

Título do trabalho: Gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais¹

Nome: Fabiola Rohden

Filiação institucional: Professora Adjunta IMS/UERJ/ Pesquisadora do CLAM - Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rua São Francisco Xavier, 524 - Bl. E - 6º andar - sala 6015 20550-013 - Maracanã - Rio de Janeiro - Tel/fax 55 21 2568 0599

Email: fabiola@ims.uerj.br

Resumo:

O objetivo do artigo é analisar criticamente as contribuições internacionais mais importantes e atuais que têm tomado a etapa recente da medicalização da sexualidade como tema de pesquisa. A maioria dos trabalhos centra-se na produção da categoria e do diagnóstico de “disfunção sexual”, seja considerando o caso masculino, mais amplamente estudado pela via da “disfunção erétil”, ou o caso feminino, muitas vezes traduzido pela idéia de uma suposta complexidade da sexualidade das mulheres. A perspectiva que utilizo tem como referência os estudos sociais da ciência e, especialmente, as contribuições da antropologia e da história da medicina. Além disso, incorpora a matriz dos estudos de gênero e ciência que tem produzido uma poderosa visão crítica da produção científica dos dois últimos séculos, revelando como os condicionantes de gênero têm atravessado a relação entre produção do conhecimento e contexto social.

Palavras-chave: sexualidade, medicalização, disfunção sexual

¹ Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil

Tem sido cada vez mais evidente nos últimos anos a enxurrada de notícias acerca das disfunções sexuais, sobretudo em torno de sua ampla definição e alcance e dos tratamentos disponíveis. Desde o lançamento oficial do Viagra, em 1998, temos assistido à consolidação de uma nova era no processo de medicalização da sexualidade, em muito orientada pela presença da indústria farmacêutica. É incontável o número de pessoas que fazem uso das inovadoras tecnologias relacionadas ao desempenho sexual e que são atingidas por um novo e pregnante discurso normativo em torno do sexo, expresso, por exemplo, na noção de “saúde sexual” já chancelada oficialmente pela própria Organização Mundial de Saúde (Giami, 2002).

Também é notável, contudo, a relativa escassez de trabalhos científicos que tenham tomado esse fenômeno de grandes proporções mundiais como objeto de estudo, especialmente considerando o campo da saúde coletiva. Talvez isso ainda reflita uma certa reticência da área em considerar a sexualidade como domínio legítimo de investigação, principalmente quanto se trata, de maneira estereotipada, da chamada sexualidade “normal”, construída em torno dos parâmetros do casal heterossexual. O sexo promovido na era do Viagra é aquele focado na idéia de satisfação e estrategicamente separado dos constrangimentos históricos relacionados à prática sexual, como seria o caso da reprodução não desejada e das doenças sexualmente transmissíveis (Rohden e Torres, 2006). Saímos, portanto, tanto do plano dos estudos sobre reprodução e controle da natalidade e também das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV/AIDS que têm produzido um robusto arcabouço de análise na interface entre sexualidade e saúde.

O que se pretende nesse artigo é uma análise crítica das contribuições internacionais mais importantes e atuais que têm tomado a etapa recente da medicalização da sexualidade como tema de pesquisa. Medicalização entendida enquanto um fenômeno bastante amplo e complexo que envolve desde a definição em termos médicos de um comportamento como desviante até as descobertas científicas que o legitimam, os tratamentos propostos e a densa rede de interesses sociais, políticos e econômicos em jogo (Conrad, 1992; Rosemberg, 2002). Engloba também, nesse sentido, questões correlatas mais específicas como o processo de desmedicalização envolvendo a perda de poder estrito dos médicos face à indústria farmacêutica ou o alargamento do conjunto de profissionais destinados ao tratamento da sexualidade (Giami, 2004; Tiefer, 2004, 2006a). Os trabalhos em cena, de um modo geral, transitam na linha dos estudos sociais da ciência. A maioria centra-se na produção da categoria e do diagnóstico de “disfunção sexual”, seja considerando o caso masculino, mais amplamente estudado pela via da “disfunção erétil”, ou o caso feminino, muitas vezes traduzido pela idéia de uma suposta complexidade da sexualidade das mulheres.

A perspectiva que utilizo tem como referência também os estudos sociais da ciência e, especialmente, as contribuições da antropologia e da história da medicina. Contudo, uma reflexão mais apurada do caso em questão se constrói por meio da incorporação da matriz dos estudos de gênero e ciência que tem produzido uma poderosa visão crítica da produção científica dos dois últimos séculos, revelando como os condicionantes de gênero têm atravessado a relação entre produção do conhecimento e contexto social (Fausto-Sterling, 2000; Jordanova, 1989; Schiebinger, 2001; Russett, 1995; Moscucci, 1990; Harding, 1986; Bleir, 1997; Hubbard, 1990).

Nesse sentido, um fenômeno tão complexo quanto a medicalização recente da sexualidade em torno da idéia de disfunção sexual só pode ser investigado à luz da interação entre os múltiplos atores em cena, como pesquisadores, clínicos, indústria farmacêutica, mídia, consumidores e do intenso jogo de interesses ou de visões de mundo envolvidos nos discursos que estão sendo produzidos. Elementos como legitimidade científica, motivações econômicas e políticas, disputas profissionais, relações de gênero integram um jogo de tensões que produz também resultados inesperados (Oudshoorn, 1994, Wjingaard, 1997 e Fishman, 2004).

Na seqüência, introduzo um panorama sobre o campo da sexologia no século XX que permite contextualizar o quadro mais recente da medicalização da sexualidade para, em seguida, discutir a criação das categorias de disfunção sexual masculina e feminina.

II

A história das intervenções em torno do sexo e mesmo da criação da sexualidade como uma categoria e domínio autônomos tem sido bem mapeada. Ao trabalho clássico e seminal de M. Foucault (1988), acrescentam-se as contribuições de J. Weeks (1985) T. Laqueur (1992), V. Bullough (1994), A. Giddens (1993), C. Groneman (2001), M. Bozon (2002) para citar apenas alguns. Essas obras compartilham uma arena comum na qual se percebe a sexualidade como um fenômeno construído socialmente e para o qual convergem uma série de discursos concorrentes. Embora seja comum citar como origem dessa promoção da sexualidade o interesse médico nas chamadas perversões sexuais durante a segunda metade do século XIX (Weeks, 1985), uma menor atenção tem sido dada à trajetória dos estudos em torno do sexo, ou do que viria a se constituir como o campo da sexologia, no século XX.

