

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**Os Profissionais de Saúde e a
Sexualidade Feminina: um estudo da
produção teórica após a implantação do
PAISM**

Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa

Cuiabá – MT
1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL CAPES/UFSC-UFMT
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Os Profissionais de Saúde e a
Sexualidade Feminina: um estudo
da produção teórica após a
implantação do PAISM

Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa

Orientadora: Prof. Dra. Denise Pires

Cuiabá, MT
Fevereiro de 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – CAPES/UFSC-UFMT

DISSERTAÇÃO:

**“Os profissionais de saúde e a sexualidade feminina: um estudo
da produção teórica após a implantação do PAISM”**

Por: JANETE TAMAMI TOMIYOSHI NAKAGAWA

Submetida à banca examinadora
para obtenção do grau de Mestre
em Assistência de Enfermagem

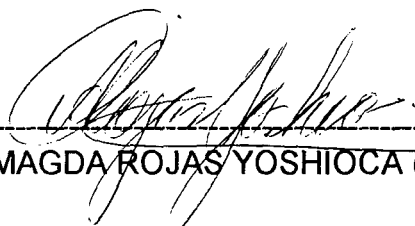
Aprovada em 19 de fevereiro de 1999,
pelos MEMBROS DA BANCA:

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem


Prof^o Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora


DENISE PIRES (PRESIDENTE)


MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA (MEMBRO)


MAGDA ROJAS YOSHIOCA (MEMBRO)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, por estar sempre presente nesta caminhada...e por tê-la como o mais sagrado na minha vida!

Dedico também, este trabalho, às mulheres brasileiras, e de forma especial, às mulheres usuárias dos Serviços Públicos de Saúde, que foram as principais fontes de inspiração e motivação deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Mato Grosso, pelo incentivo e apoio;

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade e confiança;

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo voto de confiança;

À Fundação Kellogg, pelo apoio nos diversos projetos;

...e sobretudo, a Deus, que esteve sempre ao meu lado...!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, por terem ensinado-me o valor do estudo, do trabalho com seriedade, da vida digna,..!

À minha orientadora, Prof. Dra. Denise Pires, pelo empenho e dedicação, que se dispôs a ser minha orientadora apesar da distância. Minha eterna admiração, pela sua competência e pela sua dedicação;

À minha orientadora acadêmica, Prof. Edir Nei Mandú que me ajudou muito a trilhar este caminho e por ter contribuído muito para o meu crescimento;

À Prof. Maria Teresa, por ter me ajudado na escolha da orientadora, entre outras ajudas...;

Ao Corpo Docente deste mestrado, pelo empenho e dedicação;

À Prof. Magda e Prof. Flávia, pela sua dedicação na Coordenação no Mestrado e pela suas valiosas contribuições;

À Prof. Celina, pelo empenho em viabilizar este mestrado, além do apoio oferecido no decorrer do curso;

À minha amiga Neuci, pelo incentivo e sobretudo pela amizade carinhosa.

À minha amiga Maria Anunciação, pelas suas valiosas ajudas;

À todas as minhas colegas do mestrado, e em especial, Aldenan, Alice, Majoreth, Solange e Marlene, que estiveram sempre próximas e solidárias nesta caminhada;

Ao meu companheiro, Henry, pela ajuda na área da informática, pela compreensão e carinho que sempre tem me dedicado;

Não esquecerei de agradecer vocês, Eliza, Mário, Chiyoko e Shigueru, que estiveram sempre próximo de mim, e nos momentos da minha "ausência", não negaram a fazer companhia aos meus filhos;

Enfim, agradeço a todas vocês que ajudaram a construir esse trabalho...

Um mundo sem divisões

Escutemos
Vamos desenhar futuros na areia
O homem e a mulher desenhando um mundo sem divisões.
Um mundo azul onde o céu não seja compartimentado
Onde o amor escape das casas e dos parques e entre nas vassouras, nas
trouxas de roupas, nas panelas ou nas crianças.
Vamos desenhar um homem e uma mulher conversando
Acompanhando-se no olhar, além da porta.
Um homem e uma mulher alegres
Caminhando na areia aos domingos,
Como se houvessem nascido juntos.
Vamos desenhar o lar do mesmo tamanho que a fábrica,
Do mesmo tamanho que o melhor e mais aguerrido combate.
Vamos desenhar o amor com grandes letras
E o homem e a mulher se amando. (...)
Vamos desenhá-los como dois furacões de mãos dadas que sonham o mundo
novo.

Giaconda Belli, poeta nicaraguense

RESUMO

O presente trabalho pretendeu analisar as correntes teóricas sobre sexualidade feminina que estão orientando o modelo assistencial de atenção à saúde da mulher, analisando a produção científica sobre sexualidade feminina feita por profissionais de saúde, das áreas de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva, a partir da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Os dados foram levantados em três revistas da área da saúde: Revista Femina, Revista Brasileira de Enfermagem e Cadernos de Saúde Pública e em números especiais de outras revistas da áreas, que editaram sobre mulher, sexualidade e gênero. Foram analisados todos os trabalhos sobre sexualidade publicados nessas revistas, no período de 1984 a 1997. Identifica e analisa as temáticas mais discutidas, os tipos de estudos realizados, as tendências teóricas sobre a sexualidade feminina nos últimos quatorze anos e a aproximação ou não destas abordagens com os princípios inovadores contidos no PAISM e no documento da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). O estudo revelou que: as publicações sobre o tema são escassas, no contexto total da produção científica em saúde e que o tema ainda é pouco discutido entre os profissionais de saúde; que a abordagem "sexo apenas com o objetivo de reprodução" está amplamente em desuso apesar das pesquisas que dizem respeito à saúde reprodutiva continuarem sendo muito significativas em relação ao conjunto de produção científica sobre sexualidade; a ênfase no aspecto biológico da sexualidade prevaleceu na metade dos trabalhos analisados e mostrou ser a abordagem hegemônica na área da saúde, influenciando fortemente, o atual modelo de assistência à saúde da mulher. O modelo assistencial é o modelo biomédico, afastando-se da orientação teórico-metodológica constante nas proposições do PAISM. Apesar disso, foi possível detectar, neste estudo, a influência do Movimento Feminista e do referencial "gênero", no contexto geral da produção científica feita pelos profissionais de saúde, o que tem contribuído com um novo olhar sobre a sexualidade feminina. Essa tendência teórica indica possibilidades concretas de construir práticas de saúde que visem a assistência integral à saúde da mulher, incluindo uma maior valorização da mulher nos serviços de saúde, uma relação mais igualitária entre homens/mulheres e entre profissionais de saúde/mulheres e uma crítica consistente às práticas de saúde que intervêm sobre o corpo/sexualidade feminina apenas como organismo/mecanismo biológico.

ABSTRACT

This paper aimed to analyze the theoretical currents about feminine sexuality that are guiding the model of assistance to women's health, by examining the scientific production on women's sexuality presented by health professionals in the areas of Medicine, Nursery and Collective Health, starting from the establishment of a Program of Integral Assistance to Women's Health (PAISM). The data were gathered from three health periodicals: *Revista Feminina*, *Revista Brasileira de Enfermagem* and *Cadernos de Saúde Pública*, as well as from special editions of other publications in this field, treating of women, sexuality and gender. All papers and researches on this subject published between 1984 and 1997 were analyzed. We tried to verify which the most discussed thematics were, the type of studies carried out, the theoretical tendencies about feminine sexuality during the last fourteen years and the nearing or not of such approaches towards the innovative principles comprised by the PAISM program and by the document of the 1st National Conference on Women's Rights (CNDM). The study revealed that the publications about this theme are scarce, within the context of scientific production, and this shows still how little the subject is being discussed among the health professionals. The study also confirmed that the approach "sex as reproduction" is largely in disuse; nonetheless, reproductive health still continues to be a great area for investment of knowledge and intervention; the emphasis on the biological aspect of sexuality prevailed among half the papers analyzed and showed to be the hegemonic approach within the health area, strongly influencing the current model of assistance to women's health. Such model is still oriented by the precepts of the biomedical model and does not meet the proposal of PAISM. In spite of that, it has been possible in this study to detect the influence of the Feminist Movement and of the referential "gender" within the general context of scientific production carried out by health professionals, what comes to help the understanding of feminine sexuality. With this, we envisaged concrete possibilities for the construction of health practices aiming to an integral assistance to the health of women, including a greater valorization of women in the health services, a more equalitarian relation between men/women, health professionals/women and a consistent criticism in relation to the health practices that intervene over the feminine body/sexuality.

SUMÁRIO

	PÁG.
Introdução	1
1. Fundamentação teórica	4
1.1 Principais abordagens teóricas sobre a sexualidade.....	4
1.1.1 Sexo como reprodução.....	5
1.1.2 Abordagem da psicanálise.....	11
1.1.3 Abordagem biológica.....	17
1.1.4 A contribuição das Ciências Sociais.....	21
1.1.4.1 A contribuição da antropologia.....	21
1.1.4.2 A contribuição da sociologia.....	23
A) As contribuições do Movimento Feminista para o entendimento da sexualidade.....	23
B) A sexualidade na perspectiva sócio-histórica.....	31
1.2 Sexualidade e políticas de saúde.....	35
1.2.1 A intervenção da Medicina Social no Brasil e a medicalização da sexualidade.....	35
1.2.2 Políticas recentes do Estado para atenção à saúde feminina.....	36
1.2.3 Os indicadores de mudanças na Política de Atenção à Saúde da Mulher: PAISM e documento do CNDM.....	40
2. Delimitação do problema	48
3. Objetivos	50
3.1 Geral.....	50
3.2 Específicos.....	50
4. Metodologia	51
4.1 Caracterização do estudo e considerações sobre a metodologia de pesquisa.....	51
4.2 Passos operacionais.....	52
4.2.1 Interagindo com o assunto.....	52
4.2.2 Coleta de dados.....	52

4.2.3 Análise dos dados.....	54
4.2.4. Apresentação dos resultados.....	55
5. Tendências da produção teórica sobre a sexualidade: o resultado do estudo.....	56
5.1 As abordagens temáticas sobre sexualidade feminina constantes nos textos.....	59
5.2 Tipos de pesquisas ou de trabalhos publicados.....	77
5.3 Concepções teóricas sobre sexualidade feminina utilizadas pelos profissionais de saúde.....	80
5.4 A produção teórica dos profissionais da saúde, relacionada a sexualidade feminina, e princípios inovadores presentes no PAISM e documento do CNDM.....	99
6. Considerações finais.....	104
Referências bibliográficas.....	109
Anexos	

INTRODUÇÃO

A escolha do tema originou-se do meu contato com grupos femininos que procuram os serviços de saúde, para o atendimento na área da ginecologia e obstetrícia. As mulheres que procuram os serviços de saúde para atendimento em relação a problemas ou situações de sua vida que envolvem a sexualidade, muitas vezes, não recebem o atendimento desejado, especialmente no sistema de saúde público.

O modelo hegemônico de atenção à saúde busca identificar as queixas ou motivações que levam as mulheres a procurar os serviços dentro do referencial de patologia que precisa ser prevenida, diagnosticada ou tratada. Assim, o conjunto de necessidades relativo à integralidade da mulher, especialmente ligados à condição feminina e ao exercício da sexualidade, raramente é acolhido nos serviços de saúde.

Desta forma, no atendimento à saúde, as queixas que não se enquadram nas classificações tradicionais da ginecologia, geralmente geram categorizações como "mulheres poliqueixosas", "mulheres hipocondríacas", "mulheres histéricas", subentendendo uma responsabilização individual, quer seja pelo problema, quer seja pela sua resolução, dando uma mensagem de que as suas demandas são indevidas. Nesta perspectiva de atenção, dificilmente a mulher é vista na sua integralidade, como sujeito com autonomia e direitos, bem como os problemas sexuais que vão além dos processos físicos, raramente são tratados. A sexualidade feminina não é vista como integrada ao todo do SER MULHER e não há espaço, naquele atendimento, para focalizar sentimentos, afetos, trocas, construções ou relações vividas.

A partir de reflexões sobre estes tipos de situações, concluí que certos tipos de demandas de saúde do grupo feminino, como as questões relacionados à baixa estima ou a necessidades derivadas da sua condição concreta de vida, não se constituem em prioridade para os serviços básicos de saúde, apesar de estarem explícitas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1984 e pelo Ministério da Previdência Social a partir de 1986. A minha inquietação era de buscar elementos que ajudassem na compreensão do porquê desse fenômeno.

Identifiquei que as mulheres, através dos Movimentos Feministas, conseguiram sistematizar as suas demandas e influenciar no processo de definição das Políticas Públicas, incluindo uma nova abordagem da dimensão feminina que supera a visão da mulher apenas como mãe ou portadora de doença. No entanto, essa política não conseguiu, até hoje, implantar-se de forma significativa.

A minha pergunta inicial era: por que os serviços de saúde continuam atendendo o grupo feminino hegemonicamente segundo os preceitos do modelo biomédico?

Diversas hipóteses podem ser formuladas, gerando múltiplos caminhos de investigação. Isto posto, levantei a possibilidade de auxiliar na compreensão do fenômeno, estudando como os profissionais de saúde entendem a sexualidade feminina e escolhi realizar este estudo, sistematizando e analisando a produção teórica dos profissionais de saúde sobre o tema.

Meu objetivo foi o de tentar compreender quais as principais visões teóricas que fundamentam a prática e a reflexão dos profissionais de saúde sobre a sexualidade feminina.

Considerando a implantação do PAISM e a definição dos princípios relativos à assistência ao grupo feminino, contidos no documento do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) em 1986, como uma conquista do Movimento de Mulheres ao incluir uma nova percepção sobre a questão da sexualidade, verifiquei que esses aspectos inovadores inseridos nas diretrizes políticas não se refletem na prática. Com vistas a contribuir para o entendimento da distância entre as diretrizes políticas e a prática, decidi analisar as tendências teóricas sobre a sexualidade feminina presentes nas publicações dos profissionais de saúde.

Os princípios contidos nos dois documentos foram considerados inovadores, ao propor a compreensão e abordagem da mulher para além de sua especificidade reprodutiva, incluindo as diversas faixas etárias, especialmente as que estão fora da idade reprodutiva (adolescência e envelhecimento) e incluindo as dimensões psíquicas e sociais, além da biológica.

Em relação à sexualidade, a metodologia participativa e crítica, herdada do movimento feminista, trouxe a possibilidade da vivência prazerosa, livre e solidária da sexualidade, da vivência conectada com a possibilidade de controle do corpo e da capacidade reprodutiva, favorecendo a afirmação dos direitos de cidadania da mulher, dentre eles a autonomia em relação ao seu corpo. Trouxe também a

possibilidade de crítica por parte dos profissionais de saúde da prática tradicional (D'Oliveira & Senna, 1996, p.86).

Para analisar a visão sobre a sexualidade feminina constante nos textos publicados pelos profissionais da saúde, após a implantação do PAISM, realizei um levantamento da produção teórica disponível sobre o assunto, em publicações científicas do setor saúde, restringindo o estudo, com vistas à viabilidade prática, a alguns campos da atuação profissional em saúde, a saber: a enfermagem, a medicina e a saúde coletiva.

O estudo buscou identificar o referencial teórico que, de forma explícita ou não, embasa o pensamento do autor e, também, os elementos que identificam ou não, essa produção teórica com as inovações constantes no PAISM e que dizem respeito, especialmente, à contribuição do Movimento Feminista e à introdução do referencial "gênero" para o entendimento da sexualidade feminina e para mudanças na prática assistencial, no campo da saúde da mulher.

Este trabalho foi organizado com um capítulo inicial de fundamentação teórica, onde identifiquei as principais vertentes teóricas existentes sobre a sexualidade feminina, destaco como esse saber foi se estruturando ao longo da história e como a medicina o utiliza. Trato ainda da contribuição do Movimento de Mulheres para a inserção na política governamental de uma abordagem mais abrangente em relação à atenção ao grupo feminino. A seguir, explicito os objetivos do trabalho, o campo de estudo e a metodologia utilizada. No quinto capítulo, trato dos resultados da pesquisa e finalizo, fazendo algumas considerações finais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sexualidade humana¹ é inerente à espécie e foi entendida de forma limitada ao longo da história, de um lado pelo mitos e tabus e, de outro, pelo moralismo religioso. Somente no final do século XIX, é que o sexo passa da condição de pecado para ser entendido como característica intrinsecamente humana.

Com o desenvolvimento da medicina, no mundo ocidental, o que era classificado como pecaminoso no discurso religioso, passa a ser objeto de intervenção médica. A medicina então, se afirma como grande normalizadora de condutas sexuais, através dos discursos higienista, eugênico² e de saneamento moral e psíquico, tornando-se a grande interventora oficial da sexualidade. Hoje, final de século XX, o cenário é complexo e multideterminado, e isto é visível no campo da sexualidade. Passo então, a descrever as principais bases teóricas disponíveis sobre o tema.

1.1 PRINCIPAIS ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A SEXUALIDADE

O estudo da bibliografia disponível aponta múltiplas visões acerca do tema. Neste capítulo, procurei identificar as principais vertentes teóricas existentes no decorrer da história, circunscrevendo-as ao mundo ocidental³, desde a antigüidade Cristã, passando pela Era Vitoriana, e as elaborações teóricas mais contemporâneas sobre a sexualidade.

¹ O termo "sexualidade" surgiu tardiamente, no início do século XIX, cujo uso do termo não marca evidentemente a emergência daquilo a que se refere. "O uso deste termo foi estabelecido em relação a fenômenos como: o desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos (que cobriram tanto os mecanismos biológicos da reprodução como as variantes individuais ou sociais do comportamento); a instauração de um conjunto de regras e de normas, em parte tradicionais e em parte novas, e que se apoiam em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas; como também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos sensações e sonhos" (Foucault, 1990, p.9).

² A estratégia de eugenia, detectado no Brasil através do discurso de Kehl, foi um outro tipo de intervenção sobre a população, que iniciou em 1920. O discurso de Kehl afirmava que "quem é bom já nasce feito!...a humanidade se compõe de tres especies de gente: gente innata e intrinsecamente humana, gente domesticavel e gente doente ou indomavel, esta ultima intangivel a todos os esforços educativos" (Kehl apud Marques, 1991, p. 81). Nesta perspectiva, a eugenia apresentava-se como dispositivo do poder médico de duas faces, pois depurava a raça (utilizando a hereditariedade para a "produção" de boas gerações) e disciplina a máquina (utilizando o potencial fisico do corpo por mecanismos de adestramento que impõe a exaustão com docilidade, baseada na disciplina).

³ Ressalta-se que o presente trabalho focalizou a visão "eurocêntrica" da sexualidade, que é a visão predominante do mundo ocidental, no entanto, reconhece-se a existência de outras visões acerca do tema, especialmente, no mundo oriental.

1.1.1 Sexo como reprodução

O sexo visto como “a serviço da reprodução” no Ocidente, tem suas origens na civilização cristã, e influencia fortemente o período denominado de Era Vitoriana⁴, o qual estendeu-se de meados do século XIX até o início do século XX. A negação da sexualidade, pregada pela doutrina cristã, aparece nas obras de Santo Agostinho e de São Tomás de Aquino, que se constituem em pilares do pensamento medieval sobre o tema (Lima, 1996, p.38).

A) Influência religiosa

O cristianismo iniciou na Palestina e se estabeleceu em Roma entre a população mais pobre, e começou a se destacar, em termos de aceitação em relação aos outros cultos, por pregar a igualdade entre os homens e ensinar o amor fraterno. Durante vários séculos, a moral cristã foi se alastrando, com rigor de autoridade religiosa e como força social. O poder central se enfraquecia e a imposição das leis do Estado eram substituídas pelas ameaças do inferno e pela promessa de uma vida eterna feliz.

A teologia moral elaborada pela Patrística⁵, deu-se a partir dos modelos construídos na Antigüidade Clássica, principalmente dos estóicos. A concepção do casamento, para os estóicos, era o aprisionamento das práticas sexuais somente para interesses procriadores (Lima, 1996, p.36).

Santo Agostinho, entre fins do século IV e início do século V, contribuiu, significativamente, com a associação, no imaginário cristão, de sexo com o pecado original (Le Goff apud Lima, 1996, p.38).

Para compreender a negação da sexualidade pela doutrina cristã, descreveremos alguns pensamentos de Santo Agostinho, o maior teólogo da Patrística. Para ele, o pecado original nascera da soberba – ou o amor do homem por si mesmo - que o fez desobedecer a Deus. Devido a essa rebeldia contra Deus, o homem seria

⁴ Corresponde ao período que o Reino Unido, da Grã Bretanha a Irlanda, esteve sob o reinado da Rainha Vitória, de 1837 a 1901 e o seu reinado influenciou o campo da moral e dos costumes. A sociedade vitoriana caracterizou-se pela consolidação dos conceitos de dignidade, autoridade e respeito à família (Enciclopédia Nova Barsa, v.14, p.416,1998).

⁵ Refere-se ao “corpo doutrinário que se constituiu com a colaboração dos primeiros padres da igreja, veiculado em toda a literatura cristã produzida entre os séculos II e VIII, exceto o Novo Testamento” (Enciclopédia Nova Barsa, v.11, p.188, 1998).

condenado à rebelião da carne contra o espírito, à *libido*, cujo termo se designava ao apetite carnal.

Santo Agostinho defrontou-se com o dilema da necessidade de procriar com o pecado inerente à cópula. Para conciliar o conflito da moralidade cristã, entre a recusa ao prazer sexual e a permissão da cópula matrimonial, fixou a castidade ou o casamento como as únicas opções adequadas a uma vida cristã.

A figura de Santo Agostinho é marcante, por ter abdicado da vida sexual ativa e pelo repúdio ao prazer físico. Em sua obra, "**Do Bem Conjugal e da Santa Virgindade**", Santo Agostinho defende sua concepção de casamento, ou seja, união por pura amizade e com duas finalidades: gerar filhos e abster-se do sexo. O único meio de justificar a relação sexual era a procriação; do contrário, atenta-se contra a natureza, portanto comete-se pecado, e a contracepção era tida como um dos pecados mais graves.

São Paulo também é uma das figuras importantes na concepção da cópula conjugal para gerar filhos. Ele pregava que o ato sexual era uma obrigação recíproca entre os cônjuges, que podiam se abster de exigí-lo, mas não podiam se negar quando requisitado pelo outro. O ato sexual, para ele, também deveria ter fins procriativos. Quando o sexo no casamento não estivesse dentro desses limites, inscrevia-se no pecado de luxúria⁶, classificando-se como fornicação. Fornicar implica no pecado que vai além do ato sexual, isto é, nas intenções.

No século XIII, o IV Concílio de Latrão, inequivocadamente concedeu a continência ao clero, e foi somente no século XVI, que o Concílio de Trento reafirma o celibato para os religiosos (Lima, 1996, p. 41).

Costumes e comportamentos tidos no início da Civilização Cristã como relativamente normais chegam à Idade Média enquadrados na condição de pecado e as idéias de Santo Agostinho compõem os alicerces da Igreja Medieval. A sexualidade era controlada pela igreja através do medo, da culpa, do temor ao inferno e ao castigo e, só através da confissão, o pecador conseguia a absolvição (Cabral, 1994, p.165).

O casamento foi elevado à condição de sacramento⁷ somente no final do século XII e início do século XIII, e isto foi se dando à medida que a religião Cristã foi se alastrando.

⁶ Luxúria é um termo que conjuga todos os pecados da carne num só conceito.

⁷ Os arranjos econômicos e políticos do casamento serão abordados mais adiante.

Santo Tomás de Aquino, no século XIII, juntamente com outros teólogos de seu tempo, defendem o matrimônio por ser a única condição de se conceber filhos sem cometer o pecado e por resguardar os homens de certos problemas sexuais. De forma um pouco diferente de Santo Agostinho, Tomás de Aquino acreditava que beijos, toques e carícias poderiam acontecer, sem estarem ligados ao pecado.

No século XVI, o casamento começa a passar por transformações significativas, e a vida matrimonial passa a ser revista a partir das idéias da Reforma, e tem em Lutero a figura principal desse momento.

Lutero, apesar de acreditar na vinculação sexo-pecado, admitiu ser o ato sexual uma necessidade vital. Pautado nisso, casou-se, contrariando a vontade dos bispos que proibiam o casamento para religiosos. Apesar disso, a moral luterana reforça as idéias de Santo Agostinho, que referenda a sexualidade apenas no casamento e para a procriação.

Entre os protestantes, o prazer também foi regulado e para eles, o corpo precisa ser expiado através do trabalho. Historicamente é "Lutero que, através da Reforma, por primeiro, desafia a estrutura sagrada do medievalismo – a Igreja Romana, representada pelo Papa. E esta, por sua vez, sentindo-se ameaçada, promove a Contra-Reforma. Para tal, a Igreja, agora identificada como Católica, reúne forças em seu próprio seio e se reorganiza a partir do Concílio de Trento (1545 a 1564), apresentando ao Novo Mundo que surgia, sua face reformista" (Cabral, 1994, p.181).

Neste Concílio, retornou o rigor em relação à sexualidade, foi reafirmado o celibato entre os líderes religiosos e fortaleceu-se a cultura da vergonha. Católicos e protestantes passam a se formar sob a crença de que tudo gira em torno do pecado e tem no sexo, o principal causador do pecado. A confissão, que desde o século XII vinha exercendo importante função entre as classes mais abastadas, com a Contra-Reforma ganha força e se estende entre os pobres.

Imperou na Idade Média a **razão de Deus**, e com a chegada da Idade Moderna, inaugurou a supremacia da **razão do Homem**. É o mundo moderno chegando, e com ele a exaltação da ciência, da razão e da potência do espírito humano, e a fé num Ser Divino passa para um plano secundário.

B) Moral vitoriana

A Inglaterra, nos séculos XVII e XVIII, foi marcada fortemente pelo movimento de moralidade, comumente chamado de puritano, e que manteve influência na mentalidade inglesa até o século XIX. Essa onda de puritanismo espalhou-se também por toda a Europa.

