

Título: O desejo sexual numa perspetiva feminista

Autor: João Sacchetti Teixeira de Sousa

Introdução:

Historicamente, o tema do desejo sexual é contraditório e dificilmente analisado a partir de uma perspetiva neutral (Leiblum, S.R., 2010). Ao longo dos anos, através de regras e normas emanadas pelas estruturas hegemónicas das culturas vigentes, esteve sempre ao serviço da regulação social.

O desejo sexual é atualmente um fator fundamental na conceptualização da identidade, orientação e no funcionamento e disfunção sexual (Wood, JM., Koch, P. e Manfield, P., 2006). Daí, as referências sistemáticas ao tópico nas discussões científicas sobre sexualidade.

Paradoxalmente, a análise da história do século XX revela como, pelo menos para as mulheres, a sua variação foi sempre patologizada, mas não no mesmo sentido: se no início do século era considerada aberrante ou doentia a mulher quando *excessiva no apetite sexual*, décadas depois seria considerado patológico a inexistência ou *abaixamento do desejo* e assim categorizado nos manuais de psiquiatria. Desta forma, sob a capa clínica e da cientificidade, sucederam-se olhares punitivos, constritores e, eventualmente, confusionais: de um momento, *Não podes desejar, nem sentir prazer*, passamos para outro em que *tens de sentir prazer e o normal é desejar*.

Por isso, não é de estranhar o fato de parte substancial das queixas sexuais se relacionarem com o baixo desejo sexual – o padrão hegemónico dos nossos tempos, ainda dita que ele deve existir. Mesmo em casal, a maior parte das vezes, atrelado à queixa vem um paciente já identificado: é o membro do casal que não deseja (ou deseja menos). Neste caso, se num casal heterossexual, for o homem a desejar menos, ele é duplamente penalizado: além de identificado como o que não cumpre sexualmente, impedindo *a saúde do casal*, também não cumpre o ideal de masculinidade que continua a impor aos homens a noção de que devem estar *sempre prontos*.

Inquestionavelmente, mesmo com um grande número de investigações e investimento na área do desejo sexual, este continua a ser um construto ambíguo, de difícil conceptualização e definição. Acresce que, quase sempre, a ciência sexológica estudou

o desejo sexual a partir de uma perspectiva biomédica, que acarreta a visão da sexualidade como intrínseca, natural e universal (Tiefer, 1988).

Para mim, enquanto clínico e investigador, Leiblum (2010), talvez tenha resumido a questão fundamental: Será legítimo o diagnóstico do desejo sexual? ou, ao fazê-lo, estaremos – clínicos e investigadores – a contribuir para a patologização de uma variação que só pode ser analisada como normal ou patológica em função de regras e normas estabelecidas socioculturalmente e que não são representativas de uma categoria psiquiátrica claramente definível?

Neste quadro, os modelos feministas puseram em causa o que chamaram de medicalização da sexualidade. Como veremos, questionam o modelo biomédico da sexualidade e apontam a dois caminhos: um, em que se está ao serviço da melhoria da vida sexual e psicológica das pessoas e da defesa dos seus direitos sexuais. Um outro, em que, pelo contrário, se está ao serviço da afirmação da autoridade médica e dos interesses económicos da indústria farmacêutica. Para defender as suas perspetivas, desenvolveram e sistematizaram, ao longo das últimas décadas, um largo conjunto de estudos científicos.

Desenvolvimento:

Wood et. al (2006), analisaram e sintetizaram as principais críticas feministas à conceptualização biomédica do desejo sexual da mulher. A esse propósito referiram: a) o uso do modelo masculino enquanto standard; b) um modelo linear da resposta sexual; c) o reducionismo biológico; d) a despolitização e e) medicalização da variedade. Partindo desta sistematização, proponho-me a analisar sucintamente cada uma dessas críticas, de forma a analisar a perspetiva feminista sobre o desejo sexual.

A “medicalização” do sexo.

Este termo tem sido usado para descrever criticamente as explicações, esquemas compreensivos e soluções biomédicas relativamente à sexualidade. Nesse paradigma, as condições psicológicas, relacionais e sociais são desconsideradas. O termo refere-se, portanto, a um processo social em que comportamentos, condições ou hábitos são considerados questões de saúde e doença a partir do modelo biomédico (Tiefer, 2005).

O reducionismo biológico.

Segundo Tiefer (1995, p.61) “o ciclo da resposta sexual humana foi inicialmente popularizado porque os clínicos e investigadores precisavam de normas que fossem tanto objetivas como universais, quando na realidade ele não é nem uma coisa nem outra. Ele impõe uma falsa uniformidade biológica da sexualidade que não suporta os usos e significados humanos do potencial sexual” (...) “Definir a essência da sexualidade como uma sequência específica de mudanças fisiológicas promove o reducionismo biológico”.