A referência básica, nesse caso, é o trabalho clássico de A. Béjin (1987a; 1987b) e sua hipótese de que a sexologia teria dois nascimentos. Uma primeira sexologia seria aquela produzida na segunda metade do século XIX, período no qual surgem obras de referência como *Psychopathia Sexualis*, editada por Heinrich Kann em 1844 e um volume com o mesmo

título publicado por Krafft-Ebing em 1886. Esta “proto-sexologia” teria como foco a nosografia, em contraste com a terapêutica, e privilegiaria as doenças venéreas, a psicopatologia da sexualidade e o eugenismo. Já a segunda sexologia teria nascido a partir da década de 1920, tendo como marco importante a obra de W. Reich, que inicia suas publicações sobre a função do orgasmo naquela época. Já a edição do primeiro estudo de A. Kinsey em 1948 ajudaria a concretizar o orgasmo como o problema central da nova sexologia (Béjin, 1987a).

Para Béjin (1987a), a proto-sexologia se concentrava nas dificuldades relativas ao funcionamento da sexualidade reprodutiva, como as doenças venéreas, as “aberrações sexuais” e as técnicas contraceptivas e não estava muito preocupada em diferenciar-se de outros ramos da medicina, como a psiquiatria, a medicina legal ou a urologia. Já a sexologia atual procuraria marcar constantemente a sua autonomia face outras disciplinas, especialmente por meio da afirmação de um objeto particular, que seria o orgasmo, e uma norma fundamental, o “orgasmo ideal”. Além disso, a proto-sexologia tinha como foco as anomalias e não a pretensa sexualidade “normal”, heterossexual e reprodutiva. Já a ciência do orgasmo elabora primeiramente a norma do orgasmo ideal e dela retira as anomalias que por sua vez, estaria pronta a curar. O mais relevante é que os sexólogos modernos não traduzem essas novas anomalias em termos de “aberrações”. O que fazem é substituir a separação entre normalidade e anormalidade por um contínuo da disfunção. Segundo Béjin “Face à norma exigente do celeste orgasmo, somos todos a partir daí ‘disfuncionantes sexuais’” (Béjin, 1987a:228).

O autor (1987a) ressalta ainda as conseqüências disso para a criação de uma “clientela” cada vez maior para os sexólogos contemporâneos que estão muito longe de seus pioneiros que tratavam apenas de “pervertidos” e portadores de doenças venéreas. A esse movimento corresponde a criação de instituições de ensino especializado e o estabelecimento de clínicas de tratamento específico. Além disso, enquanto a proto-sexologia tinha desenvolvido sumariamente a sua etiologia, permitindo apenas um controle *a posteriori* e repressivo, em articulação com prisões e asilos, a nova sexologia refina sua etiologia e desenvolve meios de controle *a priori* e *a posteriori*, traduzidos nas orgasmoterapias e profilaxia das disfunções sexuais. Uma função pedagógica centrada cada vez mais na informação ganharia a cena.

De certa forma, é esse panorama desenhado por Béjin que vemos descrito em profundidade no livro *Disorders of desire* de Janice Irvine (2005). A autora mostra como o campo da sexologia se constituiu nos Estados Unidos da América entre as décadas de 1940 e 1980, salientando os aspectos da multidisciplinaridade, perseguição e controvérsia. Tendo

como foco inicial o trabalho de A. Kinsey revela os impasses dos processos de profissionalização, legitimação cultural e criação de um mercado em torno do sexo. As tensões políticas e a variação dos contextos histórico-culturais tiveram fortes influências no desenvolvimento da pesquisa, das intervenções e da aceitação de novas referências sobre a sexualidade. Além disso, direcionaram os debates em torno da distinção entre uma “sexologia científica”, principal foco deste trabalho, calcada nos parâmetros metodológicos da ciência e na prática e autoridade médicas e uma “sexologia humanista”, mais enraizada nos saberes psicológicos e centrada no reconhecimento da sexualidade como foco de realização pessoal, auto-conhecimento e satisfação individual, que teve impacto a partir da década de 1970.

Segundo Irvine (2005:5-6), a sexologia sofreu um processo de rápida institucionalização no século XX. Em 1907 o médico alemão Iwan Bloch já proclamava uma definição formal da sexologia enquanto estudo da vida sexual do indivíduo desde a medicina e as ciências sociais. Em 1919 Magnus Hirschfeld fundava o primeiro instituto sexológico de que se tem notícia em Berlim, reafirmando a centralidade da Alemanha nesse campo de estudos durante aquele período. Na verdade, já no começo do século se podia contar com as grandes obras de Richard von Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Sigmund Freud que traçaram as bases para se pensar a sexualidade no mundo moderno e foram fundamentais para dar legitimidade científica ao assunto. Havia uma diversidade significativa de teorias e métodos e uma tensão entre as ciências naturais e sociais traduzida na polêmica questão da sexualidade inata ou adquirida, embora uma ênfase na biologia já se desenhasse. É importante acrescentar que nas primeiras décadas do século XX, o sexo passa a ser alvo de interesse cada vez maior não só de médicos mas de juristas, legisladores, eugenistas, feministas e reformadores sociais.

É a partir desse pano de fundo que se pode entender o grande impacto da obra de A. Kinsey que inaugurou um novo capítulo na pesquisa sexual. Foi precisamente um cientista, biológico, que trouxe as novas bases do estudo científico do sexo, percebido enquanto um fenômeno natural. Para Kinsey, o que era recorrente em termos de prática sexual seria o natural e assim deveria ser estudado pela ciência e promovido ou permitido pela sociedade. O grande problema é que focando apenas nos aspectos fisiológicos do sexo e desconsiderando as influências sociais, Kinsey não pôde perceber o quanto os seus achados recorrentes de pesquisa eram fruto dos condicionamentos do meio como, por exemplo, um suposto menor interesse ou “capacidade sexual” das mulheres. São reproduzidos nos seus dados e nas suas interpretações a “normalidade” conjugal e hetero-sexual da classe média branca americana. Suas pesquisas foram financiadas entre 1947 e 1954 pelo Committee for Research in Problems of Sex fundado em 1921 com verbas da Rockefeller Foundation destinadas sobretudo às pesquisas biomédicas e, principalmente, hormonais, sobre a sexualidade. Em

1948 publica *Sexual behavior in human male* congregando informações coletadas a partir de 5300 entrevistas realizadas com homens, transformando-se em uma autoridade científica sobre a sexualidade dos norte-americanos e fazendo do sexo um tema legítimo de investigação e tratamento. A recepção não seria exatamente a mesma quanto da publicação em 1953 de *Sexual behavior in human female* que continha dados de 5940 entrevistas com mulheres. Ao que parece o grande público ou as instituições não estavam preparadas para a apresentação que Kinsey fazia do comportamento sexual das mulheres americanas, mais liberais do que se supunha até então. Essa explicação é também usada para justificar a perda de financiamento da suas pesquisas no ano seguinte e também sua condenação pública pela American Medical Association (Irvine, 2005:cap.1).

