005, p. 34)

A classificação da dispareunia como disfunção sexual remeteria a uma fase da medicina “menos iluminada”, na qual relatos de dor das mulheres eram negligenciados frequentemente por meio da psicologização: “*it must be in your head*”. Kaler denuncia os problemas decorrentes de um suposto excesso de psicologização na abordagem clínica da dispareunia e o impacto de um

⁷² Ele se refere ao encontro de consenso, realizado em 1998, ver capítulo 1.

diagnóstico psiquiátrico na vida destas mulheres. Manter a dispareunia no grupo das disfunções sexuais reforçaria a tendência a generalizar a dispareunia como uma falência sexual mais ampla: “*their accounts of pain were generalized into diagnoses that their entire sexual being was somehow sick*” (KALER, 2005, p. 35).

Estas mulheres relatam que foram classificadas como frígidas ou reprimidas, disfuncionais ou anormais sexualmente. Elas (34% da amostra) relataram que quando recebiam um diagnóstico de VVS ou vulvodinia, em geral, depois de percorrer incontáveis profissionais, sentiam-se aliviadas por não serem mais consideradas *loucas*. Nesse sentido, para Kaler a medicalização seria um passo positivo (KALER, 2005).

O estigma associado aos diagnósticos sexuais também foi problematizado por Kleinplatz. O autor acrescenta que a separação de transtornos sexuais e transtornos não sexuais operada na terceira versão do DSM não se baseou em evidências empíricas e nem foi útil no caso de mulheres com dispareunia, por ter ocultado o aspecto da dor. Kleinplatz aponta a pretensão do manual de ser *a-teórico* e baseado em dados empíricos como um objetivo elusivo e, assim como Moser e Tiefer, critica o viés heterossexista do manual.

Marko, que escreve como representante de um departamento de saúde sexual e medicina genitourinária do Staffirshire General Hospital, enfatiza que o debate acerca da reclassificação da dispareunia aponta para a necessidade de metodologia científica e para a constituição da disciplina Medicina Sexual: “*The final goal should be addressing patient’s concerns in a uniform, professional, and research guided manner for furthering the science, art, and discipline of sexual medicine*” (MARKO, 2005, p. 39).

O autor destaca o aspecto relacional da dispareunia e define a função sexual como a interação de dois indivíduos com um ciclo sexual que inclui desejo, *performance* (excitação e orgasmo) e intimidade. Afirma que os homens podem sofrer de impotência (ou outras disfunções sexuais) quando suas parceiras experimentam sofrimento (dor) no intercurso sexual. Em outros casos, a dispareunia poderia servir como uma maneira de evitar relações sexuais não satisfatórias, mas Marko ressalta que mais pacientes se queixam de dor sexual do que de disfunção, o que tornaria apropriada a reclassificação.

Basson (contrária à reclassificação) também se refere à medicina sexual e ao aspecto relacional. Para a autora, a dispareunia crônica costuma ocasionar outras disfunções sexuais em

ambos os parceiros. Assim, seria conveniente conceber a dispareunia como disfunção sexual e utilizar intervenções do manejo da dor crônica, por um clínico treinado em medicina sexual.

Contudo, para além da manutenção ou deslocamento da dispareunia, o debate oferece oportunidade para a reflexão sobre a prática classificatória de forma mais ampla, e sobre o DSM, especificamente. Fica claro que o deslocamento de uma categoria diagnóstica de um grupo para o outro tem implicações as mais diversas e, longe de ser um exercício *a-teórico* ou meramente descritivo, envolve argumentações que passam por muitos pressupostos teóricos e políticos, por vezes controversos. Diversas esferas estão envolvidas no debate, desde disputas pelas categorias profissionais que seriam as mais apropriadas para tratar a dispareunia e discussões sobre a etiologia (que não podem se dar sem o recurso a pressupostos teóricos), até as facilidades para obtenção de financiamentos.

4.3 O problema da classificação nos estudos epidemiológicos

Além do debate em torno do diagnóstico da dispareunia, há outro sobre a classificação das DSFs, publicado no *ASB*. Trata-se de uma série com três artigos sobre a epidemiologia das DSFs publicados em 2003. Há um artigo principal, depois um comentário sobre ele e, no terceiro, a réplica dos autores do artigo principal. Assim como nos textos que debatem o diagnóstico da dispareunia, o elemento central do embate entre as equipes é a classificação das disfunções sexuais.

Os autores são figuras bastante conhecidas no campo dos estudos sobre sexualidade. John Bancroft era diretor do Instituto Kinsey (The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction), e já tinha feito parte do corpo editorial de diversos periódicos da área.⁷³ Já publicara no *ASB*, um ano antes, o artigo “The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution” (BANCROFT, *ASB*, v. 31, n. 5, 2002), cujo objetivo era discutir aspectos relacionados à medicalização da sexualidade feminina e que introduziu o problema tratado nesta pesquisa epidemiológica. O processo de medicalização da sexualidade feminina de forma mais ampla foi abordado com uma contextualização histórica. Resumidamente, Bancroft remontou ao período vitoriano, cuja moral pressupunha que as “mulheres respeitáveis” não deveriam gostar de

⁷³ *Journal of Sexual & Marital Therapy; Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology; Journal of Reproductive & Infant Psychology; Sexual and Marital Therapy; International Journal of Impotence Research* (mais tarde chamado *Journal of Sexual Medicine*); *International Journal of Sexual Disorders*; *International Journal of STD and AIDS*, *Journal of Sex Research e Medical Aspects of Human Sexuality*.

sexo e a internação psiquiátrica ou a extirpação do clitóris eram respostas médicas comuns para as mulheres consideradas *hipersexuais*. No século XX, a sexualidade feminina teria despertado pouco interesse dos médicos até recentemente, quando, além da busca por um similar ao Viagra para mulheres, os efeitos colaterais sexuais de antidepressivos e os efeitos sexuais da cirurgia de retirada do útero teriam chamado a atenção para as DSFs. Para Bancroft, esta nova fase da medicalização da sexualidade feminina teria efeitos benéficos, mas seria preciso cautela frente a efeitos potencialmente nocivos. O objetivo do artigo é discutir questões que, segundo os autores, mereceriam cautela neste novo interesse pelas DSFs, entre elas a leitura dos problemas sexuais femininos como disfunções sexuais. O texto introduziu o problema da classificação diagnóstica desenvolvido no artigo publicado em 2003 e que recebeu os comentários de R. Rosen e E. Laumann.

Edward Laumann era vinculado à Universidade de Chicago. Ele foi co-diretor, em 1992, da pesquisa *National Health and Social Life Survey*, grande estudo epidemiológico sobre comportamento sexual nos EUA. Raymond Rosen presidiu a conferência de consenso realizada em 1998, participou de ensaios clínicos relacionados às disfunções sexuais e publicou em jornais científicos suas pesquisas sobre função/disfunção feminina e masculina, sendo, portanto, um pesquisador importante no campo das DSFs. No *ASB*, publicou também os artigos: “Group treatment format: mixed sexual dysfunctions”, em 1976; “Prosexual drugs: empirical status of the ‘new aphrodisiacs’”, em 1993;⁷⁴ “The prevalence of sexual problems in women: how valid are comparisons across studies?”, comentário sobre a pesquisa de Bancroft, Loftus e Longs (2003); “The psychological and interpersonal relationship scales: assessing psychological and relationship outcomes associated with erectile dysfunction and its treatment”, em 2004.

É interessante perceber a trajetória traçada pelos temas tratados por R. Rosen ao longo dos anos. No primeiro artigo, de 1976, discutia-se o tratamento em grupo das disfunções sexuais a partir do modelo comportamental e das noções de Masters e Johnson. No artigo publicado em 1993, há uma revisão da literatura sobre os fármacos destinados aos melhoramentos da função sexual que ilustram a transição para os tratamentos medicamentosos. Enfim, nos artigos seguintes, nota-se seu envolvimento em pesquisas epidemiológicas e em discussões sobre a classificação.

⁷⁴ O artigo revisa a literatura sobre medicamentos para mulheres e homens. Por não ser focado no tratamento de mulheres, ele não atendeu aos critérios de inclusão na amostra de artigos analisada em nosso estudo.

O debate começa com o artigo “Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships” (BANCROFT *et al.*, *ASB*, v. 32, n. 3, 2003), de J. Bancroft, J. Loftus e J. Long. Nele, os autores apresentam as controvérsias existentes em torno da classificação das DSFs: a classificação de Masters e Johnson retomada nos DSMs, as conferências de consenso sobre as definições das DSFs e a campanha *A New View of Sexual Women’s Sexual Problems*.

Crucial nesses embates seria a pertinência em chamar um problema sexual ou uma dificuldade sexual de ‘disfunção’, devido às conotações médicas embutidas nesta palavra (BANCROFT *et al.*, 2003, p. 194). Os autores propõem uma pesquisa para avaliar a prevalência do sofrimento (no original é *distress*) relacionado à sexualidade em mulheres americanas. A pesquisa é apresentada como um contraponto a outro estudo, publicado no *Journal of the American Medical Association (JAMA)* por E. Laumann, A. Paik e R. Rosen, em 1999, e que teve ampla repercussão, tanto no contexto biomédico quanto na mídia: “Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors”.

Bancroft e sua equipe questionam diversos pontos metodológicos, sobretudo a pertinência da utilização do termo ‘disfunção sexual’ nessa famosa pesquisa. O estudo de E. Laumann, A. Paik e R. Rosen teria apontado que as chamadas DSFs foram comumente associadas a problemas de saúde mental, a problemas na relação amorosa e a vários aspectos da qualidade de vida, casos em que, para Bancroft e seus colegas, o termo ‘disfunção’, dadas suas conotações médicas (que remetem a falhas nas respostas fisiológicas sexuais) talvez não fosse o mais apropriado. A partir desta crítica principal, Bancroft, Loftus e Long propõem um estudo epidemiológico com metodologia distinta.

A pesquisa elaborada por Bancroft, Loftus e Long foi descrita no artigo publicado em 2003, “The prevalence of sexual problems in women: how valid are comparisons across studies?” (BANCROFT *et al.*, *ASB*, v. 32, n. 3, 2003), e parte da idéia de que o que é chamado de ‘disfunção sexual’ poderia ser mais bem entendido como uma ‘resposta adaptativa’ (e não um mau funcionamento do sistema da resposta sexual), uma perspectiva adotada em diferentes estudos do Instituto Kinsey:

Central to this conceptual debate is the question of whether absence or reduction of sexual interest or response is necessarily ‘dysfunctional’ or maladaptive. The theoretical model of sexual response, The Dual Control Model, which guides much of the research program at The Kinsey Institute, conceptualizes inhibition of sexual response as an adaptive mechanism. (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003, p. 194)

Há então distinção entre uma disfunção (mau funcionamento do sistema da resposta sexual) e uma resposta adaptativa a estados problemáticos, que pode ter efeitos na resposta sexual. Entre as possíveis causas da resposta adaptativa, estariam estados de fadiga e depressão, situações adversas da vida e circunstâncias específicas dos relacionamentos sexuais.

