

Sexualidade e medicina: a revolução do século XX

Sexuality and medicine:
the 20th-century sexual revolution

Maria Andréa Loyola ¹

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil. maloy@uerj.br loyola@ism.com.br

Abstract *This paper discusses the role of medicine, ranging from the normative and technological control of women's sexuality and reproductive process (childbirth, breastfeeding, contraception, and treatment of infertility) through the construction of a new (biological and social) reproductive model, based on a radical change of identities, relations, and forms of union between the sexes (a break with the traditional concept of marriage, growth of open unions, serial monogamy, etc.). This model is sustained by a radical distinction between sexuality and reproduction, related to a unique and horizontal model of sexuality (in opposition to the hierarchical 19th-century two-sexes model); the new model focuses mainly on pleasure and moves progressively away from social ties and affection. In addition to the contribution of medicine (notably through assisted reproduction) and sexology (universalization of the orgasm imperative), the paper also discusses the contribution of epidemiology (through AIDS-related research) to the transformation of a moral sexual norm into an abstract and merely statistical standard.*

Key words *Sexuality; Reproduction; Sex Behavior; Medicine*

Resumo *O artigo discute a contribuição da medicina, segundo o controle normativo e tecnológico da sexualidade feminina e do processo reprodutivo (parto, aleitamento, contracepção e tratamento das infertilidades) para a construção, durante o século XX, de um novo modelo de reprodução (biológica e social), calcado em uma mudança radical das identidades e das relações e formas de união entre os sexos (desagregação de laços matrimoniais tradicionais, crescimento das uniões consensuais, monogamia serial, etc.). Este modelo se sustenta em uma separação radical entre sexualidade e reprodução correlata de um modelo único e horizontal de sexualidade (contrariamente ao modelo hierárquico dos dois sexos do século XIX), dirigida primordialmente para o prazer e progressivamente desvinculada dos laços sociais e afetos que lhes são correspondentes. Discute, além da contribuição da medicina (notadamente a partir dos efeitos da reprodução assistida) e da sexologia (universalização do imperativo do orgasmo), a contribuição da epidemiologia (por meio das pesquisas relacionadas à AIDS) para a transformação de uma norma moral sobre a sexualidade em uma norma abstrata e meramente estatística.*

Palavras-chave *Sexualidade; Reprodução; Comportamento Sexual; Medicina*

“La biologie a perdu aujourd’hui nombre de ses illusions. Elle ne cherche plus la vérité. Elle construit la sienne” (Jacob, 1970:24).

“Galilée disait que le monde naturel aurait être écrit en mathématique. Aujourd’hui on veut nous faire croire que c’est le monde économique et social qui est mis en équations, ce qui expliquerait ou justifierait le prétendue fin de l’histoire” (Bourdieu, 1998:41).

Introdução

A sexualidade no século XX foi marcada por uma crescente interferência da medicina neste domínio; por um lado, por intermédio do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas (contraceptivas e conceptivas) que conferem às sexualidades não conjugais novo estatuto; por outro, como no título do livro de Foucault (1976), por uma “imensa vontade de saber” sobre ela, na psicanálise e em outras disciplinas correlatas: pedagogia, demografia, ciências sociais.

Durante este século, consolida-se um modelo de controle social denominado por Foucault (1976) de *biopoder*, que tem nas práticas e no discurso da medicina e daquelas disciplinas, peças fundamentais. Este modelo é marcado por um forte investimento político na vida, na “qualidade” das populações, na reprodução individual e coletiva, sendo o domínio da sexualidade aquele que permite articular esses dois planos da reprodução. Mas a novidade do biopoder é que ele não atuará principalmente pelo controle repressivo da sexualidade e pela reafirmação da aliança e do casamento, mas pela incitação aos prazeres, pela valorização do desejo e das sensações, através de uma “explosão discursiva sobre o sexo”.

Essa “vontade de saber”, por outro lado, torna a sexualidade no século XX, objeto de estudos empíricos focalizando o comportamento sexual, cujo marco são as pesquisas sobre o comportamento sexual masculino e feminino da população americana realizadas por Kinsey (Kinsey et al., 1948, 1953). Essa abordagem sobre o comportamento sexual representou uma ruptura com os estudos de sexologia clínica do fim do século XIX e início do século XX, focalizados sobre os “desvios sexuais” (Ellis, 1936; Krafft-Ebing, 1965), e com aqueles fundados sobre a moral religiosa, a medicina ou a criminologia (Lanteri-Laura, 1979; Trilling, 1948). Novos estudos empíricos sobre a sexualidade se seguiram após o relatório Kinsey (Gagnon & Simon, 1973; Simon et al., 1972), mas é somente com o advento da AIDS, na década de 80, que eles se multiplicam significativamente (Co-

xon et al., 1990; MS/CEBRAP, 1996; NORC, 1989; Pollak & Schiltz, 1991; Spira et al., 1993; Wellings et al., 1994). Esses estudos, em sua maioria de inspiração epidemiológica, se de um lado contribuíram para explicitar certos aspectos da sexualidade contemporânea, de outro, tendem a reduzi-la à sua dimensão puramente comportamental, reforçando as categorias naturalizadas das explicações biomédicas sobre a sexualidade.

Este ensaio, baseado em estudos disponíveis e em dados de pesquisas realizadas no Rio de Janeiro (Loyola, 1995; Loyola et al., 1988), pretende contribuir para reverter essa tendência, chamando a atenção sobre alguns determinantes sociais da sexualidade geralmente esquecidos naqueles trabalhos; pretende ainda suscitar a construção de novas hipóteses que estimulem o estudo, pelas ciências sociais, da sexualidade no século XXI.

Sexualidade e reprodução

As relações entre sexo e reprodução estão historicamente tão ligadas, que ainda hoje é impossível falar da sexualidade nas sociedades contemporâneas, sem considerar essas relações. Isso porque, nas sociedades humanas, todos os diferentes momentos da seqüência reprodutiva – desde o coito, a gravidez, o parto e a amamentação, até o número e a socialização das crianças – são socialmente organizados e controlados. Por um lado, embora a reprodução humana seja vista como um processo eminentemente biológico ou natural, por esse processo reproduzem-se não indivíduos abstratos, mas pessoas alocadas em posições sociais historicamente construídas (Loyola, 1992). A reprodução biológica das populações humanas é inseparável e, em grande parte, determinada pela reprodução da sociedade ou dos sistemas sociais como um todo. Mas, por outro lado, como aponta Malinowski (1980), entre outros antropólogos (Berger & Luckman, 1973; Mauss, 1976), o controle social do processo reprodutivo apóia-se primariamente na organização sexual biológica específica da espécie humana: sua relativa infertilidade e as características singulares da sexualidade das fêmeas humanas, nas quais a pulsão sexual (Freud, 1968), é intermitente e não cíclica ou sazonal; não tem sinalização externa como manifestação do instinto, nem é induzida por uma regulação hormonal ligada (e dirigida) à procriação como em outros mamíferos.

Assim, o casamento não é somente a instituição que estabelece a aliança pela troca de

mulheres, liga homens e mulheres pela divisão do trabalho, legitima a criança fornecendo-lhe uma mãe e um pai social e comanda o destino (alocação social) das crianças (Durkheim, 1960; Levi-Strauss, 1949; Malinowski, 1980). Ele é, antes de tudo, a instituição que garante uma permanente exposição ao coito, portanto uma permanente exposição ao risco de gravidez (Tabet, 1985). Se o casamento representa potencialmente o lugar privilegiado de exposição permanente das mulheres à fecundação, isto não se dá sem um aparelho complexo (e variável) de pressão ideológica e de constrangimentos físicos e psíquicos (Durkheim, 1960; Malinowski, 1980; Mauss, 1976). Todas as sociedades distinguem os casos (parceiros, momentos etc.) nos quais a reprodução é admitida (ou mesmo exigida), e aqueles em que a sexualidade não deve levar à procriação; orientam também as múltiplas formas que limitam as potencialidades polimorfas da sexualidade humana e as canalizam para a heterossexualidade e a reprodução obrigatória (Fox, 1982; Ruffié, 1986).

Baseando-se no exemplo de várias sociedades, Tabet (1985) distingue duas formas institucionais de dissociação entre a sexualidade reprodutiva e não reprodutiva. Uma delas é o que ela chama de *separação vertical*, ligada às sociedades hierárquicas e às sociedades de classe: a sexualidade de reprodução para as esposas e a heterossexualidade não reprodutiva para as cortesãs; a função da prostituição regulamentada visando a canalizar a sexualidade extraconjugal e mantê-la conforme a “natureza”, isto é, heterossexual (Corbin, 1982). A antinomia entre procriação, de um lado, e desejo e conduta erótica, de outro, é nítida. O casamento não tem por objeto o prazer, mas a procriação de crianças legítimas. Esta distinção é válida apenas para os homens, na medida em que eles podem ter uma sexualidade não reprodutiva fora do casamento. Para os homens, a norma é uma bissexualidade guerreira, que mesmo antes do cristianismo tende a se transformar em sexualidade de reprodução; para as mulheres, um papel de submissão passiva ao prazer dos homens. Uma segunda forma de dissociação entre sexualidade e reprodução é a separação entre as idades da vida, que Tabet (1985) associa a uma *divisão horizontal*: um primeiro período se situa em torno da puberdade e a vida sexualidade mais ou menos livre. Na sociedade ocidental, esta liberdade é válida apenas para os homens, pesando sobre as mulheres uma interdição rigorosa. O outro período é caracterizado por uma sexualidade conjugal com fins reprodutivos.

Essas e outras diferentes intervenções sobre a sexualidade, visando a produzir um organismo feminino especializado na reprodução, constituem para Tabet a maior transformação e a mais complexa das condições biológicas da reprodução e, correlativamente, da mais forte e mais complexa manipulação das condições biológicas da sexualidade humana (Tabet, 1985).

A sexualidade nas sociedades ocidentais modernas

As normas que comandam as relações entre sexualidade e reprodução em seus diferentes momentos estão relacionadas com as formas de organização social, de divisão sexual do trabalho, com os sistemas de representação e, em particular, com as relações entre os sexos. Dependendo da configuração desses aspectos num dado momento, é possível falar mesmo em diferentes modelos de reprodução.

Em termos de *tipos ideais* (no sentido weberiano), e para fins estritamente analíticos, é possível pensar, por exemplo, em dois modelos históricos de reprodução e de controle da sexualidade: um mais antigo, ligado às sociedades patriarcais, que podemos chamar, na falta de um nome melhor, de *tradicional*, baseado no sistema de alianças e em normas estritas de homogamia, no amor conjugal, na indissolubilidade dos laços matrimoniais, numa rígida divisão de trabalho entre os sexos e num rígido controle da sexualidade feminina, na submissão jurídica e social da mulher ao homem, na identidade familiar, na contracepção apoiada na idade ao casar e completamente dependente do intercurso sexual; e em outro, historicamente mais recente ou *moderno*, baseado na escolha individual do cônjuge, em normas relativamente mais flexíveis de homogamia, no amor-paixão, na possibilidade de divórcios e separações freqüentes, numa divisão de trabalho pouco rígida entre os sexos, na liberação (e mesmo valorização) da sexualidade feminina, na igualdade jurídica e social entre os sexos, na identidade individual, no controle tecnológico da contracepção que, no limite, pode dispensar o intercurso sexual para fins reprodutivos.

Tomando como parâmetros as respostas sociais para contornar as especificidades do processo humano de reprodução biológica, apontadas por Tabet, podemos detectar algumas transformações, relativamente ao antigo modelo: o rompimento, no nível ideológico, da associação entre sexualidade e reprodução – que, como vimos, constituía um corolário dessa dis-

sociação no nível biológico – deixa a sexualidade da mulher não mais inteiramente subordinada à reprodução. A interdição sexual para a mulher antes do período reprodutivo perde importância, mas permanece a divisão entre esposas e prostitutas, estas últimas se distinguindo cada vez mais exclusivamente pelo caráter mercantil de seus serviços, em oposição às trocas livres comandadas pelo prazer. As práticas sexuais, uma vez autonomizadas, tornam-se mensuráveis, isto é, podem ser objeto de cálculos racionais quanto à finalidade, apoiadas numa contabilidade do prazer que tem como unidade de base o orgasmo (Pollak, 1982). A busca do prazer toma a forma de busca da verdade, substituindo a busca da felicidade do século XIX; o sexo e o amor são lançados na esfera intimista da individualidade. A sexualidade torna-se constitutiva da própria subjetividade, relegando ao passado uma ética sexual centrada na economia dos atos e de domínio público (Foucault, 1976; Sennet & Foucault, 1981).

A democracia e a idéia de igualdade entre os sexos penetram a esfera doméstica, alterando a configuração tradicional do casamento e o modelo de relacionamento conjugal, que passa a ser o das uniões livres (Battagliola, 1988), engendrando uma constante negociação dos conflitos. Os laços conjugais se fragilizam e sua continuidade é rompida, não obstante a vontade em contrário dos parceiros. A noção de tempo longo, necessária à continuidade dos laços conjugais é substituída pela de *tempo fugaz* ou pela noção de *intensidade*, como bem traduz o poeta Vinícius de Moraes: “*que não seja eterno posto que é chama, mas que seja infinito enquanto dure*”.

As idéias aqui expostas, agrupadas enquanto traços incompletos de tipos ideais, apóiam-se sobre mudanças estruturais e institucionais já suficientemente conhecidas. Entre elas, destacam-se: a liberação da força de trabalho pelo mercado e a incorporação da mulher ao sistema produtivo, desmanchando os laços comunitários, introduzindo um modelo individualizante da relação entre os sexos, abalando os alicerces da complementaridade entre eles e a divisão sexual do trabalho que restringe a mulher à esfera doméstica; a introdução de mudanças jurídicas na legislação que rege a relação entre os sexos e os direitos decorrentes da união entre eles (sobre os filhos, patrimônio, etc.), entre as quais a mais recente é a legalização das relações entre pessoas do mesmo sexo como o PACS (Pacto Civil de Solidariedade, na França), e experiências semelhantes em outros países. Do ponto de vista tecnológico, podería-

mos acrescentar ainda a verdadeira revolução representada pela pílula anticoncepcional e, mais recentemente, pela inseminação artificial e pela fecundação *in vitro*, permitindo desvincular tecnicamente não somente sexualidade (enquanto domínio do prazer) e reprodução, mas o próprio sexo deste processo. Por fim, é necessário lembrar que esses processos ocorrem num contexto crescente de globalização dos mercados e das informações, por intermédio da informática e notadamente da mídia audiovisual.