É interessante que Kinsey, a partir das suas constatações de pesquisa, foi capaz de demonstrar a fluidez dos comportamentos sexuais, atestando, por exemplo, a possibilidade de práticas homossexuais para qualquer indivíduo. Mas, no caso das mulheres, embora Kinsey tenha se esforçado por revelar o seu comportamento “concreto” (destacando por exemplo a importância do clitóris e da masturbação e questionando o orgasmo vaginal) em contraste com as suposições vigentes e suas semelhanças com os homens, prevaleceu uma perspectiva na qual a mulher é vista como menos afeita ao sexo. Ao destacar os aspectos biológicos da sexualidade, ligados à nossa ancestralidade mamífera, Kinsey defendia que a capacidade sexual do indivíduo dependia da estrutura morfológica e capacidade metabólica, dos órgãos de toque na superfície do corpo, hormônios e nervos. E atestava que as mulheres teriam uma menor capacidade. Na verdade a constatação dessa menor capacidade era decorrente dos seus dados de pesquisa nos quais as mulheres declaravam ter menos sexo e menos orgasmo. Kinsey rejeitava explicações sócio-culturais para as diferenças entre homens e mulheres. Para ele, a “falta de inclinação” das mulheres ao sexo era menos devida às convenções morais e sociais e mais a uma perda de interesse erótico relacionada a algum mecanismo interno que funcionaria diferentemente em homens e mulheres. Dedicou-se a buscar as raízes dessa diferença em nervos e hormônios mas não achou nada conclusivo. O que chama a atenção é sua recusa em considerar a determinação cultural que, pelo menos desde o século XIX, prescrevia um modelo de mulher baseado na restrição do sexo à procriação. Além disso, também promoveu uma idéia que se tornaria comum nos estudos posteriores, de que as mulheres teriam uma sexualidade mais complexa, com práticas sexuais que menos freqüentemente resultam em orgasmo (a grande medida de satisfação sexual perseguida) e, portanto mais difíceis de serem pesquisadas (Irvine, 2005:cap.1).

Outro capítulo importante da história da sexologia se inaugura com a publicação de *Human sexual response* em 1966 por William Masters e Virginia Johnson, obra que consolida

o alinhamento da sexologia com a medicina. Masters era um ginecologista estabelecido e respeitado quanto passa da pesquisa com animais para a sexualidade dos humanos e, estrategicamente, recorre a escolha de uma assistente mulher e psicóloga, Johnson. O recurso à autoridade médica é evidente no livro e nas estratégias de divulgação assim como a ênfase na cientificidade das pesquisas. Além disso, esse trabalho fornece uma base de dados, a partir dos 694 indivíduos pesquisados através de observações em laboratório, entre prostitutas e voluntários “respeitáveis”, que seria central para estabelecer a legitimidade da nova terapia sexual. Segundo Irvine (2005:cap.2) a grande novidade seria a promoção da idéia de que o médico estenderia o seu poder de tratamento e cura ao domínio da sexualidade, combatendo, inclusive, as abordagens alternativas expressas em manuais tradicionais de casamento, por exemplo. Em um contexto social marcado pelas grandes transformações culturais da década de 1960, a nova proposta de terapia sexual seria muito bem recebida. Em 1970 publicam *Human sexual inadequacy* dessa vez recorrendo à análise de 510 casais de classe média-alta, branca e educada, perfil que também seria mais passível de aceitar os serviços dos profissionais de terapia sexual. Novamente, a ênfase é nos aspectos fisiológicos da sexualidade e na primazia e universalidade do corpo humano. Seu empreendimento mais notável foi a elaboração de um modelo do ciclo de resposta sexual que se tornaria parâmetro para a moderna pesquisa e terapia sexual, fundamentando inclusive a classificação dos transtornos sexuais no *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* III e IV (DSM-III e DSM IV) (Russo, 2004; Russo e Venâncio, 2006). Este ciclo seria composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução. Se para Kinsey a naturalidade do sexo era dada pelo que as pessoas diziam fazer, para Master e Johnson era representada pelas respostas fisiológicas observadas em laboratório e que constituiriam o novo padrão do sexo a ser buscado através da terapia sexual. Seus achados e a promoção que tiveram no campo foram fundamentais para o estabelecimento de um novo mercado clínico de tratamento da sexualidade (Irvine, 2005:cap.2).

Tomando como referência o panorama traçado por Irvine (2005:cap.7), durante a década de 1970 o que se destaca não é a produção de um novo grande estudo mas a consolidação de duas novas categorias relacionadas à noção mais geral de disfunção sexual. Trata-se da “adição sexual” e, principalmente, do “desejo sexual hipoativo”, que viria a ter uma repercussão muito mais longa. Enquanto a primeira atingiria prioritariamente homens, o segundo se concentraria nas mulheres. Se até fins da década era comum que a demanda por terapia sexual girasse em torno de casos “fáceis” relacionados à “ignorância” ou falta de informação pelos pacientes acerca do exercício sexual e curados à luz dos métodos behavioristas de Master e Johnson, a partir de então novas dificuldades vêm à tona. As

queixas passam a se concentrar na idéia de tédio sexual, baixa libido, aversão e fobia sexual. Nesse contexto é que surgiu a noção de desejo sexual inibido ou hipoativo que, segundo a definição dada por Harold Leif em 1977 corresponderia à falha crônica para iniciar ou responder ao estímulo sexual (Irvine, 2005:165). Na década de 1980 os terapeutas sexuais afirmavam que este era o principal problema reportado pelos pacientes, constituindo metade dos diagnósticos, e também o mais difícil de tratar (Irvine, 2005:165). Em 1980 a American Psychiatric Association reconhece o desejo sexual hipoativo como entidade clínica e o inclui no DSM-III. Apesar das disputas no campo, uma visão centrada no desejo sexual como impulso biológico permanece forte e ganha novos ares com as investigações focadas no cérebro e nos hormônios (Irvine, 2005:cap.7).