A pesquisa teve como objetivo investigar a incidência do sofrimento sexual (*sexual distress*) e os aspectos determinantes nesse sofrimento. Os resultados da pesquisa são avaliados à luz da questão conceitual disfunção/problema sexual. Os principais determinantes de sofrimento sexual indicados nos resultados foram, entre outros, a falta de bem-estar emocional e sentimentos emocionais negativos durante a interação sexual com o parceiro:

The overall picture is that lack of emotional well-being and negative emotional feelings during sexual interaction with the partner are more important determinants of sexual distress than impairment of the more physiological aspects of female sexual response. (BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2003, p. 202)

Os aspectos fisiológicos da resposta sexual seriam de importância secundária para as mulheres.⁷⁵ Após discutirem em detalhes a metodologia e os resultados da pesquisa, há uma seção em que são revistos cinco trabalhos epidemiológicos sobre as disfunções ou problemas sexuais femininos. Ao longo da apresentação, os autores enfatizam a maneira como os estudos definiram as disfunções sexuais e chamam a atenção para a discrepância entre o que os pesquisadores apontam como disfunções ou problemas sexuais e a visão das mulheres sobre tais condições:

A common theme [...] was that across the four studies where the woman's own concept of a problem or her concern was assessed, only a third to a half of women operationally defined as having a sexual problem, regarded themselves as having a sexual problem or reported marked distress in relation to their sexuality. (BANCROFT et al., 2003, p. 204)

Tais discrepâncias seriam indicativas da necessidade de rever as classificações correntes.

Outro ponto destacado foi a grande variação encontrada na prevalência de problemas sexuais específicos nos cinco estudos revistos, o que, para Bancroft *et al.* (2003, p. 204), é um sinal da natureza arbitrária dos critérios usados para definir um problema.

⁷⁵ Embora não tenham dados que possibilitem uma análise comparativa, os autores acreditam que os resultados seriam diferentes para os homens. Problemas nas respostas genitais seriam mais importantes na determinação de sofrimento no caso dos homens do que no caso das mulheres (BANCROFT *et al.*, 2003, p. 202).

Por fim, os autores formulam três “janelas conceituais” que poderiam ser utilizadas para a distinção entre problemas sexuais e disfunções sexuais. A primeira delas refere-se à situação atual do relacionamento com seu parceiro sexual e de sua vida como um todo. Aí seria avaliada a presença de condições adversas como estresse, fadiga, ou hostilidade no relacionamento. A segunda “janela conceitual” refere-se à história sexual individual da mulher, e a terceira, aos aspectos físicos, farmacológicos ou efeitos hormonais que podem interferir no sistema de resposta sexual. Apenas os problemas que pudessem ser encaixados na segunda ou na terceira “janela conceitual” deveriam ser, para Bancroft e seus colegas, definidos como ‘disfunções sexuais’:

[...] a “sexual dysfunction” is an appropriate, heuristically useful way of describing a sexual problem that results either from maladaptive psychophysiological response patterns, as observed through our second window, or from the effect that directly interferes with the sexual response system, as observed through our third window. (BANCROFT et al., 2003, p. 205)

Eles finalizam o artigo defendendo a idéia de que as descrições das mulheres sobre seus problemas deveriam ser priorizadas no lugar da utilização de conceitos preconcebidos sobre as DSFs, e que estas evidências deveriam ser consideradas na elaboração do DSM-V.

No breve comentário de Rosen e Laumann, encontramos suas respostas às críticas metodológicas formuladas por Bancroft *et al.*, bem como diversas críticas metodológicas à pesquisa realizada pela equipe deste último. Gostaríamos de descrever duas de suas críticas.

A primeira refere-se à avaliação da correspondência entre o diagnóstico e a presença de sofrimento (no original, *personal distress*) das mulheres. Eles afirmam que, apesar de concordarem com a pertinência deste quesito, foi problemática a maneira como os autores investigaram o sofrimento. Eles advertem para a frase utilizada no estudo “*How much distress or worry about your own sexuality?*” e destacam os múltiplos sentidos que podem ser inferidos a partir da expressão “*your own sexuality*”. Propõem a troca pela pergunta “*How distressed are you about your lack of sexual response or pleasure?*”, ignorando o fato de que a utilização de tais termos (preconcebidos) acerca das DSFs e as limitações decorrentes de tal uso remete aos pontos mais enfatizados por Bancroft *et al.*

A segunda crítica refere-se à relação entre indústria farmacêutica e a utilização do termo ‘disfunção sexual’. O artigo de Bancroft *et al.* assumiu uma perspectiva crítica com relação ao envolvimento dos laboratórios farmacêuticos nas pesquisas sobre sexualidade feminina. Já no

primeiro parágrafo, encontra-se a afirmação de que se está em uma nova e controversa fase de interesse da indústria farmacêutica e dos médicos na sexualidade feminina. Os autores enfatizam o papel dos antidepressivos (e seus efeitos colaterais sexuais) e do Viagra na transformação da sexualidade feminina numa questão comercial. Laumann e Rosen discordam da visão dos colegas, e assumem como equivocada a idéia de que o termo 'disfunção sexual' deriva do interesse da indústria farmacêutica. E colocam a questão da seguinte maneira:

What implications, if any, do the findings of recent surveys have for our understanding of the pharmaceutical industry's role in defining sexual problems in women or their treatment? This metatheoretical question is, by admission, the point of departure for the present survey and the major focus of Bancroft et al.'s work. (ROSEN; LAUMANN, 2003, p. 210)

Afirmam, ainda, que, ironicamente, a pesquisa de Bancroft *et al.* recebeu fundos da indústria farmacêutica Eli Lilly⁷⁶ e que, em contraste, sua pesquisa não recebeu qualquer incentivo desta ordem. Embora não tenham recebido financiamento para esta pesquisa em especial, as relações dos autores, sobretudo R. Rosen e a indústria farmacêutica, são múltiplas, desde a participação em ensaios clínicos até a participação ativa nos encontros de consenso promovidos pelas indústrias farmacêuticas. Rosen e Laumann remontam às origens do termo 'disfunção sexual', ou seja, a Masters e Johnson e a H. Kaplan, para provar que a indústria farmacêutica não inventou tal nomenclatura.

Na réplica de J. Bancroft e cols., eles explicitam que o referido termo, apesar de ter sido difundido por Masters e Johnson e outros terapeutas sexuais relacionados às disfunções psicogênicas, sofreu, ao longo dos últimos 20 anos, um deslocamento para visões organicistas. Isto teria ocorrido a partir das disfunções sexuais masculinas e seria justificável graças aos recentes desenvolvimentos na patofisiologia da função erétil. Em seguida, acrescentam que não há pesquisas suficientes ou comparáveis que permitam a primazia de visões organicistas no caso das DSFs, o que sugere que suas críticas se restringem ao processo de medicalização das disfunções femininas.

Quanto ao financiamento, Bancroft *et al.* qualificam sua pesquisa como um bom exemplo de relação entre pesquisadores e indústrias patrocinadoras, pois não teria havido interferência destas em nenhuma fase de elaboração ou realização da pesquisa. Em contrapartida, alertam para o fato de que podem estar presentes conflitos de interesse na apresentação de resultados de

⁷⁶ Conforme explicitado no final do artigo de Bancroft *et al.*

pesquisas, que, embora não tenham sido patrocinadas por nenhum laboratório, são conduzidas por profissionais intimamente ligados à indústria. Há em seu comentário também respostas às diversas críticas metodológicas elaboradas por Rosen e Laumann.

A classificação das DSFs também foi o foco de outro artigo, uma pesquisa recente, publicada em 2007, que retoma o debate de 2003 sobre a nomenclatura das DSFs. Trata-se de “Women's views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses” (*ASB*, v. 36, n. 2, 2007), de M. King, V. Holt e I. Nazareth. O estudo teve como objetivo comparar a visão das mulheres sobre seus problemas sexuais aos diagnósticos da CID-10.

O artigo explicita as controvérsias em torno da classificação das DSFs, e sublinha o papel dos estudos epidemiológicos na criação da demanda por tratamentos. Se os dados epidemiológicos indicam elevado número de casos de disfunção sexual na população, as intervenções medicamentosas passam a ser descritas como uma necessidade:

Since the 1990s, epidemiological studies of sexual problems in women have reported high rates of dysfunction, with up to 50% of women affected [...]. There is concern, however, that epidemiological studies, particularly those funded by the pharmaceutical industry, report inflated prevalence rates for sexual disorders and thereby create a ‘need’ for treatment [...] (KING et al., 2007, p. 281)

4.4 Os aspectos orgânicos das disfunções sexuais femininas

Quando os aspectos relacionados à fisiologia/psicofisiologia das DSFs passam a ser publicados nos *ASB*, investiga-se principalmente a excitação sexual. No capítulo 3 desta dissertação, analisamos o conjunto de artigos sobre DSFs publicado até o ano 2000. Percebemos que a maior parte deles era sobre as disfunções orgásticas, no contexto da terapia sexual, nos moldes propostos por Masters e Johnson. Percebemos também que os aspectos orgânicos não eram pesquisados ali. Alguns artigos, no entanto, fugiam deste perfil. Foi o caso do primeiro artigo sobre excitação sexual que encontramos, publicado em 1992.

Além do artigo publicado em 1992, encontramos **oito** que investigam aspectos orgânicos das DSFs, todos publicados depois de 2002. Há apenas **um** com ênfase nos aspectos orgânicos e sem focalizar a excitação sexual, mas nas relações entre sistema nervoso central e as disfunções sexuais neurogênicas.⁷⁷

⁷⁷ SIPSKI. “Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends”, *ASB*, v. 31, n. 5, 2002.

Entre os artigos que investigam a excitação sexual, encontramos **dois** estudos sobre a excitação sexual na dispareunia,⁷⁸ **dois** sobre tratamento medicamentoso,⁷⁹ **um** sobre a sensação tátil em mulheres com transtornos sexuais da excitação,⁸⁰ **um** sobre o papel da atenção na excitação sexual de mulheres com DSFs⁸¹ e **um** sobre os efeitos de falso *feedback* positivo e negativo na excitação sexual.⁸² Ou seja, em geral, eles não se limitam às investigações sobre os aspectos fisiológicos, e avaliam também aspectos subjetivos, o que torna a designação ‘aspectos psicofisiológicos’ apropriada para designar o objeto estudado.

Convém explicitar que no DSM-IV (assim como em Masters e Johnson) 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 listadas no DSM-IV 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.

Todos os artigos sobre excitação são apoiados nestas noções. Os artigos apresentaram experimentos que seguiam um modelo semelhante. Em geral, a excitação era avaliada da seguinte maneira: num laboratório. Ali, era apresentado um estímulo visual que consistia em um filme erótico (e um filme neutro como controle)⁸³ e em seguida a excitação sexual era avaliada. Para avaliar a fisiologia da excitação sexual, utilizou-se a fotopletismografia vaginal (mencionada em **quatro** dos sete artigos). Já no artigo de K. Payne (*ASB*, v. 36, n. 2, 2007), um outro instrumento, designado como *Labial thermistor clip*, foi utilizado na avaliação da fisiologia da excitação sexual.