É possível falar em um novo sistema de reprodução?

Uma das mais importantes transformações ou mudanças ocorridas no sistema de reprodução das sociedades ocidentais contemporâneas é, como assinalou Bourdieu (1974), o peso crescente do capital escolar, relativamente ao capital econômico, o que tornou possível o casamento amoroso baseado na escolha individual, sem pôr em risco as funções desempenhadas pelo sistema de alianças para a reprodução social.

De fato, ao contrário do capital econômico, o capital cultural é incorporado; ele faz parte integrante da pessoa e torna-se invisível. As condições de um amor louco e ao mesmo tempo razoável são assim reunidas; uma mulher e um homem podem apaixonar-se segundo suas idiosincrasias (ou de acordo com seu “sentimento ou desejo individual”) e se casar sem risco social. Sua estima recíproca está fundada, sem que eles o saibam, sobre valores culturais próximos. Não há, pois, nenhuma necessidade de arranjos exteriores; o sentimento de ambos é suficiente para garantir o equilíbrio entre capital masculino e capital feminino. A lógica amorosa não contradiz a lógica social; a primeira redobra a segunda numa sociedade em que o capital cultural domina (Bourdieu, 1974; Bourdieu & Saint-Martin, 1978).

Numa ótica diferente, Tabet (1985) articula relações de produção e relações de reprodução, definindo a procriação como um *trabalho* que, à maneira do trabalho intelectual, se cumpre no corpo humano, e o processo reprodutivo como um *processo de produção* que implica a exploração da mulher e a apropriação social de seu corpo e mesmo de sua pessoa por meio do casamento. Nessa ótica, relações de produção e relações de reprodução humana seguiriam linhas de evolução paralelas e estruturalmente homólogas, e nos dois casos, evolução técnica e evolução das relações sociais estariam imbr-

cadadas. Assistimos a um fenômeno sob certos aspectos muito próximo do que se produziu na formação do capitalismo: a passagem das relações de escravismo, de apropriação direta do trabalhador, às relações capitalistas de produção, em que o trabalhador é livre. Uma evolução análoga se passa nas relações de reprodução, ou seja, a passagem da apropriação privada da reprodutora no laço de dependência pessoal constituído pelo casamento, à emergência atual de relações nas quais a apropriação global da reprodutora não é condição *sine qua non* da reprodução. Tal como na evolução técnica, a transformação das relações de reprodução é gradual e não se dá no mesmo momento para as diferentes fases do ciclo reprodutivo. Assim, o aleitamento vem primeiro e sofre uma evolução técnica que leva, no limite, à “liberação” do seio, à transferência da lactação para uma produção completamente exterior ao corpo.

O aluguel do útero, por sua vez, pode ser visto como caso extremo de uma lógica mercantil que atinge o domínio mais privado da vida pessoal. Trata-se de uma venda na qual a força de procriação é trocada da mesma maneira que a força de trabalho, isto é, por seu próprio possuidor. O aluguel do útero é, segundo Tabet (1985), a ponta emergente de um *iceberg*, a parte visível de um processo de esboçamento das estruturas sólidas que controlaram a reprodução durante séculos. Também no caso do fenômeno mais geral constituído pelas famílias monoparentais – situação em que as mulheres assumem sozinhas a tarefa reprodutiva e a responsabilidade pelas crianças, seja porque se separaram ou romperam um laço de coabitação, seja porque foram abandonadas ou porque escolheram ser mães solteiras – a apropriação privada das reprodutoras não é mais a condição necessária à reprodução (Tabet, 1985).

Talvez seja cedo para compreender o sentido e o alcance real destas mudanças. Mas ao que tudo indica, as relações de reprodução estão em vias de transformar-se, sem uma contrapartida equivalente nas relações entre os sexos: os salários das mulheres permanecem inferiores, o acesso ao trabalho desigual, a dupla jornada de trabalho uma constante. As separações ou os divórcios, a “monogamia serial” (correlata às famílias monoparentais) são fatores que mostram claramente que o peso econômico e material da reprodução vem sendo, e progressivamente, deixado para as mulheres.

A dissolução dos laços conjugais tradicionais

A desagregação dos laços matrimoniais parece caracterizar atualmente amplos setores tanto dos países industrializados como dos subdesenvolvidos e dos em desenvolvimento. Estudos realizados em alguns países da América Latina apontam mudanças significativas no sistema de reprodução humana, detectáveis pela crescente queda da fecundidade, pelo aumento do número de divórcios, de uniões consensuais e de famílias monoparentais (Berquó, 1989; Berquó & Loyola, 1984; M. C. Oliveira & E. Berquó, comunicação pessoal). No Brasil, por exemplo, além do crescente número de separações e divórcios, 25% das famílias do país são famílias monoparentais (*Censo 2000* – <http://www.ibge.gov.br>), o que significa em sua quase totalidade dirigida por mulheres, tendência já observada desde a década de 70, na periferia das grandes cidades e notadamente em áreas de expulsão de mão de obra (Loyola, 1978).

Essa desagregação do casamento tradicional não parece, entretanto, contradizer a tendência de esvaziar a família de suas antigas funções reprodutivas, notadamente daquelas relativas à criação dos filhos e à divisão sexual do trabalho doméstico (Loyola & Abujamra, 1985), nem a tendência à baixa da fecundidade ou de taxas significativas de homogamia (Loyola, 1978). A dissolução dos laços matrimoniais parece, ao contrário, ser possível ou facilitada por esses elementos. Ela não parece afetar, tampouco, o “desejo de filhos” (ainda que em número limitado), nem os de maternidade/paternidade. Também neste caso, a desagregação do casamento tradicional parece facilitar a possibilidade de realização daqueles desejos, ampliando-os a outros setores antes excluídos (pessoas solteiras, homossexuais, etc.), mas no geral, reforçando a visão naturalizada daqueles papéis e do processo reprodutivo: a idéia de filho como um prolongamento do próprio corpo, a transmissão do patrimônio socio-cultural pelo sangue, em suma, os aspectos biológicos em detrimento dos sociais (como a adoção, por exemplo) o que explica, em parte, o sucesso das novas tecnologias reprodutivas (Corrêa & Loyola, 1999).

Não obstante a insistência de certos antropólogos e sociólogos em apresentar o Brasil como uma sociedade fortemente hierarquizada, (o que não é totalmente falso) vários estudos mostram que entre as camadas médias e altas mais escolarizadas dos grandes centros urbanos, predomina o modelo ideológico “individualista/igualitário” de relacionamento amo-

roso (Loyola et al., 1988; Salem, 1989), e que este modelo tende a se difundir, embora de modo não homogêneo, entre as camadas sociais mais baixas (Loyola, 1995). Assim, naquelas camadas, a monoparentalidade é vista como um constrangimento, um “problema da vida”; e, nestas últimas, pode ser pensada como uma “escolha”, livremente desejada e realizada (T. Dauster, comunicação pessoal), embora a “produção independente” – como foi chamada inicialmente a monoparentalidade por livre escolha – esteja relacionada com o estreitamento do mercado matrimonial para mulheres acima de 30 anos. De fato, a tendência ao crescimento do número de mulheres sozinhas em idade de procriar, em todas as faixas etárias e grupos sociais, vem aumentando e, de modo especial, para as faixas etárias a partir dos 50 anos (E. Berquó, comunicação pessoal; *Censo 2000* – <http://www.ibge.gov.br>). Isto porque as uniões conjugais tendem a se desfazer quando os cônjuges se encontram em torno dos 40 a 50 anos, e, porque nesses casos, as mulheres se casam menos freqüentemente, e os homens, a maioria, voltam a se casar mas com mulheres de idade bem inferior a deles (10 a 20 anos de diferença). A mobilidade conjugal, embora não seja uniforme ou equivalente para os dois sexos em todas as idades e meios sociais e/ou geográficos, se apresenta pois, como uma tendência do país.

Isso não quer dizer entretanto, que as pessoas não mantenham laços duradouros com familiares e principalmente com amigos. Mas significa que, cada vez mais, elas são obrigadas a conviver com a atomização, a dispersão e provisoriamente dos laços afetivos, tanto nas relações conjugais – e, notadamente, nas de tipo consensual – como em outras. Na esfera das relações pré-conjugais, por exemplo, esta situação se reflete no uso do termo *ficar*, que a partir dos anos 80 designa as relações entre dois possíveis amorosos (Corrêa, 1996). Uma relação do tipo *ficar* ou *estar*, e portanto poder sair a qualquer momento, pode durar apenas uma noite, se reduzir a uma simples conversa, à troca de beijos e carícias ou a uma relação sexual imediata. Apenas com a continuidade dos encontros, o termo *ficar* é substituído pelo de namorar (ou outro), o que se estende a uma gama infinita de relações entre os jovens e também entre os adultos, que embora estáveis não implicam necessariamente em compromisso.

No que diz respeito à reprodução assistida no Brasil, ela só não é equivalente em termos de volume à praticada em países como a França, a Inglaterra ou os Estados Unidos, porque ela não é oferecida pelo setor público da medi-

cina e, assim sendo, não se coloca como alternativa para a maioria da população. Mas como pesquisas recentes vêm mostrando, ela se expande rapidamente no setor privado da medicina (Corrêa, 2001), e é amplamente divulgada pela mídia: 86% dos brasileiros, inclusive nas áreas rurais, sabem no que ela consiste e nas classes altas ela já é vista como uma tecnologia (ou serviço médico) “naturalmente” disponível ou consumível (Loyola, 1999).

A (des)naturalização/indiferenciação da sexualidade

Estas e outras alterações ocorridas ainda que de forma desigual, nas sociedades ocidentais, aqui ilustradas pelo caso brasileiro, constituem, para usar uma expressão de Bourdieu (1980), as bases objetivas que nos permitem pensar atualmente em uma sexualidade autonomizada e, em alguns casos, totalmente desvinculada da reprodução, isto é, em uma sexualidade dirigida exclusivamente ou primordialmente para o prazer, sob o controle cada vez maior e mais invasivo da medicina.

Como a sexualidade masculina já era parcialmente desvinculada desse processo, o trabalho ideológico de construção dessa autonomia, levado a cabo principalmente pelos médicos durante o século XIX, e notadamente por Freud (1936, 1962) no século XX, se fez, segundo Laqueur (1990), principalmente em torno da discussão sobre a sexualidade feminina. Supunha-se, até então, que o orgasmo feminino era uma parte rotineira, mais ou menos indispensável, da concepção. A partir de então, o prazer feminino desaparece dos relatos médicos sobre a concepção, o que acontece na mesma época em que o corpo feminino veio a ser entendido, não mais como uma versão inferior do corpo masculino (o modelo do sexo único), mas como seu oposto (o modelo de dois sexos). Os orgasmos, até então propriedade comum, foram diferenciados.

Esta nova relação do orgasmo com a concepção, como a formulou o modelo médico, abriu a possibilidade da passividade e “falta de paixão” feminina. As mulheres, cujos desejos não conheciam limites no velho esquema, e cuja razão oferecia tão pouca resistência à paixão, se tornaram criaturas cuja vida reprodutiva, toda ela, podia ser passada anestesiada aos prazeres da carne. No final do século XVIII, a presença ou ausência do orgasmo se tornou sinal biológico da diferença sexual. Não apenas os sexos eram diferentes, mas eram diferentes em todos os aspectos concebíveis de corpo e

alma, em todo aspecto físico e moral. Um dimorfismo radical, uma divergência biológica; uma anatomia e fisiologia da incomensurabilidade substituíram uma metafísica da hierarquia nas representações da mulher em relação ao homem. Contraditoriamente, a construção da horizontalidade entre os sexos, implicada no modelo dos dois sexos, torna possível (ou é correlata) à idéia de democracia sexual, ou talvez ao contrário: a necessidade de transpor o ideal democrático ao terreno sexual, recoloca o orgasmo no modelo dos dois sexos, reconstruindo, em certa medida, a idéia do sexo único, aquela de um *prazer único*, advogado pelos sexólogos modernos.

De fato, uma parte do controle atual da sexualidade pela medicina é feita principalmente pelos sexólogos. O poder científico dos sexólogos contemporâneos vem, principalmente, do fato de que eles souberam se colocar de acordo sobre uma definição empírica, relativamente precisa de saúde sexual, obtida por pesquisas metódicas em laboratório (Béjin, 1982a; Giami & Colomby, 1999). Pode ser considerado como em boa saúde sexual, todo indivíduo capaz de chegar (sem exercer violência) ao prazer sexual, de preferência, ao ápice do gozo sexual, ou seja, ao “orgasmo”. Para atingi-lo, uma multiplicidade de caminhos (posições, técnicas) estão disponíveis, notadamente a masturbação (Masters & Johnson, 1971).

O controle dos sexólogos sobre o prazer funciona assim, menos pela energia (pressão/repressão), do que pela informação (inculcação pedagógica, programação ética-técnica); menos sobre os prazeres perversos do que sobre as carências dos desejos e os fracassos do prazer (Béjin, 1982b); menos sobre a sexualidade conjugal, do que sobre as “sexualidades periféricas”, a sexualidade feminina, os prazeres não-reprodutivos (Foucault, 1976). Suas apreciações técnicas não só conduzem a uma diferenciação e a uma especificação das práticas dos desejos e do comportamento, como passam a deter a chave e o poder de decifração de toda manifestação neste âmbito (Corrêa, 1994). Enquanto indicador de saúde sexual, o imperativo do orgasmo que, antes das diferentes vagas de liberação sexual do século XX, se aplicava, sobretudo, aos coitos legítimos dos casais e principalmente dos homens adultos heterossexuais, se estende também à mulher, aos homossexuais, aos jovens e às pessoas de idade. Entre as diferentes formas de relação – entre notadamente a hetero e a homossexualidade – não mais existem fronteiras intransponíveis. Ambas se apóiam num suporte comum: a sexualidade.

Uma outra forma de controle da sexualidade, que adquiriu um enorme impulso com o surgimento da AIDS, é o que poderíamos chamar de *controle estatístico*: a norma moral do século XIX é substituída no século XX, por uma norma estatística, inaugurada com as pesquisas empíricas sobre a sexualidade, notadamente com as grandes pesquisas quantitativas de base populacional.