Jane Russo (2004) contextualiza esse fenômeno dentro de um processo mais geral de medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. O DSM-III teria sido o marco de uma passagem entre uma abordagem dos transtornos mentais mais psicossocial para uma estritamente biológica. A psiquiatria e a neurociência têm assumido um papel chave na trajetória de re-biologização do humano e guiado a nova versão do manual que, entre outras coisas, abandona a antiga hierarquia entre transtornos orgânicos e não orgânicos em prol de uma perspectiva mais geral na qual todos os transtornos mentais teriam uma base biológica. No que se refere à sexualidade, a autora destaca não só o aumento do número dos transtornos ou desvios mas também a criação de novas entidades. No DSM-I (editado em 1952) havia a categoria Desvio sexual, dentro dos Transtornos de Personalidade Sociopática, no grupo dos Transtornos de Personalidade. No DSM-II (editado em 1968) os Desvios Sexuais ainda estão no grupo dos Distúrbios da Personalidade e Outros Distúrbios Mentais não Psicóticos mas já com nove categorias listadas (Homossexualidade, Fetichismo, Pedofilia, Travestismo, Exibicionismo, Voyerismo, Sadismo, Masoquismo, Outros Desvios Sexuais). Já no DSM-III (1980) os Desvios Sexuais saem dos Transtornos de Personalidade e passam a constituir um grupo chamado Transtornos Psico-sexuais, com 22 itens subdivididos em quatro categorias: Transtorno da Identidade de Gênero, Parafilia, Disfunções Psico-sexuais e Outros Transtornos Psico-sexuais. Entre as Disfunções Psico-sexuais temos Desejo Sexual Inibido, Excitamento Sexual Inibido, Orgasmo Feminino Inibido, Orgasmo Masculino Inibido, Ejaculação Prematura, Dispaurenia Funcional, Vaginismo Funcional e Disfunção Psico-sexual Atípica. E no DSM-IV (publicado em 1994) temos a criação dos Transtornos de Identidade Sexual e de Gênero agrupados em Disfunções Sexuais, Parafilias e Transtornos de Identidade de Gênero. As Disfunções por sua vez estão sub-divididas em Transtorno do Desejo Sexual (Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo, Transtorno da Aversão Sexual, Transtorno da Excitação Sexual Feminina, Transtorno Erétil Masculino), Transtornos

Orgásmicos (Transtorno orgásmico feminino, Transtorno Orgásmico Masculino, Ejaculação Prematura), Transtorno da Dor Sexual (Dispareunia, Vaginismo) e Disfunção Sexual Devida a uma Condição Médica Geral. A autora argumenta que se pode perceber um processo de autonomização do tema da sexualidade ao mesmo tempo em que se identifica uma expansão da concepção de disfunção que atinge a chamada sexualidade normal. Exemplo característico disso seria o uso, no DSM-IV, das perturbações associadas ao ciclo de resposta sexual (baseado na definição de Master Johnson) e dor no intercuro, com cada fase tendo seus transtornos correspondentes (Russo, 2004:106-107).

Esse novo quadro de classificação oficial das disfunções sexuais faz parte do contexto mais geral e também forneceu as bases para uma definição cada vez mais “aprimorada” dos possíveis problemas sexuais que atingiriam o indivíduo comum. Além disso, legitimou a promoção e comercialização de um novo e amplo leque de tratamentos, começando com a chamada disfunção erétil.

III

Barbara Marsall e Stephen Katz (2002) argumentam que no século XX o processo de medicalização da sexualidade se opera graças a um foco no homem e na circunscrição da sexualidade masculina à disfunção erétil. Por meio de uma problematização mais geral que articula sexualidade e idade como dimensões fundamentais do sujeito moderno, destacam a importância das culturas de estilo de vida do final do século passado, como a ênfase na saúde, na atividade e no não envelhecimento para o processo que vai dar origem a um vasto campo de estudos e intervenções em torno da capacidade penetrativa do órgão sexual masculino. Diga-se de passagem a disfunção erétil é definida exatamente em função da (in)capacidade de penetrar uma vagina, marcando também o registro heterossexual dessas definições. A grande novidade do século XX, segundo os autores, é se que passa de uma concepção que admitia o declínio da vida sexual no decorrer do tempo e na qual até se suspeitava pejorativamente da atividade sexual na velhice para uma outra na qual se torna obrigatório o bom desempenho sexual até o limite da vida. Mais do que isso, prega-se que a atividade sexual é mesmo condição necessária para uma vida saudável e que a capacidade erétil definiria a virilidade durante todo o curso da vida masculina (Marsall e Katz, 2002; Marshall, 2006).

A ascensão da disfunção erétil vem das antigas preocupações com a impotência que, durante muito tempo, era privilegiadamente abordada como um problema de origem psicológica, inclusive nos trabalhos de Master e Johnson. Até a década de 1980 defendia-se que era exatamente o medo da impotência que causava o problema e os tratamentos invariavelmente deveriam incluir terapia e aconselhamento, mesmo que conjuntamente a