Os outros dois artigos não conduziram pesquisas em que a excitação sexual fosse medida. Em geral, o componente subjetivo foi avaliado por meio de questionários ou escalas de medida, do tipo *self-report*. Adaptações da escala de Heiman e Rowland foram as mais utilizadas, mas

⁷⁸BRAUER; LANN. “Sexual arousal in women with superficial dyspareunia”, *ASB*, v. 35, n. 2, 2006; e PAYNE *et al.* “Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls”, *ASB*, v. 36, n. 2, 2007.

⁷⁹ROSEN, R. “Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction”, *ASB*, v. 31, n. 5, 2002; e MESTON; WORCEL. “The effects of yohimbine plus l-arginine glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder”, *ASB*, v. 31, n. 4, 2002.

⁸⁰FROHLICH; MESTON. “Tactile sensitivity in women with sexual arousal disorder”, *ASB*, v. 34, n. 2, 2005.

⁸¹SALEMINK *et al.* “Effects of increasing neutral distraction on sexual responding of women with and without sexual problems”, *ASB*, v. 35, n. 2, 2006.

⁸²MCCALL; MESTON. “The effects of false positive and false negative physiological feedback on sexual arousal: a comparison of women with or without sexual arousal disorder”, *ASB*, v. 36, n. 4, 2007.

⁸³Em um dos artigos o estímulo sexual não era visual, mas auditivo.

lançou-se mão de outros questionários, entre eles o Female Sexual Function Index (FSFI). Em um artigo, por exemplo, o experimento incluiu elementos que distraíam as mulheres, com a posterior avaliação dos efeitos na excitação. O objetivo era investigar o papel da atenção na excitação.

Em outro experimento, após a apresentação do filme erótico, os pesquisadores ofereciam um falso *feedback* positivo e negativo⁸⁴ para as mulheres e avaliavam, num experimento realizado logo depois, os efeitos do *feedback* na excitação sexual. Ambos compararam dois grupos, um de mulheres com funcionamento sexual normal e outro de mulheres disfuncionais.⁸⁵ Em dois artigos, não se avaliou a excitação e sim os aspectos sensórios, como veremos a seguir.

A transposição dos moldes de pesquisa utilizados nos estudos sobre disfunções sexuais masculinas fica evidente em diversos artigos. Naquele que investiga a sensibilidade tátil em mulheres com disfunção da excitação sexual, por exemplo, são citados estudos que indicaram sensibilidade tátil reduzida em homens com disfunção erétil. No artigo sobre o papel do *feedback* na excitação, encontramos a seguinte passagem: “*While this model was initially derived to explain male sexual patterns, intuitively it seems to also represent female sexual patterns and has been applied as such by a number of researchers and theorists (...)*” (MCCALL; MESTON, 2007, p. 518).

Foram apontadas algumas diferenças entre respostas sexuais de homens e mulheres. McCall e Meston (2007), por exemplo, sugerem que aspectos comportamentais relacionados à *performance* podem ser mais importantes para mulheres do que respostas fisiológicas da excitação, dada a centralidade da ereção no caso do funcionamento sexual masculino: “*From a purely anatomical standpoint, this would make sense given that, unlike women, men are unable to perform sexually without the presence of a visible physiological response (i.e., erection)*” (MCCALL; MESTON, 2007, p. 527).

Ainda nesse artigo, foram encontradas diferenças com relação às medidas subjetivas e fisiológicas. Os autores chegam a afirmar que as mudanças na excitação sexual subjetiva não implicam, necessariamente, mudanças fisiológicas. Há então uma relativização da importância

⁸⁴ O falso *feedback* positivo consistia em, após a medição da excitação na presença do filme erótico, mostrar os resultados de uma fotopletismografia (que supostamente seria da mulher) que indicava altos níveis de excitação sexual e dizer que aqueles resultados eram ótimos; o falso *feedback* negativo consistia em mostrar os resultados de uma fotopletismografia que indicava baixos níveis de excitação sexual e dizer que aqueles resultados eram problemáticos.

⁸⁵ Em um caso, apenas mulheres com disfunção da excitação; em outro, mulheres com diversas disfunções (do desejo, do orgasmo e da dor).

dada aos aspectos fisiológicos da excitação. Os autores ressaltam que outros aspectos comportamentais, como “sentir-se *sexy* e relaxada”, podem ser mais importantes para mulheres do que a resposta fisiológica, que seria mais importante para os homens.

Dois artigos investigaram os aspectos sensoriais relacionados à excitação, sendo um deles uma investigação sobre sensação tátil em mulheres com transtorno da excitação e um deles uma investigação sobre a relação entre percepção sensorial e excitação em pacientes com VVS. Este último tem como co-autor Y. Binik, o pesquisador que publicou o artigo sobre classificação da dispareunia que recebeu os 20 comentários.

O artigo que investiga a sensação tátil em mulheres com disfunção da excitação articula-se à busca de medicamentos para as DSFs, como fica claro na seguinte passagem:

[...] if some types of sexual dysfunction arises from impaired or highly acute tactile sensitivity, medications that may increase or decrease sensation thresholds, such as alprostadil or dinoprostone [...] and/or fluoxetine [...] could prove beneficial. (FROHLICH; MESTON, 2005, p. 215)

A sensibilidade tátil foi investigada em locais não genitais, como dedos da mão e lábios. A amostra consistia de mulheres com disfunção sexual da excitação e de um grupo-controle com “mulheres saudáveis”. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os dois grupos, o que, para os autores, é indicativo de alterações fisiológicas globais (isto é, não restritas à região genital) nos mecanismos táteis ou vasculares:

It is of interest that FSAD⁸⁶ was significantly associated with decreased sensitivity of the finger, which is not a primary erogenous zone. This suggests that the underlying mechanism may be a physiological process that is systemic, such as a vascular dysfunction, or a psychological process that may affect measurements of tactile sensation all over the body, such as anxiety or distraction. If so, tactile sensation on the index finger may serve as a biological marker for sexual arousal dysfunction. (FROHLICH; MESTON, 2005, p. 215)

Os dois artigos sobre tratamento das DSFs são: “The effects of yohimbine plus l-arginine glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder”⁸⁷ e “Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction” (ROSEN, R. *ASB*, v. 31, n. 5, 2002). Nos dois estudos, as drogas mencionadas são substâncias que já haviam sido testadas em homens.

⁸⁶ *Female sexual arousal disorder.*

⁸⁷ MESTON; WORCEL, *ASB*, v. 31, n. 4, 2002.

R. Rosen é o autor de “Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction”, no qual pretendeu abordar questões fundamentais a serem observadas nos ensaios clínicos com medicamentos dirigidos às DSFs. Embora fale dos padrões ideais nos ensaios clínicos de forma geral, percebe-se que ele se dirige à utilização do sildenafil em mulheres.

A primeira “questão-chave” para os ensaios clínicos apontada por Rosen relaciona-se à classificação das disfunções sexuais. Ele adverte para a necessidade de definir a população estudada. Isto inclui a especificação da disfunção sexual investigada e uma definição clara do transtorno e a especificação de critérios de inclusão e exclusão na seleção da amostra. São apontados como fatores importantes a presença ou ausência de etiologia psicológica ou orgânica, a co-morbidade com outras disfunções e os níveis hormonais.

O segundo elemento fundamental relaciona-se às técnicas de mensuração utilizadas. Para R. Rosen, devem ser utilizados instrumentos objetivos na mensuração de aspectos fisiológicos e subjetivos. Os questionários e escalas de medida do tipo *self-report* devem ser utilizados nas mensurações subjetivas, mas as medidas fisiológicas obtidas por meio de instrumentos como a fotopletismografia vaginal são apontadas como mais refinadas. “*Physiological measures are available (e.g., vaginal photoplethysmography) and have the potential advantage of being more objectively measured and possibly more sensitive than self-report or subjective measures*” (ROSEN, 2002, p. 440).

Em seguida são apresentados os chamados “padrões-ouro” para os ensaios clínicos dos medicamentos para disfunções sexuais: “*The current ‘gold-standard’ for clinical trials in male and female sexual dysfunction is the randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel group design, with one or more dosages of the specific drug being investigated*” (ROSEN, 2002, p. 440).

Outros elementos do “padrão-ouro” são detalhados, e especificam-se os instrumentos para mensurações dos resultados. Rosen recomenda em especial o uso de dois questionários: Brief Index of Sexual Functioning for Women e Female Sexual Function Index. O único instrumento de mensuração fisiológica especificado é a fotopletismografia vaginal. Embora o autor chame a atenção para a falta de padronização adequada das medidas obtidas por meio da fotopletismografia, ele recomenda seu uso em ensaios clínicos.

Nesse artigo, Rosen apresenta uma revisão da literatura sobre tratamento medicamentoso das DSFs e cita um estudo conduzido por sua equipe no qual foi utilizada a fotopletismografia. Trata-se de um ensaio clínico que avaliou os efeitos da fentolamina no transtorno da excitação sexual de mulheres na pós-menopausa. A pesquisa é apontada como a primeira publicação (em 1999) de um estudo com drogas vasoativas para o tratamento de mulheres.⁸⁸

A outra droga vasoativa citada é o sildenafil, a substância ativa do Viagra. Rosen afirma que, apesar de haver diversos estudos não controlados que investigaram a ação deste medicamento em mulheres, foi encontrada apenas uma publicação com ensaio clínico controlado. Ele se refere ao artigo de Kaplan *et al.*, publicado também em 1999, no periódico *Urology* (KAPLAN *et al.* “Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction”. *Urology*, v. 53, p.481-486). A amostra incluiu mulheres com diversas disfunções (da excitação, do orgasmo, do desejo). Um quarto da amostra teria notado melhoramentos na função sexual, um número que não foi significativo do ponto de vista estatístico.

A revisão de Rosen aponta o uso do sildenafil em pacientes com disfunção sexual associada com o uso de medicamentos antidepressivos, como fluoxetina e paroxetina. Mais uma vez é citado um artigo de revisão de literatura de sua autoria, indicando que ele também se dedicou ao impacto dos antidepressivos da função sexual,⁸⁹ publicado em 1999. Os estudos ali mencionados são controlados, mas teriam indicado resultados favoráveis, sobretudo em relação ao desejo e ao orgasmo.

Em resumo, para Rosen, as principais questões a serem observadas nos ensaios clínicos são relativas à seleção dos indivíduos que constituem a amostra (e recomenda a utilização das definições criadas no consenso de classificação das DSFs, realizado em 2000),⁹⁰ à avaliação dos resultados e ao *design* do ensaio (que deve idealmente seguir o “padrão-ouro” já descrito).