Em função da fluidez do próprio conceito de comportamento sexual, os objetivos e os contextos que norteiam a realização dessas pesquisas, acabam resvalando para o próprio conceito de sexualidade passando em grande parte a defini-lo, como ocorreu com o conceito epidemiológico de risco. Assim, como sugere Giami (1991), se é possível falar em sexualidade “orgástica” com Kinsey, “contraceptiva” com Simon, podemos falar, em tempo de AIDS, em sexualidade de risco. Podemos nos perguntar em que medida a prevenção da AIDS, se não é um subproduto, não tende a reforçar essa visão da sexologia moderna sobre a sexualidade, sobretudo quando ela vai ao encontro de necessidades de prevenção que não podem ser resolvidas a não ser pelo controle do desejo e do prazer sexual.

Sem pretender negar a contribuição do uso de metodologias quantitativas nos estudos sobre a sexualidade, testemunhada por numerosos trabalhos deste tipo, é necessário considerar os seus efeitos, principalmente quando aquelas técnicas se substituem ao trabalho teórico-conceitual. É necessário observar também os efeitos daqueles estudos sobre a mulher e agora sobre os homens, tomados isoladamente, e de modo especial os efeitos da substituição, nos protocolos de pesquisa sobre a sexualidade, de denominações como *amigos, namorados, cônjuges, amantes, noivos* – que implicam tipos de relação entre os sexos socialmente marcadas – pela única e simples denominação de *parceiros*, assim como por conceitos derivados daquele uso, como *partenariado e multipartenariado* (Bozon, 1998; Spira, 1993; WHO, 1989). Se, de um lado, o uso dessas terminologias simplifica a vida dos pesquisadores, sobretudo em pesquisas dirigidas a homossexuais, de outro, horizontalizam, igualam e esvaziam *a priori* todos os conteúdos sociais implicados naquelas denominações, fazendo desaparecer inclusive o sexo das pessoas implicadas. Nas línguas inglesa e francesa, a palavra parceiro (*partner, partenaire*) não diferencia o sexo da pessoa que ela designa; em português, apenas no singular, (parceiro, parceira); no plural, parceiros, pode ser aplicado a ambos os sexos, indiferenciadamente. A resposta de uma

mulher casada, por ocasião da pesquisa nacional sobre a sexualidade dos franceses (Spira, 1993) é significativa: à primeira pergunta do entrevistador ela respondeu não ter tido nenhum parceiro durante o ano; quando o pesquisador perguntou – “e seu marido?”, ela respondeu: “*ah, meu marido; com meu marido sim, mas ele não é um parceiro sexual*”. Esses exemplos ilustram como essas práticas tendem a autonomizar ou a isolar cada vez mais a sexualidade de outras dimensões e notadamente de sua dimensão afetiva.

No campo teórico conceitual observamos um grande esforço de desconstrução e reconstrução da sexualidade, levado a termo principalmente por alguns construtivistas anglo-saxões (Katz, 1976; Rubin, 1984; Vance, 1991), ligados ou inspirados nos movimentos feminista e gay, que tentam mostrar que a sexualidade, como fenômeno natural, é, em realidade uma construção social, e que isso se aplica tanto à homossexualidade quanto à heterossexualidade. Mas esse esforço, se ele contribui para tornar legítimas as sexualidades periféricas, do ponto de vista de sua pretensão culturalista, ele parece fadado ao fracasso (Loyola, 1998, 2000). Quanto mais a sexualidade se autonomiza em relação à reprodução, aos gêneros e aos afetos, mais ela se volta em direção à natureza ou como diz Laqueur (1990), mais seus fundamentos tendem a se enraizar na biologia, isto é, no corpo humano sexuado, a-histórico, estável.

Conclusão: medicina e sexualidade no século XXI

A intervenção da epidemiologia e notadamente da biologia experimental na clínica médica, constitui talvez o fenômeno mais importante ocorrido no século XX, que por sua magnitude continuará afetando a sexualidade no século XXI. Principalmente na segunda metade daquele século, nosso imaginário foi provocado por numerosas proezas da biomedicina, que até então julgávamos reservadas ao domínio divino e/ou da natureza: pílula anticoncepcional, transplante de órgãos, barriga de aluguel, bebês de proveta, código genético, genoma, clonagem e quiçá o que mais está para surgir nesse processo intensivo de medicalização do social. Processo que afeta profundamente, além daqueles aspectos já apontados, as estruturas simbólicas que regem as identificações dos indivíduos (nomeação, filiação, maternidade e paternidade, identidade sexual) e que aponta para a emergência de problemas éticos, políticos e jurídicos decorrentes da necessida-

de de escolha entre aqueles que terão direito à vida e aqueles que serão eliminados (como é o caso dos embriões supranumerários nas tecnologias de reprodução assistida, ou dos pacientes selecionados nos serviços de transplante de órgãos, e, no geral, daqueles que terão acesso ou não aos “progressos da ciência”).

O interesse que essas descobertas despertam na mídia, seus objetivos terapêuticos e a forma de divulgá-las produzem efeitos, cuja principal consequência é a formação de uma demanda por esse tipo de tecnologia, suscitando desejos, ou seja, mecanismos simbólicos que permitem fazer aparecer, como emanando da liberdade dos indivíduos, as finalidades da experimentação biomédica. No caso das chamadas “novas tecnologias reprodutivas” (NTRs), por exemplo, a forma (sensacionalista, simplista e benevolente) utilizada em sua divulgação, juntamente com a abordagem médica para o “tratamento” da infertilidade, contribui para transformar a oferta médica das NTRs em demanda de homens e mulheres, homogeneizados num único desejo: o desejo de filhos (Corrêa, 1997a, 1997b, 2001). Desejo que, segundo Tort (1992), traduz uma nova subjetivação coletiva da procriação, ligada à economia da procriação-reprodução.

No domínio da sexualidade, embora as novas relações de procriação não sejam dessexualizadas, a concepção induzida tende a substituir os efeitos do desejo sexual de homens e de mulheres pela eficácia da medicina. Onde o sexual, a relação sexuada introduz o incalculável, uma ordem do aleatório ligada particularmente ao gozo, o projeto programado fabrica algo calculável, um funcionamento, no modo da racionalização da reprodução bioindustrial, na expressão de Tort (1992), um “desejo frio” Mas reservando-se essas técnicas aos casais, procede-se como se o sexual continuasse limitado à privacidade dos mesmos, ocultando a implicação do médico no agenciamento das relações de procriação. Essa operação evacua a relação homem/mulher, com suas contradições, em proveito da exclusiva polaridade pai/mãe, que resulta da articulação das categorias médicas (esterilidade) e jurídicas (pai, mãe). A problemática das relações doadores-receptores sendo resolvida pelo artifício de encobrimento do nome do doador, que mobiliza as mesmas operações simbólicas que a ilegitimidade no passado (Tort, 1992). Donde a valorização do filho em si, e do filho biológico em detrimento do filho adotivo, em relação ao objeto do desejo. E, da mesma forma, a valorização da maternidade como destino feminino, correspondendo às representações mais tradicionais do pa-

pel da mulher, que também como vimos, justifica o que acaba lhe sendo atribuído no novo modelo de reprodução (monogamia serial, monoparentalidade, produção independente). O novo “direito natural” de fundar as famílias mais variadas (inclusive de homossexuais) atribuído aos indivíduos, em realidade formula as condições exigidas pelas empresas biomédicas para desenvolver a aceitabilidade social de seus procedimentos experimentais (como a inseminação artificial com doador, a doação de óvulos, o aluguel de útero, entre outros). Não se trata da expressão de desejos individuais contraditórios (eles existem), mas de desígnios de micro poderes no interior de nossas sociedades, que, propondo suas montagens, exploram esses desejos (Tort, 1992). Trata-se de fazer aparecer, como emanando da liberdade dos indivíduos, as finalidades da experimentação biomédica, na expressão de Corrêa (2001), como limites de uma biologia, em realidade sem limites.

Como sublinha Tort (1992), o desafio à organização simbólica da procriação e da sexualidade em geral, constitui o principal aspecto das estratégias inconscientes mobilizadas por essas tecnologias. Elas estão em posição de captar, por meio da proposta “terapêutica”, o obscuro objeto do desejo dos sujeitos, tomando suas demandas ao pé da letra. O que está em jogo é sempre o mesmo: estrangular a alteridade sexual com a disputa que lhe é associada, e acomodá-la com a questão política da liberdade e da vontade. Uma vez superada a “orgia”, a liberação do sexo terá como efeito deixar todo mundo em busca de seu “gênero”, de sua identidade genérica e sexual, com cada vez menos respostas possíveis, considerando-se a circulação dos signos e a multiplicidade dos prazeres. Trata-se em suma, da transformação das questões da identidade sexuada nas de um comércio de signos, de um jogo irônico da indiferença sexual. Esses desafios a sexualidade terá de enfrentar no século XXI.

Referências

- BATTAGLIOLA, F., 1988. *La Fin du Mariage*. Paris: Syros/Alternatives.
- BÉJIN, A., 1982a. Le mariage extra conjugal d'aujourd'hui. In: *Sexualités Occidentales* (P. Ariès & A. Béjin, ed.), pp. 169-180, Paris: Seuil.
- BÉJIN, A., 1982b. Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle. In: *Sexualités Occidentales* (P. Ariès & A. Béjin, ed.), pp. 225-245, Paris: Seuil.
- BERGER, P. & LUCKMAN, T., 1973. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes.
- BERQUÓ, E., 1989. A família no século XXI: Um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 6:1-20.
- BERQUÓ, E. & LOYOLA, M. A., 1984. União dos sexos e estratégias reprodutivas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 1-2:35-98.
- BOURDIEU, P., 1974. Avenir de classe et causalité du probable. *Revue Française de Sociologie*, 15:3-42.
- BOURDIEU, P., 1998. *Contre-Feux*. Paris: Liber/Raisons d'Agir.
- BOURDIEU, P. & SAINT-MARTIN, M., 1978. Le patronat. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 20:3-82.
- BOZON, M., 1998. Demographie et sexualité. In: *La Sexualité dans les Sciences Humaines* (M. A. Loyola, ed.), Paris: L'Harmattan.
- CORBIN, A., 1982. *Les Filles de Noce: Misere Sexuelle et Prostitution*. Paris: Flammarion.
- CORRÊA, M., 1994. Medicalização e construção da sexualidade. In: *AIDS e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas* (M. A. Loyola, org.), pp. 117-140, Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- CORRÊA, M., 1996. The construction of sexuality among adolescents: A study of two different groups in the city of Rio de Janeiro, Brazil. In: *Contemporary Society Childhood and Complex Order* (G. Pfeffer & D. Behera, ed.), pp. 407-422, New Delhi: Manak.
- CORRÊA, M., 1997a. *A Tecnologia a Serviço de um Sonho. Um Estudo sobre a Reprodução Assistida*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CORRÊA, M., 1997b. As novas tecnologias reprodutivas: Uma revolução a ser assimilada. *Physis*, 7:69-98.
- CORRÊA, M., 2001. *Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da Biologia ou Biologia sem Limites?* Rio de Janeiro: Eduerj.
- CORRÊA, M. & LOYOLA, M. A., 1999. Medicalization of reproduction: New reproductive technologies. Images of the child and the family among a group of women from the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Social Sciences*, 3:73-87.
- COXON, A. P. M.; DAVIES, P. M. & McMANUS, T. J., 1990. *Longitudinal Study of the Sexual Behavior of Homosexual Males under the Impact of AIDS (Project SIGMA)*. London: Department of Health.
- DURKHEIM, E., 1960. *De la Division du Travail Social*. Paris: PUF.
- ELLIS, H., 1936. *Studies in the Psychology of Sex*. New York: Randon House.
- FOUCAULT, M., 1976. *Histoire de la Sexualité I. La Volonte de Savoir*. Paris: Gallimard.