Foucault (1993, p.9), descreve assim esse cenário:

“eram frouxos os códigos da grosseria, da obscenidade, da decência, se comparados com os do século XIX...Um rápido crepúsculo se teria seguido à luz meridiana, até as noites monótonas da burguesia vitoriana. A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir”.

Para alguns historiadores, este fenômeno foi o reflexo da Reforma Protestante e da Contra-Reforma Católica, que lutavam para impor austeridade junto aos governantes, a fim de evitar desleixos e maus exemplos para com a população em geral.

A Igreja Católica, através do Concílio de Trento, dá as bases gerais para reafirmar o sacramento do matrimônio, inclui a exigência do consentimento paterno para o casamento e a condição de celibato para os religiosos, além de condenar pinturas que excitavam a luxúria.

Esse rigor puritano objetivava colocar os cristãos dentro dos rígidos preceitos morais que se davam por convicção ou por medo de perseguições. O amor não era o componente principal para a realização de um casamento, mas já se almejava a cumplicidade mútua e a afeição. Surge um novo modelo de família onde o casal é da mesma faixa etária. A mulher, mais madura, apesar de toda sua formação ser voltada para a submissão, passa a participar do casamento e não apenas se submeter a ele. Os maridos dedicavam-se a protegê-las e a eles competia fazê-las felizes e garantir a honra do matrimônio.

Havia um exagero da moralidade, a ponto de proibir o exame médico, principalmente o ginecológico, cabendo à mulher apontar o lugar onde sentia dor em figura do corpo humano, e mesmo assim, a consulta era feita na presença de um acompanhante.

O desconhecimento do próprio corpo era sinal de pureza, e a menstruação era um assunto proibido (Cabral, 1994, p. 197). Outro exemplo da moral vitoriana é o

fato de associarem a frigidez sexual à virtude moral. O orgasmo e a função do clitóris no ato sexual eram detalhes que pertenciam a mulheres indecentes (Tannahill apud Cabral, 1994, p.197).

O papel de “mãe” era o mais apreciado numa mulher, que devia manter-se dentro do lar. Isto ocorria entre os grupos sociais mais privilegiados economicamente, pois às mulheres pobres cabia o trabalho no espaço doméstico acrescido do trabalho público em indústria, como tecelã nas fábricas de tecidos, ou o papel de prostituta. O perfil da esposa vitoriana era o de meiga, doce, submissa e contida sexualmente, pois desejo e prazer pertenciam a outro tipo de mulher. Aos maridos, a cópula matrimonial era antes de mais nada, o cumprimento do sagrado dever.

No início do século XIX, entre os católicos e protestantes, ainda eram muito presentes as pregações de Santo Agostinho, e o sexo no matrimônio continuava unicamente para fins procriativos. Os homens deviam poupar as esposas de seus desejos “animais” e, “quando a situação estivesse desesperadora, era aconselhado e permitido ao marido ‘aliviar-se’ no leito conjugal, contanto que não fosse no período menstrual e nem durante a gestação”(Cabral, 1994, p.199).

Outra influência de Santo Agostinho foi que o “ato sexual no paraíso era frio e isento de prazer e, somente após o Pecado Original, a paixão e a luxúria passaram a fazer parte do sexo” (Cabral, 1994, p.199). Assim, o sexo em excesso era considerado maléfico a saúde e o sexo com prostitutas passa a ser aconselhado, pois era exercido de forma mecânica, sem paixão e sem fortes emoções. É a dupla moral reinando na Era Vitoriana. Cresce neste período o número de prostitutas e há uma aumento alarmante de doenças venéreas.

C) Medicina

No período pós-romântico e, especialmente no século XIX, sob a bandeira da moral vitoriana, há um vasto movimento de repressão da sexualidade. O discurso médico, apesar de reconhecer a necessidade do prazer, inclusive do prazer feminino, continua a subordiná-lo à procriação, e há uma perseguição médica à masturbação, que iniciou no século XVIII (Lima, 1996, p.48).

A teoria na qual a masturbação levava à loucura, foi lançada em 1716, e foi cultivada por figuras das ciências médicas nos séculos XVIII e XIX (Alferez, 1997, p.

24). Este ato, no século XIX, foi considerado pelos médicos como verdadeiro flagelo, como perversão e matriz de todos os desvios (Tarczylo apud Lima, 1996, p.48).

Krafft-Ebing é considerado por muitos, como figura paradigmática, pela publicação, em 1886, da obra "Psychopathia sexualis" (Alferez, 1997, p.24). Ele dá particular atenção aos crimes relacionados com o sexo, que são relatados com seus mínimos detalhes, constituindo-se na parte mais substancial da obra. Especializou-se em psiquiatria e absorve o discurso moralizante da época: tudo o que ultrapassa o coito heterossexual reprodutivo é tratado como **perversão**, definido pela medicina como **patológico**, como transgressão à ordem natural. As "sexualidades periféricas" são associadas aos grandes crimes e perversões, o simples beijo é considerado como potencialmente patogênico e a "masturbação é tida como a principal responsável pelas aberrações sexuais que, por via hereditária, se transmitiriam às gerações futuras" (Alferez, 1997, p.25).

Havia também, na época, a crença geral de que as funções genitais exerciam uma influência especial sobre o sistema nervoso, como escreveu Krafft-Ebing em **Psychopathia Sexualis** "...uma vez que os órgãos reprodutores estão em importante...ligação com todo o sistema nervoso e especialmente com as suas funções somáticas correntes de distúrbios sexuais (funcionais ou orgânicos)" (Krafft-Ebing apud Levin, 1980, p.128).

O mesmo autor acreditava no efeito neuropatológico da masturbação: "em resultado de abusus veneris ou, mais particularmente, da masturbação, sofrem de neurasthenia sexualis", (Krafft-Ebing apud Levin, 1980, p.128). Sustentou também que o "coitus interruptus" tinha efeitos perniciosos significativos sobre as mulheres, pois presumia que envolvia a excitação sem suficiente gratificação, e com isso levaria a uma importante causa de neurastenia entre as mulheres.

✓ Muitos psiquiatras da época, acreditavam que os hábitos sexuais patogênicos produziam efeitos maléficos **sem a mediação de fatores psicológicos**. A crença era de que a masturbação acarretava mudanças físicas nos órgãos genitais, e essas mudanças induziam a neurastenia como neurose reflexa.

Outros sustentavam que esses hábitos sexuais afetavam diretamente o sistema nervoso como por exemplo, a masturbação em adolescentes, pois o sistema nervoso ainda não se desenvolveu o bastante para poder suportar a freqüente excitação sexual.

Apesar disso, Krafft-Ebing, chegou a admitir que o efeito nocivo, em parte, tinha relação com o psicológico, pois sugeriu que os meninos que haviam lido ou ouvido falar sobre o perigo dessa prática, poderiam ter medos ou angústias que seriam, nesse caso, fatores na geração da neurastenia (Levin, 1980, p.131).

Além das especulações sobre os efeitos deletéricos da masturbação, outra questão que dominava o pensamento médico era a **teoria da degenerescência**⁸, retomado de Morel(1857) e Magnan(1874). Esse “efeito que enfatizava a suposta etiologia hereditária dos distúrbios mentais e que dominava o pensamento etiológico dos psiquiatras franceses durante esse período – baseava-se amplamente na crença de que esses distúrbios herdados acarretavam, tipicamente, lesões cerebrais anatomicamente identificáveis” (Levin, 1980, p.25).

Alferez, (1997, p.25) referindo a obra de Haverlock Ellis(1886), ressalta que apesar deste não rejeitar completamente o conceito de degenerescência, introduz algumas modificações. Ellis interessa-se prioritariamente pela sexualidade dita normal e pelas suas variações culturais, pois “relativiza a importância atribuída às perversões,... cria a noção da exclusividade do prazer masculino, realça o papel dos fatores psicológicos as disfunções sexuais e contribui para a ‘despatologização’ da homossexualidade”

1.1.2 Abordagem da psicanálise

O século XIX iniciou com a marca cultural do puritanismo medieval, que se espalhou por toda a Europa e América.

Importantes rupturas aconteceram a partir da metade do século XIX, como a descoberta de Darwin, que revolucionou o debate sobre a origem e a evolução do homem. É o início da era científica, época das grandes descobertas que geram “verdades” aceitas por se fundamentarem na racionalidade humana.

Na medicina, há uma grande ênfase nos postulados anátomo-patológicos, e, da mesma forma, na psiquiatria, a chave para a explicação de distúrbios mentais eram as lesões anatômicas cerebrais, tanto que a teoria da degenerescência era

⁸ A teoria de “degenerescência”, segundo Foucault (1993, p.112), além de explicar de que maneira uma hereditariedade carregada de doenças diversas – orgânicas, funcionais ou psíquicas – produzia um perverso sexual (buscava-se na genealogia de um exibicionista ou de um homossexual, um ancestral hemiplégico, um genitor tísico ou tio com demência senil), explicava de que modo uma perversão sexual induzia um esgotamento da descendência – raquitismo dos filhos e esterilidades das gerações futuras.

amplamente aceita. Essa explicação etiológica dos distúrbios psiquiátricos manteve-se fortemente na França, até a metade do século XIX.

No começo de 1880, na Europa, alguns neuropsiquiatras, passaram a contestar a ênfase anatômica e passam a procurar enfoques alternativos para explicar certas anomalias mentais.

Phillipe Pinel é um dos exemplos, pois não compartilha da tendência patológico-anatômica e inicia as primeiras reformas psiquiátricas. Pinel Introduce uma nova prática na psiquiatria, baseada no discurso de que com a pedagogia é possível no realinhamento do comportamento.

Da mesma forma, os trabalhos iniciais de Charcot sobre a histeria, introduzem a noção de que determinadas alterações fisiológicas difusas do sistema nervoso central, sem quaisquer mudanças estruturais do cérebro, poderiam causar certos distúrbios neuro-psiquiátricos (Levin, 1980, p. 13).

É neste contexto de transformações do saber da psiquiatria que Sigmund Freud iniciou sua carreira na medicina. Trabalhou em laboratório de fisiologia, e depois especializou-se nos estudos da neuro-patologia. Ao conhecer as teorias desenvolvidas por Charcot sobre histeria, ficou profundamente impressionado perante as explicações etiológicas da doença baseadas na fisiologia do sistema nervoso. No entanto, Freud, de forma diferente de Charcot, passou a desenvolver explicações psicológicas para a doença, sem contudo, negar por completo, a explicação fisiológica (Levin, 1980, p.14).

Quando Freud associou a questão da sexualidade na etiologia da histeria/neuroses estava construindo as suas primeiras teorias.

Nesse período, isto é, no final do século XIX e início do século XX, a discussão central era sobre o papel patogênico dos hábitos sexuais, sendo que a masturbação ou qualquer outra prática sexual que não visasse à reprodução era considerada **perversa**.

Na psiquiatria havia uma crença geral de que as funções genitais exerciam uma influência especial sobre o sistema nervoso, a exemplo da masturbação e do "coitus interruptus", que poderiam levar às **neuroses**. Esta visão ultrapassava o modelo anátomo-patológico e, o modelo fisiológico-patológico já começava a ter muitos adeptos.

Nesse contexto, Freud, de forma diferente, passa a elaborar uma teoria psicológica para a explicação da etiologia da neurose, que culmina por volta de

1900, em sua obra **"A Interpretação dos Sonhos"**, na qual a sexualidade aparece como base de qualquer expressão humana.

Com isso, Freud inaugura um novo discurso sobre a sexualidade, rompendo com a concepção tradicional da época, e por isso foi considerado escandaloso. A sexualidade, nesta nova perspectiva, é redimensionada, passando a ser definida como a energia que impulsiona toda a vida humana.

A sexualidade infantil (considerada sexualidade periférica até então), passa a ser vista como a base da estrutura da personalidade humana, sendo que o que mais causou impacto na teoria de Freud, foi a afirmação da existência da sexualidade desde o nascimento do ser humano. A perversão é substituída pela neurose, e a cura decorre da reestruturação da personalidade, obtida através da psicanálise.

Freud, com as suas teorias, sem dúvida, revoluciona os valores moralmente aceitos até então, pois rompe com a concepção do sexo ligado somente ao aspecto procriativo.

Especificamente sobre o desenvolvimento da sexualidade feminina, toda a base da teorização feita por Freud, parte da explicação do "complexo de Édipo" e do "complexo de castração".

Baseado nas diferenças anatômicas genitais, Freud parte do princípio de que a bissexualidade é uma disposição inata dos seres humanos, e isto vem para o primeiro plano, muito mais claramente nas mulheres do que nos homens, pelo fato da mulher ter duas zonas sexuais: a vagina considerado o órgão genital propriamente dito, e o clitóris, análogo ao órgão masculino, enquanto que o homem possui apenas uma zona sexual.

As manifestações genitais da infância na menina, segundo Freud, se dão em relação ao clitóris, pois a vagina é virtualmente inexistente nesta fase. Com isso, o desenvolvimento da sexualidade feminina é regularmente dividido em duas fases: a primeira, relacionada à fase em que a ocorrência genital está centrada no clitóris e por isso, é considerada com caráter masculino, e a segunda, corresponde à fase em que houve o deslocamento da área genital para a vagina, considerada especificamente feminina.

Outra diferença que Freud teoriza é relacionada com o encontro do objeto amoroso. A mãe é o primeiro objeto amoroso da menina e do menino, resultante do fato de alimentá-los, de cuidá-los. Essa é a fase pré-ediapiana nas meninas, e em diversos casos ocorre até os quatro anos, e pode ir até os cinco anos. Ao final do

desenvolvimento da menina, o pai se torna o seu novo objeto amoroso. Freud explica, em outras palavras, que “à mudança em seu próprio sexo deve corresponder uma mudança no sexo de seu objeto” (Freud, 1976, p.263).

Isso é explicado no decurso do desenvolvimento da sexualidade, e para melhor compreender, é preciso explicar um outro aspecto da teorização de Freud, ou seja, o processo de construção da identidade masculina e feminina, na relação com os pais que ele chamou de Complexo de Édipo.

Segundo Freud, “é apenas na criança do sexo masculino que encontramos a fatídica combinação de amor por um dos pais e, simultaneamente, ódio pelo outro, como rival” (Freud, 1976, p.263). Na menina, o que acontece é a descoberta da possibilidade de castração, tal como provada pela visão dos órgãos genitais femininos.

A partir dos efeitos do complexo de castração, Freud explica todo o desenvolvimento da sexualidade feminina e masculina e, como agem esses efeitos sobre a mulher e sobre o homem, na construção da feminilidade e da masculinidade, respectivamente.

Os efeitos do complexo de castração, na mulher, faz com que ela se sinta inferior ao homem e se rebele contra esse estado de coisas indesejáveis. Isto leva a 3 caminhos: a primeira “leva a revulsão geral à sexualidade. A menina assustada pela comparação com os meninos, cresce insatisfeita com seu clitóris, abandona sua atividade fálica e, com ela, sua sexualidade em geral, bem como boa parte de sua masculinidade em outros campos”; a segunda “leva a aferrar-se com desafiadora auto-afirmatividade à sua masculinidade ameaçada. Até uma idade incredivelmente tardia, aferra-se à esperança de conseguir um pênis em alguma ocasião”. Esse “complexo de masculinidade” nas mulheres pode também resultar numa escolha de objeto homossexual. Se o seu desenvolvimento seguir um terceiro caminho. “ela atingirá a atitude feminina final, e toma o pai como objeto amoroso, encontrando a sua forma feminina do complexo de Édipo, constituindo o resultado final de um desenvolvimento bastante demorado” (Freud, 1976, p. 264).

Freud explica que o complexo de Édipo (no caso da menina) é criado pelo efeito da castração. Já o complexo de Édipo no menino conduz à criação de seu superego, dando início a todos os processos que se destinam a fazer o indivíduo encontrar lugar na comunidade cultural. Freud considera que uma das coisas que permanece,

da influência do complexo de Édipo nos homens, é um certo desprezo em suas atitudes para com as mulheres, a quem encaram como castradas.

Freud considerou que a fase pré-ediapiana nas mulheres, que corresponde à fase ligada à mãe, tem importância muito maior do que nos homens, pois determina nelas, o modelo de relacionamento amoroso da vida adulta. Muitas mulheres escolhem o marido conforme o modelo do pai e os maus relacionamentos em sua vida conjugal são explicados pela repetição do mau relacionamento de sua mãe com o seu pai. Com isso Freud, explica que o relacionamento no casamento emerge da repressão, pois, durante o seu desenvolvimento, o relacionamento original era a mãe. A ligação com o pai foi construída sobre esse relacionamento com a mãe, e da mesma forma, a sua relação no seu casamento. A maturidade das mulheres é conseguida através de luta com os maridos, tal como na infância, em que seu desenvolvimento foi conseguido pela luta com suas mães.

Freud explica muitos fenômenos da vida sexual da mulher com referência a esta fase pré-ediapiana. Considera que muitas mulheres escolhem o marido conforme o modelo de seu pai ou o colocam em lugar de seu pai, para tornar-se herdeiro do relacionamento com a sua mãe.

O seu afastamento da mãe se dá por vários fatores e, uma das explicações é que o amor infantil exige posse exclusiva, e a rivalidade a faz afastar-se. Também descobre que esse amor não tem objetivo, sendo incapaz de obter satisfação completa, e por isso, está condenado a acabar em desapontamento e cede lugar a uma atitude hostil. Outro motivo mais específico para o afastamento da mãe surge do efeito do complexo de castração ou descoberta da sua inferioridade orgânica pela falta de pênis, por isso pode ser compreendido naturalmente. A menina encara a castração, inicialmente, como um infortúnio peculiar dela, e só mais tarde, compreende que a castração se estende a certas crianças e, por fim, a certos adultos (Freud, 1976, p. 268).

Outro fator que para Freud liga a sexualidade feminina a fase pré-ediapiana está relacionado com as atividades fálicas das meninas, pois elas descobrem por si próprias a masturbação pela manipulação do clitóris, e tem a figura da mãe ou da babá, como sedutora, pelo papel que elas desempenham, no começo de suas vidas, na higiene infantil.

A proibição da masturbação, pela mãe ou substituta, transforma-se num incentivo para abandoná-la, mas torna-se motivo de rebeldia contra a pessoa que a proíbe.

Ao final da primeira fase de ligação com a mãe, o motivo mais forte para o afastamento e a depreciação natural pela mãe, segundo Freud, é por censurá-la por não ter lhe dado um pênis apropriado, ou melhor, tê-la trazido ao mundo como mulher (Freud, 1976, p. 268).

Sob essas "lentes" é que Freud explica a hostilidade da menina com o seu primeiro objeto amoroso e o seu afastamento da mãe.

Freud explica o caráter ativo e passivo da sexualidade feminina fundamentada na relação com a mãe. Os objetivos sexuais da menina em relação à mãe são tanto ativos como passivos e dependem das fases do desenvolvimento libidinal pelas quais a criança passa, no seu processo de adaptação e domínio do mundo externo isto é, "quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a produzir uma reação ativar, tentando fazer ela própria o que acabou de ser feito a ela" (Rivera, 1998, p. 20).

Freud explica o processo da passagem da fase pré-edípica para a edípica, quando as meninas substituem as sensações genitais que recebem passivamente da mãe ou alguém que substitui a mãe quando estão sendo higienizadas, para a masturbação clitoriana que é acompanhada de intensos desejos e fantasias com a mãe, e que depois se desloca para o pai. Nesse processo, se dá a marcha definitiva para a sua feminilidade.

Muitos autores, especialmente as feministas, não concordam com alguns aspectos da teoria de Freud, principalmente com a sua aproximação com a visão biologicista e androcêntrica, mas concordam com muitas de suas hipóteses. O trabalho de Rivera (1998, p.22) exemplifica essa visão, ao criticar Freud e ao mesmo tempo, resgatar a importância de suas explicações sobre a "dinâmica e o papel do inconsciente na vida do consciente, sua descoberta da intensidade e do lugar da sexualidade infantil, a influência das relações com a mãe e pai no desenvolvimento da personalidade singular, a dinâmica da vida, suas mudanças e possibilidades de transformação".

Freud inaugurou a psicanálise e após ele, vários autores teorizaram sobre a sexualidade e a psicologia humana, aprofundando ou acrescentando elementos de sua teoria, ou refutando em parte suas formulações, dentre eles, destacam-se Lacan, Reich e Jung.

Para fins deste estudo, preferi apenas citá-los, para não correr risco de imperfeições graves que uma abordagem muito resumida do pensamento destes

autores poderia trazer e também porque a saúde mental não foi um dos campos escolhidos para o presente estudo.

1.1.3 Abordagem biológica

A obra de Kinsey et al. (1948, 1953), marca o início da sexologia moderna, pois não só reforçou as questões enunciadas por Freud, como naturalizou por completo o domínio do sexo (Alferez, 1997, p.27).

No entanto, vale a pena citar, para fins deste trabalho, que anteriormente ao trabalho de Kinsey, foi publicado em 1929, um estudo conduzido por Gilbert Hamilton, que revelava a existência de um orgasmo múltiplo nas mulheres, e já antecipava a descoberta posteriormente feita por Kinsey et al., de que se praticava comumente um leque mais amplo de atividades sexuais do que era publicamente reconhecido ou admitido (Tiefer, 1993, p. 41).

Kinsey et al., apresentaram uma compilação monumental de estatística contendo padrões de procedimento sexual nos Estados Unidos, de 1938 a 1952.

O trabalho consistiu em um relatório de práticas sexuais humanas, obtido através de técnicas de interrogatório direto e tornou-se um marco da pesquisa sociológica. Apesar de não ter sido projetado para interpretar a resposta fisiológica ou psicológica ao estímulo sexual, o trabalho por ter sido pioneiro, abriu as portas para a pesquisa da resposta sexual humana.

Isto porque, Kinsey et al. referendaram, na sua obra, que os comportamentos sexuais, qualquer que seja a natureza da relação, eram regidos pelos mecanismos fisiológicos, isto é, a resposta orgástica, idêntica no homem e na mulher, é indiferente à origem e aos meios de estimulação. Isto é, a resposta orgástica do coito heterossexual equivale às masturbações, às carícias heterossexuais, às relações homossexuais e aos contactos com animais.

Da mesma forma, Kinsey et al. diziam que “a sexualidade conjugal, sancionada pelo casamento, não é radicalmente diferente das relações pré-conjugais ou extraconjugais”; que a “homossexualidade/heterossexualidade, não é uma questão de identidade ou de personalidade, mas um problema de comportamentos seriáveis ao longo de um continuum”; que a “masturbação é completamente inócua e mesmo recomendável”; e que “as ‘grandes perversões’ apresentam uma raridade que

difícilmente justifica as preocupações sociais e morais de que haviam sido alvo” (Alferez, 1997, p.28).

Com isso, Kinsey et al. (1953) não só anteciparam as críticas à visão freudiana da sexualidade feminina, como preconizaram o recurso da observação direta das respostas sexuais em contexto laboratorial com registro de índices fisiológicos, tal como veio a ser feito anos, mais tarde, por Master & Johnson.

Master & Johnson, em 1966, em busca de resposta científica para duas perguntas: “Quais as reações físicas que se desenvolvem quando o homem e a mulher respondem ao estímulo sexual efetivo?” e “Por que o homem e a mulher procedem como o fazem ao responderem ao estímulo sexual efetivo?”, partiram para técnicas de definição e descrição das principais modificações físicas desenvolvidas durante os ciclos de resposta sexual humana, masculina e feminina, que inicialmente utilizaram de observação direta e indireta, detectáveis através de aparelhos.

Para que a observação tivesse a validade científica, utilizaram técnicas “aceitas” de medição fisiológica, os recursos de cinematografia colorida em todas as fases do ciclo da resposta sexual, além da objetividade e prática do observador (Master & Johnson, 1981, p.4).

Conforme o relatório deles, a reação fisiológica aos estímulos sexuais podem apresentar quatro fases separadas: 1. fase de excitação; 2. fase plateau; 3. fase de orgasmo; 4. fase final ou de resolução.

Foi traduzido em diagrama somente um padrão de resposta sexual masculina no entanto podem-se identificar muitas variações nesta resposta. Estas variações estão relacionadas mais com a duração do que com a intensidade da resposta, o que tornaria repetitiva a apresentação de outros diagramas (conforme figura 1-1).

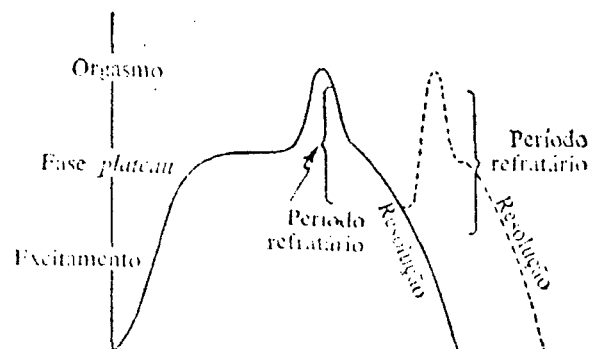


FIG. 1-1
O ciclo da resposta sexual masculina.

Comparativamente, três padrões diferentes de resposta sexual foram postos em diagrama para a mulher (veja a figura 1-2).

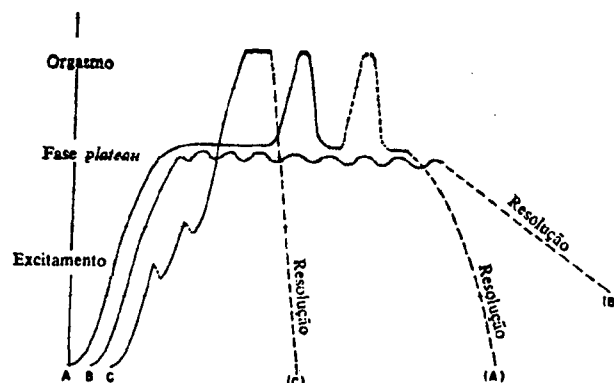


FIG. 1-2
O ciclo da resposta sexual feminina.

Master & Johnson consideram que esses padrões são simplificações das respostas mais frequentes observadas e apenas representativos da infinita variedade que são as respostas sexuais femininas. A intensidade e a duração da resposta são fatores que devem ser considerados na avaliação da reação sexual da mulher.