tratamentos hormonais, próteses e suplementos alimentares. Nessa época a pesquisa urológica no campo começa a trazer resultados inovadores, como o demonstrado “ao vivo” pelo doutor Giles Brindley em um congresso em 1983 por meio da injeção de phenoxybenzamina no próprio pênis que veio a ter uma ereção – fato amplamente divulgado na literatura. As novas descobertas como as da injeção intracavernosa de papaverina contribuíram para a transformação da ereção em um evento eminentemente fisiológico em detrimento dos aspectos psíquicos. A impotência passa a ser um transtorno de causas orgânicas e nesse registro passa a ser tratado. Um marco importante foi a *Consensus Development Conference on Impotence* realizada em 1992 pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Entre as recomendações feitas no documento final está a substituição do termo impotência por disfunção erétil para caracterizar a incapacidade de obter e/ou manter ereção suficiente para performance sexual satisfatória. Além disso, promove-se também a idéia de que é uma doença orgânica tratável e também um problema de saúde pública. Para este último ponto foram fundamentais os novos dados epidemiológicos então produzidos. O estudo mais citado é o *Massachusetts Male Ageing Survey* (MMAS) (Feldman et al, 1994), que entrevistou 1700 homens entre 40 e 70 anos na área de Boston entre 1987 e 1989 e constatou que 52% tinham algum grau de disfunção erétil, definida como capacidade para obter e manter ereção boa o bastante para o intercuro sexual. Apesar de criticado (Lexchin, 2006), esse estudo que alargava a concepção da doença através da idéia de fases e de que seria um transtorno progressivo prevaleceu sendo citado e serviu para construir a noção de risco e de responsabilidade que deveriam ser encampados pelos indivíduos. A isto se associa a idéia de constante vigilância e do consumo de produtos para garantir a saúde erétil, símbolo de masculinidade e saúde física e emocional (Marsall e Katz, 2002:54-59; Giami, 2004; Tiefer, 2006a).

É exatamente nesse contexto que assistimos ao surgimento do Viagra (citrato de sildenafil), medicamento do laboratório Pfizer destinado a facilitar e manter a ereção, que ilustra o desenvolvimento de uma ciência molecular da sexualidade (Marsall e Katz, 2002:60). Sucesso de vendas, o Viagra é considerado um *blockbuster*, droga que rende ao menos um bilhão de dólares anualmente (Tiefer, 2006a:279). É interessante constatar que se trata precisamente da construção do Viagra como um medicamento para tratar uma doença e não como um afrodisíaco, como bem observa Alaim Giami (2004). O Viagra foi aprovado para consumo pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos em 1998 e logo após já saem publicados os primeiros estudos, financiados pela Pfizer, comprovando a eficácia do medicamento e sua boa tolerância. A base desses estudos será o *Internacional Index of Erectile Function* (IIEF) elaborado em 1997 com 15 questões destinadas a examinar

a função erétil, sanar as dificuldades em estabelecer o diagnóstico da disfunção e avaliar os resultados dos ensaios com os novos medicamentos (Giami, 2004).

Uma faceta importante nesse processo é o grau de institucionalizando que o campo vai adquirindo com um predomínio evidente dos urologistas. Em 1982 é criada a International Society for Impotence Research (ISIR), visando o estudo científico da ereção e seus mecanismos de funcionamento, que terá uma revista oficial, o *International Journal of Impotence Research* a partir de 1989. Em 2000 a Sociedade mudará de nome para Internacional Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR), deixando evidente uma abertura para outros aspectos da sexualidade masculina e também para a sexualidade feminina. Segundo Giami (2004:14) isso seria uma estratégia no sentido de ampliar os limites de intervenção para a atividade sexual global, saindo da restrição ao plano da disfunção erétil. Em 1999 é organizada uma Consulta Internacional sobre a Disfunção Erétil em Paris sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e da Sociedade Internacional de Urologia. Com o patrocínio da indústria farmacêutica, a conferência marcou o processo de internacionalização da medicalização da impotência e a aliança entre urologistas e a indústria farmacêutica. Da mesma forma, a conferência da World Association of Sexology (WAS) também realizada em Paris, em 2001, traduz, ainda de acordo com Giami (2004:16) a entrada da indústria farmacêutica e dos urologistas no mundo da sexologia, tradicionalmente mais pulverizado entre médicos e não médicos e entre questões de educação sexual e prevenção, além do tratamento dos problemas sexuais. Para Leonore Tiefer (2006a:275), o processo de medicalização da sexualidade está ultrapassando a fase da criação dos sistemas classificatórios e entrando na etapa de institucionalização e profissionalização da “medicina sexual” com o suporte de organizações, conferências, centros de treinamento, jornais científicos, clínicas e departamentos médicos. Essa nova medicina sexual caminhará lado a lado com a “farmacologia sexual”.

Em um artigo intitulado “Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction”, Joel Lexchin (2006) problematiza as estratégias adotadas pela indústria farmacêutica para a promoção do Viagra. O argumento central é o de que foi preciso, por um lado, transformar a disfunção erétil em um problema que pode atingir qualquer homem, em qualquer fase da vida e que já estaria disponível uma droga capaz de resolver ou prevenir esta dificuldade. Nesse sentido, o Viagra integraria o conjunto bem mais abrangente das chamadas drogas de estilo de vida ou medicamentos de conforto, destinados a melhorar a performance individual, um mercado claramente em expansão. O sucesso do Viagra teria vindo exatamente daí e, segundo Lexchin (2006:1), se tivesse ficado restrito ao tratamento da disfunção erétil associada a causas orgânicas, provavelmente teria sido um fracasso de vendas. Por outro lado,

a Pfizer também tem trabalhado no sentido de promover a idéia de disfunção erétil como um tópico aceitável do discurso público, o que também levaria a uma maior procura pelo tratamento (Lexchin, 2006).

Outro argumento interessante é aquele construído por Meika Loe (2001) de que o Viagra é uma tecnologia material e cultural que está relacionada com a construção de uma nova possibilidade de intervenção no corpo masculino, em contraste com a tradicional história de intervenção médica no corpo das mulheres. Isso só tem se tornado possível graças à propagação de uma idéia de masculinidade em crise, ilustrada sobretudo com a metáfora da ereção. A noção de que a ereção, símbolo da virilidade e da identidade masculina, é efetivamente instável, sujeita a vários tipos de percalços parece ganhar cada vez mais notoriedade. E é justamente para combater essa falta de controle ou imprevisibilidade do corpo masculino que a indústria oferece um recurso como o Viagra, capaz de garantir a expectativa de uma performance sempre melhor (Grace et al, 2006).