- FOX, R., 1982. Les conditions de l'évolution sexuelle. In: *Sexualités Occidentales* (P. Ariès & A. Béjin, ed.), pp. 9-25, Paris: Seuil.
- FREUD, S., 1936. *Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- FREUD, S., 1962. *Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité*. Paris: Idées/Gallimard.
- FREUD, S., 1968. *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- GAGNON, J. & SIMON, W., 1973. *Sexual Conduct: The Sexual Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine.
- GIAMI, A., 1991. De Kinsey au SIDA: L'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*, 9:23-55.
- GIAMI, A. & COLOMBY, P., 1999. *La Médicalisation de la Sexologie en France*. Paris: Maison des Sciences de l'Homme. (mimeo.)
- JACOB, F., 1970. *La Logique du Vivant. Une Histoire de l'Hérédité*. Paris: Gallimard.
- KATZ, J., 1976. *Gay American History*. New York: Crowell.
- KINSEY, A. C., 1994. De Kinsey à Aids: A evolução do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: *Aids e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas* (M. A. Loyola, org.), pp. 209-240, Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B. & MARTIN, C. E., 1948. *Le Comportement Sexuel de l'Homme*. Paris: Du Pavois.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E. & GEBHARD, P. H., 1954. *Le Comportement Sexuel de la Femme*. Paris: Amiot Dumont.
- KRAFFT-EBING, R., 1965. *Psychopathia Sexualis*. New York: Bell.
- LANTERI-LAURA, G., 1979. *Lectures des Perversions. Histoire de leur Appropriation Médicale*. Paris: Masson.
- LAQUEUR, T., 1990. *Making Sex-Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1959. *Les Structures Élémentaires de la Parenté*. Paris: PUF.
- LOYOLA, M. A., 1978. *Reprodução e Estagnação: Estudos das Instituições e do Comportamento Reprodutivo em Parnaíba*. Estudos de População II – Parnaíba. Brasília: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.
- LOYOLA, M. A., 1992. Sexualidade e reprodução. *Physis*, 2:93-105.
- LOYOLA, M. A., 1995. *Homme, Femme; Masculin, Féminin*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales. (mimeo.)
- LOYOLA, M. A. (org.), 1998. *A Sexualidade nas Ciências Humanas*. Coleção Saúde & Sociedade. Rio de Janeiro: Eduerj.
- LOYOLA, M. A., 1999. *La Sexualité dans les Sciences Humaines*. v. 1. Paris: L'Harmattan.
- LOYOLA, M. A., 2000. A antropologia da sexualidade no Brasil. *Physis*, 10:143-168.
- LOYOLA, M. A. & ABUJAMRA, M., 1985. A divisão sexual do trabalho. *Cadernos do CEBRAP, Nova Série*, 4:148.
- LOYOLA, M. A.; SOARES, B. & CORRÊA, M., 1988. *Homogamia, Representações e Expectativas em Torno do Amor e do Casamento e Reprodução Social*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- MALINOWSKI, B., 1980. *La Sexualité et la Répression dans les Sociétés Primitives*. Paris: Payot.
- MASTERS, W. & JOHNSON, V., 1971. *Les Méseintes Sexuelles*. Paris: R. Laffont.
- MAUSS, M., 1976. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF.
- MS (Ministério da Saúde)/CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), 1996. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do HIV/AIDS*. Relatório do Projeto Piloto: Santos (SP) e Jacobina (BA), Brasil. Brasília: MS/CEBRAP.
- NORC (National Opinion Research Center), 1989. *Concerted Action on Sexual Behavior and Risks of HIV Infection*. Chicago: Chicago University.
- POLLAK, M., 1982. L'homosexualité masculine, ou le bonheur dans le ghetto? In: *Sexualités Occidentales* (P. Ariès & A. Béjin, ed.), pp. 56-80, Paris: Seuil.
- POLLAK, M. & SCHILTZ, M. A., 1991. *Six Années d'Enquête sur les Homo et Bisexuels Masculins Face au SIDA. Livre des Données*. Paris: Groupe de Sociologie Politique et Morale.
- RUBIN, G., 1984. Thinking sex. In: *Pleasure and Danger. Exploring Female Sexuality* (C. Vance, ed.), pp. 148-171, New York: Routledge.
- RUFFIÉ, J., 1986. *Le Sexe et la Mort*. Paris: Seuil/Odile Jacob.
- SALEM, T., 1989. O casal igualitário: Princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 9.
- SENNETT, R. & FOUCAULT, M., 1981. Sexuality and solitude. *London Review of Books*, 2:3-21.
- SIMON, P.; GONDONEAU, J.; MIRONER, L. & DORLEN-ROLLIER, A. M., 1972. *Rapport sur le Comportement Sexuel des Français*. Paris: Julliard, Charron.
- SPIRA, A.; BAJOS, N. & GROUP ACSEF, 1993. *Analyse des Comportements Sexuels. Les Comportements Sexuels en France*. Paris: Ministère de la Recherche et de l'Espace.
- TABET, P., 1985. Fertilité naturelle, reproduction forcée. In: *L'Arraînement des Femmes. Essais en Anthropologie des Sexes* (N. Mathieu, ed.), pp. 148-190, Paris: Cahiers de l'Homme/Éditions EHESS.
- TORT, M., 1992. *Le Désir Froid – Procréation Artificielle et Crise des Repères Symboliques*. Paris: La Découverte.
- TRILLING, L., 1948. Sex and science: The Kinsey Report. *Partisan Review*, 15:460-476.
- VANCE, C., 1991. A antropologia redescobre a sexualidade: Um comentário teórico. *Physis*, 1:7-32.
- WELLINGS, K.; FIELD, J.; JOHNSON, A. M. & WADSWORTH, J., 1994. *The Sexual Behavior in Britain. The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. London: Penguin Books.
- WHO (World Health Organization), 1989. *Survey of Partner Relations: Research Package*. Geneva: WHO.

Submetido em 12 de setembro de 2002

Versão final reapresentada em 22 de novembro de 2002

Aprovado em 25 de fevereiro de 2003

Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola

Debate on the paper by Maria Andréa Loyola

Ana Cristina Santos

Centro de Estudos Sociais,
Faculdade de Economia,
Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal.
cristina@ces.uc.pt

Entre natureza e (re)construção: da sexualidade reprodutiva às sexualidades emancipatórias

O artigo de Maria Andréa Loyola *Sexualidade e Medicina: A Revolução do Século XX* cruza dois dos mais estimulantes indicadores de transformação social dos dois últimos séculos, assumindo contornos particularmente interessantes embora não necessariamente exaustivos. A minha resposta ao desafio formulado por *Cadernos de Saúde Pública* para participar neste debate, foi formulada dentro do quadro teórico-empírico a que recorro no meu trabalho em torno das sexualidades – com particular incidência para as questões relacionadas com a orientação sexual (Santos, 2002, 2003; Santos & Fontes, 2001) –, sendo desde sempre assumido o carácter construtivista da minha reflexão. Nesse sentido, o presente comentário crítico não visa a incidir de modo holista sobre os diversos aspectos apontados por Loyola, mas principalmente sobre a problematização proposta em torno dos conceitos sexualidade e reprodução.

Vivemos num período de globalizações diversas em que as características do que tem sido designado por pós-modernidade se tornaram mais claras e as suas conseqüências se radicalizaram e difundiram amplamente. A transformação da sexualidade num ponto relevante para a promoção da identidade veio afirmar a crescente importância de áreas até agora protegidas pela barreira do privado, tais como o gênero, o corpo e a orientação sexual. Tais fatores representaram alterações na vida quotidiana, conduzindo, por exemplo, à emergência de novos laços de segurança, com a destruição dos antigos, baseados na tradição, no parentesco e nas relações de sociabilidade local. A confiança transformou-se, assim, em algo a concretizar, cuja construção “*significa um processo mútuo de autodesvendamento*” (Giddens, 1996:85), no qual a sexualidade constitui um terreno privilegiado de criação e descoberta. Este contexto transformativo e fluído testemunha a emergência do que Giddens (1995) designa por sexualidade plástica, isto é, a sexualidade convertida em arena de experimentação cujo objetivo primordial é a obtenção de prazer. A nova sexualidade emergente – decorrente em grande medida do aparecimento dos meios contra-

ceptivos modernos – torna independentes as variáveis sexualidade e reprodução, e transforma o plural “sexualidades” na forma mais adequada de designar a crescente diversidade de modelos possíveis. Passamos, assim, de uma sexualidade compulsivamente associada à reprodução para uma (muitas) sexualidade(s) emancipada(s) e emancipatória(s), precisamente porque mais dependente(s) da nossa capacidade criativa do que da nossa herança natural. Os reflexos destas transformações traduzem-se em nível da identidade pessoal, transformando-se, ela própria, num contexto de múltipla escolha e num projeto reflexivo que consiste numa narrativa sobre nós mesmos, continuamente reconstruída e cada vez mais emancipada relativamente aos desígnios alegadamente imperativos da natureza. Nesse sentido, as identidades sexuais, elemento constitutivo da auto-identidade, são ficções construídas mas necessárias, como bem formulou Jeffrey Weeks (1995). Por tudo isso, gostaria de ver aprofundado o argumento da autora quando defende que quanto mais a sexualidade se autonomiza em relação à reprodução, aos gêneros e aos afetos, mais ela se volta em direção à natureza.

A orientação sexual assume-se central na formação de uma identidade pessoal, face à pluralização dos contextos de ação, das fontes de autoridade e da diversidade de escolhas possíveis, nas quais o próprio corpo está incluído. A multiplicidade de caminhos alternativos à norma exige uma redefinição dos valores e princípios regentes da vida quotidiana. E é neste processo de redefinição ideológica que o contributo da medicina assume um particular relevo na reflexão da autora. Maria Andréa Loyola levanta algumas das inquietações e perplexidades suscitadas por um recente protagonismo da biologia e da medicina na esfera das sexualidades, resultando numa maior incidência de pesquisas que, não obstante o seu carácter científico, frequentemente ignoram, a seu ver, alguns importantes fatores sociais subjacentes às escolhas e às transformações aparentemente livres e individuais. Entre esses fatores, a autora destaca o poder de imposição da agenda da biomedicina sobre as escolhas individuais, fazendo coincidir os direitos sexuais e reprodutivos também reivindicados pelos movimentos lesbígays com as exigências da experimentação biomédica.

Assumido pela autora foi o objetivo de enriquecer o objeto de estudo por meio de novas hipóteses. Parece-me que uma das virtudes da sua reflexão foi a sua proposta de trabalho em torno dos contornos contemporâneos do poder discursivo dos(as) sexólogos(as), revestido

de eficácia justamente porque sustentado pelas novas tecnologias de informação, responsáveis, num primeiro momento, pela divulgação de novas possibilidades no campo da medicina e, num segundo, pelo desencadeamento do desejo em experimentar pessoalmente tais avanços. Interessante seria, seguramente, aplicar tal hipótese de trabalho ao campo da transsexualidade e do transgenderismo. No entanto, gostaria de ver mais detalhada a utilização da homossexualidade enquanto ilustração da relação de poder desigual entre a medicina e a sexualidade, até porque as evidências comprovam que, para uma decisão no sentido de constituir uma unidade familiar – incluindo ou não o elemento reprodução –, contribui uma panóplia de fatores que extravasa a influência exercida pelas novas possibilidades do campo da medicina. Por outras palavras, a decisão objetiva de constituir família – dentro da variedade de modelos familiares possíveis – não mantém uma relação direta de dependência ou exclusividade com a oferta biomédica. E, no sentido estrito da relação entre medicina, novos modelos familiares e sexualidades, a orientação sexual não tem de constituir necessariamente um elemento de diferenciação.

Resta-me agradecer a Maria Andréa Loyola a oportunidade que me ofereceu de repensar a temática considerada, bem como o estímulo que este seu trabalho proporciona a quem se interessa pela pesquisa das sexualidades no âmbito das ciências sociais.

GIDDENS, A., 1995. *Transformações da Intimidade – Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. Oeiras: Celta.

GIDDENS, A., 1996. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.

SANTOS, A. C., 2002. Sexualidades politizadas: Ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:595-611.

SANTOS, A. C., 2003. Orientação sexual em Portugal: Para uma emancipação. In: *Reconhecer para Libertar: Os Caminhos do Cosmopolitismo Multicultural* (B. S. Santos, org.), pp. 335-379, Coleção Reinventar a Emancipação Social, Rio de Janeiro: Editora Record.

SANTOS, A. C. & FONTES, F., 2001. O Estado português e os desafios da (homo)sexualidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 59:173-194.

WEEKS, J., 1995. *Invented Moralities – Sexual Values in the Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.

Sérgio Carrara

Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
scarrara@uerj.br

A “realidade” e o “sexo”

Como todo trabalho que busca apontar novas perspectivas para os grandes temas das ciências sociais e da saúde, o artigo de Maria Andréa Loyola é bastante oportuno e bem-vindo. Embora alguns pesquisadores questionem ao comparar diferentes sociedades humanas, o caráter de absoluta novidade de que se revestem certos processos contemporâneos relativos à sexualidade e à reprodução – “barriga de aluguel”, casamento entre pessoas de mesmo sexo, etc. (Heritier, 2000) – é inegável que, do ponto de vista de nossas próprias sociedades, vivemos ao longo do século XX, notáveis transformações nessa área. A autora vê uma verdadeira “revolução” Entre as transformações analisadas por Loyola, parecem-me centrais: (a) a crescente autonomização das dimensões não-procriativa e procriativa do sexo, ou seja, a crescente separação entre sexo/prazer e sexo/reprodução; (b) a mais recente e radical separação entre sexo e reprodução com base no desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas e (c) a medicalização crescente do prazer sexual. A autora critica ainda a tendência dos estudos contemporâneos sobre o tema, que abordam a sexualidade a partir de uma “inspiração epidemiológica”, reduzindo-a, segundo afirma, à sua dimensão puramente comportamental. Em contraposição a isso, procura analisar os “determinantes sociais” da sexualidade, aspecto que a seus olhos tem permanecido “esquecido” por tais estudos. A discussão que gostaria de levantar a partir da leitura do texto diz respeito ao modo como a autora tematiza a relação entre a autonomização do sexo/prazer, de um lado, e o seu controle cada vez maior e mais invasivo da medicina (representada aqui pelos sexólogos), de outro. Além disso, levanto algumas questões relativas ao impacto das novas tecnologias reprodutivas nesse processo de medicalização do prazer.

Apoiando-se amplamente em trabalho de Tabet, a autora afirma que, principalmente devido ao seu aspecto reprodutivo, durante séculos nossas sociedades regularam a sexualidade, particularmente a sexualidade feminina, por intermédio de todo um aparato institucional e ideológico centrado no casamento, cuja função primordial seria a produção de filhos legítimos. Laço indissolúvel entre papéis sociais complementares e hierarquicamente ordenados, o casamento tinha sua estabilidade garantida por uma ordem social totalizante ou holista, de caráter sagrado, que seria rompida a partir de fi-

nais do século XVIII. As transformações estruturais e institucionais particulares à emergência da sociedade capitalista (principalmente as relativas à liberação da mulher enquanto força de trabalho e a conseqüente mudança na divisão sexual do trabalho) e a simultânea difusão do individualismo moderno, racionalista e igualitário, transformariam drasticamente as antigas relações entre os sexos. Entre tais transformações, vemos que, mesmo a reprodução permanecendo função primordial do casamento, o que passa a idealmente fundamentar o estabelecimento e a permanência dos laços conjugais é a existência entre os cônjuges do amorpaixão e do prazer sexual, seu símbolo quase “natural”. Ao que parece, teríamos aí (isso não se explicita claramente no texto) uma das mais importantes bases sociológicas para a autonomização do prazer em relação à reprodução.