É interessante a diferença de gênero apontada em sua conclusão:

1. Vasoactive drugs (e.g., sildenafil, oral phentolamine) have been associated with increased vasocongestion in local genital tissue (i.e., vaginal engorgement) and increased clitoral sensitivity. 2. These local vascular or neural changes are experienced as pleasurable by some women and not pleased by others. Subjective effects appear to be highly variable, perhaps more so than in men, and are not well-understood at present [...] (ROSEN, 2002, p. 443)

⁸⁸ ROSEN; PHILIPIS; GENDRANO. “Oral phentolamine and female sexual arousal disorder: A pilot study.” *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 25, p.137-144, 1999.

⁸⁹ ROSEN, *et al.* “Effects of SSRI’s on sexual function: a critical review”. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 19, p.67-85, 1999.

⁹⁰ BASSON *et al.*, 2000.

Assim como a utilização do sildenafil em mulheres se relaciona a seu uso no tratamento da disfunção erétil, também o outro artigo sobre tratamento medicamentoso relata a utilização de uma substância testada antes em homens – a ioimbina. No *ASB* foram publicados dois estudos sobre seus efeitos em indivíduos com disfunção erétil, ambos em 1996.⁹¹

Meston e Woecel verificaram os efeitos de ioimbina combinado com L-arginina em mulheres na pós-menopausa, com transtornos da excitação.⁹² Na introdução do artigo são citados diversos tipos de tratamento disponíveis para mulheres com transtornos da excitação sexual, desde lubrificantes como K-Y, administração de vitamina E, o EROS-CTD,⁹³ tratamentos hormonais e o sildenafil. Ao longo do texto, percebemos em diversos pontos em que são esboçadas similaridades entre fisiologia sexual de homens e mulheres. É o caso da passagem que afirma que o clitóris pode ser considerado o homólogo do pênis na mulher e, portanto, o sildenafil poderia ter efeitos clitorianos similares aos que ocorrem no pênis. A mesma lógica justifica o estudo que foi conduzido pelos autores:

Recently, Leuret, Herve, Barre, Lugagne, and Botto (2000) demonstrated a significant facilitatory effect of combined L-arginine and yohimbine on the erectile dysfunction. Given the evidence that both NO and adrenergic systems may also be important in facilitating sexual arousal in women, it was hypothesized that the simultaneous administration of L-arginine and yohimbine would have a synergistic facilitatory effect on vaginal vasodilatation. (MESTON; WORCEL, 2002, p. 325)

O vocabulário utilizado nesse trecho permite compreender a ênfase dada aos fatores orgânicos, mesmo que a pesquisa se dirija também aos fatores subjetivos da excitação. A amostra incluiu 25 mulheres investigadas em laboratório. Suas respostas excitatórias foram medidas na presença de estímulos visuais fornecidos por um vídeo erótico. Verificamos o “padrão-ouro” mencionado por Rosen na descrição da metodologia. Questionário do tipo *self-report* (HEIMAN; ROWLAND, 1983) e a fotopletismografia foram utilizados para mensurações da excitação sexual subjetiva e fisiológica, respectivamente.

⁹¹ MANN, K., KLINGLER, T., NOE, S., *et al.* “Effects of yohimbine on sexual experiences and nocturnal penile tumescence and rigidity in erectile dysfunction”, *ASB*, v. 25, n. 1, 1996; e CAREY, M. P., JOHNSON, B. T. “Effectiveness of yohimbine in the treatment of erectile disorder: four meta-analytic integrations”, *ASB*, v. 25, n. 6, 1996.

⁹² O critério de inclusão utilizado foi presença de dificuldades de lubrificação.

⁹³ Um aparelho destinado à estimulação genital, aprovado na FDA. Para mais informações, ver: <<http://www.nugyn.com>>. Acesso em: 10 fev. 2008.

Os resultados indicaram que as drogas facilitaram as respostas fisiológicas em comparação com o grupo placebo na medição realizada 60 minutos após a administração dos medicamentos, mas não nas medições ocorridas 30 e 90 minutos depois. Já as medições subjetivas não foram alteradas pela ação da combinação medicamentosa. Os autores ressaltam que os resultados divergentes entre as medidas subjetivas e as fisiológicas ocorreram também em estudos dos efeitos do sildenafil, efedrina e clinidina em mulheres.

É interessante notar que todos os artigos sobre excitação sexual e tratamento medicamentoso são de autores vinculados a departamentos de Psicologia. Em dois deles há também co-autores de departamentos de Ginecologia / Obstetrícia. Em muitos artigos também foram observadas as diferenças entre as medidas fisiológicas e subjetivas da excitação sexual.

Por fim, destacamos que ficou clara a influência dos estudos sobre as disfunções sexuais masculinas em praticamente todos os artigos que investigaram os aspectos orgânicos das DSFs.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados do levantamento sobre disfunções sexuais no periódico *Archives of Sexual Behavior (ASB)*, pode-se afirmar que perpassa todo o material analisado certa conformação de gênero.

Quanto à periodização por décadas, os dados permitem afirmar que a de 1970 foi a ‘década do casal’: 19 dos 35 artigos publicados sobre o tema abordaram as disfunções sexuais no contexto de relacionamentos estáveis. Neste período, enquanto as disfunções das mulheres foram praticamente englobadas pelas discussões em torno do casal, já encontramos diversos artigos tratando apenas das disfunções masculinas. Esses dados indicam um processo – que se estabeleceria na década seguinte – de uma autonomização das disfunções sexuais masculinas com relação às discussões sobre casal ou relação marital. Outra característica da referida década é que as disfunções abordadas nos artigos sobre mulheres, e sua grande maioria, são as disfunções do orgasmo, e em geral o tema é o tratamento a partir da terapia sexual para casais.

Esses resultados se articulam ao contexto da época. Foi em torno dos orgasmos que a segunda sexologia se organizou. Nesse sentido, Bejin afirma que a segunda sexologia “soube definir seu objeto central – o orgasmo” (BEJIN, 1986, p. 228). Como vimos no capítulo 1, Kinsey foi peça fundamental para a “descoberta” e valorização do orgasmo feminino e Masters e Johnson, ícones da segunda sexologia, focaram nas técnicas para tratar sua ausência, que passou a ser vista como uma disfunção.

Outro fator importante é a caracterização do ciclo da resposta sexual como algo similar nos homens e mulheres (similaridade já apontada por Kinsey). Isso faz com que os orgasmos das mulheres sejam vistos como necessários para o bom funcionamento sexual (tanto delas quanto dos casais enquanto “unidade marital”). Completam o quadro o uso da pílula anticoncepcional (que trouxe a possibilidade de separar de forma eficaz sexo de reprodução), a valorização do prazer como objetivo legítimo das relações maritais e a incitação ao prazer de forma geral promovida pela chamada “revolução sexual”.

A década de 1980 foi marcada por uma intensa medicalização das disfunções sexuais masculinas. Por meio da análise das referências bibliográficas dos artigos, percebemos a publicação, em outros periódicos, de grande enorme número de pesquisas sobre a fisiologia

sexual masculina e sobre o teste de substâncias para o tratamento da impotência (termo que foi substituído ao longo da década por 'disfunção erétil'). No *ASB*, os artigos sobre casais diminuíram bastante, de 19 (nos anos 70) para nove (nos anos 80). O grosso das publicações sobre disfunções sexuais nesse período versa sobre as disfunções dos homens. As disfunções femininas apareceram em apenas oito artigos. Já as disfunções sexuais masculinas foram o foco de 22 artigos, apenas dois deles incluídos na categoria casal com ênfase no homem.

Também na análise dos temas evidencia-se a tendência à medicalização das disfunções masculinas. Os estudos sobre comorbidade, aspectos fisiológicos e diferenciação entre o diagnóstico de impotência psicogênica e impotência orgânica apontam algumas vias pelas quais a medicalização ocorreu. A diferenciação do diagnóstico a partir da etiologia indica uma mudança bastante importante no campo, de um momento em que a impotência era concebida principalmente como determinada por aspectos psicológicos a um momento em que seria vista sobretudo como resultado de uma falência orgânica. Daí todo o esforço dos profissionais em distinguir um tipo do outro.

Os estudos sobre comorbidade avaliam em que medida as dificuldades com a ereção se relacionam com outras doenças, numa tentativa de estabelecer a patofisiologia da disfunção sexual. Trata-se, é claro, da impotência orgânica. É interessante que o termo 'disfunção erétil', que se estabelece ao longo da década de 80, aponte justamente para uma reunificação (a distinção passa a ser situacional/generalizada, ou devida a uma condição médica), e já não é preciso diferenciar o diagnóstico.

De fato, desaparecem os artigos sobre diferenciação do diagnóstico da impotência. Já não é necessário distinguir um tipo do outro (psicogênico e biogênico), na medida que as dificuldades com a ereção passaram a ser vistas principalmente como resultado de falhas fisiológicas. Ou seja, a reunificação estabelecida pela categoria 'disfunção erétil' reflete a hegemonia de um discurso que privilegia uma visão inteiramente orgânica da questão. Trata-se de uma reunificação realizada sob a égide da leitura biológica.

No caso das DSFs, nos anos 80, percebe-se que nos três artigos que abordam as disfunções das mulheres, a partir de discussões em torno do casal, o foco é a disfunção do orgasmo (primária ou secundária). Já nos outros cinco, classificados na categoria de gênero 'mulher', encontra-se apenas um sobre disfunção do orgasmo. Aparece um artigo sobre comorbidade e um sobre questionários e escalas de medida (temas bastante abordados nos artigos

sobre disfunções sexuais masculinas), além de outros dois artigos que investigam o desejo. É interessante como as disfunções do orgasmo parecem estar enredadas nas discussões sobre os casais e a terapia sexual, com base em Masters e Johnson. Já os artigos que abordam aspectos orgânicos são aqueles que abordam outras questões – no caso, o desejo ou a excitação sexual.

Na década de 1990, foram publicados apenas dois artigos sobre DSFs. Eles seguem a mesma lógica: um classificado na categoria casal com ênfase na mulher, sobre tratamento da disfunção orgástica secundária, e outro classificado na categoria mulher, sobre aspectos fisiológicos da excitação sexual. O contraste com o número de publicações sobre disfunções sexuais masculinas⁹⁴ (16 artigos) continua, como na década anterior, ou seja, intenso.

O período entre 1992 e 2001 contém apenas uma publicação sobre DSFs (1992), mas há outros 27 sobre disfunções sexuais (classificados nas outras categorias de gênero). Já a partir do ano de 2002, o quadro se inverte por completo. Além do aumento de artigos sobre disfunções sexuais em geral,⁹⁵ o número de artigos sobre DSFs (45) é, pela primeira vez, muito superior ao número de artigos sobre as disfunções sexuais masculinas (12). Quando ocorre a explosão de artigos sobre as DSFs, os temas encontrados são bem diferentes daqueles que vinham sendo abordados nos artigos tanto sobre disfunções de mulheres quanto de disfunções de homens publicados nas décadas anteriores.