Tiefer tem elaborado uma sequência de críticas sistemáticas ao ciclo de resposta sexual descrito por Masters e Johnsson. O reducionismo biológico que este modelo pioneiro promove, e para o qual alerta, advém do fato de isolar a performance sexual genital, tanto de fatores psicológicos como de personalidade, dos valores e do contexto relacional, cultural e social em que acontece. Neste caso, hipervalorizam-se os fatores biológicos e endógenos, destacando o seu papel, em detrimento dos outros fatores. A suposta universalidade e rigidificação das fases do ciclo da resposta sexual, escamoteava a importância dos fatores psicoemocionais, relacionais, cognitivos ou emocionais.

O sexo não é um ato natural...exige uma posição política!

Outro dos aspetos muito enfatizados nas críticas feministas é a de que o reducionismo biológico – já sucintamente descrito – despolitiza a natureza da sexualidade. Ou seja, ao colocar o ênfase no indivíduo, no seu corpo, nos genitais ou nas hormonas, ignora os importantes fatores culturais, políticos e relacionais que afetam fortemente a vida das mulheres.

O feminismo, enquanto ideologia, pode ser definido e praticado de várias maneiras por diferentes pessoas e grupos. Numa interpretação mais ampla, representa a defesa dos interesses das mulheres, ou num sentido mais estrito é, de acordo com a definição de LeGates "a teoria da igualdade política, social e econômica dos sexos (citado em Wood, JM., Koch, P. e Manfield, P., 2006)

As feministas tentam *desmascarar* os avanços do modelo biomédico e de uma visão positivista da ciência. Alertam para a tentativa de despolitização do sexo enquanto ato, quando tudo o que à sexualidade concerne, pelo contrário, é plenamente marcado por fatores políticos, sociais e económicos.

O provocador título do livro de Leonore Tiefer (1995) “O sexo *não* é um ato natural”, chama a atenção, ainda que paradoxalmente, para o slogan original que a própria referiu ter servido, em tempos, de mote às suas causas públicas - *o sexo é um ato natural*. Advertiu que o propósito desta frase estaria agora desvirtuado e a sua manutenção ao serviço de um paradigma biomédico da sexualidade. Este paradigma, segundo a mesma, é profundamente limitador da compreensão da complexidade sexual humana, ao postulá-la como intrínseca, natural e universal (Tiefer, 1988). Uma noção de sexualidade, segundo a autora, que desempodera as pessoas e fomenta a ignorância, desorientando-as face aos problemas sexuais.

Ao nível da etiopatogenia, muitas das queixas do desejo sexual nas mulheres e que podem requerer intervenção sexual 'especializada', residem nas condições económicas, sociais e culturais que podem ser atenuadas, evitando assim problemas sexuais no futuro. O individualismo do pensamento no modelo médico, adaptado à conceptualização da sexualidade, potencia a estigmatização do indivíduo, nomeadamente da mulher.

As consequências e a função da perspectiva biomédica da sexualidade.

Clarifico, desde já, o seguinte pressuposto: os modelos feministas da sexualidade humana não criticam a importância da compreensão biológica do fenómeno do desejo sexual. Tal estudo não implica, aliás, necessariamente um paradigma biomédico. Este só se perpetua quando as valorizações dos determinantes biológicos do desejo sexual implicam a minimização ou relativização de fatores psicossociais importantes. Vejamos a título de exemplo, a descrição de Leiblum (2002): "Enquanto [as hormonas] alimentam as chamas do desejo, fatores psicológicos determinam a intensidade e a direção da chama. Inferir que as hormonas, em geral, são os principais motivadores da atividade sexual em humanos é uma simplificação grosseira" (p. 65)

A questões de poder estão no centro das preocupações feministas. Nas suas teses sugerem que a concetualização biomédica do desejo sexual das mulheres, promove o poder do médico (Shaw, 2001). Inquestionavelmente, são os especialistas quem define o que é o desejo sexual normal. A partir dessa conceção classificam os transtornos do desejo e desenvolveram os tratamentos que os próprios vão *vender*, quando na sua essência a doença foi concetualizada e descrita pelos próprios.

Contudo, talvez ainda mais importante, é que de acordo com a perspectiva crítica feminista, esta concepção de doença tem outras consequências e propósitos (Miglioranza, I., 2018; Tiefer, L. 2012). O desejo sexual, uma vez considerado altamente influenciado por fatores hormonais, é visto como "tratável" com hormonas, especialmente entre mulheres na menopausa. Assim, aumentar o nível de desejo sexual das mulheres é frequentemente considerado como a forma de tratar a "disfunção sexual feminina", sendo panaceia da indústria farmacêutica o desenvolvimento de medicamentos como o *viagra* para aumentar a resposta sexual das mulheres. Evidentemente, a esperança era de que este representasse uma vantagem financeira. Digamos assim: sem doença, não há droga. Sem droga, não há negócio.