Olhando o processo como um todo, parece pertinente afirmar que, do ponto de vista da medicina, o prazer sexual crescentemente autonomizado foi ganhando certa importância enquanto fenômeno puramente fisiológico ou orgânico. Nesse sentido, muitos médicos ao longo do século XIX e, sobretudo, no século XX, passaram a defender a idéia de que, mesmo estéril do ponto de vista reprodutivo, o prazer sexual (quando em doses moderadas, é claro) tinha importantes e benéficos efeitos para o organismo como um todo, dada a “descarga” do excesso de energia nervosa que implicava (Bullough, 1994; Carrara, 1996), inclusive no caso das mulheres (Rohden, 2001). Essa idéia, porém, nunca foi consensual entre os médicos e a valorização do prazer sexual desvinculado da reprodução deu-se em grande medida ao largo da medicina, mesmo permanecendo no campo da saúde. Como aponta a autora, a sexologia estrutura sua base epistemológica com base nessa relativa autonomização e da correlata constituição da idéia de “saúde sexual”. Porém, gostaria de destacar que essa disciplina sempre apresentou fronteiras extremamente porosas, mantendo relação muito complicada com a medicina. Os sexólogos brasileiros e estrangeiros nunca foram bem vistos pela elite médica e, embora muitos deles procurassem fundamentar suas idéias na biologia, é importante lembrar que a emergência da sexologia ocorre em um contexto de notável desbiologização da sexualidade e não o contrário. Não é à toa que profissionais não-médicos de diferentes feitores (principalmente os psicólogos e psicanalistas) entraram logo em cena e continuam constituindo no Brasil parcela significativa (se não majoritária) dos que se auto-intitulam sexólogos. Mesmo os primeiros médicos que se dis-

seram sexólogos, como Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, na Europa, ou José de Albuquerque e Ernani de Irajá, no Brasil, podem muito bem ser considerados trãsfugas da medicina, dada a heterogeneidade dos “materiais” com os quais trabalhavam e o tipo de atividade que exerciam (Carrara & Russo, 2002). Tão cruciais para a autonomização do prazer sexual em relação à reprodução, esses discursos múltiplos sobre a sexualidade que se colocam além da estrita esfera da medicina se multiplicariam e se difundiriam no âmbito dos movimentos contraculturais dos anos 60. Independentemente de considerações sobre sua função fisiológica, o prazer sexual passa a ser então valorizado como parte de um estilo de vida hedonista e de um ideário libertário, que voltaria sua crítica também à instituição médica. A medicina exercia seu domínio sobre a sexualidade (como continua a fazê-lo), sobretudo, pelo aspecto reprodutivo da atividade sexual e, se é verdade que o recente aparecimento de remédios como o Viagra marca um novo interesse da indústria farmacêutica pelo prazer e sua potencialização (e é urgente que a atenção dos pesquisadores se volte par esse fenômeno), isso tem causado profundo desconforto entre muitos sexólogos de orientação “psi”. A produção desses “milagrosos” “afrodisíacos” pela indústria farmacêutica moderna revela sem dúvida uma crescente valorização do prazer sexual, tratado agora como algo sério por agências que anteriormente o encaravam com suspeita. Enfim, o estatuto do processo atual de medicalização do prazer merece, portanto, uma reflexão mais abrangente, evitando-se tomar a sexologia como porta-voz da medicina ou como veículo imediato de medicalização. Poderíamos, por exemplo, pensar a atual medicalização do prazer não apenas como uma intensificação de um processo presente desde o século XIX, mas como parte de uma inflexão mais ampla a que assistimos no campo da saúde como um todo e que tem implicado, como no caso das “doenças mentais”, uma biologização mais completa do humano, com o conseqüente deslocamento de outros atores até hoje cruciais nessa área, como os psicólogos e psicanalistas (Russo & Henning, 1999). Tal processo não possuiria uma forte conexão simbólica com a valorização da juventude e com as promessas de superação dos limites biológicos do corpo que vemos emergir um pouco por toda parte?

Além disso, creio que se poderia problematizar a relação entre um crescente controle médico do prazer sexual e as novas tecnologias reprodutivas. Hoje, como ressalta Loyola, estamos assistindo à desvinculação espetacular (como

já disse, para alguns autores trata-se mesmo de espetáculo, uma vez que esse tipo de desvinculação sempre esteve presente nas sociedades humanas) do sexo e da reprodução. A reprodução pode se realizar sem qualquer prazer, até mesmo sem qualquer ato sexual. Nesse processo, a ruptura entre o prazer e a reprodução se acentuaria, pois se ao longo do século XX assistimos a um complicado processo de justificação do sexo não-procriativo, agora se busca justificar, com todos os dilemas éticos envolvidos, a procriação não-sexual. Literalmente, a reprodução não teria mais nada a ver com o sexo e com o prazer. Mas porque o prazer sexual, assim radicalmente autonomizado, deveria necessariamente cair sob o controle médico?

Para finalizar, parece-me muito pertinente a posição assumida por Loyola de que se não tivesse havido essa autonomização do prazer sexual os sexólogos não teriam uma base epistemológica a partir da qual pudessem falar. Se é possível quantificar e classificar atos sexuais é porque existe algo a que chamamos de sexo ou sexualidade. É verdade também que, sem a construção desse objeto, os sociólogos, antropólogos, psicólogos também não poderiam falar dele. A questão é que enquanto alguns falam do sexo como entidade natural, outros falam dele sem nunca esquecer de que falam de um certo lugar e que tal lugar e tal discurso só se tornaram possíveis por meio dos complexos processos históricos, sociais e culturais que ofereceram o sexo uma “realidade” para a nossa reflexão.

- BULLOUGH, V. L., 1994. *Science in the Bedroom: A History of Sex Research*. Nova York: Basic Books.
- CARRARA, S., 1996. *Tributo a Vênus: A Luta Contra a Sífilis no Brasil da Passagem do Século aos Anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CARRARA, S. & RUSSO, J., 2002. A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entre-guerras: Entre a ciência e a auto-ajuda. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9:273-290.
- HERITIER, F., 2000. A coxa de Júpiter: Reflexões sobre os novos modelos de procriação. *Estudos Feministas*, 8:98-114.
- ROHDEN, F., 2001. *Um Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- RUSSO, J. & HENNING, M. F., 1999. O sujeito da “psiquiatria biológica” e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica – Revista Contemporânea de Antropologia e Política*, 6:39-54.

Elisabeth Meloni
Vieira

Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto,
Universidade de
São Paulo, Ribeirão
Preto, Brasil.
bmeloni@fmrp-usp.br

Sobre a revolução do século XX

O artigo de Loyola traz importante contribuição ao tema da medicalização ao explorar a questão da construção da sexualidade em sua articulação com a Medicina. Para a autora a ruptura radical entre o sexo e a reprodução, verificada no século XX, trouxe condições para novas formas de relacionamentos entre os sexos no contexto de uma sexualidade horizontalizada, que veio substituir a sexualidade hierárquica entre os sexos. Será esta nova sexualidade, que floresce no contexto da alta tecnologia médica, que permitirá as novas relações no âmbito da reprodução, inclusive aquelas de caráter mercantil, transformando o seu significado. Neste aspecto o artigo aborda a importante questão da naturalização da sexualidade, que se apóia tanto na construção que a sexologia faz da sexualidade, quanto realça a contribuição da epidemiologia nos estudos recentes de sexualidade, em particular, após o advento da AIDS.

Gostaria aqui de enfatizar algumas dessas questões brilhantemente discutidas pela autora.

A mudança que ocorre em relação à sexualidade entre os gêneros, no contexto de uma sexualidade hierárquica, transformou a idéia da medicina do século XIX, de que o orgasmo feminino seria indispensável à reprodução – provavelmente na analogia do modelo animal do estrus (cio) – em um outro entendimento, no qual o corpo feminino é concebido como oposto/contrário ao masculino sendo, portanto, o feminino a imagem espelhar negativa do homem. Nesse sentido à sexualidade feminina restou o espaço “da sexualidade sem paixão”. Esta concepção pode, junto com muitas outras, ainda estar presente no imaginário social, é comum pensar que o homossexual masculino “nasceu com alma de mulher”. Obedecendo a seguinte lógica, se não tem comportamento de homem só lhe resta ser mulher, se não é mulher no corpo, só lhe resta ser na alma. Para a autora, este modelo de dois sexos não hierarquizados permitirá a construção de uma sexualidade horizontalizada, a democracia sexual, a idéia de prazer único, se não igual, equivalentes, para homens e mulheres, advogado pelos sexólogos.

Para Giddens (1992), a “democracia sexual” seria o que o autor chama de sexualidade plástica: desvinculada da reprodução e da morte, mas que trouxe mudanças profundas e irreversíveis, tanto que permitiu a autonomia sexual feminina, quanto o florescimento de ou-

tros estilos de vida sexual, particularmente, da homossexualidade tanto masculina como feminina.

A construção dessa nova sexualidade feminina, que pode desvincular-se da reprodução e ultrapassar a idéia (e o fato), parafraseando Hawkes (1996), do “sexo como um perigo” para “o sexo como prazer”, se deu às custas da incorporação da contracepção como objeto médico, de um lado, e do desenvolvimento das novas tecnologias de reprodução, por outro. Para medicalizar é necessário naturalizar o objeto, pois este é o caráter da medicina. Esta se apóia no conhecimento da biologia e disciplinas correlatas, que tomam o corpo isolado do contexto social e seus significados para poder compreendê-lo isolado, enquanto objeto somático, e lhe dar novo sentido para o estabelecimento da intervenção.

Interessante destacar que a autora ressalva, referindo-se às novas formas de reprodução, que prescindem das relações institucionais tradicionais como o casamento, que talvez seja cedo para compreender o sentido e o alcance real destas mudanças, pois mesmo transformadas as relações de reprodução não transformaram as relações entre homens e mulheres. De fato, Hawkes (1996:128) chama a atenção para isto quando reporta-se às mudanças ocorridas na década da liberação sexual: “*vivendo e experimentando uma 'eqüidade' sexual, as mulheres estavam simultaneamente experienciando as tensões que derivavam de uma condicional liberdade no contexto ainda intacto de dominação de gênero*”.

Não menos importante, destaca-se no texto a contribuição da epidemiologia para a medicalização. Baseados em uma sociologia que adota o modelo naturalista, os estudos quantitativos nesta área ainda parecem deixar intocada a complexidade das idéias e práticas envolvidas na questão da sexualidade, e como observa a autora tendendo “*a isolar cada vez mais a sexualidade de suas outras dimensões*”.

O texto induz a pensar sobre os efeitos reflexivos dessa medicalização, que entre outras coisas, pretende e valoriza o papel maternal da mulher em sua forma mais tradicional, criando uma demanda cada vez maior por tecnologias novas e caras. Também nos leva à reflexão sobre qual espaço restará para a questão política da diversidade sexual. O que é sempre bom nessas horas é lembrar que a medicina nem sempre cumpre o que promete. A medicalização em seu projeto de expansão, por meio da produção de idéias e criação de práticas, precisa trazer para si cada vez mais a discussão da ética, e esta seria precisamente a grande con-

tribuição das ciências humanas para enfrentar o desafio do século XXI.

- GIDDENS, A. A., 1992. *Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. 2ª Ed. São Paulo: Editora UNESP.
- HAWKES, G. A., 1996. *Sociology of Sex and Sexuality*. Buckingham: Open University Press.

Helena Altmann

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. helenaalt@uol.com.br

Sexualidade e reprodução: novas configurações biopolíticas

No artigo *Sexualidade e Medicina: A Revolução do Século XX*, Maria Andréa Loyola mostra como a sexualidade no século XX sofreu uma interferência crescente da medicina. Aliada a outros campos, como a sexologia e a epidemiologia, a medicina afetou as formas de relacionamento, os sistemas de reprodução, nosso modo de conceber o corpo, entre outros, configurando um intenso processo de medicalização do social.

Ao analisar as relações entre sexualidade e reprodução, a autora chama a atenção para seus determinantes sociais – contrapondo-se assim a uma perspectiva de análise comportamental da sexualidade, a qual teria se multiplicado com o advento da AIDS e cujos efeitos precisam ser analisados. Seu artigo nos mostra que as normas que comandam as relações entre sexualidade e reprodução estão relacionadas com as formas de organização social, de divisão sexual do trabalho, com os sistemas de representação e, em particular, com as relações entre os sexos. Em outras palavras, poderia dizer que ela nos mostra mecanismos sociais que penetraram nos corpos, nos comportamentos, nas relações sexuais e reprodutivas ao longo do século XX.

Dialogando com a antropologia, oferece ao leitor diversos exemplos que mostram transformações, mas também permanências, nas relações conjugais e nos sistemas de reprodução. Desse modo, suas análises trabalham sempre na tensão entre a ruptura e a continuidade, mostrando que as transformações graduais ocorridas nas relações conjugais e de reprodução no século XX não foram simultâneas, correlatas, nem uniformes.

O processo de medicalização do social, do qual nos fala a autora, está diretamente relacionado ao surgimento da medicina moderna.

Ao analisar o nascimento da medicina social, Michel Foucault (1979) afirma que com o capitalismo não se deu uma passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário. Para ele, a medicina moderna é uma medicina social, fundamentada em uma certa tecnologia do corpo social. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo. O corpo é uma realidade *biopolítica* e a medicina é uma estratégia *biopolítica*. Curioso notar que esse termo foi utilizado pela primeira vez por Foucault justamente nesta conferência, proferida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 1974 (Michaud, 2000).

Como fala Loyola, o modelo de controle social consolidado durante o século XX é denominado por Foucault de biopoder, o qual é marcado por um forte investimento político na vida, para o qual o controle da sexualidade é fundamental. Utilizando o mesmo autor como referência, pode-se acrescentar que a importância do sexo como foco de disputa política deve-se ao fato de ele se encontrar na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia da vida política: o sexo faz parte das disciplinas do corpo – permitindo o exercício de micropoderes – e pertence à regulação das populações. Assim, a sexualidade foi investida e tornou-se chave da individualidade, dando acesso à vida do corpo e à vida da espécie, permitindo o exercício de um biopoder sobre a população.

Destarte, o texto *Sexualidade e Medicina: A Revolução do Século XX* nos mostra transformações produzidas pelo exercício do biopoder nas relações entre sexualidade e reprodução. Alguns exemplos analisados pela autora são o rompimento da associação entre sexualidade e reprodução, ou a autonomização da sexualidade, a fragilidade e descontinuidade dos laços conjugais, em que a noção de tempo longo é substituída por tempo fugaz. Essas transformações estão apoiadas em mudanças estruturais, institucionais e tecnológicas, para as quais a medicina é uma peça chave.

Adiciono aqui mais um dado, além dos fornecidos pela autora, que corrobora sua tese sobre a interferência da medicina e da epidemiologia no controle da sexualidade. Trata-se da rede escolar como um dos espaços privilegiados para o exercício do biopoder, buscando expandir o impacto populacional no controle da sexualidade de crianças e, principalmente, adolescentes. O trabalho educacional atualmente desenvolvido sobre este tema sofre forte in-

fluência dos campos da medicina e da epidemiologia. Dados estatísticos e demográficos sobre a epidemia de AIDS entre jovens, sobre crescimento de casos de gravidez entre adolescentes e sobre comportamento sexual são apontados como justificativas e fundamentam a realização de trabalhos de orientação sexual (a expressão “orientação sexual” vem substituindo, nos últimos anos, a de “educação sexual” e tem sido mais frequentemente utilizada no campo da Educação) nas escolas. Esses trabalhos deixam de ser ações isoladas e disseminam-se nas redes de ensino, inclusive integrando, na forma de tema transversal, os *Parâmetros Curriculares Nacionais* – documentos que estabelecem uma referência curricular nacional. O *controle estatístico e pela informação* da sexualidade, do qual nos fala Loyola, também é operado na escola, geralmente por professores – ligados, na maioria, à área de biologia – ou, por vezes, por outros especialistas, como médicos, sexólogos ou psicólogos.