Descrevemos, sumariamente essas quatro fases da resposta sexual humana. A **primeira fase, ou a fase de excitamento**, do ciclo humano da resposta sexual, desenvolve-se a partir de qualquer fonte de estímulo, somático ou psíquico. O excitamento depende do fator estimulante, e se for adequado à necessidade individual, a intensidade da resposta aumenta, em geral rapidamente. Caso contrário, se a aproximação estimulativa estiver sujeita a objeções físicas ou psicológicas, pode prolongar-se muito, até interromper-se.

A **segunda fase ou a fase de plateau** do ciclo sexual ocorre, caso continue o estímulo sexual efetivo. Nesta fase, as tensões sexuais são intensificadas e subseqüentemente atingem o nível extremo no qual o indivíduo, por fim, pode atingir o orgasmo. A duração da fase plateau depende entre outros, da eficácia dos estímulos combinada com o fator da exigência individual. Caso os estímulos ou a condução sejam inadequados, ou se todos os estímulos forem suprimidos, não haverá a fase orgásmica e passará vagarosamente, dos níveis de tensão da fase plateau para uma fase de resolução (fase final), excessivamente prolongada.

A **fase orgásmica** tem duração de poucos segundos, e ocorre quando a vasoconstricção e a miotonia desenvolvidas pelos estímulos sexuais são libertados. Na mulher, o incremento máximo se dá na região pélvica, mais especificamente

concentrada no clitóris, na vagina e no útero, e no homem, no pênis, na vesícula seminal e na próstata. Embora descrita fisiologicamente, Master & Johnson deixam claro que o envolvimento total do corpo é experimentado subjetivamente na base dos padrões da reação individual. Quanto à experiência orgásmica feminina, existe uma grande variedade tanto na intensidade quanto na duração, enquanto que no homem tende a seguir os padrões estandardizados da reação ejaculatória com menos variação individual.

A quarta fase, ou a fase de resolução é experimentada a partir do ponto culminante de suas expressões orgásmicas. Este período involuntário da tensão desenvolve-se como uma reação contrária, para um estado não estimulado.

As mulheres podem experimentar uma nova experiência orgásmica, a partir de qualquer ponto da resolução, se submetidas à reaplicação de estímulos efetivos, e principalmente se a reversão for instituída ao nível da tensão plateau.

Para o homem, a fase de resolução ou fase final inclui a imposição de um período refratário, o qual se pode estender, durante a fase de resolução, tanto tempo quanto pode durar um nível baixo de resposta, na fase de excitação. A reestimulação efetiva a níveis mais altos de tensão sexual só é possível depois de terminado o período refratário. Com poucas exceções, a capacidade fisiológica do homem para responder à reestimulação é muito mais vagarosa do que a da mulher.

Enfim, esta é a descrição da fisiologia da seqüência contínua da resposta humana à estimulação sexual efetiva feita por Master & Johnson, que estudaram também as respostas gerais do corpo, ou de órgãos específicos.

Outro modelo foi sugerido por Helen Singer Kaplan, uma sexo-terapeuta de formação psicanalítica, que em 1974, fez as primeiras tentativas de reflexão sobre o modelo proposto por Master & Johnson sobre a resposta sexual humana. Curiosamente, Master e Johnson partem das experiências laboratoriais para propor um modelo terapêutico, e Kaplan, ao contrário, parte da experiência clínica e propõe um modelo fisiológico.

Do modelo do determinismo biológico da resposta sexual humana de Master & Johnson passou-se para o modelo trifásico de Kaplan, que introduziu um comportamento subjetivo: o desejo. Kaplan evidenciou que a resposta sexual humana não consiste em uma seqüência de eventos separados como Master & Johnson sugeriram. Evidenciou também o controle do sistema nervoso autônomo, de forma que a vasocongestão genital e o orgasmo são algumas vezes impedidos

seletivamente por doenças e drogas. Observou que o entumescimento vaginal é controlado principalmente pelo sistema nervoso parassimpático, enquanto que o orgasmo é um reflexo particularmente regulado pelo sistema nervoso simpático. Esse modelo é mais aceito, pois com isso consegue-se explicar a importância do controle subjetivo da resposta sexual (Moreira, 1988, p.65).

O desejo sexual passa então, a ser uma condição fundamental para toda a subsequente alteração orgânica da resposta sexual. O grau de satisfação é derivado da intensidade do desejo e da excitação psicológica com que decorreu o ato. Kaplan conclui, ainda, que a excitação fisiológica nem sempre é medida da excitação psicológica, isto é, o grau de entumescimento, lubrificação pode não se dar, às vezes, em mesmo "grau em que a mulher está 'acesa' para o ato" (Moreira, 1988, p. 66).

1.1.4 A contribuição das Ciências Sociais

1.1.4.1 A contribuição da antropologia

A antropologia é outro campo disciplinar que, tem contribuído para o entendimento do que é a sexualidade. A importância da sua contribuição está em mostrar que a sexualidade vai além do determinismo biológico e da perspectiva psicológica e que para compreendê-la, são necessários estudos histórico-culturais. Pode-se afirmar que dos estudos antropológicos emergiu um certo consenso de que a sexualidade é mediada por fatores históricos e culturais, e que o seu significado varia conforme a forma que a mesma é definida e compreendida em diferentes culturas e períodos históricos.

No livro "**Macho e Fêmea**" (1971), Margareth Mead faz as descrições antropológicas de sete culturas "primitivas" dos Mares do Sul por ela estudadas entre 1925 e 1939. A autora compara estes povos com outras sociedades humanas, considerando as formas de relação entre uma geração e outra, a estrutura das famílias, a divisão social do trabalho, a variabilidade dos comportamentos e dos papéis sexuais. Com isso, nos faz compreender de que maneira as diferenças e semelhanças nos corpos dos seres humanos estruturam os conhecimentos sobre o sexo e suas relações.

Com essa obra, Mead inaugura o primeiro modelo da abordagem sócio-antropológica da sexualidade, que inicia na década de 20. Esse modelo é conhecido como “modelo de influência cultural”, e enfatiza o papel da cultura e do aprendizado na formação do comportamento e das atitudes sexuais. Descreve as variedades dos papéis sexuais em cada povo, contrapondo-se a abordagem estática e universalista da sexualidade. Essa contribuição teórica é considerada importante, porque possibilitou questionar noções dominantes sobre a inevitabilidade ou naturalidade das normas e comportamentos sexuais comuns na América e Europa.

Já em seu livro “**Sexo e Temperamento**”, Mead (1972) descreve os resultados de seu estudo na Nova Guiné. Compara três culturas (Arapesh, Mundugomor e Tchambuli) que tinham uma organização social semelhante, e observa que as culturas de Arapesh e Mundugomor não estabeleciam um padrão sentimental distinto para homens e mulheres. Na cultura de Arapesh, a docilidade era o traço de personalidade valorizado, o que, possivelmente, se caracterizava como maternal. Já entre os Mundugomor, o comportamento agressivo era incentivado para homens e mulheres. Nestas duas culturas, o que existia era um tipo de personalidade ou temperamento socialmente aprovado para todos os integrantes da sociedade. Na terceira sociedade observada, a Tchambuli, suas personalidade se opõem e se completam idealmente, sendo que os signos de masculino e feminino estão invertidos em relação ao padrão ocidental (Mead, 1972). Esse estudo de Mead, especificamente, demonstra como determinadas culturas podem ou não, enfatizar uma relação entre sexo e personalidade.

Não trataremos de toda a contribuição da Antropologia ao tema, apenas estamos postulando, que os estudos antropológicos contribuíram para compreendermos como os nossos corpos aprenderam através da vida, a ser macho e fêmea.

Além disso, proporciona o entendimento de que, na espécie humana, além de machos e fêmeas, a qualidade de ser homem ou de ser mulher é realizada pela cultura. Segundo essa abordagem, é a cultura que humaniza a espécie, e o faz em sentidos muito diferentes, ficando a dimensão biológica da espécie humana bastante obscurecida na medida em que é próprio da condição do ser humano a capacitação cultural como essencial à sobrevivência.

O ser humano, ao nascer, apresenta características anatômicas e funcionais, que determinam a aparência de uma pessoa e pelas quais será classificada como pertencente ao grupo de mulheres ou de homens. Desencadeia também uma série

de expectativas, estereótipos, valores e desejos que determinam a condição social de ser mulher ou de ser homem.

Segundo Guimarães (1996, p.93), na sociedade ocidental atual, “a representação social das relações de gênero reserva à construção simbólica da masculinidade certas características que propiciam ao homem um livre acesso a sua sexualidade, pensada em termos da própria exposição do homem ao mundo. Ser homem em nossa cultura significa dispor de uma sexualidade em evidência, donde pressupõe-se uma relação de intensa intimidade com o prazer e a liberdade de seu exercício. Contrapondo-se a essa cultura do ser masculino, a sexualidade feminina caracteriza-se por um exercício constante do desconhecer, do silenciar, do conformar-se, inclusive diante dos processos biológicos específicos percorridos para o desenvolvimento de seu próprio amadurecimento físico” (Guimarães, 1996, p.93).

1.1.4.2 A contribuição da sociologia

A sociologia vai discutir a questão da sexualidade numa abrangência maior do que a determinação biológica e a dinâmica da psicologia humana. A sociologia inclui na análise da sexualidade, a perspectiva histórica, e como em cada sociedade ela é influenciada pelos padrões estruturais e culturais, além de expressar-se em sujeitos que se relacionam socialmente e que tem potencial para organizar-se na defesa de seus direitos.

Considerando-se a complexidade do tema e a amplitude da contribuição da sociologia para o entendimento da sexualidade, optamos por destacar a contribuição do Movimento Feminista e a teorização sobre gênero e a abordagem sócio-histórica, pela relevância e atualidade dessas contribuições.

A) As contribuições do Movimento Feminista para o entendimento da sexualidade

Os estudos sobre gênero e sobre a sexualidade feminina têm múltiplas abordagens, mas aqui, estamos considerando a entrada em cena, das mulheres enquanto movimento social organizado na produção teórica e na luta social, e por isso, a sua localização no campo da produção teórica da sociologia.

a) Gênero como categoria de análise

O termo “**gênero**” vai além do significado puramente gramatical. Difere do termo “**sexo**”, pois segundo Oliveira (1996, p.2), o “ termo ‘sexo’ reporta-se a um significado biológico, enquanto ‘gênero’ é utilizado na perspectiva de relações e representa uma elaboração cultural sobre o sexo”.

Segundo Scott (1990, p.8) o termo subsidiou posições teóricas distintas. A primeira empenhou-se em explicar as origens do **patriarcado**. A segunda focalizava a divisão social e sexual do trabalho como núcleo motor da desigualdade e teve o **marxismo** como referência. Outros estudos se fundamentaram na perspectiva da **psicanálise**, pois colocavam um peso maior na socialização como aprendizagem de papéis que se repetem ao longo da vida, onde ao papel feminino tem cabido um status ou prestígio social menor.

Louro aponta, também, uma outra perspectiva teórica, o “**feminismo radical**”, que não via possibilidade de ancorar as análises da condição feminina em quadros teóricos montados sobre uma lógica androcêntrica, rejeitando portanto as outras categorias de explicações (Louro, 1997, p.20).

Os estudos que explicam a subordinação da mulher ao **sistema de patriarcado**, encontram explicação na “necessidade” masculina de dominar as mulheres pelo desejo dos homens de transcender sua privação dos meios de reprodução da espécie. De forma um pouco diferente, mas ainda dentro da explicação na perspectiva teórica do patriarcado, algumas feministas consideraram que apesar da reprodução ser a “amarga armadilha” das mulheres, a libertação delas viriam das transformações na tecnologia da reprodução que poderia eliminar a necessidade dos corpos das mulheres como agentes da reprodução das espécies (Scott, 1990, p.8).

Outras teóricas não buscam na reprodução a chave do patriarcado, mas na sexualidade. Segundo essa abordagem, expressa nas palavras de MacKinnon, “a sexualidade está para o feminismo assim como o trabalho está para o marxismo: é aquilo que mais nos pertence e o que todavia nos é mais roubado” (MacKinnon apud Scott, 1990, p.8), pois para a mesma autora “a reificação sexual é o processo primário de submetimento das mulheres”. MacKinnon, ao continuar fazendo a analogia com Marx, propõe como método de análise feminista, não o materialismo

dialético, mas os grupos de consciência, que levariam a compreensão de uma identidade comum e conduziriam a uma ação política (Scott, 1990, p.8).

A teoria do patriarcado explica, de diversas formas, as desigualdades entre os homens e as mulheres. No entanto, vários problemas são apontados, em relação a essa teoria, entre eles, que estas não mostram como a desigualdade de gênero estrutura todas as outras desigualdades ou como o gênero afeta estes domínios da vida que não parecem ser a ele ligados. Outro problema é que a análise permanece baseada sobre a diferença física e revestida de um caráter universal e imutável, fora de uma construção social ou cultural.

Já as feministas marxistas utilizam uma abordagem mais histórica, mas também existem algumas variações teóricas. Nas teorias que utilizam do duplo sistema, o patriarcado e o capitalismo, que são separados mas em interação, se referem a vertentes marxistas ortodoxas sobre os modos de produção sendo que a explicação das origens e das transformações dos sistemas de gênero acha-se fora da divisão sexual do trabalho. Neste sentido, famílias, lares e sexualidade são consideradas produtos da transformação dos modos de produção, pois a causalidade econômica estaria sempre mudando e desenvolvendo o patriarcado (Hartmann apud Scott, 1990, p.9). Para Hartmann, 'é necessário eliminar a divisão sexual do trabalho enquanto tal para terminar com a dominação masculina', entendendo que com isso, coloca um fim à segregação profissional segundo os sexos. Os problemas desta vertente teórica também giram em torno dos mesmos problemas: a condição de reprodutora determinando a divisão sexual do trabalho, o reconhecimento da não determinação econômica sobre a relação de gênero considerando que a subordinação das mulheres antecede o capitalismo e continua no socialismo e também porque as questões relativas ao gênero estão presentes nos dois sistemas econômicos.

Já na terceira vertente, apesar das feministas reconhecerem a causalidade dos contextos sociais, elas não deixam de sugerir a necessidade de estudar a "estrutura psíquica da identidade de gênero". "se fala freqüentemente da 'ideologia de gênero' que 'reflete' as estruturas econômicas e sociais, há também um reconhecimento crucial da necessidade de compreender 'o laço' complexo 'entre a sociedade e uma estrutura psíquica persistente'" (Scott, 1990, p. 9).

Nos anos 80, contestando a perspectiva da determinação biológica, implícita no uso de termo como sexo ou diferença sexual, e considerando, também, que existem

diferenças entre as mulheres (classe social, etnia, entre outros), as feministas anglo-saxãs passam a usar o termo **gênero**, distinguindo da palavra sexo (Louro, 1997, p. 21).

O conceito "gênero" passa a ser uma categoria de análise, pois torna-se explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural construído hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos.

Nesta perspectiva conceitual, apesar do caráter fundamentalmente social, não se nega que o gênero se constitui com e sobre os corpos sexuados, ou seja, "não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas" (Louro, 1977, p.22). Em outras palavras, isto significa que, "machos" e "fêmeas" se transformam em homens e mulheres, não a partir de características biológicas, mas a partir de como cada sociedade os valoriza e os significa. As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas, mas nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação, isto é, no plano comportamental ou da construção da subjetividade. As características distintas entre homens e mulheres, não seriam uma consequência natural de suas peculiaridades no plano biológico, sendo entendida como construções sociais (Villela & Barbosa, 1996, p.190).

O conceito gênero passa então, a ser usado com um forte apelo relacional, uma vez que é no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros. E, neste sentido, refere-se também aos homens, além de ser necessário levar em consideração as distintas sociedades e os distintos momentos históricos, afastando-se das proposições essencialistas sobre os gêneros, como algo que exista a priori, e caminhando para o entendimento de que essa relação é um processo, uma construção social (Louro, 1997, p.23).

Scott (1990, p.14) define gênero fundamentada em duas proposições: "o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos", e "o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder", isto é, o "gênero" é um primeiro campo no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. Sendo assim, para Scott(1990, p. 16) as relações de "gênero" implicam em quatro elementos, e nenhum dentre eles pode operar sem os outros: os símbolos culturalmente disponíveis evocam representações simbólicas;

os conceitos normativos que põem em evidência as interpretações do sentido dos símbolos; incluem uma noção política bem como uma referência às instituições e à organização social e, por último, a identidade subjetiva.

Ressaltamos que o termo gênero, visto nesta perspectiva, fundamentalmente social e relacional, não se refere à construção padronizada e a-histórica de papéis masculinos e femininos e que estes resultariam basicamente de “padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros e que definem seus comportamentos, suas roupas, seus modos de se relacionar ou de se portar...Através do aprendizado de papéis, cada um/a deveria conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou para uma mulher numa determinada sociedade, e responder a essas expectativas” (Louro, 1997, p. 24).

b) O Movimento Feminista e a sexualidade feminina

Historicamente falando, o movimento feminista se refere a um movimento social ocidental, organizado no século XIX, e que na virada do século adquiriu maior visibilidade e expressividade com o “sufragismo”. Este movimento é reconhecido como a “primeira onda” do feminismo, e estava ligado à luta das mulheres brancas de classe média pelo direito do voto. Com a conquista deste direito, o movimento arrefeceu.

A partir do final da década de 60, mais exatamente em 1968, sob um quadro geral de grandes contestações, e de transformações, ressurgiu o movimento feminista contemporâneo.

Essa “segunda onda” do movimento feminista, além de preocupar-se com as questões sociais e políticas, se volta para os estudos teóricos da condição feminina. Assim, com a participação das militantes feministas no mundo acadêmico, surgem os **estudos da mulher** configurando-se como um campo de estudo e tornando visível aquela que fora ocultada, decorrente da segregação social e política a que foi historicamente submetida. A obra de Simone de Beauvoir, “O segundo sexo”, por exemplo, marca esse novo momento do movimento, através do **fazer intelectual** (Louro, 1997, p. 14).

As primeiras teorias surgem com a abordagem que se rebela contra a condição feminina vista como determinada pela **diferença biológica**, isto é, a atribuição das

desigualdades sociais entre homens e mulheres à distinção entre sexos, naturalizando, assim, a condição de inferioridade feminina.

Neste sentido, a posição inicial das estudiosas feministas foi de negar a diferença, e reivindicar a igualdade, tanto que as primeiras lutas do Movimento Feminista se centravam na reivindicação da igualdade entre mulheres e homens, no âmbito social, político e econômico.

Com o avançar dos estudos feministas, reconhece-se que homens e mulheres são seres semelhantes, mas não iguais, no que se refere às distinções biológicas e, passa-se então, a elogiar a diferença. A “diferença” é assumida e transformada numa afirmação e valorização positiva. Várias teorias foram construídas com o objetivo de provar as “distinções físicas, psíquicas, comportamentais, para indicar diferentes habilidades sociais, talentos ou aptidões; para justificar os lugares sociais, as possibilidades e os destinos ‘próprios’ de cada gênero” (Louro, 1997, p. 45). Essa segunda vertente é chamada de “feminismo liberal”.

Outra perspectiva teórica para a explicação da condição feminina foi calcada nas “relações sociais de sexo”. O termo “gênero” é utilizado como maneira de indicar “construções sociais”, isto é, a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres.

Nos primeiros estudos, as categorias sexualidade e gênero estavam interligadas, e incidiam diretamente na esfera da reprodução biológica e social. Nesse sentido, a condição da mulher em “ser reprodutora naturalmente”, conferia-lhe um status inferior, pois reprodução-sexualidade-gênero se confundiam. Consequentemente, dada a essa condição biológica, a **inevitabilidade** e a **naturalidade** da subordinação feminina se constituíam pela relação assimétrica de gênero.

No decorrer dos anos 80, os estudos teóricos apontaram mudanças, e sexualidade e gênero não estariam necessariamente interligados. Sendo assim, a sexualidade não estaria relacionada ao gênero, mas estariam estritamente unidos, e a reprodução e sua organização tornaram-se os principais eixos da diferenciação macho/fêmea e do desenvolvimento do sistema de gênero (Vance, 1995, p. 21).

Identificamos essa nova vertente teórica nos estudos de Rubin (1975) e Scott (1993), os quais marcam no âmbito acadêmico, o deslocamento do conceito de patriarcado para o uso do sistema sexo/gênero como categoria de análise.

Rubin pensou o sistema sexo e sistema gênero de forma distinta, embora intimamente relacionados. Ela difere os dois sistemas, pois parte do argumento de

que, sendo o feminismo uma teoria de opressão de gênero, e ao transformar automaticamente o feminismo em uma teoria de opressão sexual, sem distinguir, de um lado o gênero, e o desejo erótico de outro, faz emergir a noção de que uma teoria da sexualidade poderia se derivar da teoria de gênero. Nesse sentido, se pensa em sistemas diferentes, mas interligados, pois o gênero afeta a operação do sistema sexual, e o sistema sexual tem manifestações específicas de gênero (Rubin, 1975, p.31).

Um pouco diferente de Rubin, Parker pensa em 3 sistemas: sistema de gênero, sistema de sexualidade e sistema erótico. Segundo esse esquema, além do sistema gênero ser distinto do sistema da sexualidade, o sistema erótico desvincula-se do sistema sexualidade. Para ele, o sistema da sexualidade seria mais normativo, como os dispositivos que reconfiguram as representações da sexualidade, como é o caso da religião e o discurso médico. Já o sistema erótico ordenaria as práticas sexuais (Parker apud Corrêa, 1996, p. 156).

Paiva (1994, p. 233), ao falar sobre a(s) sexualidade(s) brasileira(s), concorda com Parker, quando ele afirma a existência de uma cultura sexual hegemônica brasileira⁹, em que se articulam pelo menos cinco subsistemas ideológicos:

- o primeiro, está relacionado a ideologia do gênero patriarcal cujas polaridades são o feminino/passivo e o masculino/ativo;
- a influência religiosa judaico-cristão da tradição ibérica onde os valores são o casamento, a monogamia e o sexo procriativo;
- discurso da medicina social do século XIX, que define a sexualidade saudável e a patológica;
- “o discurso feito pela ‘ciência do sexo’, que enfatiza a informação científica sobre o sexo, a escolha individual e as verdades pessoais”;
- No século XX, surge a ideologia do erótico, que define o brasileiro como sensual e sedutor. A norma é transgredir para obter o prazer, que tem a ver com o carnaval, com a exibição do corpo, com a perversão assumida, ou a ideologia da “sacanagem”.

⁹ Segundo Parker, somente os quatro primeiros subsistemas tem influência da cultura do colonizador branco europeu (Parker apud Paiva, 1994, p. 233). Ressalta-se que no contexto histórico brasileiro, é marcante o domínio dos colonos brancos europeus sobre certos grupos sociais e “étnicos”. No campo da sexualidade, a histórica apropriação do homem da casa branca sobre o corpo da mulher da senzala, representa bem o contexto colonial brasileiro, e que na atualidade ainda se faz presente, embora com contornos diferentes.

c) As críticas a Freud e a Master & Johnson

- Em relação à contribuição de Freud

Muitas das feministas apontam que o modelo de homem e mulher presente nas formulações teóricas de Freud, mostra a influência da ideologia patriarcal. O homem é um ser completo e a mulher um ser mutilado, castrado, que somente consegue ser feliz, mediante a aceitação do marido e com a maternidade. E nas formulações de Freud aparecem referências a relação entre masculino e feminino como ativo e passivo, respectivamente, considerado como consequência natural da diferenciação biológica e da dinâmica da construção da identidade que daí decorre.

Para Fromm (1977, p.52), quando Freud escreveu a “libido é masculina”, ele parte da crença nas idéias vitorianas da mulher como ser desprovido de sexualidade própria, afirmando a superioridade natural do homem sobre a mulher.

Segundo esse mesmo autor, Freud apesar de romper com a concepção de sexualidade tradicional da época e de reconhecer que o inconsciente humano, tem seus princípios baseados em pensamentos mecanicistas e materialistas, isto é, “todos os fenômenos psíquicos têm suas raízes em certos processos fisiológicos e podem ser suficientemente explicados e compreendidos se conhecermos essas raízes” (Fromm, 1977, p. 44).

A teoria de Freud sobre a sexualidade é alvo de muitas críticas de alguns psicanalistas contemporâneos e das feministas, especialmente por reduzir a sexualidade ao componente corpo-mente.

Além disso, Tiefer (1993, p. 42) considera que Freud, na construção de sua teoria, pré-determinou o fenômeno da sexualidade em um padrão linear, com leis universais, desconsiderando a dimensão social e histórica do processo individual de cada ser humano.

- Em relação à contribuição de Master & Johnson

As descobertas de Master & Johnson foram detectadas por muitas feministas com aplausos, pois diziam que “as mulheres são capazes de resposta sexual orgástica, de que o clitóris é a estrutura genital mais sensível e de que a sexualidade masculina e feminina é mais semelhante do que diferente. Acharam que essas

descobertas liberavam as mulheres da tirania do 'orgasmo vaginal' freudiano e abriam caminho para uma maior autodeterminação sexual feminina. Sentiram-se confortadas com a 'prova' biológica que se oferecia às suas demandas de igualdade" (Tiefer, 1993, p.43).

Por outro lado, feministas levantam que na linha desses teóricos, a fisiologia e os mecanismos da sexualidade foram tomados como elementos centrais, acarretando numa visão redutora da sexualidade humana.

A publicação das observações fisiológicas de Master & Johnson (1966) legitimou a crença de que determinada seqüência de alterações físicas constitui um padrão normal, inerente, universal, o que é chamado de "ciclo de reação sexual humana". A sexualidade, a partir daí, tem sido construída como um tipo de coisa que tanto animais como gente apresentam e exercem: comportamento, orgasmo, hormônios, relações cérebro/comportamento.

Esta visão é reproduzida no discurso biomédico, que estabelece a sexualidade como um evento biológico, um conjunto de comportamentos, explicado pela ação natural dos hormônios que determinam os instintos humanos e tomam isto como norma, onde os desvios podem ser tratados/corrigidos (Tiefer, 1993, p.43).