Alertas feministas.

Tiefer, L. (2002), alerta para o fato de a medicalização da sexualidade feminina, ancorado no reducionismo biológico e psicológico, tornar invisíveis importantes fatores sociais e políticos que afetam a vida sexual das mulheres. E concretiza, com dez potenciais consequências concretas (1) reforço de uma definição estreita de normalidade sexual, enfatizando a resposta genital; (2) focar as mulheres no "desempenho sexual"; (3) desacreditar e desencorajar estilos de experiência sexual que não enfatizam a excitação genital e o orgasmo; (4) encorajar a investigação sobre a 'resolução' de problemas sexuais, ao mesmo tempo que ignora como 'normas' opressivas de sexualidade se estabelecem; (5) tornar as mulheres, de todas as faixas etárias, mais inseguras sexualmente; (6) a pesquisa sobre a sexualidade feminina ser dominada por empresas farmacêuticas que promovem pílulas para problemas sexuais femininos; (7) Serem mediaticamente ignorados fatores sociais que tornam tanto as mulheres quanto os homens ansiosos sobre a sexualidade e vulneráveis ao desenvolvimento de problemas sexuais; (8) a educação sexual será menosprezada em favor de soluções rápidas; (9) enfatizar o tratamento com drogas em vez do aconselhamento de relacionamento e outras terapias sexuais; (10) o pessoal médico com pouca educação sexual ser considerado "especialista" a quem as mulheres com insatisfação sexual devem recorrer.

Conclusão:

Uma perspectiva alternativa e feminista do desejo sexual.

A visão biomédica de desejo sexual promove a preocupação sobre o que constitui níveis de desejo "normais" versus "anormais" e "altos" versus "baixos". As feministas, através de análises críticas a este paradigma, fomentaram o desenvolvimento de propostas e de modelos de sexualidade mais centrados na mulher.

No campo da ciência sexológica e dos modelos de resposta sexual, destaca-se o modelo circular de resposta sexual de Basson (2000, 2001). Neste, propõe uma variação à noção tradicional de desejo sexual, ao descrever formas alternativas de se aceder ao mesmo: a forma espontânea (a perspectiva tradicional de desejo sexual) ou a forma responsiva. Essa distinção faz com que estímulos inicialmente neutros se tornem agradáveis ou até excitantes, na forma responsiva.

A compreensão alternativa do desejo sexual das mulheres, que considera mais adequado à sua psicofisiologia sexual, não estaria em sua perspectiva bem representada nos modelos anteriores (e.g. Masters e Johnson e Kaplan). A sua elaboração seguiu a linha de pensamento daqueles que defendiam que a compreensão dos problemas sexuais exigiria a expansão do conceito do ciclo humano de resposta sexual

Da ação feminista, surgiu o manifesto *New View of Women's Sexual Problems* (2002). Resulta numa alternativa ao DSM para o diagnóstico e abordagem às dificuldades sexuais. Para o efeito, as propostas deste manifesto para a avaliação e intervenção nas queixas sexuais, partem da premissa da não patologização dessas queixas. Consideram, pelo contrário, que as mesmas são social e culturalmente determinadas, refutando a ideia de que o desejo sexual possa ser classificado como bom ou mau, normal ou anormal, saudável ou não. “A insatisfação subjetiva é vista mais como uma dessincronia entre indivíduos ou relativamente a roteiros sexuais de base cultural do que como disfunções de alguma essência sexual universal”. (Tiefer, 2005, p. 61).

Bibliografia

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther*, 26, 51–65.

Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 395–403.

Leiblum, S.R. (2010). *Treating sexual desire disorders: a clinical casebook*. New York: The Guilford Press.

Miglioranza, I. (2018). Neuropolíticas Del deseo y «viagra femenino»: Biomedicalización, feminismo y neoliberalismo en el siglo xxi. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n.º 18, 2018, 95-128 | DOI: 10.17345/aec18.95-128

Tiefer, L. (1988). A feminist perspective on sexology and sexuality. In M. Gergen (Ed.), *feminist thought and the structure of knowledge* (pp. 16-26). New York: New York University Press.

Tiefer, L. (2005). Procter & Gamble's testosterone patch for women: A case study in the medicalization of sexuality. Plenary presentation at the World Association of Sexology, Montreal, Canada

Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.

Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of "female sexual dysfunction." *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 127-135.

Tiefer, L. (2012). Medicalizations and Demedicalizations of Sexuality Therapies. *JOURNAL OF SEX RESEARCH*, 49(4), 311–318

Wood, JM., Koch, P. e Manfield, P., (2006). *The Journal of Sex Research* Volume 43, Number 3, August 2006: pp. 236-244.