Partindo da constituição do dispositivo de sexualidade no século XIX, passando pelas principais configurações que este recebe no século XX como tecnologia política, este artigo já aponta os vetores que anunciam o século XXI, com seu imaginário calcado nas tecno-ciências, cujos imperativos sociais e individuais tendem à ordem de uma racionalidade instrumental. Desse modo, a sexualidade continua a jogar seus dados com a história.

FOUCAULT, M., 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.

MICHAUD, Y., 2000. Des modes de subjectivation aux techniques de soi: Foucault et les identités de notre temps. *Revue Cités*, 2:11-39.

Silvana Inés
Weller

Departamento de
Medicina Preventiva
e Social, Faculdade de
Ciências Médicas,
Universidade Estadual
de Campinas, Campinas,
São Paulo, Brasil.
Centro de Estudios
Estado y Sociedad,
Buenos Aires, Argentina.
sweller@netizen.com.ar

Medicina y reproducción

¿Por qué la sociedad actual que tan bien nos describe Loyola, precisa de la intervención de la medicina en los diferentes aspectos que permiten la reproducción humana? No es difícil encontrar respuestas vitales a esta pregunta. El mundo de las mujeres se divide entre aquellas que consiguen acceder a métodos anticonceptivos modernos y seguros y las que no; entre aquellas que pueden realizar abortos seguros y aquellas que no; entre aquellas que pueden contar al momento del parto con todo el auxi-

lio de la tecnología de avanzada y aquellas que no. Así, en muchos países del mundo, el principal problema de salud de las mujeres sigue siendo la falta de acceso a métodos seguros, el aborto provocado es la principal causa de muertes maternas y las complicaciones por aborto hechos por no médicos o por médicos en condiciones sanitarias inadecuadas constituyen la segunda causa de egreso hospitalario (primero son los partos) en los hospitales de grandes ciudades (Dirección de Estadísticas para la Salud, 2002; Giffin, 1994). Las mujeres que no acceden a los avances del último siglo siguen muriendo en muchas partes del mundo por algún evento vinculado a su reproducción.

¿Por qué los métodos anticonceptivos se volvieron una necesidad social? Creo que esta respuesta excede al campo de la medicina. Hechos sociales son los que transforman un hecho “natural” en un problema social que requiere de una respuesta. La medicina ha ganado un lugar preponderante en la reproducción humana, en la medida que ha conseguido que las mujeres que logran acceder a ciertos beneficios, no arriesgan sus vidas por mantener relaciones sexuales, ¡transcurran estas con o sin orgasmos!

Razonamiento similar podría realizarse para analizar el papel de la medicina frente al problema de la esterilidad. Algunos estudios disponibles (Chandra & Stephen, 1998; Larsen, 2000; Schmidt et al., 1995; Wulff et al., 1997) indican que en las últimas décadas no ha habido modificaciones significativas en la incidencia de infertilidad primaria y secundaria (alrededor del 10% de la población femenina de entre 15 y 45 años), sin embargo los estudios detectan modificaciones sustanciales en la proporción de mujeres y/o parejas que buscan en la medicina una respuesta a este problema. Más aún, los estudios reseñados indican que son las mujeres de mayores recursos económicos las que pueden acceder a los beneficios de la reproducción asistida, logrando así distanciarse una vez más de sus hermanas más pobres. También las mujeres con VIH (¡y con recursos económicos!) pueden reproducirse casi sin riesgo de transmitir el virus a sus hijos, gracias a los desarrollos científicos de los últimos años de las ciencias biomédicas y la intervención de la medicina. Queremos enfatizar entonces, que es preciso considerar en el análisis de la relación entre la medicina y la sociedad que la primera basa parte de su legitimidad social en su capacidad de intervenir eficazmente en problemas (a veces enfermedades) vinculados a la reproducción. Pasemos ahora a considerar la relación de la medicina con la sexualidad, y más

especialmente las relaciones posibles de la medicina con la producción de conocimiento y prácticas en áreas donde el eje es la salud (como es el caso de la Salud Reproductiva) y no la enfermedad; donde el núcleo del trabajo es la prevención (y no la cura de enfermedades); donde la superficie de trabajo es un aspecto vital y errático (la sexualidad) y no una patología.

Salud reproductiva y medicina

Hacia fines del siglo XIX, tal como bien argumenta Loyola, la medicina en especial pero también la psicología, la sexología y la pedagogía habían adoptado algunos atributos de un nuevo sacerdocio. Estos profesionales asumieron, junto con las iglesias, la función de establecer las normas morales y sociales en torno a la sexualidad (Weeks, 1998). ¿Existe alguna sociedad, algún grupo humano, que carezca de alguna clase de parámetro sobre el bien y el mal hacer en lo referente a lo sexual? Estos parámetros existen, y hay diferentes teorías con relación a cómo se instalan y reproducen, así como, sobre los impactos que ocasionan y las formas de resistencia que se organizan ante los mismos. No es posible comprender el papel de control social que ejerce la medicina y las otras ciencias del “comportamiento sexual” sólo analizando al “emisor” de los mensajes.

Si bien con dificultad, y para evitar recaer en posiciones de relativismo cultural, es posible tal vez establecer “ventajas comparativas” de algunos modelos de control social sobre la sexualidad con relación a otros. Hay cuchillos reales que todavía amputan órganos genitales, hay cuchillos simbólicos que producen frigidez... Estas últimas sociedades “inventaron” también el imperativo del orgasmo, el psicoanálisis, en un intento tal vez, de reparar los daños.

El punto problemático, a nuestro entender, es *qué tipo de relaciones pueden establecerse entre la medicina y la sexualidad*. ¿Puede la medicina “atender/curar” sin “controlar”? ¿Puede la medicina abordar un objeto sin sentir una “atracción ontológica fatal” por los aspectos anómalos, inesperados, patológicos? Nuestra opinión es que esto no es en principio posible (¡ni necesario!) y por ello queremos invitar a la reflexión sobre qué papel tendría asignado la medicina en el nuevo paradigma de la Salud Reproductiva, que tiene por ejes no ya la enfermedad, sino la equidad, el género y los derechos. El enfoque de la Salud Reproductiva es esencialmente preventivo, en la medida que toda la evidencia disponible indica que son las prácticas básicas hechas con recursos adecuados, por personal entrenado y en el momento

oportuno, las más eficaces para atender lo que en principio, justamente, no son aspectos patológicos sino aspectos saludables de la vida: la sexualidad y la reproducción.

¿Qué rol tendría que ocupar la medicina en este que se pretende un nuevo paradigma? ¿Cuáles son sus posibilidades, y sus límites, para comandar un campo centrado ahora en los derechos y ya no en la enfermedad? Creemos que su papel no es ya de “disciplina madre”. El campo de la Salud Reproductiva es transdisciplinario tanto en lo referido a la formulación de problemas, la producción de conocimiento, la formulación de políticas públicas e incluso la implementación de acciones tanto preventivas como asistenciales. Más aún, la Salud Reproductiva es por excelencia un espacio intersectorial, difícil de imaginar sin la participación activa de amplios sectores de la sociedad. Correr a la medicina de su rol central (y por ende desmedicalizar la vida sexual y reproductiva) será tarea de la sociedad en su conjunto.

¿Y la “salud sexual”?... *Oh!... ¿qué será, qué será?...*

- CHANDRA, A. & STEPHEN, E. H., 1998. Impaired fecundity in the United States: 1982-1995. *Family Planning Perspectives*, 30:156-157.
- DIRECCION DE ESTADISTICAS PARA LA SALUD, 2002. *Egresos Según Diagnósticos Más Frecuentes y Residencia Habitual – Hospitales Generales de Agudos – Enero y Marzo del 2002*. Buenos Aires: Dirección General de Sistemas de Información en Salud, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- GIFFIN, K., 1994. Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. *Social Science and Medicine*, 39:355-360.
- LARSEN, U., 2000. Primary and secondary infertility in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 29:258-291.
- SCHMIDT, L.; MUNSTER, K. & HELM, P., 1995. Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102:978-984.
- WEEKS, J., 1998. *Sexualidad*. México, DF: Paidós.
- WULF, M.; HOGBERG, U. & STENLUND, H., 1997. Infertility in an industrial setting – A population based study from Northern Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76:673-679.

Carlos Eduardo
Estellita-Lins

Departamento de
Ensino, Instituto
Fernandes Figueira,
Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil.
cefestellita@alternex.
com.br

O artigo da Profa. Dra. Maria Andréa Loyola representa uma oportuna e significativa contribuição para a discussão contemporânea acerca da sexualidade em suas relações com o campo biomédico. A ambição de suscitar novos estudos e a “construção de novas hipóteses” sobre a sexualidade no século XXI, revelam-se extremamente pertinentes embora marcadas por dificuldades intrínsecas ao campo em discussão.

Com base no texto, devem ser mencionados dois aspectos epistemológicos que compõem na investigação acerca das relações entre sexualidade e medicina. Um concerne à doença e outro à técnica.

O modo com as tecnologias de reprodução assistida compõem uma clínica da infertilidade, por meio da proposta de tratamento ou terapêutica da infertilidade, precisa ser detidamente estudado em suas conseqüências para a racionalidade médica. Normal e patológico parecem redesenhar sua articulação e suas fronteiras, a partir do momento em que a infertilidade torna-se uma doença que pode ser tratada, e onde o resultado do tratamento consiste no nascimento de uma criança. Trata-se indubitavelmente de uma inflexão complexa dentro do rol de intervenções corporais permitidas pela biotecnologia. A cosmetologia, a cirurgia plástica podem constituir outros exemplos de intervenções – na imagem corporal – mediados pelo alargamento ou enfraquecimento da noção de doença a partir de novos recursos do biopoder. No caso da reprodução assistida assim como da sexologia, percebe-se que a sexualidade opera de modo privilegiado. Talvez seja cabível interrogar a hipótese de Tabet, citada pela autora – de uma dissociação entre o reprodutivo e não-reprodutivo – em sua capacidade de explicar estes deslocamentos.

Outro aspecto em questão consiste na progressiva interseção de vida e tecnologia, que tende para aproximação e mesmo confusão entre ambas. Isso traz à tona uma paisagem bioética, onde a velha pergunta sobre a técnica no sentido da desconfiança e suspeita de um descontrolo perigoso oculto sob toda promessa de controle, modula-se então sobre a própria vida manipulada biotecnologicamente. A vida, conceito preciso ou apenas outra figura para certas concepções de Natureza, traz consigo o risco da *hybris*, do descontrolo e do excesso. Não somente nas aporias bioéticas da reprodução assistida esconde-se o rosto do chamado “imperativo tecnológico”, mas evidentemente um otimismo despudorado com a técnica ronda a sexologia, a epidemiologia e a clínica da AIDS.

A sexualidade indica certas modalidades de articulação entre tecnologia e vida sob a égide da medicina.

O advento da epidemiologia clínica na medicina contemporânea também responde pela valorização da biotecnologia e por modificações relevantes no domínio conceitual de doença e saúde. A sexologia estabelece um trabalho laborioso e constante a partir das lacunas deixadas pela psicanálise, mas sua condição de possibilidade reside no domínio de experimentação estocástica que a epidemiologia clínica pratica no terreno do patológico.

O texto faz opção pela expressão consagrada “sexualidade”, implicando o impasse concernente ao uso da noção/conceito de sexualidade, que traz consigo ressonâncias imprevisíveis. O solo freudiano de onde provém o termo, derivado das investigações quase taxionômicas de Kraft-Ebbing, condiciona o debate a uma tensão necessária entre genitalidade e polimorfia perversa (sexualidade significando então, mais do que contato sexual genital, intercurso, coito, etc., servindo portanto como palavra-valise para indicar tudo aquilo que contornava o padrão procriativo). Mesmo no “imperativo do orgasmo” ou no monismo sexual do padrão-ouro masturbatório (de acordo com André Bejjin), podemos adivinhar um certo desenho do corpo com sua espessura histórica, suas injunções e regulações políticas, sua filiação a regimes de racionalidade ainda excessivamente poderosos para que a análise teórica consiga atravessá-los plenamente. Algo paradoxal encontra-se em vias de explicitação, pode-se dizer, desde a *História da Sexualidade 1* (Foucault, 1984), pois verdade e sexo articulam-se de modo tal que qualquer discurso que investigue suas relações deva simultaneamente atentar para os impasses – efeitos de verdade enquanto efeitos de subjetivação – incontornáveis em que qualquer discussão sobre subjetividade e sexo incorrem. A suposta guinada foucaultiana, que investiga a subjetivação implícita na sexualidade por meio do destaque dos enunciados prescritivos, parece responder com um recuo às questões de ordem metodológica onde a própria noção de sexualidade se situa.

A pergunta que fica após o exame dos argumentos da autora concerne ao fato de que se a medicina pode exercer novos e mais sutis controles sobre uma sexualidade desvinculada da reprodução, isso nos motiva a pensar que talvez a própria medicina esteja em profunda mutação, que a noção de biopoderes seja realmente útil para analisar estas fraturas e descontinuidades e que haja modulações e injun-

ções complexas nesta estranha aventura que conecta corpo e poder sob o individualismo das sociedades contemporâneas.

FOUCAULT, M., 1984. *História da Sexualidade 1*. Rio de Janeiro: Graal.

Antonio Carlos
Egypto

Grupo de Trabalho
e Pesquisa em
Orientação Sexual,
São Paulo, Brasil.
egypto@uol.com.br

A medicina e as demandas sociais

O artigo de Maria Andréa Loyola coloca questões absolutamente pertinentes e atuais, que merecem ser amplamente debatidas, pela importância que têm. E que comportam diferentes perspectivas. Procurarei aqui expressar minha visão sobre o tema, ou melhor, sobre uma parte do que foi apresentado por ela.

A vida em sociedade está em constante mutação. Valores e normas morais vão se transformando na mesma medida em que as estruturas sociais o fazem. A sexualidade humana e as estruturas familiares acompanham esse movimento. Na verdade, estão no centro dessa história.

A família extensa, com os seus agregados, foi sendo progressivamente substituída pela família nuclear. Pai, mãe e filhos (cada vez em número menor), no modelo dominante heterossexual, é o que está no nosso imaginário hoje. É o conceito internalizado que temos de família. O que se distingue disso é comumente visto como desestruturação ou desagregação familiar.