Isto faz com que os profissionais de saúde muitas vezes interpretem a sexualidade como "essência universal, inerente, de impulso biológico, que se manifesta numa série de formas diretas e indiretas, influenciadas por valores sociais e pela psicologia individual" (Tiefer, 1993, p.43).

B) A sexualidade na perspectiva sócio-histórica

a) A sexualidade feminina no contexto da história da humanidade ocidental

O imaginário das sociedades ocidentais se impregnou pelo mito de Adão e Eva, que dita o modelo de submissão e de desvalorização da mulher, a repressão sexual, o sistema de culpa e controle sexual, a regulamentação da conduta sexual e os mecanismos de representação simbólica negativa da sexualidade. Essas representações contribuem para que a sociedade permaneça baseada na diferença entre os sexos (Vieira, 1994, p.55)

No caminhar da história, a sociedade patriarcal¹⁰, foi consolidando-se com o sistema de hierarquia e de poder (Deus, Rei e pai). Nas mãos masculinas confinou-se o poder, a propriedade, a política e a economia, e coube à mulher calar e se submeter, confinada no espaço privado. Neste espaço, as mulheres são agentes de reprodução de uma sociedade cujos valores e regras são masculinos e que elas nem refletiram, perpetuando valores que submetem, diminuem, escravizam e geram frustrações a elas mesmas (Vieira, 1994 p.57).

Contudo, as mulheres são percebidas pelos homens como perigosas, pois podem valer-se de estratégias como a sedução.

Diante desse temor, é contra a sexualidade feminina que os homens se voltam, combatendo a assunção do corpo e do prazer pela mulher. Através de “inúmeros mecanismos de controle, como a repressão, o uso distorcido da ciência e a dupla moral, afirmam que a função feminina – sexualidade confundida com reprodução – é a de produzir filhos legítimos dentro do casamento” (Vieira, 1994, p.58).

O casamento indissolúvel, condição essencial para a estabilidade da sociedade, é uma das maneiras de conter o poder feminino. Através do casamento, constitui-se o núcleo familiar, com o objetivo de armazenar os bens materiais adquiridos, além de se tornar o centro da formação ideológica de seus componentes.

O sexo, justificado no casamento apenas como meio de reprodução e um dever conjugal, irá forjar a imagem da mulher ideal, da mãe pura e honesta, da esposa frígida, ideologia veiculada e reforçada também pelos teólogos.

Para o homem, o prazer sexual era buscado fora do casamento, facilitado pela existência da dupla moral e da prostituição. A mulher e a prostituta serviam ao corpo do homem, mas a nenhuma das duas o prazer sexual era um objetivo a ser perseguido. O corpo da mulher era como objeto do corpo do homem (Vieira, 1994, p.58).

Até então, o casamento era desvinculado do amor e servia os interesses das famílias.

¹⁰ Em geral, nos estudos feministas, o conceito de “patriarcado” é trabalhado, a partir da definição weberiana, que, em termos gerais se refere “à autoridade de um senhor sobre seu grupo familiar” (Ávila & Gouveia, 1996,

A partir do século XVIII, se estabelece o ideal do casamento romântico. A mulher, além de desempenhar todas as funções sociais inerentes à sua respeitabilidade, viu-se transformada repentinamente na amante ardorosa e apaixonada, conflituando-se com a educação repressiva recebida.

O sexo passa a ser expressão de um envolvimento afetivo profundo, não se restringindo a reprodução. Os interesses do patriarcado de controlar a reprodução e garantir a paternidade se mantêm, agora através do amor (Vieira, 1994, p.59).

Assim, historicamente, a vivência e o discurso sobre a sexualidade foram se construindo a partir das relações de gênero, e a subordinação da mulher foi se estendendo também ao corpo, ao prazer e a sexualidade.

O movimento repressivo da sexualidade¹¹ durante os séculos XVI, XVII e XVIII começou a mudar no século XIX perante as descobertas e os avanços científicos que transformaram o mundo.

b) A contribuição de Michel Foucault

Ressaltamos aqui, em especial, a contribuição de Foucault, para os estudos feministas sobre sexualidade. As três obras de Foucault sobre a história da sexualidade sistematizam o estudo da sexualidade através de sua trajetória histórica. No primeiro livro, ele focaliza a história da sexualidade do século XVI até o XIX. No seu segundo livro, ele faz um longo recuo histórico até o século IV a.C., com o objetivo de abordar a sexualidade com uma experiência moral. Na terceira obra, ele procura reconstituir a história do período grego e romano nos dois primeiros séculos. No conjunto dessas obras, Foucault analisa de um lado, a articulação entre saber e poder em relação ao prazer sexual, e, de outro, analisa a relação do sujeito consigo mesmo frente à sexualidade.

Scott, ao escrever sobre gênero, se apoiou em conceitos elaborados por Michel Foucault, principalmente porque o mesmo fundamenta que a relação de gênero se produz nas e pelas relações de poder (Louro, 1997, p.38). Nesta abordagem, o poder é entendido no contexto de constelações dispersas de relações desiguais, constituídas pelos discursos nos "campos de forças sociais" e substituiu a noção de

p.172).

¹¹ A repressão da sexualidade, de acordo com Foucault (1988), teria triplo sentido: de proibição, de condenação ao silêncio e de eliminação do campo das visibilidades.

poder social unificado, coerente e centralizado. Segundo Scott (1990, p.14), “gênero é o primeiro campo no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado”.

Corrêa referindo-se a Foucault, diz que ele “desmonta as representações fixas sobre a sexualidade demonstrando que cada época, cada cultura e até mesmo cada subcultura produz dispositivos específicos no que diz respeito ao exercício das práticas sexuais, às formas institucionais de controle destas práticas e à própria organização cultural da sexualidade” (Corrêa, 1996, p.152).

Corrêa (1996, p.152) considera que a grande contribuição deste autor para o feminismo, foi quando ele traçou uma “História da Sexualidade” por “reconhecer que a variabilidade histórica é tão importante na análise da sexualidade quanto de qualquer fenômeno social e político”, além disso o seu estudo aponta a relação complexa da conjugação de forças econômicas e sociais, formas de produção, ideologias, movimentos políticos e sistemas legais. A face mais absorvida e melhor trabalhada pelas feministas brasileiras da obra de Foucault, é aquela que privilegia o exame dos modernos dispositivos de controle da sexualidade. O diálogo com Foucault permitiu que, no interior da elaboração sobre a saúde e direitos reprodutivos, fosse produzida uma crítica consistente com relação aos sistemas médico e a perversão administrativa das novas tecnologias de reprodução.

1.2 SEXUALIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE

1.2.1 Intervenção da medicina social no Brasil e a medicalização da sexualidade

A intervenção médica sobre a sexualidade no Brasil, neste século, se dirigiu basicamente, para a normatização e controle do corpo e da população. As correntes médicas higienistas bem sucedidas na Europa, no século XVIII, chegam no Brasil, no século XIX. Instalam-se medidas de combate à masturbação e às doenças sexualmente transmissíveis, e medidas educativas para preparar a mulher para o desempenho adequado de seu papel de esposa e mãe (Ribeiro, 1988, p.945).

Conforme Marques (1991, p.78), o Estado, no início do século, através de campanhas intervencionistas, buscou estabelecer o comportamento sexual das pessoas e “as práticas médicas tratariam de preservar e de recomendar condutas sexuais, criando formas de intervenção, de gerência sobre o sexo, sob o manto ‘purificado e neutro da ciência’”.

É a medicina atuando como interventora privilegiada na administração dos corpos, autorizada por seu conhecimento científico.

Segundo a mesma autora, até esse período, a intervenção médica se deu através do discurso higienista, que buscava o combate e o controle da sífilis através da abstinência até o casamento e, concomitantemente, intensificava a perseguição às prostitutas.

A medicina, através de um discurso científico, dá uma nova importância ao papel da mulher dentro da família, e a reduz ao papel de esposa e mãe, através de um discurso científico.

O discurso higienista delega ao homem e à mulher as funções de pai e de mãe. A partir da preocupação com a criança e com a família, e o papel designado à mulher, a intervenção médica aparece como reguladora de toda a sua vida. Neste contexto, a mulher passa a ser o agente da família do projeto médico de perpetuação e proteção à infância.

O lugar da mulher dentro do lar é recriado, e Nunes (1991, p. 52) identifica, nesse discurso, a idéia de positivar uma inferioridade feminina. O discurso de que o matrimônio é útil e necessário para a mulher também é reforçado pela medicina.

Essa questão abre espaço para que a medicina dê também fundamento científico para a sexualidade conjugal como algo que teria menos importância para a mulher do que para o homem, ficando o desejo feminino limitado nesse espaço conjugal (Nunes, 1991, p.52).

É a medicalização social¹² da sexualidade, que define as condutas sexuais dos indivíduos.

Dentre os autores que discutem essa questão, destacam-se os estudos de Michel Foucault. Segundo este autor, a medicalização inaugurou uma perspectiva de controle da ordem social identificada, pelo mesmo, como biopolítica. Este modelo tem na sexualidade um domínio dotado de grande instrumentalidade, uma vez que esse domínio dá acesso simultâneo ao indivíduo e ao controle das populações.

É sobre essa dupla face da sexualidade que se constrói a lógica desse modelo que é chamado de reprodutivo, uma vez que ao regular as coletividades, através de medidas coletivizadas, atinge o nível individual de conduta.

Assim, fala-se em dois modelos de medicalização, historicamente configurados, em relação à sexualidade. O primeiro, dotado de preceitos generalizantes, apóia-se sobretudo na medicina e no controle sanitário e reprodutivo das populações. Nele, o problema da relativa autonomia do indivíduo – a valorização das subjetividades, do desejo e do prazer – ocupa papel secundário com relação à lógica reprodutiva. No segundo – que explora principalmente o processo de individualização e formação das subjetividades – ao contrário, esses aspectos são extremamente valorizados, e sua lógica tem como referência importante a disciplina da “saúde mental”.

Esses modelos, longe de serem excludentes, convivem de maneira desigual, mas fortemente presentes na medicina e no controle da sexualidade, contemporaneamente (Corrêa, p.121, 1994).

1.2.2 Políticas recentes do Estado brasileiro para atenção à saúde feminina

No ano de 1975, comemorou-se o Ano Internacional da Mulher, e o período de 76 a 85 foi instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a “década da mulher”, cuja proposta era desenvolver políticas públicas de proteção à mulher

¹² A medicalização social constitui um processo pelo qual o modo de vida das pessoas é normalizado pela medicina e saberes correlatos, que se assenta sobretudo nas bases científicas da medicina moderna da

para diminuir os índices de violência, morte materna, discriminação racial, abusos sexuais e promover esforços para eliminar toda forma de discriminação social à qual a mulher estava submetida (Ferreira, 1996, p.33).

Há também uma preocupação muito grande com o tema “saúde da mulher” nos meios sociais, principalmente nos meios acadêmicos.

A partir de 1975, o Estado brasileiro implanta uma política específica para a saúde da mulher e foi “como uma resposta do governo a alguns problemas sanitários selecionados como prioritários”(Ferreira, 1996, p.31).

Este programa, denominado Programa Materno-Infantil (P.M.I.-1975), era constituído de 6 sub-programas, voltados quase que exclusivamente ao fenômeno reprodutivo¹³. Através destes sub-programas, as ações eram diretamente dirigidas às mães e ao seu filho, e com um certo privilegiamento deste último. Reforça-se a “idéia do recém-nascido como a extensão do corpo feminino, cunhando-se a expressão ‘binômio mãe- filho’; desta forma, no puerpério, concentram-se todas as ações dirigidas não à mulher mas à criança: o aleitamento, o cuidado do umbigo, o sono e o repouso do bebê, etc.”(Ferreira, 1996, p.38).

Em 1978, durante a VI Conferência Nacional de Saúde, foram incluídas com grande destaque, as diretrizes relativas ao Planejamento Familiar.

Na década de 80, eram fortes os argumentos controlistas da natalidade relacionando pobreza, miséria, marginalidade e delinqüência com o crescimento populacional (Canesqui apud Ferreira, 1996, p.34). Observa-se neste contexto, que a finalidade do Programa Materno-Infantil não era a mulher, mas o processo reprodutivo, inicialmente, para a garantia de uma prole sadia (mãe sadia, prole sadia) e depois, o controle da natalidade como um dos meios de combate à pobreza.

Paralelamente, no final dos anos 70 e, especialmente, nos anos 80, crescem no Brasil, os movimentos sociais como o movimento sindical, o movimento de mulheres, as Comunidades Eclesiais de Base, as Sociedades Amigos de Bairros, entre outros. O cenário do final dos anos 80 é de crise econômica com um Estado incapaz de orientar o crescimento econômico e dirigido por um governo autoritário, em crise de legitimidade, o que possibilitou a conquista da abertura política, rumo a

sociedade ocidental. O que caracteriza a “normalização da sociedade pela medicina é o fato de ela agregar à sua função política de criar e transmitir normas”(Corrêa, 1994, p.119)

¹³ Segundo Ferreira (1996, p.38), algumas modificações ainda tímidas foram observadas, em relação às ações preventivas para o controle do câncer cérvico-uterino, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao corpo e ao comportamento das pessoas nas diversas idades.

democratização do país. Neste processo, o debate sobre a questão da saúde é colocada na agenda política.

Os trabalhadores organizados ressurgem no cenário político, lutando por melhores condições de vida e maior acesso aos benefícios do desenvolvimento econômico, o que incluiu a luta pelo direito a saúde. Os trabalhadores de saúde também se organizam, denunciam o sistema de saúde e participam da construção de um projeto contra-hegemônico em saúde.

Este novo projeto no campo da saúde tem como perspectiva, o fortalecimento do setor público de saúde e orientava-se pelo paradigma sanitário¹⁴.

Nesse contexto de lutas e de transformações, o movimento feminista se destaca, lutando contra o papel tradicionalmente delegado às mulheres e defendendo para que as mesmas sejam protagonistas da sua própria história: "ao apresentarem as suas demandas específicas relacionadas com as condições concretas de vida, recriam e ampliam o conceito de cidadania, incluindo não apenas o direito à saúde, condições dignas de trabalho, educação, como o direito ao controle do próprio corpo, da sua sexualidade, da sua fecundidade" (Ferreira, 1996, p.39)(o grifo é meu).

Essa luta marca o entendimento de que as questões relativas à sexualidade, não necessariamente, tinham que ficar confinadas ao foro íntimo, ligadas à esfera privada. As mulheres colocavam a necessidade de discussão das práticas cotidianas vivenciadas por elas, também, nos espaços públicos, incluindo aí os serviços de saúde.

É neste contexto que o Movimento Autônomo de Mulheres (feministas e não feministas) tiveram as suas conquistas na área de saúde.

Através de um diálogo produtivo entre o Estado, os vários segmentos da sociedade (cientistas sociais, demógrafos, líderes de partidos políticos, representantes do movimento feminista) e o Setor Saúde, foi oficializado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que contemplava a nível de proposições, várias reivindicações do Movimento.

Dentre elas destacam-se: o direito à assistência de saúde, orientada por uma concepção ampliada de saúde e um novo modelo assistencial, cuja assistência à mulher não se limitava ao ciclo reprodutivo e ao tratamento das patologias, como diz

¹⁴ O paradigma sanitário se assenta em uma concepção ampliada de processo saúde-doença. Tem como disciplina fundamental a epidemiologia, que dá o direcionamento para o trabalho sanitário, mas não nega a importância do trabalho clínico. Os principais elementos desse paradigma são: globalidade, determinação social

Ferreira (p.40): "o eixo de ação não será o binômio mãe-filho e nem restrito ao corpo biológico mas uma outra mulher: sujeito de sua própria história".

Houve também o entendimento de que seriam fornecidas informações pelos serviços de saúde sobre o exercício da sexualidade, e posteriormente, foram sugeridas ações extensivas aos adolescentes e à mulher da terceira idade, como resposta ao direito à expressão da sexualidade.

O esboço preliminar do PAISM foi divulgado em 1983, e a partir de 1984 começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais, os documentos técnicos que nortearam as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher".

Em 1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), através da Resolução de 27/05/86, incorpora o PAISM como prioritário na sua política de atendimento.

Em outubro de 1986, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) coordenou, em conjunto com o Ministério da Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (1ª CNSDM), cuja realização tinha sido indicada na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março daquele mesmo ano e aprovou as diretrizes de interesse do Movimento Feminista. A seguir, as almejadas reivindicações destas lutas e debates foram incorporadas nos textos da Constituição em 1988, pelo trabalho articulado do Movimento de Mulheres, junto à Assembléia Constituinte, conhecido como "lobby do batom" (Ferreira, 1996, p.41).

Muito desses princípios foram aprovados na Conferência Nacional de Saúde, em março de 1988 e incorporados na Constituição de 1988, nas Leis Orgânicas de Saúde Federais (Lei 8.080/90 e 8142/90) e de alguns Estados e Municípios, estabelecendo os princípios legais para o funcionamento da rede assistencial que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS).

A definição da política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, enquanto concepção para planejamento dos serviços é muito significativa para a história da atenção ao grupo, por ser fruto de um grande movimento social, com a participação de mulheres e profissionais de saúde e por incorporar um conjunto de

necessidades¹⁵ orientadas por uma visão ampla de saúde e de integralidade feminina.

1.2.3 Os indicadores de mudanças na Política de Atenção à Saúde da Mulher: PAISM e Documento do CNDM

Os documentos oficiais que definem a Política Nacional de Saúde em relação à saúde da mulher, na década de 80, são os textos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), da Constituição de 1988 e o documento oficial do CNDM (apresentado na 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em 1986).

Outro documento produzido na década de 90, pela "Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos"¹⁶, formula a noção sobre "Direitos Sexuais e Reprodutivos".

Essas políticas têm por base uma visão mais ampla de desenvolvimento social, que vai além da vida individual e privada, no que se refere a questão reprodutiva e sexual. Assentam-se também nos princípios dos Direitos Humanos ou conforme definiu Corrêa & Petchesky¹⁷ (1996, p.16), em quatro princípios éticos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.

Pode-se afirmar que os princípios contidos nesses documentos são inovadores para a saúde da mulher, pois além de estarem articulados com as lutas mais gerais pela saúde (incluindo a luta pela reestruturação do Sistema Nacional de Saúde) e pelo direito ao exercício pleno da cidadania, traduzem as necessidades específicas do grupo feminino (que até então, não constituíam, oficialmente, demandas de saúde) em ações concretizáveis a nível da rede assistencial.

Tomando por base esses documentos e, especialmente, o documento oficial do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), destacamos aspectos inovadores em relação à política anterior de atenção à saúde da mulher, bem como indicamos as debilidades e os pontos de identidade com o modelo hegemônico de

¹⁵ Ressaltamos que, apesar dos avanços, o PAISM não contemplou, de forma específica, as necessidades de grupos "minoritários" que compõe o segmento feminino brasileiro, como as necessidades das mulheres indígenas, das mulheres negras, entre outros.

¹⁶ Em agosto de 1991 constitui-se a "Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos" que corresponde a retomada da luta pela implantação do PAISM (Corrêa, 1992, p.7)

¹⁷ Para um aprofundamento sobre esse tema, sugerimos a leitura do texto de Corrêa e Petchesky, 1996.

assistir em saúde. O documento é paradigmático porque resulta da articulação dos Conselhos Estaduais da Condição Feminina com os grupos organizados de mulheres nos Estados e com as propostas oficiais dos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social, e define o que as mulheres querem dos Serviços de Saúde.

Este documento agrupa um conjunto de idéias relacionadas à Saúde da Mulher e sua relação com os serviços, e avança nas proposições do PAISM¹⁸, dando contornos bem mais amplos e específicos no que se refere às necessidades da saúde feminina.

Neste documento, o CNDM pronunciou que, embora existam muitos pontos coincidentes entre o discurso oficial (PAISM) e do Movimento Autônomo das Mulheres, existem diferenças entre eles, que embora sutis, são bastante significativas, pois são expressões de vivências diferenciadas.

É importante frisar que esse programa governamental aparece como política de atenção à saúde da mulher, em um contexto de debate e de luta pelo fortalecimento do setor público de saúde, em que o direito à assistência de saúde se destacava na luta pelo pleno exercício da cidadania.

Ressalta-se, também, que conforme o pronunciamento do documento oficial do CNDM, o PAISM não foi uma dádiva do Estado e nem resultou de uma luta isolada dos profissionais de saúde, tratando-se de uma conquista do Movimento de Mulheres. É uma resposta do Movimento de Mulheres à política externa de controle de natalidade e à ideologia natalista da igreja católica, onde as questões relacionadas à sexualidade passam a ser um dos temas centrais, desvinculado da questão da reprodução.

A concepção que orientou a elaboração do PAISM (1984) foi de "tratar a mulher como ser integral, cujo ciclo da vida tem fases, nas quais profundas modificações existem e devem ter assistência especial" e "o reconhecimento de que estas fases são passagens naturais na vida das mulheres e que a orientação e apoio dos serviços de saúde não significam a sua medicalização ou tratamento como patologia".

¹⁸ O PAISM é criticado enquanto "programa" por alguns profissionais de saúde. Mandú et al. (1997) fazem algumas considerações apontando que o PAISM, na sua orientação técnico-operacional, não explicita de forma coerente, como as necessidades do grupo feminino deveriam ser identificadas e abordadas pelo sistema, a partir de que referencial teórico e em que estrutura organizacional. Da mesma forma, as formulações das ações do PAISM, não põem em cheque o modelo dominante em saúde (clínico, científico e androcêntrico), em sua orientação epistemológica, organizacional e tecnológica.

Essa concepção deveria subsidiar o planejamento dos serviços, reconhecendo novas necessidades de saúde do grupo feminino.

Nesta perspectiva conceitual, identificamos alguns pontos importantes de ruptura que as proposições do PAISM/CNDM fizeram com a política anterior (Política Materno-Infantil):

A – Uma nova concepção do ser MULHER:

- a) a mulher passa a ser vista como um ser construído socialmente, com estrutura psicobiológica específica e peculiar;
- b) é um ser integral, que na sua multidimensionalidade, possui necessidades de saúde, que não se limitam ao problema orgânico;
- c) o corpo da mulher é entendido como concretização de construções sociais. É um corpo que tem uma história, uma longa história conceitual, vivida na subjetividade de cada mulher;
- d) a mulher deve ser valorizada socialmente em outros papéis e não somente enquanto procriadora, neste sentido, a assistência à saúde deve ser garantida em todas as fases da vida;
- e) a mulher, sujeito das ações de saúde é agente ativa de sua própria história, do seu corpo e, na relação com os profissionais de saúde, tem direito e autonomia de decisão sobre seu próprio corpo;
- f) as necessidades de saúde da mulher não se limitam a problemas orgânicos, assim, outras necessidades ligada à condição de mulher podem constituir-se em demandas de saúde;
- g) a mulher tem o direito de viver a sua sexualidade de forma prazerosa, livre de preconceitos e tabus.

B - Concepção ampliada de saúde e de assistência de saúde:

- a) ter saúde não se limita à integralidade do corpo biológico, mas inclui os aspectos psicológicos, sociais, culturais, ambientais, entre outros;
-

- b) o modelo assistencial hegemônico na saúde, orientado pelo paradigma clínico é insuficiente, pois além de fragmentar a mulher, toma a saúde-doença, em sua expressão biológica e individual, como alvo central de atenção;
- c) compreende a saúde-doença como expressão de conflitos e equilíbrio-desequilíbrios vividos. É sobretudo um processo que deriva das condições gerais de vida, incluindo aí a condição de gênero feminino;
- d) a assistência clínica e ginecológica, desde a infância até a terceira idade, a compreensão da mulher como ser integral em cada fase do ciclo da vida com suas especificidades, com garantia de informações para o conhecimento do corpo;
- e) os profissionais de saúde devem "possuir formação adequada para exercerem a abordagem adequada das questões da sexualidade, cotidianamente trazidas na prática clínica. Não lhes compete tecer juízos de valor sobre questões de foro íntimo – tais como infidelidade, práticas sexuais – ou, ainda, prescrição de condutas sexuais, bem como não prescrever o uso abusivo de medicações e procedimentos desnecessários" (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, s/d).

C-Mudanças na organização e estrutura dos Serviços de Saúde

Para dar conta destas inovações conceituais, a política definida pelo PAISM e CNDM apontou também, para a necessidade de realização de mudanças nos serviços de saúde, as quais podem ser assim sistematizadas:

- a) o Sistema Nacional de Saúde precisa se reestruturar para garantir a qualidade no atendimento à mulher. Para isso é necessária uma organização da rede básica e a articulação desta com serviços mais complexos, que inclui a garantia do apoio da rede hospitalar e o acesso aos recursos especializados;
- b) redefinir o financiamento, para garantir o amplo acesso da população feminina aos serviços de saúde, além da resolutividade dos problemas de saúde enfrentados;
- c) os serviços de saúde precisam atender tanto os problemas considerados como prioritários como as demandas "reprimidas", abrindo espaço para que a mulher coloque as questões ligadas a sua condição de opressão e sofrimentos vividos ,

- criando espaços para a recuperação de sua auto-estima e estimulando laços de solidariedade social;
- d) é preciso que os serviços de saúde se estruturem para melhorar, não somente a capacidade quantitativa de responder à demanda, mas também o aspecto qualitativo de resposta às necessidades de saúde da população;
 - e) os serviços de saúde precisam reconhecer a mulher como gênero feminino e socialmente discriminado em suas especificidades, inserindo as questões femininas na prática cotidiana.