Os temas mais abordados nos artigos sobre DSFs publicados entre 2002 e 2007 foram a classificação diagnóstica e os aspectos orgânicos das DSFs. Os artigos abordam diretamente ou exemplificam o processo de medicalização das disfunções femininas e as controvérsias que tal medicalização suscitou no caso das DSFs. Mais uma vez, a diferença de gênero está colocada. No caso da medicalização das disfunções sexuais masculinas, as discussões em torno de possíveis excessos de medicalização e a oposição aos tratamentos medicamentosos simplesmente não aparecem. Quando houve uma tentativa, por parte de profissionais da área, de transpor o modelo organicista de interpretação e de pesquisas das disfunções masculinas para as DSFs, muitas vezes se opuseram.

O debate suscitado por Yitzchak Binik, sobre a reclassificação dos transtornos sexuais dolorosos, é um exemplo de como a produção de conhecimento, no caso de elaboração de categorias diagnósticas, se dá a partir de um contexto. Sua proposta é que a dispareunia deixe de

⁹⁴ Os da categoria ‘casal’ com ênfase no homem, somados aos classificados na categoria ‘homem’.

⁹⁵ Foram publicados 35 artigos entre 1971 e 1980, 39 artigos entre 1981 e 1990, 25 artigos entre 1991 e 2000, e 65 artigos entre 2001 e 2007.

ser abordada como uma disfunção sexual, pois isso teria favorecido a ênfase nos aspectos sexuais do transtorno e o tratamento por equipes de saúde mental. Ele prefere que o transtorno seja incluído nos transtornos da dor, e tratado por uma equipe especializada em dor crônica, com técnicas médicas especificamente voltadas para a dor.

Seus argumentos em favor de um tratamento multidisciplinar, com atenção aos aspectos relacionais, ou *sexuais*, soam como uma questão retórica, pois se a abordagem é de fato multidisciplinar, por que reclassificar? Bastaria reorganizar equipes e o tratamento. Como o próprio autor sugere, a reclassificação envolve outros elementos, entre eles a determinação daqueles que devem tratar. Para Binik, a dispareunia deve ser uma questão tratada, principalmente, ou talvez “em primeira mão”, por médicos, ou por aqueles especializados no manejo da dor crônica (intensificação da medicalização).

Os comentários favoráveis a Binik são escritos sobretudo por autores vinculados a departamentos de medicina, e os contrários a Binik, por pesquisadores das áreas *psi* (psiquiatria e psicologia), o que torna evidente a disputa. O debate como um todo mostra como decisões classificatórias, longe de serem um exercício simples com base em evidências empíricas, são produto de intensas negociações que se produzem em rede. Como vimos, diversos elementos são articulados nesta rede, o que nos remete à idéia de matriz, apresentada no primeiro capítulo do presente estudo. Como diria Ian Hacking, as idéias, ou as classificações, não são produzidas sem um contexto. O debate em torno da classificação da dispareunia mostra de forma exemplar como elementos muito heterogêneos, que vão desde interesses institucionais, financeiros, profissionais, até as conseqüências para aqueles que são classificados.

Nesse sentido, a pesquisa da socióloga Amy Kaler (2005) com mulheres diagnosticadas com dispareunia fornece uma boa oportunidade para retomar a noção de tipos interativos, de Ian Hacking (1999), apresentada no citado primeiro capítulo. Para muitas destas mulheres entrevistadas pela pesquisadora, o fato de a dispareunia ser classificada como um transtorno psiquiátrico fez com que estas relatassem que tinham medo de “estarem loucas”. Receber um diagnóstico médico seria um alívio para essas mulheres, pois de alguma forma passavam a temer a loucura. Ou seja, a maneira como as próprias entrevistadas viam sua existência estava em questão, um exemplo claro da classificação interagindo com o que é classificado.

Os debates em torno da proposta de substituição do termo ‘disfunções sexuais’ por ‘problemas sexuais’, protagonizado por Bancroft e sua equipe são, por outro lado, um caso

exemplar das controvérsias suscitadas pela medicalização das DSFs. Se lembrarmos da substituição pacífica do termo ‘impotência’ por ‘disfunção erétil’, que, como vimos, reflete a medicalização deste transtorno, ao longo da década de 80, ou então o sucesso do Viagra, nas décadas seguintes, fica evidente o contraste. É muito interessante que, mesmo para Bancroft, a medicalização das disfunções masculinas não pareça tão problemática. Como ressalta Alain Giami, os estereótipos de gênero que atribuem ao homem uma sexualidade simples, centrada na ereção e determinada pela biologia, em contraste com a sexualidade feminina, complexa, difusa e relacional, estão presentes nos debates em torno das DSFs (GIAMI, 2007).

A mesma questão reaparece nos estudos sobre excitação sexual. Pesquisadores notam uma disjunção entre excitação fisiológica e excitação subjetiva, no caso das mulheres. Como dissemos antes, as investigações da excitação em laboratório em geral apresentam um vídeo erótico e medem a resposta sexual, através de instrumentos de mensuração de aspectos fisiológicos, e também de questionários e escalas do tipo *self report*. O que se percebe é que medir a excitação masculina não parece ser problemático, basta medir a ereção peniana, pois ereção = excitação. Já com as mulheres, embora os pesquisadores encontrem evidências da excitação (mudanças fisiológicas), em muitos casos não há uma correspondência subjetiva, ou seja, a mulher não se sente excitada. Como vimos no capítulo 4, os pesquisadores descrevem tal diferença por meio do reforço dos estereótipos relacionados à sexualidade, em função do gênero, numa equação na qual homem = sexualidade simples = ereção, enquanto na mulher a sexualidade se expressa de forma difusa, complexa e relacional: mulher = sexualidade “obscura” = difícil de medir.

O levantamento de artigos evidenciou outra questão interessante – as disfunções sexuais são sempre relacionadas à diminuição ou falta (de desejo, de excitação ou orgasmo), ou à dor (dispareunia e vaginismo).⁹⁶ Como exposto no capítulo 1, no século XIX as classificações relativas aos problemas sexuais se dirigiam justamente ao que se apresentava como excesso sexual, e eram tomadas como problema médico. Nesse contexto, eram as mulheres ditas hipersexuais ou ninfomaníacas, ou ainda as histéricas, os corpos femininos “saturados de sexualidade” (como diria Foucault) e, portanto, patológicos, os quais constituíam o quadro dos diagnósticos sexuais. Como ressalta Groneman (2001, p. 172), “desejos e comportamentos

⁹⁶ Encontramos apenas um artigo sobre comportamento sexual compulsivo, classificado na categoria de gênero ‘homem e mulher’ e, portanto, não discutido nesta dissertação. Sublinhamos, então, 163 artigos sobre falta ou dor *versus* um artigo sobre excessos sexuais.

sexuais, que antes poderiam fazer com que uma mulher fosse considerada ninfomaníaca, são agora aplaudidos”.

Utilizamos a noção de matriz numa tentativa de mostrar que as disfunções sexuais emergiram como peça de um processo amplo (e inacabado) que produziu (e produz) novas concepções acerca do que é normal ou saudável, ou ainda apropriado para as mulheres. E isto está diretamente relacionado a uma matriz na qual o prazer sexual é hipervalorizado e que opera pela lógica do “quanto mais sexo melhor” (RUSSO, 2006). Muito sexo não é problemático. Pouco sexo é uma disfunção. Irvine (2005) mostra como as compulsões sexuais foram abordadas nos EUA por intermédio de grupos de mútua ajuda, nos moldes da irmandade Alcoólicos Anônimos (AA) e à margem do campo da sexologia.

Não foi possível, nos limites do presente estudo, propor uma análise aprofundada dos diversos elementos que compõem a matriz das disfunções sexuais femininas. Mas percebemos que uma noção-chave nessa matriz é a configuração do campo da medicina sexual (que se relaciona também à elaboração da idéia de saúde sexual).⁹⁷ No primeiro capítulo, nos referimos às diferenças entre a primeira e a segunda sexologia. Nosso material indicou as transformações bem visíveis a partir da década de 80 (medicalização das disfunções masculinas) e, no caso das DSFs, a partir da virada do milênio. As terapias para casais nos moldes de Masters e Johnson cedem lugar às pesquisas da fisiologia sexual, focadas nos aspectos orgânicos, aos estudos de comorbidade, às investigações epidemiológicas e aos tratamentos medicamentosos.

A possibilidade de tratar com medicamentos as disfunções sexuais teve efeitos tão marcantes que alguns autores chamaram este processo de medicamentação da sexualidade (AZIZE, 2006). ‘Terceira sexologia’ não parece mesmo um termo adequado. O próprio vocábulo ‘sexologia’ vem sendo substituído por ‘medicina sexual’, este sim encontrado tanto nas instituições dos autores quanto nos próprios artigos. Ao mesmo tempo, tal medicamentação, ou a configuração do campo da medicina sexual, não se dá sem resistências. A campanha incentivada por Leonore Tiefer (*New view of women’s sexual problems*) bem como diversos dos artigos analisados indicam tal processo. Trata-se de um campo de disputas políticas, controvérsias ideológicas e interesses econômicos.

Notamos, assim, que diferenças quanto ao gênero perpassam todo o material analisado. A periodização das publicações é diferente no caso de disfunções de homens e mulheres, os temas

⁹⁷ Sobre a noção de saúde sexual, ver Giami (2002).

são diferentes e também a área de conhecimento dos autores. Neste último caso, nota-se que as publicações sobre disfunções masculinas são principalmente das áreas da medicina. Já no caso das disfunções femininas, as publicações são de departamentos de psicologia, mesmo no caso de discussões sobre os aspectos orgânicos, como vimos no capítulo 4 de nosso estudo.

Resta, contudo, a questão: por que foi por meio dos homens que ocorreu a medicalização das disfunções sexuais? Pois foi a função sexual masculina que foi investigada em primeiro lugar (independentemente do casal) e pioneiramente mensurada em seus aspectos orgânicos e medicada (ou medicamentalizada). O corpo da mulher, objeto de intenso escrutínio biomédico, foi desta vez medicalizado apenas a reboque das disfunções masculinas. Isto remete aos estereótipos de gênero que discutimos, da sexualidade do homem mais biológica, mais objetivável e da mulher mais biopsicossocial e mais subjetivável.

Decerto, outros elementos estão em jogo nesta periodização diferenciada, mas é assunto para uma futura pesquisa.

REFERÊNCIAS

6.1 Fontes Primárias

ACKERMAN, M. D. et al. Patient-reported erectile dysfunction: a cross-validation study. **Archives of Sexual Behavior**, v.22, n.6, p.603-618, 1993.

ADAMS, S. G. et al. Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.25, n.3, p.249-260, 1996.

AMICIS, L. A. et al. Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.14, n.6, p.467-489, 1985.

ANDERSEN, B. L.; BROFFITT, B. Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior? **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.6, p.509-525, 1988.