Ocorre que as mudanças, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, adquiriram uma velocidade muito maior, já que as distâncias se encurtaram, a comunicação se dá de forma instantânea e os seres humanos se ajustaram a novas condições de vida e de produção, incorporando as novas possibilidades tecnológicas e ampliando sua liberdade.

Tudo isso produziu novas necessidades, modificou as relações, o modo de ver e pensar o mundo e naturalmente os desejos, conscientes ou inconscientes.

Como em todas as fases da nossa história, há uma parcela significativa de pessoas que não tem acesso a esse mundo chamado “pós-moderno”. Não por acaso o presidente Lula começou seu mandato elegendendo o combate à fome como a maior prioridade, em pleno século XXI. A população de baixa renda vive, portanto, esse processo de forma marginal e centrada em necessidades de sobrevivência primárias.

Mas a sexualidade e a família também mudaram aí. As famílias conduzidas só por mulheres, em grande número estão situadas nos extratos sociais empobrecidos.

Concretamente, as relações sociais e as relações entre os gêneros sofreram grandes transformações que demandam novas respostas. É aí, a meu ver, que se inserem os avanços da medicina.

Foi a mulher contemporânea, que saiu em busca do seu espaço público, que fez nascer a pílula anticoncepcional. E não a pílula que criou essa mulher.

A separação entre sexo e reprodução está sendo concretizada pela tecnologia reprodutiva e seus impressionantes avanços. Mas ela avança para atender a um desejo expresso pela sociedade, pelos novos homens e mulheres que a habitam e pelas novas perspectivas de vida familiar.

As famílias também incluem os filhos adotivos e de outros casamentos. É comum as crianças de classe média freqüentarem duas famílias. Por exemplo, a da mãe (só ou com o padrasto), de segunda a sexta-feira, e a do pai (só ou com a madrasta), nos fins de semana. Têm, assim, quatro genitores. Outras têm apenas um, como ocorre na chamada “produção independente” (ou no assim chamado “abandono do lar”). “Bebês de proveta” completam a vida de muitos casais. Mães convivem com filhos que foram desenvolvidos no útero de outra mulher. Existem tantas configurações familiares que não faz mais sentido usar o conceito de *família*. É preciso torná-lo plural e falar de *famílias*.

Quando for possível unir os núcleos de dois espermatozoides ou de dois óvulos, para gerar um ser, um casal homossexual poderá ter um filho biológico. Isso atende a uma grande expectativa dessas pessoas, que hoje buscam constituir sua estrutura familiar por meio da adoção de crianças, o que a legislação só admite em algumas poucas partes do mundo. Um filho biológico ajudaria também a instituir tal estrutura familiar na ordem legal? É possível. Ou a tecnologia estará disponível quando isso já tiver sido conquistado mais amplamente. De todo modo, não é essa tecnologia que vai criar a realidade das famílias homossexuais, que nem precisam de filhos (adotados ou biológicos) para existir.

Com o sexo dissociado da reprodução, ganha mais força a sua outra função – a de prover o prazer, freqüentemente minimizado ou ignorado em estudos e trabalhos. Não se trata de instituir a ditadura do orgasmo, via sexologia. Algo tão danoso quanto a repressão tradicional. Mas de reconhecer direitos e educar.

A orientação sexual nas escolas é uma conquista progressiva no Brasil. Os *Parâmetros*

Curriculares Nacionais do Ministério da Educação já a incorporaram. O que ela pretende? Produzir reflexão, promover a prevenção de problemas (doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, gravidez indesejada na adolescência), enfatizando o direito ao prazer. E isso faz toda a diferença. O discurso científico tradicional fala de um corpo sem desejo, sem sensações ou sentimentos. Um corpo que não é de ninguém, onde a criança e o adolescente não se reconhecem. Um organismo, apenas.

Ao adotar um discurso não moralista, nem sexista, não é a terminologia médica que prevalece, mas uma percepção realista das relações humanas num mundo em mudança. Que pede uma linguagem mais objetiva e clara, evitando as palavras carregadas de valor. Só isso.

O século XXI certamente trará transformações na vida sexual e familiar muito maiores do que podemos imaginar agora, quando ele apenas se inicia. A ciência e a tecnologia, a medicina em especial, encontrarão novas alternativas para atender a este mundo em mudança, como tem acontecido até agora. Por outro lado, os problemas éticos que decorrem de todo esse processo serão objeto de resolução nas esferas política e legal, constantemente. Este é um processo histórico, sem volta. Não há o que lamentar.

*Carmita Helena
Najjar Abdo*

*Departamento de
Psiquiatria, Faculdade
de Medicina,
Universidade de São
Paulo, São Paulo Brasil.
carmita.abdo@uol.com.br*

Convidada a comentar o instigante e bem estruturado artigo da colega Loyola, flagrei-me, de pronto, bastante motivada à leitura e positivamente surpreendida por seu título.

Título este que se revelou, no entanto, mais abrangente do que o conteúdo do resumo.

Já à primeira frase do referido resumo, a autora explica que o artigo discute aspectos da sexualidade feminina e do processo reprodutivo para a construção de um novo modelo de reprodução. De fato, este acaba sendo um dos focos do texto, mas não é o único. Mesmo porque não se poderia falar em Sexualidade, Medicina e Século XX, sem que os dois gêneros – o feminino e o masculino – fossem simultaneamente referendados, tendo em vista serem interdependentes, em todas as épocas e civilizações conhecidas. O todo fez, então, jus ao título.

Os subtítulos deste texto – *Sexualidade e Reprodução, A Sexualidade nas Sociedades Ocidentais Modernas, É Possível Falar em um Novo*

Sistema de Reprodução?, A Dissolução dos Laços Conjugais Tradicionais, A (Des)Naturalização/Indiferenciação da Sexualidade – encadeados e desenvolvidos de forma elegante, ampla e concisa, a um só tempo, confirmam a presença, ainda que coadjuvante, da sexualidade masculina... um contraponto indispensável para a digressão sobre o tema central da pauta.

Ao traçar seus objetivos, a autora enfatiza basear seu ensaio em estudos disponíveis e em dados de pesquisa realizados no Rio de Janeiro, o que realmente se verifica. Tal ocorrência, no entanto, acaba por se traduzir numa realidade parcial que não pode ser considerada uma tendência. Nesse sentido e a título de ilustração, lembramos as palavras da polêmica professora americana, de arte, (Paglia, 1992:31), a qual – entre tantos outros autores, médicos ou não – discute diversos aspectos dessa reconhecida revolução do século XX: “*a natureza – violenta, caótica, imprevisível, incontrolável – fez o homem diferente da mulher e não há como consertar esta desigualdade por códigos de convivência social ou moral. A igualdade política para as mulheres, ainda que desejável e necessária, não irá remediar a distinção entre os sexos, que começa e acaba no corpo*”.

Em âmbito nacional – e, mais especificamente, carioca –, estudiosos e pensadores também se pronunciaram no campo teórico – conceitual, sobre as “sexualidades periféricas” (para não dizer marginais), tal qual o fizeram os anglo-saxões, sobre os quais se refere a autora. Freire-Costa (1994:131), foi um dos mais enfáticos e cétricos, ao admitir: “*em que importa saber qual a pretensa singularidade genética de homens e mulheres que sentem atração sexual e amorosa por outros do mesmo sexo biológico? Alguma vez na história, os oprimidos conseguiram a benevolência dos opressores, reclamando igualdade de tratamento humano em nome da naturalidade de suas características físico-morais?*” Esse pronunciamento expõe a fragilidade de uma revolução cujo mote seria a mera curiosidade (dos pesquisadores) e o resultado não mais que a confirmação do preconceito, a mesmice e a inércia das populações.

Tem sido o autopreconceito feminino (se é que ele existe...gostaria de ler Loyola sobre isto) uma força que ajuda a estrangular a alteridade sexual e a acomoda com a questão política da liberdade e da vontade? Os que assim pensam estariam mal-informados, desatualizados ou alienados...?

Sobre essa temática, Domenico de Masi (2000:146-147) escreveu: “*o que se atém ao rude, ao prático, ao econômico, ao competitivo e ao racional é reservado aos homens: guerras,*

trabalhos, esportes, hierarquias eclesiásticas, estados-maiores, conselhos administrativos e estádios. O que se refere à natureza, à beleza, à solidariedade, à emotividade é delegado às mulheres: criação, ensino, sedução, assistência, lar, jardim, escola, bordel, hospício e hospital. As mulheres, por sua vez, tornaram-se cúmplices desta segregação homossexual. Nas palavras de uma estudiosa americana: “O machismo é como a hemofilia; quem padece da doença são os homens, mas quem a transmite são as mulheres””.

Teria sido essa declaração um deslize ou um “eco” latino, dissonante de seu tempo, reacionário em sua retórica?

Em contrapartida, “o privilégio de ser mulher” tornou-se realidade “legalizada”, também no Brasil, no apagar das luzes do século XX. A cirurgia, chamada de “redesignação” do sexo, passou da clandestinidade para os centros acadêmicos. Coube aos transexuais masculinos e femininos expressar a magnitude da busca pela identidade genérica e sexual a que estaremos todos submetidos no próximo (atual) século XXI, como prenuncia a autora, sem – todavia – fazer menção a esses indivíduos e suas tão precursoras quanto irredutíveis reivindicações por mudanças radicais, mas genuinamente conciliadoras.

DE MASI, D., 2000. *O Ócio Criativo*. Rio de Janeiro: GMT Editores.

FREIRE-COSTA, J., 1994. *A Ética e o Espelho da Cultura*. Rio de Janeiro: Rocco.

PAGLIA, C., 1992. *Personas Sexuais*. São Paulo: Companhia das Letras.

Daniela Riva
Knauth

Departamento de
Medicina Social,
Universidade Federal
do Rio Grande do Sul,
Porto Alegre, Brasil.
knauth@portoweb.com.br

No artigo *Sexualidade e Medicina: A Revolução do Século XX*, Maria Andréa Loyola aponta um dos grandes paradoxos da atualidade no que se refere à sexualidade e reprodução: ao mesmo tempo em que as novas tecnologias médicas permitem romper com o modelo tradicional de família e seus equivalentes papéis de gênero (dissociando sexo de reprodução por meio dos métodos contraceptivos e tecnologias reprodutivas), subordinam a sexualidade, os “direitos” e desejos individuais à nova ordem médica. Assim, aquilo que aparentemente representa um avanço no sentido do reconhecimento da diversidade sexual e familiar e, portanto, do caráter eminentemente social destas, é, na verdade, um fortalecimento da perspectiva e do

controle biomédico sobre a sexualidade e a reprodução.

Alguns trabalhos sobre o tema, como os de Novaes & Salem (1995) e Strathern (1995), demonstram que a “autorização” tanto jurídica quanto médica para o uso das novas tecnologias ainda seguem os padrões tradicionais de gênero. Assim, a possibilidade aberta por estas tecnologias de prescindir do masculino e mesmo da sexualidade para a procriação (como no caso das mulheres virgens que desejam engravidar), continua a ser percebida pela esfera médica e jurídica como uma ameaça à ordem social. E, apesar de suas infinitas possibilidades, as novas tecnologias médicas continuam a servir da ordem social tradicional e do capital. Não podemos esquecer que ao propagar o discurso de que a reprodução não está mais presa aos ditames da biologia – como por exemplo, a idade para a primeira gravidez – a medicina, ao mesmo tempo que estimula as mulheres a investirem em sua carreira profissional, vende seus “produtos”, visto que as chances destas mulheres necessitarem de técnicas médicas para engravidar aumentam também com a idade. É dessa forma que muitas mulheres que optam por retardar seu projeto reprodutivo, pensando em liberar-se das pressões sociais e biológicas, acabam “presas” à medicina, com um custo econômico e emocional bastante elevado.

É interessante notar que embora as técnicas de reprodução assistidas tenham interferência sobre a esfera da sexualidade, outras tecnologias médicas disponibilizadas nos últimos anos, não mencionadas no artigo, visaram diretamente este domínio. Este é o caso, por exemplo, das cirurgias de mudança de sexo e, recentemente, do Viagra e seus equivalentes (inclusive as novas versões destinadas às mulheres). Em ambos os casos, a solução para os problemas de sexualidade e mesmo de gênero é dada por meio de uma intervenção sobre o biológico, reforçando o argumento da autora. No caso das cirurgias de mudança de sexo – que talvez aponte para a busca do “gênero” destacada no texto como um dos desafios da sexualidade para este século – é curioso constatar que apesar do transexualismo ser considerado um “distúrbio de gênero”, a única solução proposta e aceita é a reversão do biológico. Ou seja, a verdade sobre o gênero continua a ser o sexo, que no caso dos transexuais deve ser corrigido. Assim, a mudança do nome nos documentos de identificação (carteira de identidade e passaporte) – elemento que poderia solucionar parte dos constrangimentos aos quais os transexuais são submetidos – só é possível

com base no laudo médico que atesta a mudança da genitália (Zambrano, 2003). A identidade de gênero, embora seja um fator fundamental para o diagnóstico da transsexualidade, permanece insuficiente para a identificação do sujeito.

No que concerne os novos medicamentos para os problemas de “disfunção erétil”, como o Viagra, várias questões são colocadas. A primeira é, novamente, a solução de um problema sexual através de uma pílula. A sexualidade aparece restrita ao funcionamento dos órgãos sexuais e, portanto, como um problema individual e não relacional. Outra questão colocada por estes medicamentos é a eleição da atividade sexual como a fonte da felicidade e da juventude. E aqui, como no caso da reprodução assistida, o medicamento representa a vitória da ciência e da medicina contra os efeitos da natureza. O idoso, além de ter de permanecer jovem (por meio da prática de atividades físicas), deve manter-se sexualmente ativo. É interessante notar que embora este discurso tenha sido originalmente voltado ao público masculino, já aparece uma nova versão, inclusive de medicamentos, dirigida às mulheres. E embora vários indicadores, como os índices de consumo, já indiquem o sucesso destes medicamentos junto ao público, pouco sabemos sobre suas formas de apropriação e significação.

O que nos resta questionar é em que medida todas essas possibilidades geradas pelos avanços na área médica são capazes de influenciar e determinar o modelo de sexualidade de cada sociedade. Pensando no caso da sociedade brasileira, esta discussão parece restringir-se aos segmentos médios e altos. Não apenas porque o acesso a essas tecnologias é limitado a esses grupos, mas sobretudo porque nos segmentos populares o modelo hierárquico ou tradicional da sexualidade é ainda aquele que prevalece. E, se fenômenos como a monoparentalidade, separações, famílias chefiadas por mulheres etc., são bastante frequentes, o modelo de família nuclear tradicional ainda permanece como o ideal a ser buscado. Nesse sentido, seria ainda possível falar nos termos de uma “revolução do século XX”?