D- Mudar a identidade dos Serviços de Saúde:

- a) os serviços de saúde são em geral, os escoadouros dos males sociais e é, neste espaço, que freqüentemente se cobram as dívidas sociais. Desembocam problemas originários das más condições de vida, do desemprego, da pobreza, da poluição ambiental, problemas concretos de vida sentidos pelas pessoas em seus corpos. Para o CNDM (1986), é imprescindível que os serviços identifiquem demandas de saúde dessa natureza. Particularmente para a mulher, o Serviço de Saúde é um espaço que ela busca para receber apoio, o que não pode acontecer em um contexto normalizador e hostil. A violência doméstica, a violência sexual, a opressão da discriminação cotidiana e a expropriação da identidade são, para as mulheres, fatores tão determinantes da sua saúde como a água e a creche, o emprego e o salário. No entanto, o setor saúde tem seus limites de atuação e de resolução;
- b) na reformulação dos serviços de saúde é preciso dar uma nova identidade ao setor, constituindo o lugar onde a população vai buscar respostas;
- c) os serviços de saúde, ao invés de contrair e repelir autoritariamente a demanda, devem abrir-se e expandir a oferta de serviços;
- d) antes de mais nada, é preciso humanizar os serviços de saúde, pois a atividade neste local tem características que devem ser respeitadas. É preciso condições de trabalho adequadas aos trabalhadores de saúde, salários justos, respeito aos princípios éticos e de zelo profissional de cada um, porém é preciso ultrapassar as reivindicações corporativas;
- e) outra característica a ser observada nas instituições prestadoras de serviços de saúde é a necessidade de valorizar relações personalizadas, seja entre os

profissionais, seja deles com a clientela. O conteúdo afetivo da demanda é necessariamente mobilizador de mecanismos emocionais nem sempre reconhecidos, sobretudo quando se comprime quantitativamente o tempo e o espaço de cada ação de saúde (CNDM, 1986);

- f) é preciso um lugar adequado para propiciar a comunicação entre as pessoas, lugar apropriado de espera para pacientes que requeiram cuidado especial, lugar adequado para os diversos atos médicos, de enfermagem e de outros profissionais da saúde para exames especializados, e tudo isso são requisitos fundamentais para se dar uma nova identidade para os serviços;
- g) no momento do exame do corpo é preciso preservar a sua intimidade, considerando que o desvendar desse corpo, muitas vezes vivido como proibido, oculto, pode causar constrangimento;
- h) os serviços de saúde, ao se estruturarem para constituir uma nova identidade, precisam mobilizar os profissionais de saúde para se comprometerem com o processo de mudança de atitude na relação com a mulher. A vivência, como forma de apreensão do conhecimento de si mesma, é a proposta das mulheres para esse processo, valorizando o saber feminino e socializando/partilhando conhecimentos;
- i) as instituições de saúde, ao se reorganizarem para o atendimento à mulher, devem garantir a emergência da fala feminina, e considerar a subjetividade, a vivência, a óptica do individual como forma de apreensão das necessidades do grupo;
- j) os profissionais de saúde devem repensar as suas posturas e passar a valorizar a escuta, para uma melhor compreensão da dimensão dos problemas da mulher;
- k) a comunidade feminina deve participar do planejamento e acompanhamento das ações locais de saúde, expondo as suas necessidades e aspirações, no que diz respeito a atenção à saúde.

E – Direitos reprodutivos:

- a) o Programa de Planejamento Familiar deve estar no campo da atenção à saúde e não como política de controle populacional. O Movimento de Mulheres se colocou criticamente em relação à política de controle de natalidade, e também à

- prática de simples distribuição de pílulas e a esterilização maciça, considerando-as antiéticas, discriminatórias, autoritárias e lesivas ao corpo das mulheres;
- b) as mulheres têm direito de optar por exercer ou não a maternidade, de escolher quando e quantos filhos querem ter. O direito à contracepção deve ser garantido pelo Estado, bem como o acesso a informações que propiciem o conhecimento do corpo e os meios de praticá-las de maneira segura para sua saúde, tendo como apoio um conjunto de ações médico-sanitárias;
 - c) os direitos reprodutivos abrangem ainda, ações que garantam a maternidade segura, incluindo aí o direito à assistência ao pré-natal, ao parto, ao pós parto e à prática de aborto, nos casos previstos na lei pelos serviços de saúde, da melhor forma possível.

F – Conceito ampliado de sexualidade, saúde e direitos sexuais:

- a) a sexualidade não é adjacente, nem equivalente à reprodução. A sexualidade reprodutiva constitui uma pequena parte do universo sexual mais amplo;
- b) a sexualidade está presente desde a infância até a velhice, e a mulher tem o direito à vivência livre e prazerosa da sexualidade;
- c) os serviços de saúde não podem restringir-se apenas ao atendimento reprodutivo ou às doenças de transmissão sexual, mas devem oferecer atendimento à saúde sexual – orientações que elevem a auto-estima e possibilitem o conhecimento sobre o próprio corpo que ajudem no exercício da sexualidade promovendo assim, relações mais igualitárias entre homens e mulheres, numa ótica não sexista, garantindo suas singularidades individuais (Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, s/d);
- d) a educação em saúde, estabelecida no diálogo/troca, é fundamental para que a mulher retome o autocontrole sobre o seu corpo/vida. Considerar também que, em cada ação de saúde está embutida uma função didática;
- e) a atenção à saúde portanto, não significa necessariamente a medicalização, que pode ter conseqüências iatrogênicas para a mulher.

Apesar da definição política pode-se apontar que as mudanças concretas na prática assistencial e na concepção teórica dos profissionais da saúde foram muito limitadas. Dentre as possíveis explicações para o fenômeno pode-se apontar que:

1º) o modelo de atenção à saúde , apesar das mudanças significativas em termos

de legislação, não mudou a dinâmica do enfoque curativo e medicalizante; 2º) a questão da situação das mulheres na sociedade ultrapassa o setor saúde - razão histórico-econômico-social; 3º) algumas necessidades de saúde específicas de certos grupos femininos "minoritários" não foram incluídas no PAISM, apesar da diversidade sócio-étnica-cultural característica do contexto histórico brasileiro; 4º) o movimento de mulheres ainda não conseguiu uma adesão da sociedade capaz de provocar mudanças nos padrões culturais; 5º) os profissionais de saúde são parte da sociedade, e também estão impregnados dos valores hegemônicos; 6º) a formação dos profissionais de saúde trata muito pouco da questão da sexualidade, apesar da produção de trabalhos nesta linha de pesquisa ter crescido nas pós-graduações, nesta década. Na enfermagem o tema gênero é uma linha de pesquisa presente, atualmente, em praticamente em todos os cursos de pós-graduação do Brasil, nos últimos dez anos.

Apesar da reforma do setor, proposta em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, e das conquistas subseqüentes no campo legal (Constituição de 1988, Constituições Estaduais, Leis Orgânicas), o Sistema de Saúde do país ainda não garante o acesso universalizado e a qualidade de atendimento segundo as necessidades e especificidades dos diferentes grupos.

Predomina uma atenção que se tem caracterizado por:

- a) atenção individualizada e voltada para doença, orientada pelo paradigma clínico¹⁹;
- b) relações despersonalizadas e autoritárias com supervalorização do saber médico;
- c) descon sideração da fala das mulheres que é desqualificada frente a um olhar masculino sobre o seu corpo e suas necessidades;
- d) não garantia do acesso aos serviços de saúde e a resolutividade dos problemas, onde a "prática de encaminhamentos" é comum e ninguém resolve o problema da paciente, que é sempre referido a outro serviço ou a responsabilidade recai no próprio indivíduo;
- e) carecimento de ações coletivas, interdisciplinares e que se integrem nos espaços coletivos da comunidade.

¹⁹ O paradigma clínico se assenta num documento produzido em 1910, que organizou um modelo de prática médica, o relatório Flexner. A medicina flexneriana estrutura uma lógica tecno-assistencial a partir da doença e de intervenções através de processos de trabalhos informados pela clínica. Este paradigma compõe-se dos

2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A preocupação em entender as visões teóricas sobre a sexualidade feminina surgiu da minha insatisfação com a forma sob a qual os serviços de saúde vêm tratando a questão, quando ela surge no cotidiano da prática assistencial. Ignoram ou tratam como patologia associada a problemas ginecológicos ou como desvios, ou ainda, consideram de foro íntimo, de modo que os profissionais de saúde da rede assistencial não têm obrigação de considerar.

Várias abordagens podem ser dadas na busca do entendimento da sexualidade feminina e de como os profissionais de saúde tratam o tema. Assim, após um levantamento bibliográfico preliminar, verificamos a diversidade de entendimento sobre o tema ao longo da história e as mudanças significativas de abordagem com a emergência dos movimentos de mulheres.

Com vistas a definir um problema de pesquisa, passível de estudo, considerando-se as possibilidades de conhecimento e tempo, optamos por realizar um levantamento da produção teórica atual dos profissionais de saúde sobre a sexualidade feminina, buscando identificar sua aproximação ou não com a mudança de paradigma introduzido pelo movimento de mulheres na política pública brasileira para a área.

Delimitando melhor, decidimos analisar a produção teórica dos profissionais de saúde sobre a sexualidade feminina, estudando as publicações feitas nos principais periódicos (revistas) de circulação nacional dos profissionais que, majoritariamente, estão ligados à assistência básica de saúde: Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva. Escolhemos uma revista de cada uma dessas áreas e estudamos as publicações feitas após a implantação do PAISM, especialmente de 1984 a 1997, uma vez que esse programa materializa as propostas elaboradas pelo movimento de mulheres, constituindo-se numa ruptura com o modelo dominante, até então vigente.

Após um estudo preliminar, verificamos a existência de outras revistas de circulação nacional desses campos profissionais que publicaram a produção teórica dos profissionais de saúde e que tinham, no período de estudo, números especiais que focalizavam o tema "sexualidade" de forma privilegiada. Considerando-se esse

seguintes elementos: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialismo, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na medicina curativa (Mendes, 1994, p.141).

achado, incluímos, neste estudo, revistas técnicas que tratavam dos temas “sexualidade” e “gênero e saúde”.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar e analisar as abordagens teóricas sobre a sexualidade feminina utilizadas pelos profissionais de saúde (medicina, enfermagem e saúde coletiva) constantes em artigos publicados em revistas de circulação nacional de 1984 a 1997, verificando as aproximações ou não com os aspectos inovadores contidos nas diretrizes políticas do país para a saúde da mulher, da segunda metade dos anos 80.

3.2 Específicos

- Analisar, no conjunto dos textos, as principais tendências teóricas da abordagem da sexualidade, na enfermagem, na medicina e na saúde coletiva e, em revistas temáticas nos últimos 14 (quatorze) anos.
- Identificar, na análise dos textos publicados, a aproximação ou não, com os avanços contidos no PAISM e documento do CNDM.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo e considerações sobre a metodologia de pesquisa

Para a análise dos dados utilizamos os princípios da ANÁLISE TEMÁTICA. Segundo Minayo (1996, p.208), “a noção de TEMA está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo”. Segundo Bardin (1977, p. 105), a noção de tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” .

De maneira um pouco mais ampla, Unrug define tema como “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão” (Unrug apud Minayo).

Consideramos importante algumas recomendações feitas por Minayo (1996, p.197), com o objetivo de superar alguns obstáculos durante a análise de dados:

- a) “ilusão de transparência” conforme denominou Bourdieu, ou nas palavras de Minayo (1996, p.197) “é o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao observador”.
- b) o pesquisador, ao se prender ao método e às técnicas, esquece-se do essencial, isto é, a fidedignidade às significações presentes no material e referidas a relações sociais dinâmicas.
- c) no momento da interpretação dos trabalhos empíricos, o pesquisador pode encontrar dificuldade de juntar teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo.

4.2 Passos operacionais

4.2.1 Interagindo com o assunto

O trabalho de campo consistiu, no primeiro momento, numa aproximação com os profissionais que trabalham com o tema. Participação em encontros e discussões com profissionais da saúde militantes do Movimento Feminista e com estudiosos do assunto. Participação em cursos e seminários, nacionais e regionais e de um curso sobre "Gênero e Enfermagem" promovido pela Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (Mestrado Interinstitucional UFSC-UFMT). Nesta primeira etapa, já começamos a coleta de dados, buscando também, indicações com estudiosos.

4.2.2 Coleta de dados

Nesta fase, foi feito levantamento de todos os números dos periódicos que compunham o material a ser analisado, e foram selecionados os artigos sobre sexualidade. O critério utilizado foi: o tema sexualidade deveria aparecer explicitamente no texto, como tema principal ou como tema secundário.

Descrevemos a seguir os passos que foram seguidos:

A - A escolha das fontes

Considerando a amplitude do tema e as possibilidades de investigação, delimitamos a pesquisa de campo à produção teórica dos profissionais de saúde das áreas de saúde coletiva, enfermagem e medicina.

O estudo destas produções circunscreveu-se à publicação brasileira nos últimos quatorze anos, editada em periódicos (revistas) de circulação nacional, optando por uma revista por área, cujo critério de escolha foi uma revista reconhecida na área como fonte de consulta importante pelos profissionais daquela área.

As revistas selecionadas foram:

- Revista Brasileira de Enfermagem – representando a Enfermagem;
- Revista Femina – representando a Medicina;

- Cadernos de Saúde Pública – representando a Saúde Coletiva.

Durante a revisão bibliográfica sobre o tema, verificamos a existência de publicações temáticas sobre sexualidade feminina, gênero e saúde, as quais se mostraram relevantes e elucidativas para o objeto de estudo, decidimos por incluí-las neste estudo. As publicações dos periódicos de circulação nacional, da área da saúde, incluídas na pesquisa foram: Revista Texto e Contexto, o número especial “Mulher...Mulheres”; Revista da Escola de Enfermagem da UERJ, o número temático sobre mulheres; Revista da Escola de Enfermagem da Bahia, o número especial sobre mulher, número especial da Revista Caderno de Saúde Pública sobre reprodução e o número especial intitulado “sexualidade e saúde coletiva” e “gênero e AIDS” da Revista Physis.

A revista escolhida na enfermagem foi a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), publicada pela ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), entidade mais antiga de representação da categoria, em especial dos enfermeiros. A REBEn, tem aproximadamente 65 anos de existência, é de circulação nacional e é reconhecida pela grande maioria das(os) enfermeiras(os), como fonte de consulta, como já apontava Germano em 1983. Ao falar a respeito da Revista dizia: é “inegável a influência na formação dos enfermeiros, tendo em vista sua aceitação e recomendação, especialmente por parte das escolas de enfermagem.” (Germano, 1983, p.64). Além disso, a REBEn publica os trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, do qual participam enfermeiros de todos os estados brasileiros.

A Revista Femina foi a revista médica selecionada, pois é uma revista de referência na área de ginecologia e obstetrícia, é de circulação nacional, com regularidade na sua publicação e numericamente sobrepõe sobre as demais revistas médicas desta área, sendo portanto, a revista mais expressiva para o presente trabalho. No campo da medicina clínica, constitui-se em uma das principais revistas que aborda as questões relativas à saúde da mulher, além de publicar artigos de profissionais não médicos como enfermeiras, psicólogos, entre outros profissionais que trabalham com o tema que afetam a saúde da mulher.

A revista Cadernos de Saúde Pública foi a revista de escolha para representar as produções da Saúde Coletiva, uma vez que ela é a revista da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição

nacionalmente reconhecida pela produção teórica e pela formação de estudiosos e pesquisadores da área da saúde coletiva.

B – A seleção dos artigos

Os critérios para a seleção dos artigos foram: escolha dos que tratavam da sexualidade como tema principal; os que abordavam a sexualidade como um dos aspectos envolvidos em uma outra questão, sendo que em ambas, a temática sexualidade estava explícita no texto. As questões principais da pesquisa foram evidenciar a abordagem que cada autor utilizou para tratar a sexualidade (explícita ou implícita); estabelecer as relações existentes ou não, com as proposições políticas inovadoras em relação à saúde da mulher, identificadas nos textos do PAISM e do CNDM e finalizamos com uma análise do conjunto dos textos, buscando identificar as tendências teóricas dos últimos 14 anos .

C - Estudo dos textos

Inicialmente foi realizada a leitura do material. Primeiro, uma leitura exploratória, depois uma leitura seletiva, concluindo com uma leitura analítica e interpretativa. Após isso, foi feito a confecção de fichas de leitura, através de um roteiro de anotações (ver ANEXO 1):

- A) código da ficha;
- B) numeração;
- C) referência bibliográfica completa;
- D) palavra-chave;
- E) abordagem temática;
- F) texto resumido, com os principais pensamentos do autor;
- G) anotações dos pontos importantes para o estudo, incluindo inovação ou não em relação ao PAISM e CNDM;
- H) abordagem teórica do autor.

4.2.3 Análise dos dados

A análise temática desdobrou-se em 3 tempos:

- a) pré-análise;
- b) exploração do material;
- c) tratamento dos resultados e interpretação: consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compuseram cada artigo, cuja presença ou frequência significava alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Em seguida, foram feitas a classificação, o armazenamento e o processamento dos dados no programa (software) ACCESS e a exploração de recursos desse programa, como confecção de tabelas, gráficos e banco de dados.

4.2.4 Apresentação dos resultados

Os achados estão apresentados em quadros, tabelas e gráficos ao longo do trabalho. Também foram apresentadas citações textuais para a elucidação e para exemplificar as várias abordagens e temáticas encontradas. Os artigos e pesquisas analisados no presente trabalho serão listadas no ANEXO 2.

5. TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO TEÓRICA SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA: o resultado do estudo

A análise dos dados relevou importantes aspectos do “estado da arte”, mais especificamente, propiciou um aproximação com o tema que permite arriscar a indicação das tendências teóricas sobre sexualidade, que estão influenciando a prática dos profissionais de saúde nos últimos 14 anos, bem como possibilitou identificar a relação ou não desta produção teórica com os princípios inovadores contidos no PAISM/CNDM.

Foram analisados todos os números da Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Femina e Cadernos de Saúde Pública, editados no período de 1984 a 1997. Foram também analisadas, as revistas destas áreas que publicaram edição especial a respeito do tema sexualidade, gênero ou mulher. As revistas com número especial estudados foram: Revista Texto e Contexto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com o título *Mulher...Mulheres!*; o número especial sobre *Mulher* da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ); o número especial da Revista Baiana de Enfermagem, com o núcleo temático sobre *Mulher* e a Revista Physis do Instituto de Medicina Social da UERJ, com os números especiais sobre sexualidade, AIDS, gênero.

Na Revista Femina, foram publicados em torno de 1500 artigos nos últimos 14 anos, sendo que 66 artigos tratavam sobre sexualidade, o que corresponde a cerca de 4% do total dos artigos publicados (conforme quadro 1).

Na Revista Brasileira de Enfermagem, o total de artigos publicados, nesse período, foi em torno de 500, sendo que 16 deles estavam relacionados à sexualidade. Isso corresponde a cerca de 3% do total de artigos publicados (conforme quadro 1).

Na Revista Cadernos de Saúde Pública, foram editados em torno de 450 artigos, do período de 1985 (ano em que foi lançada a revista) a 1998, e 15 artigos estavam relacionados com o tema, correspondendo a 3% do total de artigos publicados (conforme quadro 1). Nesta revista, foram publicados 2 números especiais que tem relação com o tema. Uma foi lançada em 1991 e foi intitulada “MULHER E SAÚDE”, e a outra “SAÚDE REPRODUTIVA NA AMÉRICA LATINA”, que apesar de ser

editada em 1998, foi objeto de estudo, pela importância deste número para o presente trabalho.

No número especial da Revista Texto e Contexto, com o tema "Muher...Mulheres" foram publicados 2 artigos sobre sexualidade, no total de 18 artigos, o que correspondeu cerca de 11% do total de artigos.

No número especial da Revista da Escola de Enfermagem da UERJ, foram publicados 8 artigos, sendo que 3 artigos estavam relacionados com o assunto, o que correspondeu aproximadamente a 37% do total de artigos.

A Revista da Escola Baiana de Enfermagem, editou um número especial que trouxe como núcleo temático MULHER, no qual foram publicados 7 artigos, sendo 2 deles relacionados com o tema, o que correspondeu cerca de 29% do total de artigos.

A Revista do Instituto de Medicina Social da UERJ, a Revista Physis, editou 2 números sobre o tema, sendo um deles lançado com o título de "Sexualidade e AIDS" e o outro "Sexualidade e Saúde Coletiva", totalizando 15 artigos, sendo que 6 deles tratavam da sexualidade, correspondendo a 40% do total de artigos publicados.

Os números especiais destas revistas, acima mencionadas, foram classificadas como REVISTA ESPECIAL, que totalizaram ao todo 48 artigos, sendo que 13 estava relacionado ao tema, o que correspondeu em torno de 27% (conforme quadro 1)

Os dados quantitativos apresentados auxiliam na interpretação da importância que os profissionais de saúde estão atribuindo ao tema e o impacto destes textos no contexto da produção teórica sobre sexualidade.

O quadro esquemático abaixo (quadro 1), permite melhor visualização desses dados.

QUADRO 1 – Artigos sobre sexualidade feminina no total dos artigos estudados por revista, de 1984-1997.

REVISTAS	TOTAL DE ARTIGOS EDITADOS	TOTAL DE ARTIGOS SOBRE O TEMA	% DE ARTIGOS SOBRE O TEMA
FEMINA	1500	66	4,4%
REBEn	500	16	3,2%
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*	450	15	3,3%
REVISTAS ESPECIAIS	48	13	27,08%
TOTAL	2498	110	4,4%

Período de 1985-1998.

Observando os resultados apresentados no quadro acima, é possível afirmar que o tema “sexualidade” é minoritário no conjunto da temática estudada pelos profissionais de saúde.

No entanto, o número de artigos sobre o tema é significativo, se considerarmos que 3% dos artigos publicados na Reben e Cadernos de Saúde Pública abordam o tema, no conjunto de toda a produção teórica das áreas da enfermagem e da saúde coletiva, considerando-se que estas revistas não são temáticas.

Na área da medicina, a revista estudada é uma revista nacional especializada de ginecologia e obstetrícia (revista diretamente relacionada a saúde da mulher), portanto, o tema sexualidade aparecer somente em 4% dos artigos parece indicativo de pouca relevância do tema para esses profissionais que estão publicando nesta revista, que majoritariamente são da área médica. A pouca relevância pode estar relacionada com o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos em saúde, especialmente o modelo da medicina que privilegia a doença; além disso, como a medicina ainda é predominantemente exercida por homens, o olhar masculino dos profissionais da área médica pode estar influenciando a pouca relevância dada ao tema.

Nas áreas de enfermagem e saúde coletiva, os números especiais tem se tornado fonte de referência importante de publicações científicas acerca do tema, o que fica claro em termos numéricos, pois cerca de 27% (13) tratam da questão da

sexualidade como uma produção significativamente influenciada pelo referencial da sócio-anthropologia e da saúde mental, especialmente uma abordagem crítica da visão androcêntrica de Freud.

O número reduzido de publicações sobre o tema pode ainda ser atribuído a formação profissional, pois os cursos de graduação da área da saúde, em sua grande maioria, não incluem essa temática na grade curricular.

Quando o tema é discutido nos cursos de graduação, ele aparece “marginalizado” ou como apêndice de um tema maior como a “reprodução”. Isso, de alguma forma, influencia a prática dos profissionais de saúde, principalmente nas situações de aborto, prática contraceptiva, queixas sexuais, cujo despreparo faz com que os profissionais tomem condutas ou julguem algumas situações, de acordo com os seus valores individuais e muitas vezes consideram o tema da sexualidade “não científico”, “da esfera privada”, ligado a formação de valores pessoais, cujo comportamentos de “liberação” ou “não liberação” devem ser tomados a partir de critérios pessoais.

No entanto, nesta década, um caminho que está sendo aberto para o entendimento da complexidade do tema sexualidade são os estudos sobre gênero, presente nos cursos de pós graduação da área da saúde, os quais constituem uma significativa linha de pesquisa.

5.1 As abordagens temáticas sobre sexualidade feminina constantes nos textos

Dos 110 trabalhos analisados, 54 trabalhos focalizaram a sexualidade como **tema central**, o que corresponde a 49% do total dos trabalhos. Nestes, a sexualidade foi abordada segundo os aspectos biológicos, os aspectos reprodutivos, a construção de identidade, o sistema erótico, os papéis sexuais, o sistema de aliança e o papel dos profissionais de saúde (vide quadro 1).

Nos demais trabalhos a sexualidade ficou circunscrita a temas como: reprodução, incluindo políticas demográficas e contraceptivas, DST/AIDS, climatério/adolescência.

Analisando os textos e buscando identificar as abordagens que os autores deram ao tema, foi possível identificar as seguintes abordagens temáticas:

A) Sexualidade e reprodução.

Os trabalhos que trataram da sexualidade e reprodução como tema central, abordaram o tema de duas formas:

- a **reprodução como parte do ciclo sexual**, que vai desde o rito de iniciação com a menarca e a defloração, estendendo-se em todo o ciclo reprodutivo com a gestação, o parto, o aleitamento e a contracepção, enfocada de várias formas como:

“...as adolescentes solteiras que não mais eram virgens se envergonhavam desse fato e o escondiam, vemos hoje que as virgens é que passaram a ter vergonha de seu hímens íntegros!” (Vitiello, 1984, p.828);

“cerimônias saudavam a defloração...se realizavam os ritos, a iniciação sexual, a menarca – significando a entrada da mulher no ciclo reprodutor -, a conseqüente capacitação para a maternidade, além da perda da integridade do hímem” (Canella, 1984, p.1127);

“a propalada e discutida abstinência de seis semanas antes e de seis semanas depois do parto, implicando em um interrupção coital e ininterrupta de três meses...” (Cavalcanti, 1988, p.628);

“o puerpério é uma possibilidade de ela reencontrar-se com o seu outro corpo sexuado,...” (Oliveira, 1989, p.37);

“várias razões de ordem psicológica geram resistência das jovens, com vida sexual ativa, à prática da contracepção” (Luca, 1984, p.597).

“...daí a necessidade que esta tem de que esse amor e sua sexualidade sejam respeitados, inclusive na menopausa, pois isto os torna agradáveis e satisfatórios, mesmo na idade avançada” (Fernandes, et al. 1995, p.415).

“...o relacionamento sexual precede o casamento. Parece que o relacionamento sexual e a gravidez, e não o casamento, são um rito de passagem para a vida adulta (Luz & Castro, 1995, 389).