AVASTHI, A. et al. Psychosexual dysfunction in Indian male patients: revisited after seven years. **Archives of Sexual Behavior**, v.23, n.6, p.685-695, 1994.

BANCROFT, J. The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.451-455, 2002.

_____; LOFTUS, J.; LONG, J. S. Reply to Rosen and Laumann (2003). **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.213-216, 2003.

_____. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.193-208, 2003.

BANCROFT, J. et al. Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.3, p.285-297, 2005.

_____. Unprotected anal intercourse in HIV-Positive and HIV-Negative gay men: the relevance of sexual arousability, mood, sensation seeking, and erectile problems. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.3, p.299-305, 2005.

BASSON, R. The optimal discipline for assessing and managing pain during sex. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.23-24, 2005.

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.

BINIK, Y. M. Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A reply to my critics concerning the DSM Classification of Dyspareunia as a sexual. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.63-67, 2005.

_____. Should Dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.11-21, 2005.

_____ et al. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.425-429, 2002.

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.

BLACK, J. S. The "Oy" of sex: a medical perspective. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.24-26, 2005.

BRAUER, M.; LAAN, E.; KUILE, M. M. Sexual arousal in women with superficial Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.2, p.187-196, 2006.

BYERS, E. S.; GRENIER, G. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.261-270, 2003.

CARANI, C. et al. Effects of androgen treatment in impotent men with normal and low levels of free testosterone. **Archives of Sexual Behavior**, v.19 n.3, p.223-234, 1990.

CAREY, M. P.; JOHNSON, B. T. Effectiveness of yohimbine in the treatment of erectile disorder: four meta-analytic integrations. **Archives of Sexual Behavior**, v.25, n.4, p.341-360, 1996.

CARPENTER, K. M.; ANDERSEN, B. L. Reclassification will not make the pain go away. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.26-28, 2005.

CATANIA, J. A. et al. Help-seeking behaviors of people with sexual problems. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.3, p.235-250, 1990.

CLEMENT, U. Sex in long-term relationships: a systemic approach to sexual desire problems. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.3, p.241-246, 2002.

_____; PFÄFFLIN, F. Changes in personality scores among couples subsequent to sex therapy. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.3, p.235-244, 1980.

DAKER-WHITE, G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.2, p.197-209, 2002.

DENNERSTEIN, G. Dyspareunia and DSM: a gynecologist's opinion. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.28, 2005.

- DEROGATIS, L. R.; MEYER, J. K. A psychological profile of the sexual dysfunctions. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.3, p.201-223, 1979.
- DIBARTOLO, P. M.; BARLOW, D. H. Perfectionism, marital satisfaction, and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouses. **Archives of Sexual Behavior**, v.25, n.6, p.581-588, 1996.
- DIEDRICH, G. K.; STOCK, W.; LOPICCOLO, J. A study on the mechanical reliability of the dacomed snap gauge: implications for the differentiation between organic and psychogenic impotence. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.6, p.509-523, 1992.
- DUNNE, M. P.; NAJMAN, J. M. Is Dyspareunia unrelated to early sexual abuse? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.28-30, 2005.
- EVERAERD, W. et al. Treatment of homosexual and heterosexual sexual dysfunction in male-only groups of mixed sexual orientation. **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.1, p.1-10, 1982.
- FAHRNER, E. M. Sexual dysfunction in male alcohol addicts: prevalence and treatment. **Archives of Sexual Behavior**, v.16, n.3, p.247-257, 1987.
- FAULK, M. "Frigidity": a critical review. **Archives of Sexual Behavior**, v.2, n.3, p.257-266, 1973.
- FIGUEIRA, I. et al. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. **Archives of Sexual Behavior**, v.30, n.4, p.369-377, 2001.
- FIRST, M. B. Weighing the pro's and con's of reclassifying Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.30-32, 2005.
- FORDNEY-SETTLAGE, D. S. Heterosexual dysfunction: evaluation of treatment procedures. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.4, p.367-387, 1975.
- FROHLICH, P. F.; MESTON, C. M. Tactile sensitivity in women with sexual arousal disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.2, p.207-217, 2005.
- GIARGIARI, T. D. et al. Appetitive responses to sexual stimuli are attenuated in individuals with low levels of sexual desire. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.5, p.547-556, 2005.
- GOLDEN, J. S. et al. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions. **Archives of Sexual Behavior**, v.7, n.6, p.593-602, 1978.
- GOLDSTEIN, I.; ROSEN, R. C. Guest editors' introduction: female sexuality and sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.391, 2002.
- GRAZIOTTIN, A. Why deny Dyspareunia its sexual meaning? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.32-34, 2005.

_____. Classifying pain: what's at stake for women with Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.34-36, 2005.

GRENIER, G.; BYERS, E. S. Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological, and treatment issues. **Archives of Sexual Behavior**, v.24, n.4, p.447-472, 1995.

HATCH, J. P. Psycho physiological aspects of sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.1, p.49-64, 1981.

HAWTON, K.; CATALAN, J.; FAGG, J. Sex therapy for erectile dysfunction: characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.2, p.161-175, 1992.

JEFFERSON, W. T. et al. An evaluation of the Minnesota multiphasic personality inventory as a discriminator of primary organic and primary psychogenic impotence in diabetic males. **Archives of Sexual Behavior**, v.18, n.2, p.117-126, 1989.

JENSEN, P. et al. Sexual dysfunction in male and female patients with epilepsy: a study of 86 outpatients. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.1, p.1-14, 1990.

JENSEN, S. B. Diabetic sexual dysfunction: a comparative study of 160 insulin treated diabetic men and women and an age-matched control group. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.6, p.493-504, 1981.

_____. Sexual dysfunction in insulin-treated diabetics: a six-year follow-up study of 101 patients. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.4, p.271-283, 1986.

JOHNSON, S. D.; PHELPS, D. L.; COTTLER, L. B. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.1, p.55-63, 2004.

JUPP, J. J.; MCCABE, M. Sexual desire, general arousability, and sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.18, n.6, p.509-516, 1989.

KAPLAN, H. S. et al. Group treatment of premature ejaculation. **Archives of Sexual Behavior**, v.3, n.5, p.443-452, 1974.

KELLY, M. P.; STRASSBERG, D. S.; KIRCHER, J. R. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.2, p.165-177, 1990.

KILMANN, P. R.; AUERBACH, R. Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence: a critical review of the literature. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.1, p.81-100, 1979.

KILMANN, P. R. et al. The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. **Archives of Sexual Behavior**, v.13, n.1, p.41-49, 1984.

_____. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: an outcome study. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.3, p.211-229, 1986.

KING, M.; HOLT, V.; NAZARETH, I. Women's views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.2, p.281-288, 2007.

KLEINPLATZ, P. J. Adding insult to injury: the classification of Dyspareunia as a sexual dysfunction in the DSM. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.36-38, 2005.

KOCKOTT, G.; DITTMAR, F.; NUSSELT, L. Systematic desensitization of erectile impotence: a controlled study. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.5, p.493-500, 1975.

KOCKOTT, G. et al. Psycho physiological aspects of male sexual inadequacy: results of an experimental study. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.6, p.477-493, 1980.

_____. Symptomatology and psychological aspects of male sexual inadequacy: results of an experimental study. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.6, p.457-475, 1980.

KOHLLENBERG, R. J. Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.3, n.4, p.349-356, 1974.

KOMPANJE, E. J. O. Painful sexual intercourse caused by a disproportionately long penis: an historical note on a remarkable treatment devised by Guilhelmus Fabricius Hildanus (1560–1634). **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.5, p.603-605, 2006.

LANKVELD, J.; GROTJOHANN, Y. Psychiatric co morbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. **Archives of Sexual Behavior**, v.29, n.5, p.479-498, 2000.

LANKVELD, J. J. D. M.; HOUT, M. A. Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.6, p.549-558, 2004.

LEIBLUM, S. R.; ROSEN, R. C.; PIERCE, D. Group treatment format: mixed sexual dysfunctions. **Archives of Sexual Behavior**, v.5, n.4, p.313-322, 1975.

LEVINE, S. B. Commentary on Ribner's (2004) "Ejaculatory restrictions as a factor in the treatment of Haredi (ultra-orthodox) Jewish couples": how does therapy work? **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.3, p.309-310, 2004.

_____. A slightly different idea. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.38-39, 2005.

LEVINE, S. B.; YOST, M. A. Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: an epidemiological approach. **Archives of Sexual Behavior**, v.5, n.3, p.229-238, 1975.

LIDBERG, L. Social and psychiatric aspects of impotence and premature ejaculation. **Archives of Sexual Behavior**, v.2, n.2, p.135-146, 1972.

LOBITZ, W. C.; BAKER, E. L. Group treatment of single males with erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.2, p.127-138, 1979.

LOPICCOLO, J.; LOBITZ, W. C. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.2, n.2, p.163-171, 1972.

LOPICCOLO, J.; STEGER, J. C. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.3, n.6, p.585-595, 1974.

MANN, K. et al. Effects of yohimbine on sexual experiences and nocturnal penile tumescence and rigidity in erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.25, n.1, p.1-16, 1996.

MARKOS, A. R. Dyspareunia: a pain disorder or sexual dysfunction? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.39-41, 2005.

MARSHALL, P.; SURRIDGE, D.; DELVA, N. The role of nocturnal penile tumescence in differentiating between organic and psychogenic impotence: the first stage of validation. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.1, p.1-10, 1981.

MARTIN, L. M.; RODGERS, D. A.; MONTAGUE, D. K. Psychometric differentiation of biogenic and psychogenic impotence. **Archives of Sexual Behavior**, v.12, n.6, p.475-485, 1983.

MASHEB, R.; RICHMAN, S. Revisiting the diagnosis of Dyspareunia: a painful but important discussion. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.41-42, 2005.

MATHEW, R. J.; WEINMAN, M. L. Sexual dysfunctions in depression. **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.4, p.323-328, 1982.

MCCABE, M. P.; DELANEY, S. M. An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.1, p.69-89, 1992.

MCCALL, K. M.; MESTON, C. M. The effects of false positive and false negative physiological feedback on sexual arousal: a comparison of women with or without sexual arousal disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.4, p.518-530, 2007.

MCGOVERN, K. B.; STEWART, R. C.; LOPICCOLO, J. Secondary orgasmic dysfunction. I. Analysis and strategies for treatment. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.3, p.265-275, 1975.

MEANA, M. Teasing apart the pain from the sex: is the pendulum swinging too far? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.42-44, 2005.

MELLAN, J. Interpersonal relationships of female patients with sexual disorders as assessed by Leary's test. **Archives of Sexual Behavior**, v.1, n.3, p.263-267, 1971.