Relacionado a isso está a história das campanhas comerciais do Viagra em diversos países que mostra claramente como o remédio tem se convertido em algo destinado a melhorar a performance sexual sem restrição e um grupo específico. Inicialmente promovido para um público de mais idade e no contexto de uma união heterossexual, passa a ser sugerido para homens cada vez jovens e que começam a aparecer nos anúncios sem a presumível parceira (Marsall e Katz, 2002:61). Mas o que estaria por trás de toda essa trajetória da propaganda seria a criação de um sentimento de vulnerabilidade masculina que promoveria a busca por controle e aumento da potência e da sexualidade como um todo (Vares e Braun, 2006),

É significativo que uma imagem de instabilidade corporal e mental muito freqüentemente esteve mais associada aos corpos femininos, governados por ciclos hormonais variáveis e etapas ligadas à vida reprodutiva que justificariam também uma instabilidade sexual da mulher (Rohden, 2001). A novidade é essa representação chegar agora ao corpo masculino e ameaçar a noção de homem “naturalmente” potente. Ainda mais notável é que enquanto a sexualidade feminina tem sido historicamente focada pelo seu encapsulamento pela reprodução, a masculina é vista pelo viés da penetração no intercuro sexual.

Nesse sentido, Loe (2001:101) sugere que o desenvolvimento das tecnologias associadas à reprodução e, principalmente, a pílula anticoncepcional, em meados do século XX, foram precursores da nova farmacologia do sexo. Uma mesma linha ligaria a pílula, tida como liberadora da sexualidade feminina das conseqüências reprodutivas, e o Viagra, suposta garantia da satisfação sexual masculina. Giami e Spencer (2004) chegam mesmo a argumentar em prol de três modelos da sexualidade que caracterizariam as últimas décadas: sexualidade

liberadora no contexto da pílula, sexualidade protegida no âmbito da epidemia de HIV/AIDS e do uso do preservativo e sexualidade funcional, no cenário dos medicamentos para disfunção sexual.

Nesse plano já estamos tratando de análises que levam em conta a medicalização da sexualidade feminina no contexto da nova era das disfunções sexuais. Tiefer (2006a), declaradamente partindo de uma “sensibilidade feminista”, quando apresenta o contexto de construção do Viagra como um fenômeno cultural e do campo dos “Viagra Studies” (Potts e Tiefer, 2006) salienta que, além da questão da indústria farmacêutica e criação das chamadas drogas sexuais, dois outros temas centrais seriam a busca pelo “Pink Viagra” e a explosão no crescimento de clínicas para tratar disfunção sexual feminina. A autora se refere à criação da disfunção sexual feminina como um caso clássico de tática de promoção de uma nova doença pela indústria farmacêutica e outros agentes da medicalização como jornalistas, profissionais de saúde, empresas de propaganda e relações públicas, etc. Segundo Tiefer (2006b), pelo menos desde 1997 os urologistas norte-americanos já trabalhavam com a categoria disfunção sexual feminina, referindo-se a aspectos da pathofisiologia genital semelhantes à disfunção erétil. Nesse ano foi realizada a conferência *Sexual Function Assessment in Clinical Trials*, patrocinada pela indústria farmacêutica e que proclamou a necessidade de melhor definição da disfunção sexual feminina. Em 1998, ano do lançamento oficial do Viagra e momento em que os jornalistas já começam a falar em um “Pink Viagra”, o doutor Irwin Goldstein, líder dos urologistas de Grupo de Boston que estudavam a disfunção erétil, abre a primeira Clínica de Saúde Sexual das Mulheres. Ainda neste ano ocorre a primeira *International Consensus Develpment Conference on Female Sexual Dysfunction*, também em Boston. Nos anos seguintes, ocorrem novas conferências que a partir de 2002 tornam-se internacionais e são realizadas anualmente. E em 2000 é criado o Female Sexual Function Forum renomeado para Internacional Society for the Study of Women’s Sexual Health (ISSWSH) em 2001 (Tiefer, 2006b; Moynihan, 2003; Hartley, 2006). Outro marco importante foi o artigo “Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors” de E. Laumann, A. Paik e R. Rosen publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) em 1999, com base em uma reanálise de dados de um *survey* com 1500 mulheres realizado em 1992 nos quais computava-se como sofrendo de disfunção as mulheres que respondessem positivamente para qualquer dos problemas citados, como perda de desejo, ansiedade sobre a performance sexual ou dificuldades de lubrificação. No trabalho os pesquisadores afirmavam que para as mulheres entre 18 e 59 anos a prevalência total da disfunção sexual era 43%. Assim como ocorreu com o caso da disfunção erétil, esse número passaria a ser

insistentemente citado na literatura que promovia a nova doença (Moynihan, 2003; Hartley, 2006).

O que assistimos por meio da criação do diagnóstico de disfunção sexual feminina é um processo ainda mais refinado de articulação entre vários atores que culmina na conformação de um novo e amplo mercado. Esse é o argumento levantado por Jennifer Fishman (2004) ao tratar da comodificação da disfunção sexual feminina a partir da perspectiva que percebe uma intrincada rede de relações traçada no campo que congrega pontos como comércio, ciência, medicina clínica e regulação governamental. Em particular, a autora revela como os pesquisadores têm um papel fundamental ao servir como mediadores entre os produtores, ou seja, as indústrias farmacêuticas e os consumidores, isto é, os clínicos e pacientes, das novas drogas. O capital simbólico desses cientistas, a maioria médicos e psicólogos com postos nas escolas de medicina, é uma moeda importante no curso da promoção do novo mercado não só para atestar a legitimidade científica dos produtos submetidos à aprovação pelas agências reguladoras mas também para ajudar a conformar um mercado paralelo através das prescrições *off-label* dos produtos ainda não aprovados. Através das conferências de educação continuada patrocinadas pelas indústrias, esses pesquisadores transmitem as informações que serão a base das prescrições nos consultórios. Isso faz com que no momento em que as drogas promovidas pelas grandes companhias sejam aprovadas já haja um mercado consumidor amplamente constituído. Nesse processo, que começa com a definição das classificações e diagnósticos, paralelamente vai se “criando” a doença, o tratamento e a população a ser tratada.

No caso da disfunção sexual feminina, este processo ocorre a partir da prescrição tanto do Viagra quanto de testosterona, aprovados nos Estados Unidos para tratamento das disfunções sexuais masculinas. Nota-se aí um deslizamento curioso entre o que seria aplicável aos homens servir também para as mulheres (Loe, 2004:cap.5). Nas conferências de educação médica continuada pesquisadas por Fishman (2004) esse era um padrão comum. Além disso, o que também contribui para o aumento dessas prescrições é a transformação de alguns pesquisadores em celebridades. O caso mais notório no campo da disfunção sexual feminina é o de duas pesquisadoras ligadas a I. Goldstein, a urologista Jennifer Berman e sua irmã, a psicóloga Laura Berman. Além de abrir uma clínica para tratamento dessa disfunção na Universidade de Los Angeles (UCLA) as duas atuam através de um programa de televisão, *website* e livros dedicados a divulgar o tema e popularizar os chamados tratamentos com *off-label drugs*, principalmente o Viagra e a testosterona (Moynihan, 2003; Fishman, 2004; Hartley, 2006).