Ou em produções teóricas que dão ênfase à **biologia da sexualidade**, como se percebe na seguinte frase:

“a tensão emocional atuaria na diminuição do fator inibidor da prolactina (PIF), aumentando conseqüentemente o seu nível. O stress, por sua vez, aumentaria os antígenos e anticorpos na cérvix, no esperma e na liberação de beta-endorfinas e ACTH. O resultado final corresponderia a um bloqueio na fertilidade” (Lopes et al., 1992, p.176).

Nestas abordagens em que a sexualidade ocupa o tema central, a reprodução corresponderia a um tema subjacente mas interligada àquela, uma vez que mudando o comportamento sexual, varia também o comportamento reprodutivo. Sendo assim, a sexualidade reprodutiva é entendida como parte da sexualidade no seu sentido amplo.

De forma diferente, encontramos textos nas revistas estudadas, nos quais a reprodução foi o tema central, sendo que a questão da sexualidade não foi explorada ou sequer mencionada, pois os autores privilegiaram a biologia da reprodução. Sendo assim, esses textos não fizeram parte do objeto de estudo do presente trabalho.

Entre as produções examinadas que tratam do **contexto da saúde reprodutiva e que incluíram uma pequena discussão sobre a sexualidade**, foram mais comuns os seguintes temas: contracepção, infertilidade, gravidez na adolescência, processo grávido-puerperal, tecnologia reprodutiva, aborto e políticas contraceptivas e demográficas.

Entre os trabalhos analisados sobre contracepção, destacamos cinco (5) publicações: três (3) publicações acerca da contracepção masculina; uma (1) pesquisa sobre resultados do uso do diafragma como importante método contraceptivo e um (1) artigo que discute os efeitos dos métodos anticoncepcionais (MAC) sobre a sexualidade.

Este segundo grupo de trabalhos, de alguma forma, contribui com a luta do Movimento Feminista, uma vez que destacam: os benefícios dos métodos contraceptivos pouco usados e conhecidos entre as mulheres, mas que são significativos por possibilitarem à mulher maior autonomia de uso, sem estar dependente do sistema médico; incluem os homens no debate da responsabilidade na contracepção, o que aponta para participação de homens e mulheres, tanto em relação ao direito ao prazer quanto na responsabilidade com a proteção à saúde e com a maternidade e paternidade; apontam os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos orais, entre outros.

Outra grande discussão que apareceu **nos textos que abordaram a sexualidade como tema secundário diz respeito à política reprodutiva** proposta ao grupo feminino. Os trabalhos que analisaram o PAISM, na perspectiva de produção e avaliação de serviços/programas foram feitos, quase que exclusivamente pelos profissionais da área da enfermagem e da saúde coletiva. Foram encontrados trabalhos que analisaram criticamente a prática contraceptiva do PAISM, que tem sido realizada como política de controle demográfico, cuja intervenção ainda se dá somente sobre o corpo da mulher, tanto que essa proposta está localizada em um programa específico para mulheres.

Continuando sobre os trabalhos que abordaram a sexualidade como tema secundário, encontram-se trabalhos que analisaram a “reprodução-sexualidade” sob o ponto de vista ético, moral e religioso, principalmente quando trataram de questões do planejamento familiar, reprodução assistida (entre elas a reprodução independente) e aborto.

Considerando-se o conjunto das publicações dos profissionais de saúde, cerca de 2500 artigos, podemos dizer, também que há um certo silenciamento do tema, nas produções científicas onde a discussão sobre a sexualidade é pertinente de ser feita, como por exemplo nos diversos textos sobre reprodução e que nem como tema secundário, a sexualidade foi abordada. Podemos exemplificar com uma publicação de um grupo de gestantes em que foi focado o corpo da mulher, mas o tema sexualidade não foi explorado.

Esta percepção é compartilhada por outros autores que também apontam o mutismo que os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, fazem sobre o tema, como no texto de Ferreira & Figueiredo (1997, p.29):

“o mutismo imposto pela ausência de discussões no decorrer do curso de graduação e o ‘silêncio’ do discurso teórico faz com que a profissional, carente de subsídios teóricos, ao deparar-se, na prática, com situações ligadas à sexualidade do cliente, vivencie dificuldades que precisam ser transpostas”;

ou no texto de Sobral et al. (1996, p.103):

“a formação da profissional enfermeira é marcada pela submissão, obediência no servir e no cuidar que evidencia amor ao próximo. Entretanto, o pensamento dominador do poder transpõe para fora do lar a figura feminina como a profissional enfermeira e esquece a mulher que interpreta essa educadora da população, fazendo-a calar a sua sexualidade desertizando e disciplinando o seu corpo”.

No entanto é relevante apontar que, na atualidade, alguns trabalhos tentam romper com esse mutismo. Um exemplo é o aumento significativo dos trabalhos sobre a adolescência, climatério e menopausa, que abordam a sexualidade desvinculada da questão reprodutiva.

Outro grande tema embutido no tema “reprodução” é o dos **direitos reprodutivos e sexuais**.

Em um dos textos examinados, Stephan-Souza (1995, p.410), esclarece que o conceito passou de saúde reprodutiva para direitos reprodutivos na Conferência de Cairo, por considerar-se:

“a necessidade de evoluir para a área do Direito: ‘toda pessoa tem o direito de desfrutar do padrão de saúde física e mental, saúde reprodutiva e planejamento familiar sem coerção ou coação’ ...significa adequado acesso aos serviços de saúde”

Este é um tema que tem a contribuição direta do Movimento Feminista, que tem reivindicado nas suas lutas, além do direito à livre expressão e o direito do exercício da sexualidade sem risco de gravidez, o acesso a informações e aos métodos contraceptivos de modo a propiciar a escolha de forma consciente.

Os temas como aborto e violência sexual foram também analisados, problematizando a inoperância do sistema que ampara as mulheres nestas situações. Em um dos trabalhos analisados, a autora levantou a opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer o aborto, e detectou que, grande parte das mulheres emitiram opinião favorável a realização de aborto somente em situações previstas na lei, o que indica que as próprias mulheres tem dificuldade em olhar/reconhecer outros fatores que dificultam a mulher a assumir a maternidade.

As produções científicas acerca do **Planejamento Familiar** são significativas para o presente estudo porque, sejam a discussão teórica da anticoncepção, sejam a discussão do acesso à política contraceptiva, essas produções estão relacionadas diretamente com a possibilidade da vivência da sexualidade sem risco de gravidez.

Apesar de, apenas, um trabalho, dentre os textos estudados, citar o *preservativo feminino*, o seu lançamento no mercado é importante para a saúde reprodutiva e sexual da mulher, por possibilitar à mulher maior poder no controle da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente face a epidemia de AIDS.

B) Biologia da sexualidade

A biologia da sexualidade foi identificada em artigos que se detiveram em aspectos **morfológicos, genéticos, neuro-hormonais, funcionais** e no **desenvolvimento biológico sexual**, percebida em citações como:

“...estímulos hormonais na vida intra-uterina marcam, condicionam ou favorecem enfermidades, comportamentos futuros da sexualidade. Hormônios atuam sobre o hipotálamo marcando-o...”
(Miyahira et al, 1984, p. 102);

“as respostas fisiológicas durante o ato sexual relacionam de forma tão nítida a vulva e a vagina, no que se refere à congestão vascular e à contração dos músculos perineais, que é impossível seu estudo anatômico isolado”(Serapião, 1989 a, p.13);

“na fase estrogênica há um aumento do desejo erótico; na fase progesterônica há uma diminuição da apetência sexual” (Diamantino, 1993 b, p.1173);

“a vagina e a genitália externa são ricamente supridas de vasos sanguíneos, que formam uma rede de plexos e anastomoses. Tecido erétil está presente no clitóris e no bulbo vestibular. Vasocongestão genital localizada é uma alteração específica que caracteriza a excitação sexual em ambos os sexos. As alterações vasculares são rápidas no começo e podem ocorrer em 30 segundos após o início da estimulação sexual efetiva” (Moreira, 1988, p.65).

C) Identidade sexual

Esta abordagem foi encontrada em 5% dos trabalhos (conforme tabela 1), apesar deste estudo não ter incluído, especificamente a produção do campo da “saúde mental”.

Este enfoque pode ser percebido pelas seguintes passagens:

“o indivíduo é sempre um produto da hereditariedade e do meio, mas sobretudo se define e tem sentido como um ser social” (Nery, 1986, p.629).

O mesmo autor defende que identidade sexual é um aspecto que vai contra os imperativos biológicos, e portanto,

“...existem apenas quatro fatores que diferenciam o homem da mulher: somente o homem fecunda e só a mulher menstrua, gera e amamenta. Com exceção dos hermafroditas, todos os outros caracteres sexuais, inclusive os secundários, são passíveis de mudança” (Nery, 1986, p. 629).

A identidade sexual, segundo a definição trazida em um outro texto,

“é previamente determinada por fatores genéticos e posteriormente confirmada pela influência sócio-cultural, segundo o fenótipo genital da criança” (Diamantino, 1993 b, p. 1152).

Essa abordagem está presente de modo significativo nos trabalhos relacionados à adolescência por este ser considerado o período do ciclo vital em que se dá freqüentemente a definição da identidade sexual, como diz Salles, (1985, p.54) em um dos trabalhos examinados:

“...vai descobrindo, estarecido e revoltado, que o mundo adulto, onde irá penetrar, é cheio de ambigüidades ..., levam-no a sofrer uma angustiante crise de identidade. Com o tempo e a experiência o adolescente familiarizar-se-á com seu próprio corpo, descobrirá sua identidade e obterá sua independência”.

D) Sistema erótico

Relaciona a discussão da libido como o desejo sexual ou a falta dele. Essa abordagem pode ser exemplificada com os trechos destacados abaixo:

“no climatério não é que a mulher deixe de sentir desejo sexual, mas sim que sua habilidade de despertar o desejo em outros começa a diminuir” (Lima, 1988 b, p.991);

“psicologicamente, ela não experimenta sensações eróticas e, fisiologicamente, não ocorrem os sinais típicos da excitação” (Souza, 1989, p. 131);

“a mulher é um ser erótico e eroticamente responsivo. Ela é, portanto, capaz de responder com orgasmo sempre que o estímulo sexual seja eficiente e ela assim o desejar...” (Cavalcanti, 1984, p.800).

Cunha discutiu o aspecto erótico da sexualidade, quando afirmou que o erotismo é:

“a sexualidade socializada, submetida às necessidades do grupo; força vital acumulada e expropriada com finalidades sociais” (Cunha, 1992, p.73).

Dessa forma, muitos autores reconhecem os aspectos eróticos da sexualidade como algo inerente a condição humana, com liberdade de viver sem preconceitos ou tabus, mesmo em fases da vida como na gravidez, na adolescência, no climatério/menopausa/terceira idade, na andropausa. É preciso assinalar que vários artigos que tratam do climatério têm destacado os aspectos sexuais, dando indicativos que o vivenciar a sexualidade sem fins procriativos é comumente vivido na nossa sociedade.

E) Papéis sexuais e a construção social do feminino/masculino

Corresponde aos comportamentos determinados pelos papéis sociais de homem/mulher culturalmente determinados.

Essa abordagem foi encontrada em textos examinados como:

“os papéis sexuais da mulher e do homem associados a determinadas qualidades ou características em função da diferenciação sexual (...) a insegurança e a espontaneidade caracterizam a feminilidade, enquanto a segurança e a rigidez conformaria o masculino” (Cérqueira Filho, 1986, p. 860);

“os adolescentes estão à procura do que significa ser homem ou mulher. Desde muito cedo lhes é ensinado...o que é permitido a cada sexo...o conceito de masculinidade e feminilidade é, portanto, determinado cultural e socialmente” (Salles, 1985, p.57).

Em um outro artigo examinado, Giffin, (1995, p.194) discute a condição feminina no contexto atual de ampla difusão de métodos contraceptivos e diz:

“apesar da importância da sexualidade feminina como objeto da ciência, ao homem se esperava, desde cedo, o exercício da sexualidade ativa, em contraste com a manutenção da virgindade e a passividade sexual esperada da mulher...”

F) Sistema de aliança/parentesco

O sexo conjugal, o incesto e a violência sexual representam as diversas formas do relacionamento sexual culturalmente estabelecido. O incesto e a violência sexual poderiam ser analisados como transgressão às normas estabelecidas culturalmente, principalmente visando à proteção do sexualmente imaturo contra a transgressão dos mais velhos. Foram publicados três artigos sobre violência sexual em crianças e adolescentes e dois que tratam da violência contra a mulher.

Analisando os dados, percebemos que o tema das agressões ainda é pouco debatido entre os profissionais de saúde. Esta situação fica mais evidente ao depararmos com os dados oficiais, que mostram que os casos de violência na família tem crescido na atualidade. Nesses casos, as mulheres que procuram os serviços de saúde têm muita dificuldade em expressar a sua dor, pela dimensão de sua subjetividade ou pela falta de estrutura dos serviços.

Dentre os textos que trataram do sistema de aliança/parentesco, o sexo conjugal foi a categoria mais analisada e, em alguns textos, tematizou-se a questão da mãe solteira. Luz & Castro (1995, p.388), em um dos artigos examinados, apoiado em Giddens (1993), faz uma análise histórica da sexualidade conjugal, e retoma o passado, quando a mulher adquiria a independência dos pais ao se casar, como nesse parágrafo:

“o casamento era uma recompensa pela virtude da mulher, que ao resistir ao impulso sexual, confirmava suas virtudes de mulher direita e capaz de desempenhar o papel doméstico e materno, ao mesmo tempo em que esta virtude garantia a paternidade do marido... se no passado o casamento era uma instituição social compatível com a mulher “honrada e virgem”, representando praticamente a única

perspectiva de vida futura estável para a mulher, no presente, como se vivencia, a situação é diferente”.

Outra temática que está vinculada ao sistema de aliança e que foi abordada em alguns textos, foi o relacionamento amoroso, como no parágrafo seguinte:

“amor começou a existir no momento em que a sexualidade deixou de ser a procura do prazer impessoal para se transformar na procura do outro personalizado. Os animais têm afeição, mas não emoção amorosa (evolução). O amor é produto da evolução histórica de milênios. O sexo se converte então em forma de expressão corpórea da necessidade emocional do outro” (Diamantino et al., 1993 a, p.1017).

É ainda fortemente idealizado em nossa sociedade o modelo de relacionamento sexual que conjuga o relacionamento amoroso com o casamento, de forma que o objeto de intervenção da medicina, dentre eles os psicanalistas e terapeutas sexuais, centram-se majoritariamente, no relacionamento conjugal.

G) Papel do profissional de saúde

Alguns autores se mostraram preocupados com o **papel do profissional** perante as queixas sexuais, principalmente pela sua formação profissional não lhe capacitar para estes atendimentos.

Apontam que a formação profissional dá ênfase ao aspecto reprodutivo na qual aprendem “fantásticos detalhes sobre o metabolismo íntimo dos gametas...aprendem pormenores nos complexos movimentos tubários, mas nada aprendem sobre como aquele espermatozóide em especial foi parar naquela trompa em particular (...) as escolas não dão qualquer instrução a respeito do desejo, padrões de conduta sexual ou mesmo informações sobre a fisiologia da resposta sexual humana” (Vitiello, 1994, p.363).

Diante do despreparo do profissional em lidar com as queixas sexuais, Cury (1991, p.469) considera um equívoco, as disfunções sexuais, serem tratadas como

ginecopatias e questiona se justifica o atendimento feito pelo ginecologista em “casos de vaginismo, anorgasmia ou ‘falta de desejo’ “.

Cury, em outro artigo, mostra-se preocupado com a atuação do sexólogo, apesar de ser o especialista na área, pois para ele *“ajudar a paciente a reconhecer algo que é incógnito para si mesma, fará o terapeuta sexual errar e errar. Na maior parte das vezes sem saber e acreditando que está acertando”* (Cury, 1992, p. 235).

Segundo o mesmo autor, com isso, corre-se o risco de provocar iatrogenia, e *“a atuação dos sexólogos e a disciplina sexologia deve ser repensada e reavaliada pelas entidades representativas da classe médica (FEBRASGO, CRM, etc)...a questão é muito complexa e exige a participação de outros profissionais não médicos...”*.

Outros fazem uma reflexão crítica sobre a competência dos terapeutas e educadores sexuais como o texto de Silva (1988, p. 1040) que questiona o perfil desses profissionais, como se observa no parágrafo seguinte:

“Seria ele o catequista, seguidor de São Tomás e Santo Agostinho, que se bate por uma sexualidade feita para a reprodução e nada mais? Ou seria o educador e terapeuta ideal o psicanalista, que vê em sexo o motor da vida psíquica, necessariamente sublimado na construção do social? Ou será que ele deveria ser um tipo neo-hedonista liberal, que se pauta por Reich, ou talvez o cientista dos anos 60 e 70, que se auto-proclamou detentor de um novo conhecimento sobre a sexualidade?”

E complementa a autora:

“Alguns profissionais dessas áreas, assolados por dúvidas teóricas e práticas, procurarão conhecer outras formas de pensar a sexualidade, e, estudando, se tornarão elos de ligação entre correntes distintas, até que um dia tantos sejam os elos de ligação que já não se saiba mais a que corrente pertencem”

H) Doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis

Dos 14 trabalhos que, centralmente, discutem as Doenças Sexualmente Transmissíveis (conforme tabela 1), 37,5% abordaram a questão da sexualidade a qual apareceu nas reflexões sobre o sexo seguro, o risco do prazer e a epidemia da AIDS no grupo feminino.

Esses trabalhos destacam-se por discutirem como a epidemia da AIDS vem recolocar a intervenção biomédica nas condutas sexuais e como os grupos sexuais minoritários correm risco de serem marginalizados.

Dentre esses trabalhos, um enfoca a epidemia da AIDS no grupo feminino, e discute as relações de poder embutidas nas relações de gênero/sexualidade.

Outros abordam a questão da sexualidade nas discussões sobre doenças ginecológicas como nos pós-operatórios de cirurgias ginecológicas, pós-laqueaduras de trompas, situações de câncer ginecológico e em situações de lesões medulares, como se pode observar:

“evidencia ainda o fato da esterilização vir a trazer repercussões negativas,...significa para a mulher o assumir direta e indistintamente sua sexualidade...” (Silva et al., 1992, p.283);

“outra dúvida que é abordada pelas mulheres se refere ao repouso pós-cirúrgico no caso de perineoplastia sugerimos aproximadamente quarenta dias sem atividade física excessiva e sem relação sexual vaginal” (Maia et al. , 1988, p.37);

“as alterações relacionadas à movimentação e deambulação, foram relatadas por quase todas as pacientes: 92,6%, as relacionadas à sexualidade, 81,5%,...” (Aguilar et al., 1992, p.108).

Estas abordagens estão sendo vistas pelos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, que buscam incrementar as ações, recriando o seu espaço, principalmente com práticas inovadoras.

I) Crenças e valores religiosos

As crenças e valores religiosos passam também a ser investigados no campo da reprodução e da sexualidade, mostrando as faces mais controversas da questão.

Comportamentos e significações sexuais são motivos de investigações em situações de infertilidade do casal, bem como a vivência em situações de utilização de tecnologia reprodutiva, como nos casos de inseminação artificial, fertilização in vitro (FIV), reprodução independente e “barriga de aluguel”. Os efeitos das intervenções médicas (como no uso de contraceptivos orais, laqueaduras, cirurgias ginecológicas reparadoras do períneo, tecnologias reprodutivas) sobre a sexualidade feminina, bem como a vivência da sexualidade em situações de doenças como câncer ginecológico também mostram a fertilidade do tema.

Essas transformações operadas na produção de conhecimentos de saúde indica uma aproximação das abordagens teóricas dos profissionais de saúde com a contribuição da abordagem sócio-antropológica.

J) Educação sexual

Dentre os trabalhos que discutiram a educação sexual, há um consenso entre os autores de que a educação sexual faz parte da formação geral do indivíduo, sendo a família a grande responsável pela educação. Admitem que essa responsabilidade pode ser delegada aos educadores, em situações de despreparo dos pais, uma vez que eles são frutos de uma educação repressora.

Existe entre esses educadores a crítica da abordagem tradicional feita na educação sexual, que se resume em aula de “biologia da fecundação”, como pode ser observado nesse parágrafo: “a educação sexual não é apenas o ensinamento biológico do sexo” (Ribeiro, 1988, p.946); e o mesmo autor complementa: “normalmente é o sexo ... apresentado como um simples fato biológico, reduzido a uma dimensão muito estreita”.

Outro aspecto a ser considerado, é que a educação sexual, segundo a ótica de gênero, não pode ignorar a relação de poder que permeia a relação homem-mulher e por isso, luta por uma educação sem discriminação, em benefício da construção social igualitária do feminino/masculino, principalmente na questão da sexualidade.

Em 1994, o Ministério da Educação, ao lançar o Programa e Diretrizes para a Educação Sexual, se baseou em um conceito ampliado de sexualidade. Segundo o

MEC (1994), a sexualidade, dentro de uma visão biológica é limitada, pois a sexualidade, nesta visão, envolve somente o conjunto de características somáticas e fisiológicas, genitais e extragenitais, que diferenciam entre si os gêneros, dicotomizando a humanidade em machos e fêmeas e não considera a pluralidade das manifestações da sexualidade humana. Segundo o conceito ampliado de sexualidade, o ser humano é possuidor de potencialidades biológicas que permitem seu desenvolvimento como pessoa. Este desenvolvimento ocorre no momento em que o indivíduo é condicionado pela cultura de seu grupo, assimilando conhecimentos coletivos de uma sociedade. Reconhece que o ser humano, além dos elementos biológicos, genéticos e fenótipos, e das variáveis sociológicas e culturais tem, também, uma história de vida que permite compreender que cada pessoa conquista uma identidade e possui uma configuração psicológica singular de sentimentos, atitudes e comportamentos, o que lhe dá a liberdade de autodeterminar a sua conduta e de traçar o seu próprio destino (Brasil, 1994, p.13).

Assim, para o MEC, conceitualizar a sexualidade voltada para a conservação da espécie, para o ato reprodutivo é restringir o significado da sexualidade. A sexualidade é uma dimensão humana muito influenciada por emoções e sentimentos, por crenças e valores de cada pessoa. O ser humano está inserido em uma sociedade, com cultura própria e esta interfere no comportamento sexual, definindo os padrões de comportamento sexual culturalmente definidos, os quais, pode ser redefinidos.

A sexualidade não é apenas um conjunto de atos reflexos herdados ou adquiridos na convivência social. É uma forma de satisfazer as exigências psicológicas e corporais do indivíduo, cujo prazer corporal, erótico e amoroso se interalimentam e se completam. O amor é a emoção que vai além da afeição (a afeição está presente já em algumas espécies animais) e caracteriza a existência da condição humana. É a capacidade de amar que psicologicamente diferencia o homem do animal, e começou a existir no momento em que a sexualidade deixou de ser a busca de prazer impessoal, para se transformar na procura do outro personalizado (Brasil, 1994, p.16).

TABELA 1- Abordagens temáticas sobre sexualidade feminina encontradas nos estudos dos profissionais de saúde de 1984-1997.

ABORDAGENS TEMÁTICAS	MEDICINA	ENFERMA- GEM	*SAÚDE COLETIVA	REVISTAS ESPECIAIS	TOTAL	
					fi	%
Sexualidade e Reprodução	12	4	9	2	27	(25%)
Biologia da sexualidade	23	0	0	0	23	(21%)
Identidade sexual	3	0	0	2	5	(5%)
Sistema erótico	9	2	0	0	11	(10%)
Construção de papéis sexuais	3	2	3	4	12	(10%)
Sistema de aliança e parentesco	3	0	0	1	4	(4%)
Papel do profissional de saúde	8	0	0	0	8	(7%)
DST/doença ginecológica	2	6	3	3	14	(13%)
Educação sexual	3	2	0	1	6	(5%)
TOTAL	66	16	15	13	110	
fi (%)	66 (60%)	16 (14%)	15 (14%)	13 12%	110	100%

*Período de 1985-1998.

Os dados apresentados na tabela acima permitem fazer as seguintes considerações:

A) do total das publicações científicas estudadas sobre sexualidade, cerca de 60% das publicações foram da Revista Femina, as quais foram produzidas quase que exclusivamente pelos profissionais da área médica.