- 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.
- MILAN, R. J.; KILMANN, P. R.; BOLAND, J. P. Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: a two- to six-year follow-up. **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.6, p.463-480, 1988.
- MINER, M. H. et al. The compulsive sexual behavior inventory: psychometric properties. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.4, p.579-587, 2007.
- MITCHELL, J.; POPKIN, M. The path physiology of sexual dysfunction associated with antipsychotic drug therapy in males: a review. **Archives of Sexual Behavior**, v.12, n.2, p.173-183, 1983.
- MOSER, C. Dyspareunia: another argument for removal. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.44-46, 2005.
- MUNJACK, D. J.; KANNO, P. H. Retarded ejaculation: a review. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.2, p.139-150, 1979.
- MUNJACK, D. J. et al. Psychological characteristics of males with secondary erectile failure. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.2, p.123-131, 1981.
- NAJMAN, J. M.; DUNNE, M. P.; BOYLE, F. M. Childhood sexual abuse and adult sexual dysfunction: response to commentary by Rind and Tromovitch (2007). **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.1, p.107-109, 2007.
- NAJMAN, J. M. et al. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.5, p.517-526, 2005.
- NERI, A. et al. Subjective assessment of sexual dysfunction of patients on long-term administration of Digoxin. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.4, p.343-347, 1980.
- NOBRE, P. J.; PINTO-GOUVEIA, J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.4, p.491-499, 2006.
- NORTON, G. R.; JEHU, D. The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review. **Archives of Sexual Behavior**, v.13, n.2, p.165-183, 1984.
- PALACE, E. M.; GORZALKA, B. B. Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.2, p.135-159, 1992.
- PAYNE, K. Making the case for sexual pain: let's not throw out the baby with the bath water. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.46-48, 2005.

- PAYNE, K. A. et al. Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with Vulvar Vestibulitis Syndrome and healthy controls. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.2, p.289-300, 2007.
- PIRKE, K. M.; KOCKOTT, G.; ALDENHOFF, J. Pituitary gonadal system function in patients with erectile impotence and premature ejaculation. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.1, p.41-48, 1979.
- PRATHER, R. C. Sexual dysfunction in the diabetes female: a review. **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.3, p.277-284, 1988.
- PRICE, S. C. et al. Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: a controlled evaluation. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.3, p.253-268, 1981.
- PROCCI, W. R.; MARTIN, D. J. Preliminary observations of the utility of portable NPT. **Archives of Sexual Behavior**, v.13, n.6, p.569-580, 1984.
- 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.
- RAKIC, Z. et al. Testosterone treatment in men with erectile disorder and low levels of total testosterone in serum. **Archives of Sexual Behavior**, v.26, n.5, p.495-504, 1997.
- REISSING, E. D. et al. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of Vaginismus. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.1, p.5-17, 2004.
- RELLINI, A. H. et al. Validation of the McCoy Female Sexuality Questionnaire in an Italian sample. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.6, p.641-647, 2005.
- RELLINI, A. H.; MESTON, C. M. Sexual desire and linguistic analysis: a comparison of sexually-abused and non-abused women. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.1, p.67-77, 2007.
- REYNOLDS, B. S. Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.2, p.101-113, 1980.
- RIBNER, D. S. Ejaculatory restrictions as a factor in the treatment of Haredi (ultra orthodox) Jewish couples. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.3, p.303-308, 2004.
- ROSEN, R. C. Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.439-443, 2002.
- ROSEN, R. C.; ASHTON, A. K. Prosexual drugs: empirical status of the "new aphrodisiacs". **Archives of Sexual Behavior**, v.22, n.6, p.521-543, 1993.
- ROSEN, R. C.; LAUMANN, E. O. The prevalence of sexual problems in women: how valid are comparisons across studies? Commentary on Bancroft, Loftus, and Long's (2003) "Distress about

sex: a national survey of women in heterosexual relationships". **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.209-211, 2003.

ROWLAND, D. L., COOPER, S. E., SCHNEIDER, M. Defining premature ejaculation for experimental and clinical investigations. **Archives of Sexual Behavior**, v.30, n.3, p.235-253, 2001.

ROWLAND, D. L.; TAI, W. L.; SLOB, A. K. An exploration of emotional response to erotic stimulation in men with premature ejaculation: effects of treatment with Clomipramine. **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.2, p.145-153, 2003.

RUST, J.; GOLOMBOK, S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.2, p.157-165, 1986.

SALEMINK, E.; LANKVELD, J. J. D. M. The effects of increasing neutral distraction on sexual responding of women with and without sexual problems. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.2, p.175-186, 2006.

SCEPKOWSKI, L. A. et al. Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: evidence from a sex-specific attributional style measure. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.6, p.559-569, 2004.

SCHIAVI, R. C. et al. Hormonal variations during sleep in men with erectile dysfunction and normal controls. **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.3, p.189-200, 1982.

_____. Plasma prolactin and estradiol during sleep in impotent men and normal controls. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.4, p.285-291, 1986.

_____. Effect of testosterone administration on sexual behavior and mood in men with erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.26, n.3, p.231-241, 1997.

SCHNEIDMAN, B.; MCGUIRE, L. Group therapy for nonorgasmic women: two age levels. **Archives of Sexual Behavior**, v.5, n.3, p.239-247, 1975.

SCHOVER, L. R. et al. Seeking help for erectile dysfunction after treatment for prostate cancer. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.5, p.443-454, 2004.

SCHWARTZ, M. F.; KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H. Plasma testosterone levels of sexually functional and dysfunctional men. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.5, p.355-366, 1980.

SEGRAVES, K. A.; SEGRAVES, R. T.; SCHOENBERG, H. W. Use of sexual history to differentiate organic from psychogenic impotence. **Archives of Sexual Behavior**, v.16, n.2, p.125-137, 1987.

SEGRAVES, R. T. et al. Referral of impotent patients to a sexual dysfunction clinic. **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.6, p.521-528, 1982.

SERBER, M. Videotape feedback in the treatment of couples with sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.3, n.4, p.377-380, 1974.

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.

SEWELL, H. H.; ABRAMOWITZ, S. I. Flexibility, persistence and success in sex therapy. **Archives of Sexual Behavior**, v.8, n.6, p.497-506, 1979.

SHAW, J. The unnecessary penile implant. **Archives of Sexual Behavior**, v.18, n.5, p.455-460, 1989.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. W.; LEKAS, H. M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.4, p.437-449, 2006.

SIMONS, J. S.; CAREY, M. P. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. **Archives of Sexual Behavior**, v.30, n.2, p.177-219, 2001.

SIPSKI, M. L. Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.421-424, 2002.

SNYDER, A.; LOPICCOLO, L.; LOPICCOLO, J. Secondary orgasmic dysfunction. II. Case study. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.3, p.277-283, 1975.

SNYDER, D. K.; BERG, P. Determinants of sexual dissatisfaction in sexually distressed couples. **Archives of Sexual Behavior**, v.12, n.3, p.237-246, 1983.

SOLSTAD, K.; HERTOFT, P. Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged Danish men. **Archives of Sexual Behavior**, v.22, n.1, p.51-58, 1993.

SOTILE, W. M.; KILMANN, P. R. Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.7, n.5, p.477-491, 1978.

SPECKENS, A. E. M. et al. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? **Archives of Sexual Behavior**, v.24, n.2, p.157-172, 1995.

SPECTOR, I. P.; CAREY, M. P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.4, p.389-408, 1990.

SPITZER, R. L. A more radical proposal: Dyspareunia is not a mental disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.48, 2005.

STEEGE, J. F.; STOUT, A. L.; CARSON, C. C. Patient satisfaction in scot and small—carrion penile implant recipients: a study of 52 patients. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.5, p.393-399, 1986.

STONES, R. W. et al. Dyspareunia, urinary sensory symptoms, and incontinence among young Chinese women. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.5, p.561-567, 2006.

STRASSBERG, D. S. A rose by any other name: should Dyspareunia be reclassified? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.48-49, 2005.

_____ et al. The psycho physiological nature of premature ejaculation. **Archives of Sexual Behavior**, v.16, n.4, p.327-336, 1987.

_____. The role of anxiety in premature ejaculation: a psycho physiological model. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.3, p.251-257, 1990.

STRAVYNSKI, A. Indirect behavioral treatment of erectile failure and premature ejaculation in a man without a partner. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.4, p.355-361, 1986.

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.

SWINDLE, R. W. et al. The psychological and interpersonal relationship scales: assessing psychological and relationship outcomes associated with erectile dysfunction and its treatment. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.1, p.19-30, 2004.

SZASZ, G. et al. Induction of penile erection by intracavernosal injection: a double-blind comparison of phenoxybenzamine versus papaverine-phentolamine versus saline. **Archives of Sexual Behavior**, v.16, n.5, p.371-378, 1987.

TAKEFMAN, J.; BRENDER, W. An analysis of the effectiveness of two components in the treatment of erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.13, n.4, p.321-340, 1984.

TIEFER, L. Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.49-51, 2005.

_____; MELMAN, A. Adherence to recommendations and improvement over time in men with erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.16, n.4, p.301-309, 1987.

TORDJMAN, G.; THIERRÉE R.; MICHEL, J. R. Advances in the vascular pathology of male erectile dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.5, p.391-398, 1980.

TOWNSEND, J. M. Pain or sex? Choosing the Best Option. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.51-52, 2005.

TULLMAN, G. M. et al. The pre- and post-therapy measurement of communication skills of couples undergoing sex therapy at the Masters & Johnson Institute. **Archives of Sexual Behavior**, v.10, n.2, p.95-109, 1981.

VERMA, K. K.; KHAITAN, B. K.; SINGH, O. P. The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in north India. **Archives of Sexual Behavior**, v.27, n.3, p.309-314, 1998.

WABREK, A. J.; BURCHELL, R. C. Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. **Archives of Sexual Behavior**, v.9, n.1, p.69-75, 1980.

WAKEFIELD, J. Sexual dysfunction or pain disorder? Dyspareunia from the perspective of the harmful dysfunction analysis. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.52-57, 2005.

WINCZE, J. P. et al. A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during waking states in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties. **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.4, p.333-348, 1988.

WYLIE, K. R. Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.26, n.5, p.527-545, 1997.

ZEISS, A. M. et al. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.4, p.325-331, 1990.

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.

ZUCKERMAN, M. et al. Nocturnal penile tumescence and penile responses in the waking state in diabetic and nondiabetic sexual dysfunctionals. **Archives of Sexual Behavior**, v.14, n.2, p.109-129, 1985.

6.2 Fontes Secundárias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM-III-R**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1989. 602p.

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

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

AZIZE, R. L. A. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas. In: LEITÃO, D.; LIMA, D.; MACHADO, R. P. (Orgs.). **Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina**. Porto Alegre: AGE, 2006. p. 119-137.

BASSON, et. al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urology**, v.163, p.888-893, 2000.

BÉJIN, A. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: ÁRIES, P., BÉJIN, A. (Orgs.). **Sexualidades ocidentais**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 211-235.

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

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.

CAMARGO JR., K. **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: o discurso medico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará/ ABIA/ UERJ-IMS, 1994. 207p.

CARRARA, S. Os Infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século. In: **Antropologia Social, Comunicações do PPGAS**, n.1, 1992.