Em busca de um mercado para tratamento dos problemas sexuais das mulheres que é estimado em torno de um bilhão e setecentos milhões de dólares anuais, várias indústrias têm investido em uma série de produtos, a começar pela próprio Viagra, testado para mulheres pela Pfizer entre 1997 e 2004, quando o laboratório admitiu que os ensaios clínicos não mostravam resultados satisfatórios. Comparativamente ao campo da disfunção erétil, a sexualidade feminina parece dar mais trabalhos aos pesquisadores que têm tido dificuldades em quantificar a resposta sexual feminina e testar terapias farmacológicas eficazes (Moynihan, 2003; 2005). Atualmente o FDA aprovou apenas um estimulador clitoridiano denominado EROS-CTD (Hartley, 2006). Um novo marco na história da disfunção sexual feminina é o investimento do laboratório Procter & Gamble em um adesivo de testosterona intitulado Intrinsa e indicado para tratar o transtorno do desejo sexual hipoativo, que teve sua aprovação negada pelo FDA nos Estados Unidos em 2004 mas que foi aprovado para uso na Comunidade Européia em 2006 (European Medicines Agency, 2007). O Intrinsa, e o fato de que pelos menos sete grandes companhias farmacêuticas estão testando produtos com testosterona para mulheres, atesta uma mudança de referência no tratamento da disfunção sexual feminina que deixa de ser focada pelos problemas ligados à excitação e passa a ser vista sob a ótica dos transtornos ligados ao desejo sexual. Harley (2006:367) pergunta provocativamente se os problemas das mulheres simplesmente teriam mudado ou se essa transformação no campo reflete a estratégia das indústrias farmacêuticas de procurar uma droga com algum sub-componente que corresponda a algum dos transtornos classificados no DSM. As novas táticas de promoção em cena trabalham no sentido de afirmar que o Viagra falhou para as mulheres porque a sexualidade feminina seria muito mais complexa do que a masculina. Deixando de lado as investidas no mecanismo de excitação, seria preciso recorrer ao “hormônio do desejo”, a testosterona. Afirma-se na literatura médica que o Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo é um produto da Síndrome da Insuficiência Androgênica que tem justificado um longa e polêmica história de terapias de reposição hormonal para as mulheres. Segundo Hartley (2006:367), é interessante que, a despeito dos conhecidos riscos dessas terapias, da fragilidade dos dados sobre a eficácia dos tratamentos e, principalmente da demonstração de que não haveria ligação entre baixo desejo sexual e baixos níveis de testosterona, continuam crescendo os investimentos farmacêuticos e o número de clínicos que prescrevem essa substância para mulheres.

IV

O que se conclui analisando a trajetória de construção da disfunção sexual masculina e feminina, para além de considerações mais gerais a respeito do complexo processo de

medicalização da sociedade, é uma marcada referência aos estereótipos de gênero que estão tanto presentes nas pré-concepções defendidas pelos pesquisadores quanto naquilo que é retransmitido à sociedade na fase de promoção de um novo diagnóstico e tratamento. Percebemos que o modelo de sexualidade e também de identidade masculinas propalado na era da disfunção erétil e do Viagra é centrado na potência. Embora mais recentemente comecemos a assistir a discussões sobre o desejo masculino e mesmo o uso de drogas para disfunção com fins de “tratar” o desejo, o que prevalece é uma redução da experiência sexual e da subjetividade dos homens à norma anatômico-fisiológica da ereção, na maioria dos casos vista apenas no contexto das relações heterossexuais.

Essa centralidade anatômico-fisiológica e a conseqüente circunscrição da sexualidade à função genital também serviu de guia para as primeiras investidas farmacológicas no tratamento da disfunção sexual feminina, ilustrada sobretudo com o uso do próprio Viagra. Temos aí claramente uma redução da sexualidade feminina ao modelo concebido como masculino, no qual a excitação seria o ponto central. Com o insucesso desse tratamento as atenções se voltam para a fase do desejo e a nova esperança para combater o desejo sexual hipoativo nas mulheres nada mais é do que a testosterona, hormônio que desde sua descoberta tem sido concebido como eminentemente masculino, em contraste com o estrogênio, tido como feminino (Oudshoorn, 1994). Nessa nova fase, então, para ter uma sexualidade satisfatória as mulheres precisariam recorrer ao que física e simbolicamente representaria um processo de masculinização. Somente se aproximando mais da economia corporal masculina é que chegariam mais perto da tão propagada satisfação sexual. O que assistimos, quando finalmente a sexualidade das mulheres passa a ser tratada para além da reprodução, parece ser uma redução, em diferentes vias, da sexualidade feminina a um suposto modelo masculino.

Curiosamente, encontramos a formação de grupos resistentes à nova medicalização da sexualidade feminina em contraste com uma ausência de manifestações no que se refere aos homens. Um grupo de ativistas feministas tem sido bastante eficaz em chamar atenção para alguns aspectos desse processo. Trata-se da “Campaign for a New View of Women’s Sexual Problems” liderada por L. Tiefer que promove tanto uma crítica teórica ao modelo médico dos problemas sexuais quanto uma vigilância constante das redes de profissionais e indústrias que promovem as novas drogas para disfunção sexual feminina (Tiefer, 2004, 2006; Hartley, 2006; Moynihan, 2003). A campanha propõe uma abordagem mais construcionista e política da sexualidade alertando contra os esforços em definir uma sexualidade “normal” e defende um sistema de classificação alternativo que considere as causas sociais, relacionais, psicológicas e médicas ou orgânicas das doenças. Tiefer (2004:252) critica especialmente uma falsa noção de equivalência sexual entre homens e mulheres, produzida a partir das

pesquisas sexológicas pioneiras que relatavam respostas fisiológicas semelhantes durante a atividade sexual. Alerta que poucas pesquisas têm estimulado as mulheres a descrever suas experiências a partir do próprio ponto de vista, o que, quando ocorre, mostraria as evidentes diferenças. As mulheres, por exemplo, não marcariam a distinção entre desejo e excitação, tal como expresso no modelo de Master e Johnson, seriam menos afeitas à excitação física e mais à subjetiva e suas reclamações focam em “dificuldades” que estariam ausentes do DSM.