NOVAES, S. & SALEM, T., 1995. Recontextualizando o embrião. *Estudos Feministas*, 3:65-88.

STRATHERN, M., 1995. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*, 3:303-329.

ZAMBRANO, E., 2003. *Trocando os Documentos: Um Estudo Antropológico sobre a Cirurgia de Troca de Sexo*. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A autora responde
The author replies

Maria Andréa
Loyola

Antes de mais nada, quero agradecer aos editores de *Cadernos de Saúde Pública* pela oportunidade que me ofereceram ao colocar este artigo em debate. É gratificante vê-lo discutido por pessoas altamente qualificadas, cujos comentários enriquecem meu texto e contribuem para fortalecer a idéia de um olhar mais amplo sobre a sexualidade na sociedade em que vivemos. Nesse sentido, considero o objetivo de meu trabalho em grande parte atingido. Os comentários falam por si próprios e por isso vou me limitar a esclarecer algumas dúvidas levantadas e a enfatizar contribuições que me pareceram especialmente importantes para ampliar minha reflexão.

Inicialmente, lembraria que a busca de prazer por intermédio do sexo e uma sexualidade desvinculada da reprodução (ainda que limitemos seu conceito a aquele de pulsão sexual) são tão antigas quanto a existência do homem e da mulher. A associação e dissociação entre essas duas dimensões da atividade humana são de fato uma construção social, mas tal constatação não explica nem como nem porque elas ocorrem. A construção social é um processo permanente e inerente às sociedades humanas e notadamente às sociedades que perpetuam suas criações por meio da escrita. O construtivismo por si só não constitui uma garantia contra o essencialismo, e, muitas vezes, serve-lhe de disfarce; sobretudo quando associado ao individualismo e ao subjetivismo metodológico. Ele só tem sentido quando dotado de algum valor heurístico, ou seja, quando contribui para esclarecer os fatos, processos, contextos que justificam os conteúdos e significados das construções que pretendemos explicar ou desejamos entender.

Assim, acredito que ao contrário do que propõe Ana Cristina Santos, apoiando-se em Giddens, a sexualidade humana historicamente dependeu muito mais da criatividade do que de nossa herança natural; e não acredito que ela seja atualmente mais “emancipada e emancipatória” do que foi no passado. O que me parece novo é a aceitação social (ou legitimação) de uma sexualidade voltada exclusivamente para o prazer, como lembra muito bem a co-

mentarista, e de modelos mais variados para atingi-lo (o que não quer dizer que eles nunca existiram). Aliás, seria interessante mapear essas diferentes formas de sexualidade que justificam o uso plural que alguns pesquisadores vêm fazendo do termo – sexualidades. Isso poderia nos ajudar a pensar o próprio conceito de sexualidade ou seja, a esclarecer a que estamos nos referindo quando usamos essa palavra: formas diferentes de relação entre os sexos, orientações sexuais distintas, técnicas diferentes de obtenção do prazer, frequências distintas ou intensidades variadas das relações sexuais, identidades de gênero, etc.

Me parece igualmente pertinente a observação de Santos de que a “*orientação sexual não tem de constituir necessariamente um elemento de diferenciação no sentido estrito da relação entre medicina, novos modelos familiares e sexualidades*”. Mas acho prudente acrescentar que entre os médicos e seus clientes homo e heterossexuais essa diferenciação existe: nem sempre o médico está disposto a apoiar o surgimento de famílias formadas em torno de “sexualidades não tradicionais”.

A Sérgio Carrara devo esclarecer que se deixei a impressão de que coloco a sexologia e a medicina no mesmo nível, trata-se de uma falsa impressão. Me parece, ao contrário, que é o próprio comentarista que toma “*a sexologia como porta-voz da medicina ou como veículo imediato da medicalização*”. Já em 1982, Béjin intitula um dos artigos em que me apóio para discutir o papel dos sexólogos – *Crespúsculo dos Psicanalistas, Manhã dos Sexólogos* – para mostrar, menos o esvaziamento dessa área pelos psicanalistas em proveito dos médicos (que dela nunca se afastaram e aos quais vieram se juntar outros profissionais não estritamente médicos), mas para enfatizar a criação de um novo discurso sobre a sexualidade, cujo modelo não é mais o da psicanálise. Carrara tem razão quando aponta o lugar subalterno que a sexologia ocupa na hierarquia médica (como os psicanalistas não médicos no campo da psicanálise). Mas isto não invalida o fato de que é a medicina, e não outra disciplina qualquer, que legitima o discurso dos sexólogos. Carrara fez uma leitura absolutamente correta de meu texto quando afirma que “*poderíamos (...) pensar a atual medicalização do prazer (...) como uma intensificação de um processo presente desde o século XIX, mas como parte de uma inflexão mais ampla a que assistimos no campo da saúde como um todo e que tem implicado, como no caso das doenças mentais, uma biologização mais completa do humano*”, e perguntando-se se “*tal processo não possuiria uma*

forte conexão simbólica com a valorização da juventude e com as promessas de superação dos limites do corpo que vemos emergir por toda parte? Poderíamos nos perguntar também que disciplinas contribuíram para construir essa conexão? E, a quem cabe em última instância respondê-la? Ainda que concorde com a oportuna observação de Elizabeth Meloni Vieira, de que é sempre bom lembrar que a medicina nem sempre cumpre o que promete, não posso deixar de lembrar também que, até o presente momento, somente a medicina por meio de tratamentos legitimados por ela (cirurgia plástica, medicamentos antienvhecimento, indústria cosmética e de modelagem do corpo, como nutrição e musculação, etc.), ou crenças religiosas e esotéricas, podem responder a essas expectativas, muitas vezes de forma nefasta, como em alguns casos de prolongamento da vida.

Por fim, Carrara indaga porque o prazer sexual assim radicalmente autonomizado (da reprodução) deveria necessariamente cair sob controle médico. Esta questão ainda que pertinente só tem sentido quando se estabelece uma relação direta entre ator e discurso disciplinar. Felizmente, algum ou muito prazer estará sempre fora de controle. Mas no que diz respeito à norma (leia-se estímulo) não necessariamente são os médicos que exercem esse controle. Além deles próprios, uma multiplicidade de atores – sexólogos, psicanalistas, psicólogos, epidemiólogos, cientistas sociais, assistentes sociais, pedagogos, etc. – vêm se encarregando dessa tarefa. Mas ainda hoje, é a medicina apoiada na matemática, e cada vez mais, no direito (como nos casos dos ditos direitos e abusos sexuais) que oferece o discurso mais eficaz para esse controle; ou seja, o argumento “cientificamente” incontornável da “natureza” reforçado pelo da “repetição” e da “jurisprudência”.

Mas quem melhor responde a essa questão é o próprio Foucault, como enfatiza Helena Altman em seu comentário: *“a medicina moderna é uma medicina social, fundamentada em uma certa tecnologia do corpo social (...) A importância do sexo como foco de disputa política deve-se ao fato de ele se encontrar na articulação entre os dois eixos de orientação do biopoder que se desenvolve a partir do século XIX: o investimento político na vida e na qualidade de vida das populações. Assim, a sexualidade foi investida e tornou-se chave da individualidade, dando acesso à vida do corpo e à vida da espécie, permitindo o exercício de um biopoder sobre a população, a sociedade e a reprodução”*.

Altman chama a atenção para um ator muito importante nesse processo de medicaliza-

ção e controle estatístico pela informação da sexualidade: a escola. *“Esse controle é operado, geralmente, por professores – ligados, na maioria das vezes, à área da biologia – ou por vezes, por outros especialistas, como médicos, sexólogos, ou psicólogos”*... *“O trabalho educacional atualmente desenvolvido sobre este tema sofre forte influência dos campos da medicina e da epidemiologia. Dados estatísticos e demográficos sobre a epidemia de AIDS entre jovens, sobre crescimento de casos de gravidez entre adolescentes e sobre comportamento sexual, são apontados como justificativas e fundamentam a realização de trabalhos de orientação sexual”* nas escolas (expressão que vem substituindo nos últimos anos a de educação sexual).

Caberia acrescentar ao elenco de atores “disciplinares” da sexualidade de caráter institucional, para manter a expressão de Foucault, além da mídia, por meio da qual os sexólogos atuam há bastante tempo (Loyola, 1982), as Organizações Não Governamentais (ONGs) cujas atividades giram em torno das sexualidades, dos sexos e dos gêneros: saúde reprodutiva, direitos sexuais, educação sexual, sexualidade do adolescente, orientação sexual, sexualidade na terceira idade que de uma forma ou de outra, mesmo quando têm como objetivo explícito contraporem-se ao discurso médico e/ou epidemiológico acabam por reforçá-lo.

É o que nos faz ver Silvana Inês Weller, em seus comentários quando focaliza o tema da “saúde da mulher”. Ela chama a atenção também para um pressuposto fundamental do processo da medicalização que é importante enfatizar: sua *“capacidade de intervir eficazmente nos problemas (às vezes enfermidades) vinculados à reprodução”*. Reprodução da vida mas também da sociedade, uma vez que ela intervém de forma eficaz também politicamente, como quando exclui ou inclui determinadas mulheres do acesso à saúde. Weller sugere, ainda, embora não explicitamente, que a eficácia do controle médico sobre a sexualidade pode ser maior no caso da medicina preventiva do que da curativa, o que me parece absolutamente correto. Esta relação entre controle da sexualidade e medicina preventiva e curativa é problematizada também por Carlos Eduardo Estellita Lins, que se interroga sobre a relação entre o uso do conceito/noção da sexualidade, controle da sexualidade pela medicina e mutações que vêm operando no seio da própria medicina. O desenvolvimento e aprofundamento dessa relação seria de grande utilidade para os estudos sobre medicalização em geral e sobre medicalização da sexualidade em particular.

Antônio Carlos Egypto chama a atenção para um problema crescente da vida moderna, ou seja, para as mutações que ocorrem no seio da própria família: “*as famílias incluem os filhos adotivos e de outros casamentos; é comum as crianças de classe média freqüentarem duas famílias e terem assim 4 genitores; outros têm apenas 1, como na reprodução independente (...); mães convivem com filhos que foram produzidos no útero de outra mulher, etc. Existem tantas configurações familiares que não faz mais sentido usar o conceito de família. É preciso torná-lo plural e falar de famílias*”. Resta saber se estamos lidando de fato com famílias diferentes e não apenas com formas diferentes de constituir o mesmo tipo de família, isto é, com famílias que não obstante a presença/ausência de um ou mais de um de seus membros tradicionais, seguem ou mantêm entre si, um mesmo modelo de relação.

A Carmita H. Najar Abdo devo dizer que não entendo porque o fato de meu texto basear-se em pesquisas realizadas no Rio (mas não apenas aí) constitui, *a priori*, uma limitação. Segundo ela, “*tal ocorrência, no entanto, acaba por se traduzir em uma realidade parcial que não pode ser considerada como uma tendência*.” E, continua: “*neste sentido e a título de ilustração lembramos as palavras da polêmica professora americana de arte, C. Paglia (1992), a qual entre tantos autores, médicos ou não – discute diversos aspectos dessa reconhecida revolução do século XX: ‘a natureza – violenta, caótica, imprevisível, incontornável – faz o homem diferente da mulher e não há como consertar essa desigualdade por códigos de convivência social ou moral. A igualdade política para as mulheres, ainda que desejável e necessária, não irá remediar a distinção entre os sexos, que começa e acaba no corpo*”.

Apesar de ser necessário saber se a busca de igualdade política para as mulheres tem como objetivo remediar essa diferença, (coisas que não me parecem necessariamente ligadas, nem como uma doença, uma falta, um defeito ou um mau funcionamento do corpo feminino

a ser superado) se coletivamente, a observação de Paglia é correta, individualmente isso é possível, como ilustram as cirurgias de mudança ou de redesignação do sexo apontadas pela própria comentarista. Essas cirurgias reivindicadas pelos transexuais masculinos e femininos levam os indivíduos a fazer coincidir ou a adaptar uma identidade sexual, ou melhor, uma forma sexual à uma identidade genérica, de gênero, como bem explicita Daniela Knauth que também chama a atenção para este ponto. Estamos lidando com um problema de gênero, de ordem eminentemente cultural mas que só pode ser corrigido por uma intervenção biológica no sexo (genitais e hormônios), e que paradoxalmente contraria ou põe em xeque a própria definição médica de sexualidade, explicada pela combinação de cromossomas da qual os atributos de gênero são “naturalmente” derivados (Corrêa, 1998).

Por fim, um outro aspecto importante sobre a medicalização da sexualidade, destacado por Knauth diz respeito ao uso do Viagra (e equivalentes) destinados a prolongar a vitalidade sexual (e, portanto, a juventude de homens e mulheres). Para ela, o uso do Viagra, além de ser mais uma das inúmeras soluções medicamentosas ou farmacológicas aos distúrbios sexuais de origem orgânica (no caso dos idosos nem poderíamos falar de distúrbios) *faz com que a sexualidade apareça restrita ao funcionamento dos órgãos sexuais e, portanto, como um problema individual e não relacional*. Ou também, podemos acrescentar, como um problema estritamente biológico, químico ou mecânico e não pulsional; como um desejo frio, diria Tort (1992), ou como um problema derivado de uma situação em que a máquina substitui a fantasia; ou melhor, em que a máquina humana engendrada pelos biólogos se substitui ao desejo fantasmático dos psicanalistas. Em suma, e para encerrar, estamos lidando com uma nova forma de fantasia sobre o sexo ou com o fim de nossas fantasias sexuais? Ou talvez quem sabe com o fim de nossas fantasias sexuais sobre a sexualidade?

Referências

- BÉJIN, A., 1982a. Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues. In: *Sexualités Occidentales* (P. Ariès & A. Béjin, ed.), pp. 159-177, Paris: Seuil.
- CORRÊA, M. V., 1998. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico. In: *A Sexualidade nas Ciências Humanas* (M. A. Loyola, org.), pp. 69-91, Rio de Janeiro: Eduerj.
- LOYOLA, M. A., 1982. *Estudo da Atuação das Instituições Sociais no Processo de Reprodução Humano*. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.
- TORT, M., 1992. *Le Désir Froid – Procréation Artificielle et Crise des Repères Symboliques*. Paris: La Découverte.