DUARTE, L. F. D. A psychopathia sexualis de Krafft-Ebing ou a progressão moral pela ciência das perversões – 1ª parte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.38 n.2, p.83-86, 1989.

EHRENBERG, A. Le sujet cerebral. **Esprit**. Paris, n.309, p.130-155, 2004.

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

FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 152p.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479p.

_____. **Ditos e Escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 5v. V.5: Ética, Sexualidade e Política. 318p.

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.

_____. Preferência quanto ao gênero nas relações eróticas: a escala Kinsey e os roteiros sexuais (1990). In: _____. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p.167-209.

GIAMI, A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. **Annual Review of Sex Research**, v.13, p.1-35, 2002.

_____. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.259-284, 2005.

_____. 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.

GIBSON, M. Clitoral corruption: body metaphors and American doctor's constructions of female homosexuality, 1870-1900. In: ROSARIO, V. (Org). **Science and homosexuality**. Nova York: Rutledge, 1997. p.108-132.

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.

LANTERI-LAURA. **Leitura das perversões: história de sua apropriação médica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. 180p.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 313 p.

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

MOUSSA, H. **The social construction of women refugee: a journey of discontinuities and continuities**. Toronto: University of Toronto, 1992.

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

OOSTERHUIS, H. Richard von Krafft-Ebing's "Step-Children Of Nature": psychiatry and the making of homosexual identity. In: VERNON, Rosario (Org.). **Science and homosexualities**. Nova York: Rutledge, 1997. p.67-88.

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

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

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 224p.

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

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.

_____. Sexualidade e classificação psiquiátrica: o caso das disfunções sexuais. In: CÁCERES, C. et al. (Org.) **Sexualidad, estigma y derechos humanos** – desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Lima: FASPA/UPCH, 2006. 396p.

_____. **Sexualidade, ciência e profissão no Brasil**: dados preliminares. Trabalho apresentado no LASA 2007 na Session HMB002 – La rebulación de la sexualidad em América Latina, Montreal, 2007.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the closet: the first illustration of the female skeleton in eighteen-century anatomy. In: GALLAGNER, C. e LAQUEUR, T. (Ed.). **The making of the modern body: sexuality and society in the nineteenth century**. Berkeley: University of California Press, 1987. p.42-82.

SHORTER. **Women's Bodies**: a social history of women's encounter with health, ill-health, and medicine. Londres: Transaction Publishers, 1997.

THE JOHNS HOPKINS Manual of Gynecology and Obstetrics. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 631p.

TIEFER, L. "The Viagra Phenomenon". **Sexualities**, n.9, v.3, p.273-294, 2006.

VIDAL, F. Brainhood. In: FISCHER, K. et al. (Org.) **Mind, Brain, and Education** (based on a conference held at the Pontifical Academy of Sciences, Rome). New York: Cambridge University Press, 2005. (no prelo)

WIJNGAARD, Marianne van den. **Reinventing the sexes**: the biomedical construction of femininity and masculinity. Bloomington Indianapolis: Indiana Univ. Press, 1997. 171p.

ANEXO

Lista dos artigos sobre DSFs por década

1971-1980

FAULK, M. "Frigidity": a critical review. **Archives of Sexual Behavior**, v.2, n.3, p.257-266, 1973.

FORDNEY-SETTLAGE, D. S. Heterosexual dysfunction: evaluation of treatment procedures. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.4, p.367-387, 1975.

KOHLBERG, R. J. Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.3, n.4, p.349-356, 1974.

LEVINE, S. B., YOST, M. A. Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: an epidemiological approach. **Archives of Sexual Behavior**, v.5, n.3, p.229-238, 1975.

LOPICCOLO, J., LOBITZ, W. C. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.2, n.2, p.163-171, 1972.

MCGOVERN, K. B., STEWART, R. C., LOPICCOLO, J. Secondary orgasmic dysfunction. I. Analysis and strategies for treatment. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.3, p.265-275, 1975.

MELLAN, J. Interpersonal relationships of female patients with sexual disorders as assessed by Leary's test. **Archives of Sexual Behavior**, v.1, n.3, p.263-267, 1971.

SCHNEIDMAN, B., MCGUIRE, L. Group therapy for nonorgasmic women: two age levels. **Archives of Sexual Behavior**, v.5, n.3, p.239-247, 1975.

SNYDER, A., LOPICCOLO, L., LOPICCOLO, J. Secondary orgasmic dysfunction. II. Case study. **Archives of Sexual Behavior**, v.4, n.3, p.277-283, 1975.

SOTILE, W. M., KILMANN, P. R. Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.7, n.5, p.477-491, 1978.

1981-1990

ANDERSEN, B. L., BROFFITT, B. Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior? **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.6, p.509-525, 1988.

JUPP, J. J., MCCABE, M. Sexual desire, general arousability, and sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.18, n.6, p.509-516, 1989.

KELLY, M. P., STRASSBERG, D. S., KIRCHER, J. R. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. **Archives of Sexual Behavior**, v.19, n.2, p.165-177, 1990.

KILMANN, P. R. et al. The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. **Archives of Sexual Behavior**, v.13, n.1, p.41-49, 1984.

_____. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: an outcome study. **Archives of Sexual Behavior**, v.15, n.3, p.211-229, 1986.

MILAN, R. J., KILMANN, P. R., BOLAND, J. P. Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: a two- to six-year follow-up. **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.6, p.463-480, 1988.

PRATHER, R. C. Sexual dysfunction in the diabetes female: a review. **Archives of Sexual Behavior**, v.17, n.3, p.277-284, 1988.

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.

1991-2000

MCCABE, M. P., DELANEY, S. M. An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.1, p.69-89, 1992.

PALACE, E. M., GORZALKA, B. B. Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response. **Archives of Sexual Behavior**, v.21, n.2, p.135-159, 1992.

2001-2007

BANCROFT, J. The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.451-455, 2002.

_____, 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.

_____. Reply to Rosen and Laumann (2003). **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.213-216, 2003.

BASSON, R. The optimal discipline for assessing and managing pain during sex. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.23-24, 2005.

BINIK, Y. M. Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A replay to my critics concerning the DSM Classification of Dyspareunia as a sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.63-67, 2005.

_____. Should Dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p. 11-21, 2005.

_____ et al. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.425-429, 2002.

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.

BLACK, J. S. The "Oy" of sex: a medical perspective. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p. 24-26, 2005.

BRAUER, M., LAAN, E., KUILE, M. M. Sexual arousal in women with superficial Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.2, p.187-196, 2006.

CARPENTER, K. M., ANDERSEN, B. L. Reclassification will not make the pain go away. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.26-28, 2005.

DENNERSTEIN, G. Dyspareunia and DSM: a gynecologist's opinion. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.28, 2005.

DUNNE, M. P., NAJMAN, J. M. Is Dyspareunia unrelated to early sexual abuse? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.28-30, 2005.

FIRST, M. B. Weighing the pro's and con's of reclassifying Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.30-32, 2005.

FROHLICH, P. F., MESTON, C. M. Tactile sensitivity in women with sexual arousal disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.2, p.207-217, 2005.

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

GRAZIOTTIN, A. Classifying pain: what's at stake for women with Dyspareunia. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.34-36, 2005.

_____. Why Deny Dyspareunia its sexual meaning? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.32-34, 2005.

KING, M., HOLT, V., NAZARETH, I. Women's views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.2, p.281-288, 2007.

KLEINPLATZ, P. J. Adding insult to injury: the classification of Dyspareunia as a sexual dysfunction in the DSM. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.36-38, 2005.

KOMPANJE, E. J. O. Painful sexual intercourse caused by a disproportionately long penis: an historical note on a remarkable treatment devised by Guilhelmus Fabricius Hildanus (1560-1634). **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.5, p.603-605, 2006.

LEVINE, S. B. A Slightly different idea. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.38-39, 2005.

MARKOS, A. R. Dyspareunia: a pain disorder or sexual dysfunction? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n. 1, p.39-41, 2005.

MASHEB, R., RICHMAN, S. Revisiting the diagnosis of Dyspareunia: a painful but important discussion. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.41-42, 2005.

MCCALL, K. M., MESTON, C. M. The effects of false positive and false negative physiological feedback on sexual arousal: a comparison of women with or without sexual arousal disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.4, p.518-530, 2007.

MEANA, M. Teasing apart the pain from the sex: is the pendulum swinging too far? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.42-44, 2005.

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.

MOSER, C. Dyspareunia: another argument for removal. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.44-46, 2005.

NAJMAN, J. M., DUNNE, M. P., BOYLE, F. M. Childhood sexual abuse and adult sexual dysfunction: response to commentary by Rind and Tromovitch (2007). **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.1, p.107-109, 2007.

PAYNE, K. Making the case for sexual pain: let's not throw out the baby with the bath water. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.46-48, 2005.

_____ et al. Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with Vulvar Vestibulitis Syndrome and healthy controls. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.2, p.289-300, 2007.

REISSING, E. D. et al. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. **Archives of Sexual Behavior**, v.33, n.1, p.5-17, 2004.

RELLINI, A. H. et al. Validation of the McCoy Female Sexuality Questionnaire in an Italian sample. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.6, p. 641-647, 2005.

RELLINI, A., MESTON, C. M. Sexual desire and linguistic analysis: a comparison of sexually-abused and non-abused women. **Archives of Sexual Behavior**, v.36, n.1, p.67-77, 2007.

ROSEN, R. C. Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.439-443, 2002.

_____, LAUMANN, E. O. The prevalence of sexual problems in women: how valid are comparisons across studies? Commentary on Bancroft, Loftus, and Long's (2003) "Distress about

sex: a national survey of women in heterosexual relationships". **Archives of Sexual Behavior**, v.32, n.3, p.209-211, 2003.

SALEMINK, E., LANKVELD, J. J. D. M. The effects of increasing neutral distraction on sexual responding of women with and without sexual problems. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.2, p.175-186, 2006.

SIEGEL, K., SCHRIMSHAW, E. W., LEKAS, H. M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-Infected women in two eras of the AIDS epidemic. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.4, p.437-449, 2006.

SIPSKI, M. L. Central Nervous System based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends. **Archives of Sexual Behavior**, v.31, n.5, p.421-424, 2002.

SPITZER, R. L. A more radical proposal: Dyspareunia is not a mental disorder. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.48, 2005.

STONES, R. W. et al. Dyspareunia, urinary sensory symptoms, and incontinence among young Chinese women. **Archives of Sexual Behavior**, v.35, n.5, p.561-567, 2006.

STRASSBERG, D. S. A rose by any other name: should Dyspareunia be reclassified? **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.48-49, 2005.

TIEFER, L. Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.49-51, 2005.

TOWNSEND, J. M. Pain or sex?: choosing the best option. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, p.51-52, 2005.

WAKEFIELD, J. Sexual dysfunction or pain disorder?: Dyspareunia from the perspective of the Harmful Dysfunction Analysis. **Archives of Sexual Behavior**, v.34, n.1, 2005.

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.