Apesar da pertinência crítica dos aspectos levantados por Tiefer e pela “Campaign for a New View” permanece uma questão. A dúvida é se o novo modelo proposto não acaba também reificando determinadas normas de gênero. A idéia de que a sexualidade feminina é mais complexa, de que as mulheres são mais permeáveis aos aspectos subjetivos ou emocionais, de que a excitação física seria secundária podem estar mais uma vez reforçando uma determinada imagem do feminino associada às representações herdadas pelo menos desde o século XIX de um contraste radical entre os gêneros que encobre tensões políticas bem mais amplas.

Para finalizar cabe dizer que a literatura analisada tem trabalhado privilegiadamente nos marcos de investigação do processo de medicalização da sociedade e da sexualidade. Um conjunto importante de artigos já chama a atenção para a dimensão de gênero na determinação dos modelos médicos e culturais produzidos. E há também um crescente investimento na crítica ao movimento de construção de novas normas sexuais baseadas na noção compulsória de melhor desempenho. O desafio que permanece é exatamente articular essas três dimensões que juntas nos permitirão uma compreensão mais aprofundada dessa nova era de discursos e práticas que está se constituindo em torno do sexo.

Bibliografia:

- BÉJIN, A., 1987a. Crespúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: *Sexualidades ocidentais* (ARIÈS, Ph. & BÉJIN, A., org.). São Paulo: Brasilense, pp.210-235.
- BÉJIN, A., 1987b. O poder dos sexólogos e a democracia sexual. In: *Sexualidades ocidentais* (ARIÈS, Ph. & BÉJIN, A., org.). São Paulo: Brasilense, pp.236-254.
- BLEIER, R., 1997. *Science and gender – a critique of Biology and its theories on women*. Teachers College Press.
- BOZON, M., 2002. *Sociologie da la sexualité*. Paris: Nathan.
- BULLOUGH, V., 1994. *Science in the bedroom*. New York: Basicbooks.
- CONRAD, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18:209-232.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY, 2007. Relatório europeu de avaliação pública: Intrinsa. Disponível em www.emea.europa.eu acessado em 9/04/2007.

FAUSTO-STERLING, A., 2000. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.

FELDMAN, H. A., GOLDSTEIN, I., HATZICHRISTOU, D. KRANE, R. & MICKINLAY, J., 1994. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Ageing Study. *Journal of Urology*, 151:54-61.

FISHMAN, J. R., 2004. Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction. *Social Studies of Science*, 34 (2):187-218.

FOUCAULT, M., 1988. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

GIAMI, A. & SPENCER, B., 2004. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Révue Epidemiologique de Santé Publique*, 52:377-387.

GIAMI, A., 2004. De l'impuissance à la dysfonction érectile: destins de la médicalization de la sexualité. In: *Le gouvernament des corps* (D. Fassin, D. Memmi, org.), pp.77-108, Paris: Éditions EHESS.

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

GIDDENS, A., 1993. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. da UNESP.

GRACE, V., POTTS, A., GAVEY, N. & VARES, T., 2006. The discursive condition of Viagra. *Sexualities*, 9 (3):295-314.

GRONEMAN, C., 2001. *Ninfomania: história*. Rio de Janeiro: Imago.

HARDING, S., 1986. *The science question in feminism*. Cornell University Press.

HARTLEY, H., 2006. The 'pinking' of Viagra culture: drug industry efforts to create and repackage sex drugs for women. *Sexualities*, 9 (3):363-378.

HUBBARD, R., 1990. *The politics of women's biology*. Rutgers University Press.

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

JORDANOVA, L., 1989. *Sexual Visions: Images of gender in science and medicine between the Eighteenth and Twentieth centuries*. The University of Wisconsin Press.

LAQUEUR, T., 1992. *Making sex: body and gender from the greeks to Freud*. Cambridge: Harvard Univ. Press.

- LAUMANN, E., PAIK, A. & ROSEN, R., 1999. Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6):537-544.
- LEXCHIN, J., 2006. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *Plosmedicine*, 3 (4):1-4.
- LOE, M., 2001. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality and Culture*, 5 (3):97-125.
- LOE, M., 2004. *The rise of Viagra: how the little blue pill changed sex in America*. New York: New York University Press.
- MARSHALL, B. & KATZ, S., 2002. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body and Society*, 8 (43):43-70.
- MARSHALL, B., 2006. The new virility: Viagra, male aging and sexual function. *Sexualities*, 9 (3):345-362.
- MOSCUSCCI, O., 1996. *The science of woman: gynaecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- MOYNIHAN, R., 2003. The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326 (4):45-47.
- MOYNIHAN, R., 2005. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 330:192-194.
- OUDESHOORN, N., 1994. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge.
- POTTS, A. & TIEFER, L., 2006. Introduction. *Sexualities*, 9 (3):267-272.
- ROHDEN, F. & TORRES, I., 2006. Le champ actuel de la sexologie au Brésil: considérations initiales. *Sexologies*, 15 (1):64-71.
- ROHDEN, F., 2001. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, Coleção Antropologia e Saúde.
- ROSEMBERG, C. E., 2002. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80 (2):237-260.
- RUSSETT, C. E., 1995. *Sexual science. The Victorian construction of womanhood*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- RUSSO, J. A., 2004. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras* (A. Piscitelli, M. F. Gregori & S. Carrara, org.), pp.95-114, Rio de Janeiro: Garamond.
- RUSSO, J. & VENANCIO, A. T., 2006. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSMIII. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX (3):460-483.

- SCHIEBINGER, L., 2001. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc.
- TIEFER, L., 2006a. The Viagra phenomenon. *Sexualities*, 9 (3):273-294.
- TIEFER, L., 2004. *Sex is not a natural act*. Cambridge: Westview Press.
- TIEFER, L., 2006b. Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *Plosmedicine*, 3 (4):1-5.
- VARES, T. & BRAUN, V., 2006. Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture. *Sexualities*, 9 (3):315-332.
- WEEKS, J., 1985. *Sexuality and its discontents*. London/New York: Routledge/Keagan Paul.
- WIJNGAARD, M., 1997. *Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.