No entanto, é preciso considerar que este total é minoritário em relação ao conjunto das publicações médicas, mesmo dentro da especialidade á qual o tema está relacionado, isto é, 4,4% do total dos artigos publicados na Revista Femina no período estudado (conforme quadro 1). Considerando-se o total dos artigos estudados, são os profissionais médicos que mais publicaram sobre o tema, o que explica a predominância da abordagem biomédica que ainda influencia a prática dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem. Esta abordagem enfatiza os aspectos clínicos da sexualidade, correndo risco de patologizar a sexualidade, uma vez que, até hoje, o paradigma hegemônico de produção de conhecimento na medicina e de organização de sua prática, enfatiza a identificação e tratamento das patologias e a fragmentação do homem. Se somarmos os 25% dos trabalhos da abordagem “biologia da sexualidade” com os 21% dos artigos com a abordagem “sexualidade e reprodução” (conforme mostra a tabela 1) que, em parte, também se preocupa com os aspectos fisiológicos e patológicos do sistema sexual, podemos identificar uma certa predominância desta visão (em torno de 46%) na produção teórica dos profissionais de saúde sobre a sexualidade. O aspecto reprodutivo também permanece como uma grande área de produção de conhecimento e de intervenção dos profissionais da área da saúde (em torno de 25% do total das publicações, conforme mostra a tabela 1);

B) nas produções teóricas estudadas, destaca-se a produção de técnicas /tecnologias reprodutivas e sexuais com fins curativos, ou dito de outra forma, relacionados à identificação de patologia e o seu tratamento. Essa preocupação aparece principalmente nas abordagens da biologia da sexualidade e sexualidade e reprodução e os aspectos ético-legais dessas práticas são pouco considerados. A repercussão desse enfoque acaba gerando intervenções sobre o corpo e a sexualidade, e o sistema médico ganha cada vez mais poderes de intervir, de

controlar e de normalizar condutas sexuais além de dominar aspectos “naturais” da reprodução, através das tecnologias reprodutivas, como as reproduções assexuadas/independentes (fertilização in vitro, inseminação artificial), seleção de sêmen e de feto, favorecido pelos avanços recentes da engenharia genética, sendo que atualmente, destaca-se a medicalização da sexualidade masculina, com o lançamento do medicamento viagra;

- C) poucos trabalhos tratam da epidemia da AIDS no grupo feminino, apesar do avanço desta doença entre as mulheres. Conforme os dados do Ministério da Saúde (1997), em 1980, a relação era de 26 homens para cada mulher infectada (26/1), ou com AIDS, e em 1997, essa relação passou para 3/1. Os profissionais de saúde, especializados em saúde da mulher, principalmente da área da ginecologia e obstetrícia, têm discutido pouco sobre o tema, talvez por não considerarem a AIDS como uma afecção ginecológica. Esse dado é preocupante, pois revela que muitos profissionais consideram a doença como exclusiva de certos grupos e não incluem as mulheres sexualmente ativas expostas a esse risco;
- D) o estudo permitiu identificar que a educação sexual, mesmo sendo minoritária, no conjunto dos temas identificados, os artigos que trataram do tema já o fizeram com uma abordagem mais crítica, superando a abordagem tradicional repressiva da sexualidade ou centrada, apenas, no aspecto biológico;
- E) alguns profissionais de saúde, mesmo que minoritariamente, estão analisando criticamente o papel dos seus pares na abordagem da questão da sexualidade;
- F) a abordagem relacionada com a construção social de papéis sexuais feminino/masculino tem contribuído para que os profissionais de saúde rompam com as abordagens mais tradicionais e repressivas da sexualidade e com isso, repensem as práticas de saúde em sexualidade e reprodução;
- G) os trabalhos relacionados à adolescência e climatério correspondem a cerca de 14% do total dos textos analisados, e se diluíram nas abordagens temáticas da biologia da sexualidade, sexualidade e reprodução, sistema de aliança,

construção da identidade e sistema erótico. No entanto, pode-se afirmar que na última década há uma certa tendência em tematizar e enfatizar a sexualidade nos trabalhos sobre a adolescência e o climatério.

5.2 Tipos de pesquisas ou de trabalhos publicados

Os tipos de estudos dos trabalhos publicados sobre o tema sexualidade, no período estudado, foram:

- A. **notas reflexivas do profissional** sobre o tema, a partir dos modelos teóricos existentes: reflexão de como os profissionais estão atuando/lidando com o tema, como as diferentes profissões têm se colocado diante do tema, análise crítica da atuação dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, reflexão crítica dos modelos teóricos existentes, entre outros;
- B. **pesquisas de campo**, que investigam diferentes aspectos da realidade: estudos comportamentais (individual, coletivo, casal, grupos), levantamento de opiniões, avaliação de serviços/programas/políticas;
- C. **divulgação de tecnologias/técnicas** na área da sexualidade humana. Por exemplo, na área médica foi divulgada uma técnica cirúrgica para aumentar o prazer sexual e na medicina social, um trabalho divulgou técnica e uma metodologia de pesquisa em sexualidade/AIDS. Os trabalhos sobre tecnologia reprodutiva, que se detiveram unicamente em descrição de técnicas e não tematizaram a questão da sexualidade, não foram considerados no presente estudo;
- D. **divulgação de metodologias assistenciais** na área da sexualidade como: oficinas de trabalho, grupos de reflexão, ambulatório de sexualidade e seminários. Foram publicadas metodologias de assistência e resultados de trabalhos práticos com grupos de mulheres, dentre eles, 30% utilizaram a metodologia proposta pelo Movimento Feminista. Ressalta-se que as experiências de grupo, conforme a

metodologia feminista, são distintas dos trabalhos grupais e/ou individuais que visam o atendimento clínico, com vistas ao atendimento de queixas sexuais;

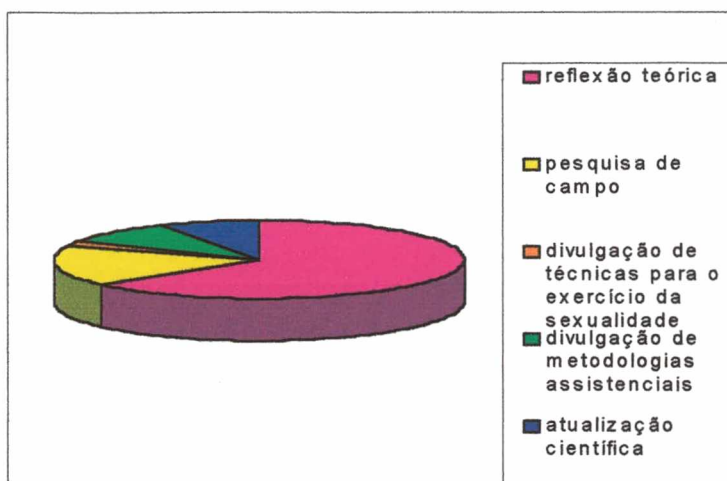
E. **atualização técnico-científica**, com formato de mini-cursos que foram oferecidos aos leitores. Refere-se basicamente a revisão anátomo-fisiológica do sistema sexual.

TABELA 2– Tipos de estudos sobre sexualidade feminina, publicados nas revistas estudadas da enfermagem, da medicina e da saúde coletiva, no período de 1984-1997.

TIPOS DE ESTUDOS	MEDICINA	ENFERMA- GEM	*SAÚDE COLETIVA	REVISTAS ESPECIAIS	TOTAL fi (%)
REFLEXÃO TEÓRICA	49	1	10	10	70 (64%)
PESQUISA DE CAMPO	3	10	4	2	19 (17%)
DIVULGAÇÃO DE TÉCNICAS P/ O EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE	1	0	0	1	2 (2%)
DIVULGAÇÃO DE METODOLOGIAS ASSISTENCIAIS	4	5	1	0	10 (9%)
ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA	9	0	0	0	9 (8%)
TOTAL	66	16	15	13	110 (100%)

Período de 1985-1998.

Gráfico 1- TIPOS DE ESTUDOS ENCONTRADOS NAS REVISTAS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E SAÚDE COLETIVA, PUBLICADOS O BRASIL, NO PERÍODO DE 1984-1997.



Analisando esses dados, e buscando relacionar a influência dos tipos de estudo na produção de conhecimentos sobre o tema, podemos observar que a reflexão teórica é o tipo de estudo predominantemente utilizado pelos profissionais da área da saúde. Acredito que, em parte, isso está relacionado com a complexidade do tema e a dinâmica da produção de conhecimento sobre o assunto na área da saúde, que ainda se encontra em fase inicial de construção de conhecimento, mas essa abordagem mostra, também, que o tema tem motivado a reflexão dos profissionais de saúde.

Outro dado relevante para o presente estudo são as pesquisas de campo que levantam as opiniões das mulheres por valorizar a ótica de quem vivencia a situação, embora no contexto total da produção teórica, esse tipo de estudo ainda seja minoritário. Esse tipo de pesquisa é relevante, porque contribui para a construção de conhecimentos sobre a sexualidade feminina, a partir da vivência das mulheres, incluindo a subjetividade e permitindo progressivas aproximações com o tema, que é complexo e multifacetado.

Em um dos trabalhos analisados, Parker (1995) propôs uma metodologia de pesquisa específica em sexualidade e AIDS, de forma a não desconsiderar e a não marginalizar os grupos sexuais minoritários (principalmente o portador do vírus HIV/AIDS). Esse tipo de produção de conhecimento também merece ser destacado pois são tecnologias produzidas que ajudam na compreensão do tema.

Destacamos os trabalhos, em especial da enfermagem, que têm divulgado novas metodologias assistenciais, que são consideradas práticas inovadoras em saúde, o que vai ao encontro do modelo assistencial em saúde reivindicado pelo Movimento Feminista.

5.3 Concepções teóricas sobre sexualidade feminina utilizadas pelos profissionais de saúde

Com base na análise dos textos produzidos pelos profissionais de saúde, e relacionando com os vários postulados teóricos, podemos concluir que, a maioria dos profissionais da saúde tem buscado seu referencial teórico na biologia, na psicanálise e na abordagem sócio-histórico-antropológica.

A abordagem biológica compreende os aspectos anátomo-fisiológicos do sistema sexual; o desenvolvimento biológico, que envolve diferentes ritmos biológicos e individuais, ao longo do ciclo vital; bem como a identificação das anormalidades/doenças/patologias e indicação de tratamento.

A abordagem da psicanálise corresponde às temáticas de orientação erótica, de identidade sexual e da natureza motivacional (libido ou energia sexual).

A abordagem sócio-histórico-antropológica corresponde aos comportamentos determinados pelos papéis sexuais, que vão além da determinação biológica e da dimensão emocional. Esses papéis são entendidos como construídos socialmente o que implica em considerar: as variações culturais; a diversidade no processo de construção histórica e a diversidade de papéis desempenhados pelos grupos sociais na produção e reprodução da vida material.

A) Sexo como reprodução

Essa perspectiva teórica foi assumida explicitamente por um (1) autor²⁰ (conforme tabela 3), que se posicionou com as seguintes palavras:

“tenho para mim que o sexo foi instituído pelo Criador, funções estas de uma hierarquia muito maior do que aquelas que habitualmente lhe outorgamos(...)finalidade mais primitiva e básica do sexo é a procriação, para manutenção das espécies...” (Silva, 1995, p.86).

De forma diferente, outras publicações analisaram criticamente essa perspectiva teórica e apontaram que essa abordagem já foi prevalente na prática médica, principalmente na obstétrica, porém não predomina atualmente.

Segundo o texto de Cavalcanti (1988, p.622), os tratados antigos de Obstetrícia, poucas referências traziam sobre o assunto, pois o sexo não teria razão de acontecer, uma vez que a gravidez já havia sido instalada. Alguns médicos da época, em situações de gravidez, recomendavam proibições parciais e outros, a abstinência completa além do casal dormir em *“camas separadas, quartos separados e até mesmo em casas separadas”* (Javert apud Cavalcanti, 1988, p. 622).

Serapião, em um dos textos analisados, faz críticas a essa abordagem, e ele exemplifica apontando as falas preconceituosas como:

“o orgasmo é uma recompensa que a natureza nos oferece por tentarmos fazer um bebê” (Berne apud Serapião, 1989 a, p. 13) e;
“por mais que sentimentalizemos o sexo ou o recubramos de forte simbolismo segue sendo fundamentalmente um feito de procriação” (Munro apud Serapião, 1989 a, p. 13).

²⁰ Ressaltamos que, especificamente nesse estudo, não foram analisados os trabalhos que tratavam da saúde reprodutiva da mulher e que não tocaram no tema sexualidade. O mutismo por parte de alguns profissionais pode indicar uma postura repressiva, e portanto, esse número poderia se ampliar muito mais, se considerássemos os textos que silenciaram sobre a sexualidade.

Vitiello e Conceição (1988, p. 412) também se posicionaram criticamente em relação à visão reducionista do sexo, apenas como parte do processo de reprodução humana, como pode-se perceber na citação abaixo:

“o exercício da atividade sexual transcende, na espécie humana, os fatores meramente biológicos, deixando de ser um instinto que visa apenas à reprodução da espécie para se tornar uma complexa resposta biopsicossocial, dependente da cultura na qual o indivíduo está inserido”.

B) Abordagem biológica

Ainda permanece nas discussões científicas atuais, o dilema instinto ou norma sobre o comportamento sexual.

O ponto de vista de que o desejo sexual é determinado biologicamente, aparece claramente em alguns textos como:

“prejuízos à metabolização dos esteróides sexuais, levando a diminuição da libido, com prejuízo da excitação ou da ereção” (Vitiello, 1987, p. 48);

“ os chamados órgãos genitais externos, que correspondem aos planos mais superficiais do períneo anterior, constituem a vulva e compreendem os grandes lábios, os pequenos lábios, o monte de vênus, o clitóris, o vestíbulo e as glândulas vaginais” (Serapião, 1989 a, p.13);

“este declínio hormonal pode levar a sintomas como: diminuição da audição, cansaço, perda de apetite, palpitações, diminuição do desejo sexual e da concentração” (Nascimento, 1993, p.661);

“também como consequência do déficit endócrino, são observados os fenômenos de atrofia da região labial. As ninfas já não apresentam mais , na fase de excitação, reações vasocongestivas

tão intensas nem coloração tão característica” (Diamantino, 1993, p.1173).

A abordagem biológica é a abordagem majoritária entre a produção teórica dos profissionais da medicina que trabalham com a saúde da mulher, mais especificamente, os da área da ginecologia e obstetrícia, pois cerca de 42% (ou seja, 28 trabalhos entre as 66 publicações) da produção científica da Revista Femina utilizaram essa abordagem (vide tabela 3). Além disso, do conjunto dos profissionais da saúde que estão utilizando a abordagem biológica da sexualidade, os profissionais da área médica que mais utilizam. Em torno de 85% do total de trabalhos com essa abordagem foram publicados na Revista Femina (vide tabela 3).

Essa abordagem também é significativa, no conjunto da produção dos profissionais da saúde, correspondendo em torno de 30% do total da produção teórica estudada (33 trabalhos entre os 110 analisados) (conforme tabela 3).

A predominância da abordagem clínica da sexualidade, no discurso biomédico, pode ser uma explicação a realidade assistencial, onde os profissionais da área médica classificam as dificuldades sexuais femininas como DISFUNÇÃO OU PATOLOGIA.

Como consequência desta abordagem, o ser humano é fragmentado em órgãos/sistemas, cujo alvo é o órgão doente que tem sua função comprometida, perdendo de vista o contexto social e as condições de vida concretas vividas pelas mulheres o que influenciam na formação da sua subjetividade.

A produção científica, nesta abordagem, dá ênfase as disfunções, que podem ser detectadas por “técnicas aperfeiçoadas de dosagens hormonais e de neurotransmissores (radioimunoensaio, v.g.), de ultrassonografia e de tomografia” (Vitiello, 1987, p.49), ou corrigidas através de cirurgias reparadoras, como nas cirurgias de perineoplastia, que segundo Christoff (1988, p.230), “essa operação é realizada como tentativa de oferecer o máximo prazer ao companheiro”.

A técnica cirúrgica, aperfeiçoada por Christoff, consiste em conservar e preguear a mucosa vaginal para produzir atrito de modo a aumentar o prazer sexual do homem, durante o coito vaginal. Esse texto, além de estar impregnado de um olhar androcêntrico, exemplifica uma aplicação prática do modelo biomédico.

Capra, em o “Ponto de Mutação”, menciona como a medicina moderna tem se alicerçado na concepção mecanicista da vida, também, da saúde e da doença.

O modelo biomédico, considera que “o corpo humano é uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel do médico é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado” (Capra, 1982, p.116). E, prossegue Capra, ao se deter em partes cada vez menores do corpo, se perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, bem como reduz a saúde a um funcionamento mecânico, que não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura, pois esta envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana.

Essa abordagem, também chamada de cartesiana, tem limitado-se a compreender os mecanismos biológicos envolvidos numa lesão em alguma das várias partes do corpo, sem levar em conta as influências das circunstâncias não biológicas sobre os processos biológicos (Capra, 1982, p.117).

Em conseqüência dessa abordagem biomédica, derivou-se a preocupação em descrever formas para obter meios diagnósticos, quer seja a partir da descrição de exame clínico mais apurado ou de buscar técnicas/tecnologias que subsidiem o diagnóstico médico e o tratamento e que, de certa forma, não considera a subjetividade, a óptica de quem vivencia a situação.

Em um dos artigos examinados sobre a mulher na terceira idade, o autor discute a sexualidade da mulher nesta fase, e diz que o tratamento hormonal substitutivo melhora a performance sexual e as dispauremias, mas não garante a melhora da libido. Para o autor, a opção medicamentosa para a melhoria da libido seria a solução, como se observa no texto: “enquanto não surgirem novas opções medicamentosas, resta-nos a assistência psicológica” (Souen, 1992, p.1146).

Nos textos analisados, a teoria sobre a resposta sexual humana de Master & Johnson tem tido menos adeptos do que a teoria do ciclo trifásico de Kaplan.

Quanto a esse dado, podemos considerar um avanço, principalmente para os estudos da sexualidade feminina, pois Kaplan parte dos postulados da psiquiatria e inclui o desejo como parte da resposta sexual humana, junto à excitação-orgasmo, o que não foi considerado como parte do ciclo de reação sexual humana na teoria de Master & Johnson.

Neste sentido, Kaplan rompe com o entendimento da sexualidade baseada na fisiologia orgástica, e abre perspectivas para o entendimento de que as alterações

subjetivas (decorrentes do estado de excitação psicológica) da resposta sexual humana é tão importante quanto a alterações objetivas controlados pelo sistema neuro-hormonal.

Conforme os estudos teóricos disponíveis e estudados até aqui, existem dimensões estritamente fisiológicas da sexualidade, no entanto, a sexualidade humana ultrapassa a dimensão biológica e se socializa.

Esta perspectiva já é identificada em alguns textos que, apesar de buscar fundamentação na biologia da sexualidade, compreendem a sexualidade humana como um processo biológico e de socialização, como no parágrafo a seguir, que evidencia uma abordagem de cunho cultural:

“o exercício da atividade sexual transcende, na espécie humana, os fatores meramente biológicos, deixando de ser um instinto que visa apenas a reprodução da espécie para se tornar uma complexa resposta biopsicossocial, dependendo da cultura na qual o indivíduo está inserido” (Vitiello & Conceição, 1988, p.412);

Nos textos analisados, alguns profissionais da área médica têm demonstrado preocupação em mudar a sua forma de trabalho, o que pressupõe a emergência de práticas inovadoras, buscando novas possibilidades de compreender a sexualidade feminina, na tentativa de ruptura com o modelo hegemônico em saúde.

C) Abordagem da psicanálise

O termo “psicossexual” foi utilizado por alguns autores, dando indicativos de que os fenômenos psíquicos e emocionais da sexualidade são considerados, embora sem grandes aprofundamentos teóricos.

A abordagem da psicanálise aparece em textos como o de Poli (1996, p. 949) e de Diamantino et al. (1993 b, p.1153) respectivamente, que se apoiaram parcialmente nas teoria sobre sexualidade de Freud, como mostra este parágrafo:

“conforme Freud ensinou, no curso da história de cada pessoa, a sexualidade passa por várias etapas que se caracterizam essencialmente pela localização

das zonas erógenas predominantes, nas quais o prazer e a satisfação se efetivam”;

“o ser humano é um ser sexual desde quando nasce, e sobre a sexualidade na infância, todos conhecemos os estudos freudianos que colizam a infância em fases oral, anal, fálica e de latência, com suas próprias manifestações e reflexos futuros quando disfuncionais”;

ou em textos de Cury (1992, p.234), que se apoiou na teoria da sexualidade feminina de Freud:

“a feminilidade é uma complexa construção. A menina frente a diferença anatômica para com o menino culpabiliza a mãe e a deprecia, já que esta também é castrada. Renuncia então à atividade fálica da masturbação clitoriana, assume a passividade preponderantemente e substitui o apego à mãe ao amor edipiano ao pai, ainda que neste momento, o desejo seja o pênis...”.

E também houve autores que criticaram a abordagem psicanalítica:

“É um raciocínio por demais simplista considerar que toda e qualquer disfunção sexual é apanágio da psicoterapia ou da psicanálise...” (Costa, 1984, p.514).

Dentre os textos estudados, Silva esclarece que aspectos da sexualidade como a emoção, o desejo e o erótico são orientados por duas vertentes conceituais sendo uma delas definida como **corrente psicologista** que:

“se volta para a intenção do sexo, para o domínio do desejo não consumado, da fantasia não explícita... para o significado dos símbolos, para a revelação de conteúdo e para uma visão emocional da sexualidade” (Silva, 1988, p. 1037).

A mesma autora explica que essa visão é:

“distanciada do sexual restrito, e mais comprometida com a idéia geral do prazer...realça a discussão de sentimentos, o livre debate sobre conflitos e o processo de decisão sexual”

e difere da **corrente organicista**, que entende com o:

*“estudo do sexo, tomado a nível do real, do comportamento explícito, da emoção reconhecida ...e os estudos se dirigem para hormônios diferenciadores, funcionamento genital e fisiologia do ato heterossexual...e chegam às conseqüências do **sexus**: contracepção e DST”* (Silva, 1988, p. 1037).

O texto de Lopes et al.(1992, p.176), mostra essa visão organicista:

“estudos de neurofisiologia e psicoendocrinologia demonstram a correlação emoções/sistema límbico/hipotálamo, diminuindo a secreção de LHRH e produzindo secreção insuficiente de gonadotrofinas”;

ou no texto de Lima (1988, p. 988), que ao discutir os aspectos biopsicossexuais do climatério, busca correlacionar as alterações endócrinas do climatério com o interesse sexual e o comportamento psíquico:

“pesquisa exaustiva tem investigado o provável papel dos estrogênios na bioquímica da depressão. A deficiência central de catecolaminas é uma das principais hipóteses relacionadas com o papel de alterações bioquímicas na depressão...Há evidência laboratorial de que a terapêutica estrogênica provoca uma diminuição dos níveis de monoaminóxidas, aumentando, deste modo, os níveis centrais de catecolaminas”

Em outras palavras, esse dados mostraram que, apesar dos profissionais de saúde reconhecerem os aspectos emocionais da sexualidade, tendem a biologizá-

los, buscando determinantes físicos (neuro-hormonais, endócrinos e até fatores genéticos) nos comportamentos sexuais.

Cury (1992, p.234), em um dos textos examinados, faz uma discussão interessante sobre o papel do psicanalista versus o do terapeuta sexual (sexólogo) e diz:

“assim o que para a grande maioria dos sexólogos é uma doença passível de terapia por aconselhamento e informação, é na verdade um sintoma neurótico, revelado na sua plenitude na literatura Freudiana e só acessível no decurso da análise” e complementa:

“a teoria psicanalítica com toda a sua riqueza e simbolismo não parece, no entanto, ser aceita por pacientes e por terapeutas sexuais...”.

No entanto, a existência dessa abordagem, ainda que reduzida nos textos analisados, revela importância que ela tem para a compreensão da mulher com queixas sexuais. De alguma forma, parece estar incipiente uma certa preocupação em ampliar o conhecimento desse fenômeno humano.

Ressalto ainda que, o número reduzido dessa abordagem pode ser atribuído ao fato das produções específicas da saúde mental, não terem sido objeto deste estudo

Os trabalhos que abordaram visão de Freud numa perspectiva crítica da se aproximam da abordagem sócio-histórico-antropológica, principalmente nos estudos sobre gênero, e optei por incluí-los aqui.

D) Abordagem sócio-histórico-antropológica

Os trabalhos que utilizam a abordagem sócio-histórico-antropológica, partem do princípio que a sexualidade é mediada por fatores históricos e culturais, como em um dos textos examinados como o de Vance (1995, p.16):

“no mínimo, todas as abordagens adotam a visão de que os atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância social e significado subjetivo variáveis, dependendo de como são definidos e compreendidos em diferentes culturas e períodos históricos”.

Essa abordagem pode ser detectada em textos que utilizaram o referencial de “gênero”, que privilegia a análise sócio-histórica da condição feminina além de refletir como se constituiu, historicamente, os estereótipos culturais do “ser mulher” e da “sexualidade feminina”.

Esse referencial pode ser verificado em texto que utiliza o conceito de “gênero” como o texto de Giffin:

“É a percepção de ser a mulher uma construção social...o que permite questionar e relativizar o caráter à primeira vista absoluto dessa opressão. Nela reside, na verdade, a força política de toda a discussão. Assim, a submissão secular...parece como um dado passível de transformação” (Franchetto apud Giffin, 1991, p. 194).

Em trabalhos como o de Cunha (1992, p.73), já se identifica uma discussão de cunho sócio-cultural, mas ainda não é feita a partir de uma análise usando a categoria gênero, como pode-se observar no seguinte parágrafo:

“o erotismo é desejo sexual e algo mais; e este algo mais é o que constitui sua própria essência. Nutre-se da sexualidade animal, é natureza mas, ao mesmo tempo a desnaturaliza, a supera, a ultrapassa...na sociedade humana, um instinto enfrenta um complicado, contraditório e sutil sistema de proibições, regras (e também de estímulos), desde o tabu do incesto até os requisitos dos contratos de casamento, mitos e ritos diversos, ora censurados, ora liberados, variando com a história, com a geografia, com a cultura”.

No conjunto dos trabalhos que se apoiaram na abordagem sócio-histórico-antropológica (43), isto é, 39% do total dos trabalhos analisados, 56% utilizaram a categoria de “gênero” e 44% utilizaram outras vertentes desta abordagem.

Os trabalhos que utilizaram o referencial “gênero” fizeram uma crítica à visão biologicista da sexualidade feminina, como nos trechos apresentados abaixo:

“pesquisas recentes que buscam identificar e medir os supostos fundamentos naturais das condutas humanas, de modo que estamos

às voltas com uma discussão (...) sobre QI de negros, genes de homossexuais e determinações biológicas do comportamento masculino e feminino...” (Garcia, 1995, p.74);

“tem merecido destaque o aprofundamento da compreensão dos cenários objetivos e subjetivos que transformam ‘machos’ e ‘fêmeas’ em homens e mulheres...assim, as características distintas entre homens e mulheres, no plano comportamental ou da construção da subjetividade, não seriam uma continuidade ou uma consequência natural das suas peculiaridades no plano biológico, devendo ser tomadas como construções sociais” (Barbosa, et al., 1995, p.101).

Na mesma abordagem, também encontra-se crítica à visão androcêntrica freudiana:

“o exagero com que se leva a sério os complexos de Édipo ou de Electra lembra-nos esses edifícios feios na beleza da paisagem humana...” (Lima, 1986, p.462);

“na identificação da mulher com a natureza, ‘tudo começa com o corpo e a função de procriação natural’ é elaborada nos papéis sociais e em estruturas psíquicas diferenciadas...pelo simples fato dela aceitar sua própria desvalorização e endossar o ponto de vista da cultura” (Ortner apud Giffin, 1991, p. 192);

“a conceituação do desejo sexual como uma pulsão humana básica, mas uma pulsão moldada de forma um pouco diferente em distintos cenários sociais e culturais, devendo, portanto, ser descrita assim como ela se manifesta nesses cenários” (Parker, 1995, p.87);

Vance, em um dos textos estudados, esclarece que na teoria sócio-histórico-antropológica há uma vertente mais radical, a “teoria construtivista da sexualidade”, que contrapõe a vertente biológica da sexualidade, como podemos constatar nas seguintes passagens do texto da autora:

“até a direção do próprio interesse erótico, por exemplo, à escolha do objeto sexual, (...) não é intrínseca ou inerente ao indivíduo, sendo construída a partir de possibilidades mais polimorfos”, além de que o “desejo sexual é construído pela cultura e pela história a partir das energias e capacidades do corpo, não existindo, portanto, a idéia de ‘impulso’ sexual, ‘pulsão sexual’ ou ‘apetite sexual’ essencial e indiferenciado, presente no corpo devido ao funcionamento e sensações fisiológicas” (Vance, 1995, p.17).

Garcia, da mesma forma, em seu artigo discute a concepção de identidade como construção social, como podemos observar no trecho destacado abaixo:

“...condição de ser negro, mulher ou homossexual-, repõe-se uma concepção do sujeito baseada na idéia da identidade homogênea,(...),trata-se de fundamentos apresentados como naturais, biológicos ou fisiológicos,(...), recoloca-se no centro do debate uma concepção naturalizada da cultura, na contracorrente de toda a reflexão antropológica moderna que se distingue por conceber a cultura como criação arbitrária e, portanto, por rejeitar totalmente uma concepção da identidade como fenômeno de base natural”.

Capra (1982) também compartilha com alguns pontos dessa abordagem, quando discute a influência da cultura nos valores da sociedade ocidental, pois para ele, a estrutura do pensamento ocidental tem sido fortemente influenciada por valores culturais, que superestimam os aspectos ligados à masculinidade em detrimento dos aspectos ligados à feminilidade. Nesta perspectiva, o pensamento racional pertence ao domínio intelectual do masculino e o pensamento intuitivo ao feminino. O “pensamento racional é linear, concentrado e analítico. Pertence ao domínio do intelecto, cuja função é discriminar, medir e classificar. Assim o conhecimento racional tende a ser fragmentado. O conhecimento intuitivo, por outro lado, baseia-se numa experiência direta, não-intelectual da realidade, em decorrência de um estado ampliado de percepção consciente. Tende a ser sintetizador, holístico e não-linear” (Capra, 1982, p.35).

Para Capra (1982), no mundo ocidental, essas duas propriedades da mente humana, não se compatibilizam e se tornam excludentes, perante as normas culturais das sociedades patriarcais. Baseado neste sistema de valores o pensamento científico ocidental se estruturou, sustentando o conhecimento racional e está ligado a ciência, e o conhecimento intuitivo está ligado à religião ou ao misticismo, isto é, ao tipo de conhecimento não científico e menos valorizado.

Para Capra (1982, p.37), a mulher sempre andou de mãos dadas com a natureza e com o surgimento da ciência newtoniana, “a natureza tornou-se um sistema mecânico que podia ser manipulado e explorado, o que coincidiu com a manipulação e a exploração das mulheres”.

Isto se deu também na história da medicina ocidental, decorrente da conquista do poder por uma elite profissional masculina que tornou hegemônico o pensamento racional e científico na saúde e dominou, inclusive, setores que tradicionalmente eram atendidos por mulheres, como os partos. Foram séculos de batalha para que as mulheres reapropriassem esses conhecimentos. Historicamente, foi com o surgimento do movimento feminista, que as mulheres foram conquistando espaços até então considerados “masculinos”.

Giffin (1995, p. 29) acrescenta que, nesta luta, as mulheres em grupos de reflexão, se perceberam como sujeito coletivo, isto é, “o sentido do eu mulher na vivência do próprio corpo e suas relações com o mundo, até então vivido como altamente pessoal e privado, é redescoberto como coletivo, comum a todas”. Mais adiante, descobriram que a ciência é androcêntrica e que se organiza em torno de dicotomias como por exemplo homens (sujeito de ciência, expressão da cultura através da razão e da mente) e mulheres (objeto da ciência, expressão da natureza através do corpo e da emoção).

Segundo Capra (1982, p.119), “essa tendência está sendo agora invertida pelo movimento de mulheres: elas reconhecem nos aspectos patriarcais da medicina mais uma das manifestações do controle do corpo das mulheres pelos homens, e estabeleceram como um de seus objetivos centrais a plena participação das mulheres na assistência à sua própria saúde”.

A visão de Capra também é compartilhada por Vieira (1997, p.73) que aponta que os estudos sobre a sexualidade feminina, além de terem sido pouco explorados, partem de um modelo e uma lógica masculina, negando a subjetividade de cada gênero.

Segundo Giffin (1995, p.29), a repressão sexual foi utilizada para obter o controle social sobre as mulheres e identifica o sistema médico como detentor do saber legitimado e do poder sobre o corpo.

Essa abordagem que usa o referencial gênero, identifica também que o discurso oficial e dominante, se dá a partir de uma visão androcêntrica sobre a mulher e que a ênfase no método científico e no pensamento racional, analítico, acabou estruturando-se como um conhecimento reducionista da sexualidade. A excessiva objetividade e cientificidade presente nas teorias de Freud e Master & Johnson sobre a sexualidade, acabaram por determinar esse pensamento linear, que não considera fatores histórico-culturais, educacionais, ambientais, relacionais entre outros, que podem estar envolvidos nesse fenômeno, que tem complexidade muito maior do que se possa imaginar.

Nas produções teóricas, em especial na medicina social e na enfermagem, é crescente a articulação entre sexualidade e gênero.

Assim, a utilização do referencial gênero vem abalando e modificando a hegemonia do discurso biologicista das ciências biomédicas, bem como os significados sobre a sexualidade, o corpo, a saúde e a doença, recolocando em discussão a intervenção da medicina no âmbito social. Além disso, essa abordagem vem abrindo perspectivas de novas formas de compreensão do processo saúde-doença.

E) Abordagem indefinida

Em alguns trabalhos estudados, apesar dos autores centrarem no aspecto biológico da sexualidade, também utilizaram a abordagem "bio-psico-social".

Nos textos "Resposta sexual humana" e "Disfunções sexuais na gestação" fica evidente o predomínio do enfoque biológico, mas o próprio autor faz as seguintes considerações, em cada texto respectivamente:

"podemos afirmar que a resposta sexual humana se baseia num tripé, constituído de bases biológicas, psicológicas e sociais"
(Vitiello, 1989, p. 918);

“a função sexual excede, na espécie humana, os aspectos orgânicos, tornando-se dependente de fatores biopsicosociais (...) com o surgimento dos primeiros bandos de homínídeos, apareceu a necessidade de uma certa organização social, que se complexificou na medida em que foi se desenvolvendo uma ‘cultura’, base da ‘civilização’. Dentro dessa, cada vez mais complexa, civilização social, inevitavelmente, foram surgindo regras para normatizar os diversos aspectos da vida em comum, e, obviamente, para regulamentar a atividade social. Assim, mesmo quando possuído de intenso desejo, o macho passou a só poder praticar o coito com uma fêmea dentro de certas condições, e vice-versa. Criou-se todo um ritual, através de um complexo simbolismo, para normatizar o que é socialmente aceitável em matéria de exercício da sexualidade” (Vitiello, 1987, p.42).

Com isso, não foi possível afirmar que a abordagem predominante utilizada foi a biológica e também não ficou claro se o autor, ao refletir sobre a sexualidade feminina, apoiou-se na vertente da sócio-antropologia. Identificamos uma ambigüidade nos textos.

Os artigos que tratam centralmente da questão biológica mas relativizam a importância desse enfoque no contexto geral da sexualidade feminina, ou dentre os vários aspectos envolvidos na sexualidade, apontam o aspecto bio-psico-social, foram classificados como abordagem “indefinida”, o que pode ser exemplificado com os textos abaixo:

“o vaginismo pode originar-se de um reflexo protetor natural contra a dor oriunda de qualquer lesão da genitália externa ou do intróito vaginal. A porcentagem de casos de vaginismo que são inicialmente atribuíveis a problemas orgânicos desse tipo não é conhecida ao certo (...), mais comumente, no entanto, nenhum processo orgânico pode ser incriminado como causa do vaginismo” (Diamantino, et al., 1993 b, p. 1165);

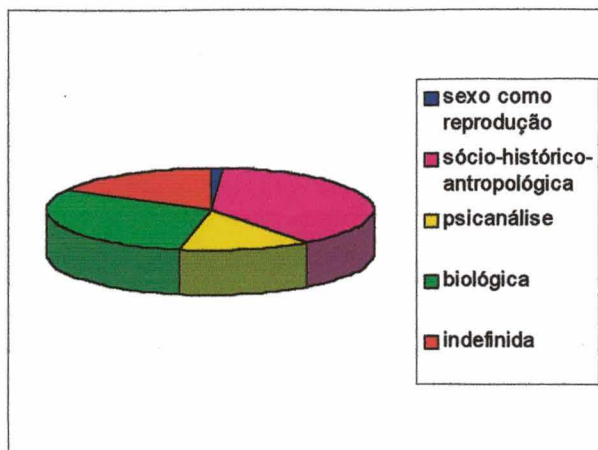
“do ponto de vista psicológico, na medida em que foi surgindo nos hominídeos a consciência do “eu”, foram-se também elaborando parâmetros para auto-avaliação de desempenho, consciência de aceitação, sensação de adequação ao meio etc. Esses aspectos intrapsíquicos, tão valorizados pela humanidade, passaram até a ser medida da própria existência (‘penso, logo existo’) e também, ao lado do componente social, possuem imenso papel no exercício da sexualidade” (Vitiello, 1989, p.918).

Observamos que, muitos autores já partem da concepção de que a sexualidade humana é um processo que envolve além do aspecto orgânico, mas esses autores, ao discutirem o aspecto cultural, o fazem a partir de uma visão essencialista, isto é, naturalizam a condição de subordinação da mulher, ou seguem as teorias de Freud com norma, e consideram o processo de socialização “normal” aquele que inclui no desenvolvimento da “menina” a influência dos ideários patriarcais, reforçando os estereótipos sobre a mulher e sobre a sexualidade feminina.

TABELA 3 – Abordagens teóricas em relação a sexualidade feminina utilizada pelos autores estudados no período de 1984-1997

ABORDAGEM TEÓRICA	MEDICINA	ENFERMA- GEM	*SAÚDE COLETIVA	REVISTA ESPECIAL	TOTAL fi (%)
SEXO COMO REPRODUÇÃO	1	0	0	0	1 (1%)
PSICANÁLISE	11	3	0	0	14 (13%)
SÓCIO-HISTÓRICO- ANTROPOLÓGICA	14	2	14	13	43 (39%)
BIOLÓGICA	28	4	1	0	33 (30%)
INDEFINIDA	12	7	0	0	19 (17%)
TOTAL	66	16	15	13	110 (100%)

*Período de 1985-1998.

Gráfico 2 –ABORDAGENS TEÓRICAS ENCONTRADA

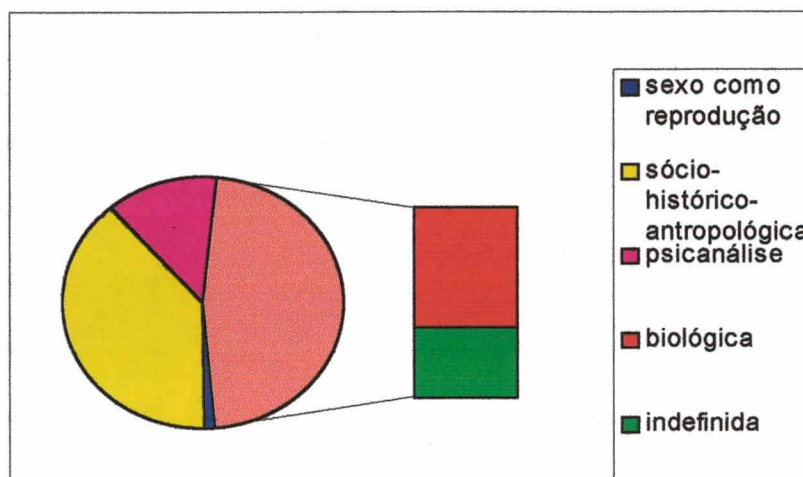
Analisando os dados da tabela 3, é possível fazer algumas considerações:

A) nas publicações científicas sobre sexualidade estudadas, a abordagem “sexo como reprodução” explicitamente assumida pelo autor representou 1% dos trabalhos, apesar de, ainda, grande parte dos textos terem a abordagem sexo e reprodução, mas sem a afirmação explícita do autor de que o sexo é somente para reprodução. É preciso considerar também que esse número poderia ser ainda maior se incluíssem nele os trabalhos que emudeceram sobre o tema, como hipótese repressiva da sexualidade. Apesar disso, podemos considerar que, no conjunto dos trabalhos, a abordagem “sexo como reprodução” é minoritária, e pode significar uma tendência de superação desta abordagem, principalmente pela influência da sociedade atual, da contribuição do Movimento Feminista e da produção teórica que tem interface com ele, como é o caso da sócio-antropologia. É preciso considerar que os profissionais de saúde são parte desta sociedade, influenciados por ela, ao mesmo tempo que contribuem ativamente para a sua construção;

B) 30% dos trabalhos analisados se embasaram na biologia. Esta visão reduz a discussão da sexualidade ao aspecto biológico, com uma clara aproximação com o modelo biomédico, que tem sido predominante na produção de conhecimento da medicina. Do total de trabalhos que se embasaram na biologia da sexualidade, 85% foram publicados na Revista Femina, que representa a produção dos profissionais especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, o que mostra a importância desse paradigma para a produção teórica da medicina;

C) alguns autores (17%), apesar de reconhecerem os aspectos psico-sociais da sexualidade, produziram trabalhos com embasamento teórico na biologia ((abordagem "indefinida"). Se somarmos esses artigos com os trabalhos centrados na biologia, totaliza 47% do total da produção teórica, isto é, praticamente a metade da produção teórica da área da saúde, sobre o tema, centrara-se no aspecto biológico (ver gráfico 3);

Gráfico 3 – ABORDAGENS TEÓRICAS ENCONTRADAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ANALISADAS NO PERÍODO DE 1984-1997.



D) os dados apontaram que a abordagem psicanalítica, e/ou de outras teorias do campo da psicologia, foi pequena, mas significativa no contexto total das produções científicas sobre o tema, uma vez que as revistas específicas da saúde mental não foram analisadas. Os aspectos emocionais e psíquicos da sexualidade foram apontados em vários trabalhos, e isto mostra a importância da saúde mental para a saúde da mulher e a sua contribuição para o entendimento da sexualidade feminina;

E) a abordagem sócio-histórico-antropológica foi utilizada em 39% da produção científica estudada, correspondendo a 43 publicações. Destes, 24 utilizaram o referencial "gênero" que corresponde a aproximadamente 22% do conjunto da produção científica da área da saúde, analisada, e mostra a influência do Movimento Feminista na produção do conhecimento em saúde sobre sexualidade

- feminina, principalmente os que trabalham na saúde coletiva e na enfermagem. Podemos destacar como exemplo, as revistas com número especial sobre mulher que foram publicadas por essas duas áreas e que privilegiaram o tema “gênero”;
- F) na enfermagem, os estudos sobre “gênero” não estão incluídos nos cursos de graduação, mas conforme já foi referenciado, destacam-se nos cursos de pós-graduação em enfermagem sendo definida como uma das linhas de pesquisa da enfermagem no país, em encontro nacional de pós-graduação em enfermagem com representantes da maioria dos programas da pós-graduação (vide ANEXO 3);
- G) o fato de alguns profissionais da enfermagem estarem produzindo críticas ao silêncio da profissão sobre o tema já é indicativo de que a mesma está rompendo com esse silêncio. Miranda (1992, p.74) explica esse silêncio da enfermagem pelas raízes históricas da profissão. Segundo Miranda, a enfermagem moderna iniciou com o fenômeno nightgaleano²¹ e esta, sofreu uma forte influência da Moral Vitoriana²², o que, poderia explicar esse silêncio;
- H) nos dias de hoje ainda é presente o mutismo sobre o tema, ficando este remetido para a questão reprodutiva, às patologias ou à questão da limpeza e da higienização dos órgãos genitais;
- I) Alguns princípios fundamentais do Modelo Nightingale levam a indícios que esse modelo tenha subsistido nas escolas de enfermagem no Brasil, apesar de decorrido mais de um século, pois havia “uma grande preocupação com a

²¹ Refere-se ao modelo da enfermagem profissional organizado por Florence Nightgale e que difundiu-se por todo o mundo ocidental. Estrutura a enfermagem como uma profissão organizada sob controle e com princípios próprios, dentre eles: formação em escola própria; ensino metódico; formação na forma de internato; formação profissional para o exercício do cuidado aos enfermos e necessitados, para a manutenção do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem; formar alunas para o trabalho tipo manual (as nurses originárias das camadas pobres da sociedade) e outro grupo de alunas para o trabalho intelectual – ensino e administração hospitalar e do cuidado e difusão dos princípios nightingaleanos (as *lady-nurses*, originárias das camadas mais privilegiadas) (Pires, 1989, p. 121).

²² Principalmente pela idéia de autocontrole moral e emocional, que seria composta basicamente de: 1. firmeza de sentimento, redução de auto-envolvimento e discrição nas emoções expressadas, encorajando um temperamento uniforme, firme e confiante; 2. a redução do auto-envolvimento, no entanto, era necessário ser atencioso e preocupado com o outro; 3. deve ter interesse pelo outro, mas nem tanto. Assim, o grau de atenção com os outros aumenta, e o grau de emoção profunda deve ficar na esfera privada (Miranda, 1992, p.74).

conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar” (Silva apud Miranda, 1992, p.74), além da “preocupação com os cabelos (símbolo feminino marcante de sexualidade), o uso de gorros, a proibição de flores como enfeites e a proibição de saírem do hospital sozinhas”.

5.4 A produção teórica dos profissionais da saúde, relacionada a sexualidade feminina, e princípios inovadores presentes no PAISM e documento do CNDM

Um outro aspecto importante da análise para o âmbito deste trabalho, é a relação do conjunto da produção teórica dos profissionais de saúde, no período de estudo, com os princípios inovadores constantes no PAISM e no documento do CNDM. Essa análise é significativa para estabelecer uma relação entre a produção teórica e as políticas públicas e sua influência na ação dos profissionais de saúde.

A) Uma nova concepção do SER MULHER

O novo discurso sobre o SER MULHER que deveria ser incorporado pelos profissionais de saúde que trabalham com a “saúde da mulher” conforme a determinação da política governamental, foram absorvidos de formas diferentes, conforme o resultado deste estudo.

A concepção do SER MULHER, explicitada nas diretrizes do PAISM e no documento oficial da 1ª CNDM foi de superar a imagem santificada da mulher, ligada a pureza, a imagem de “devoção”, “sacrifício”, “submissa” e “resignada” e também de desmistificar a maternidade ou o tabu pelo qual a mulher só se “realiza” a partir da maternidade. Além disso, esse novo discurso rebelou-se contra a concepção que a mulher é um complemento do homem, “aquela que veio para sofrer”, que somente o homem tem direito ao prazer e a mulher representa apenas um mero coletor de detritos espermáticos.

Entre os trabalhos analisados é majoritária a superação da concepção santificada e “assexuada” da mulher. No conjunto dos trabalhos analisados, três (3) trabalhos, um publicado na Revista Brasileira de Enfermagem e dois (2) na revista Cadernos de Saúde Pública, discutiram a sexualidade tematizando a imagem santificada da

mulher. Houve trabalhos em que os autores se posicionaram claramente quanto ao direito da mulher exercitar a sexualidade, desvinculada da idéia do pecado ou da concepção, como mostra o texto de Silva (1984, p. 246): "...solidificam em nós a certeza de que a sexualidade também é um direito social", indicando fortes tendências de desmistificação desse tabu.

O mesmo não se pode dizer em relação ao "mito do amor materno". A maternidade e o papel de "boa mãe" são as regras da nossa sociedade, e os profissionais de saúde, como parte dessa sociedade, reforçam e normalizam esses papéis socialmente esperados, mesmo entre as profissionais mulheres, que um dia sentiram a penalidade de serem confiscadas nas suas falas e de se ausentarem de seu próprio corpo, abdicando de seus desejos em função de sua prole.

Os trabalhos que utilizam o referencial "gênero" rejeitam por completo essa concepção santificada, "assexuada" e a destinação da mulher exclusivamente à maternidade e consideram isso como um dos dispositivos de controle da sexualidade feminina.

Em relação a valorização do papel reprodutivo da mulher pelos profissionais de saúde, em detrimento dos aspectos sexuais, foi possível reconhecer duas correntes de estudo: a reprodução e a sexualidade reprodutiva, com certas distinções entre si. Na maioria, a sexualidade não necessariamente é abordada, e se abordada, ela aparece subjacente à reprodução. Na perspectiva da reprodução, a mulher é valorizada enquanto reprodutora, permanecendo o enfoque das políticas dos anos 70, o Programa Materno-Infantil, que focalizava a atenção à saúde da mulher somente no ciclo grávido-puerperal.

Na segunda perspectiva, da "**sexualidade reprodutiva**", a reprodução é considerada como um dos aspectos da sexualidade. Nesta perspectiva, valoriza-se a concepção, a contracepção e a sexualidade como parte das necessidades da mulher. A vivência da sexualidade despreocupada do risco de gravidez propicia a mulher viver a sexualidade de forma mais prazerosa. Da mesma forma, o aspecto reprodutivo e a garantia da maternidade segura também são aspectos importantes para a vida da mulher. Esta perspectiva vai em direção à formulação dos princípios dos **Direitos Sexuais e Reprodutivos** e aproximam com os princípios inovadores do PAISM.

A compreensão de que a mulher tem igualdade de direito com o parceiro em relação ao prazer sexual, que cada pessoa tem a sua maneira de ser, de sentir e de

agir; além de que, no campo da sexualidade, não existem regras predeterminadas, são ainda poucos trabalhos que partem desta concepção. Para o profissional reconhecer a implicação desta abordagem é preciso antes de mais nada, reconhecer que a responsabilidade da maternidade é igual a da paternidade, reconhecer a mulher na sua autonomia, capacitando-a para a auto-valorização, para poder escolher como agir e optar com liberdade e consciente.

O significado do ser mulher não é unânime entre os profissionais de saúde. Apesar da grande maioria distanciar-se da concepção santificada da mulher, outros ainda aproximam-se da concepção que “a mulher é destinada para a maternidade”, e valorizam o aspecto biológico e reprodutivo da mulher. A concepção de uma relação mais igualitária entre homens e mulheres foi detectada mais claramente em trabalhos que utilizam o referencial “gênero”.

Os profissionais de saúde ainda não absorveram por completo essa nova identidade da mulher. Há indicativos de mudanças, mas ainda sem resultados efetivos na prática de saúde. É preciso considerar que os processos de mudanças e de transformações da realidade social são determinados por vários fatores como as forças dos movimentos sociais, as determinações da política de Estado e as práticas dos serviços de saúde, de forma que uma interage sobre a outra, modificando e retroalimentando uma à outra, num movimento complexo e não unidirecional.

B) Concepção ampliada de saúde e de assistência de saúde

As necessidades de saúde tem centralmente focalizado o aspecto físico, pela predominância da abordagem biológica da sexualidade entre os profissionais de saúde.

Para os profissionais que superam a abordagem biológica da sexualidade, as necessidades de saúde tem se ampliado, incluindo as necessidades que derivam das condições concretas de vida da mulher, incluindo os maus tratos, a violência e os fatores que geram a baixa auto-estima, pela desigualdade da relação de “gênero”.

De uma forma geral, apesar das iniciativas em mudar a concepção de necessidades de saúde do grupo feminino, ainda não se tem mudanças significativas na prática dos profissionais, pois o modelo de atenção hegemônico em saúde não inclui uma nova concepção sobre a sexualidade e o controle do próprio

corpo. A regulação da fecundidade e o exercício do direito ao prazer, sem risco de adoecer ou de engravidar contra a vontade, são conteúdos que ainda necessitam gerar atitudes e práticas mais eqüitativas entre os sexos. O planejamento familiar concentrado na responsabilidade da mulher, além de diminuir o poder da mulher de negociação frente ao homem, põe em risco a sua saúde (Rios & Gomes, 1993, p.8). Exemplo disso é a pouca aderência que a metodologia assistencial baseada na epistemologia feminista teve, mesmo com as profissionais mulheres, apesar de ter sido amplamente divulgada na década de 80.

Isto leva à conclusão de que, apesar da abordagem sócio-histórico-antropológica ser significativa no contexto da produção teórica ainda representa um movimento contra-hegemônico, que necessita crescer para tornar-se hegemônico.

C) Mudança na organização, estrutura e identidade dos Serviços de Saúde

No conjunto da produção teórica, identificamos poucos artigos que avaliaram o PAISM, na perspectiva do serviço que deveria ser implantado na rede pública de saúde. A preocupação em implantar, acompanhar e avaliar o PAISM tem sido basicamente de alguns técnicos responsáveis pelo planejamento de ações de saúde ou que possuem, no interior de seu serviço, profissionais que simpatizam com o Movimento Feminista ou que se engajam na luta por questões relativas à saúde da mulher.

Foram publicados dois artigos que analisaram a relação do Estado com a política contraceptiva, e a estrutura e organização dos serviços públicos de saúde que atendem à mulher.

Dois outros trabalhos enfocaram a relação profissional de saúde e a mulher nos serviços de saúde. Além disso, encontrei trabalhos nos quais os profissionais de saúde colocaram em cheque o modelo de atenção dominante em saúde, o que dá indicativos da possibilidade de transformação do modelo de atenção, permitindo às mulheres serem "sujeitos ativos de sua própria história".

De uma forma geral, foram minoritários os trabalhos que citaram o PAISM e dentre eles, poucos trabalhos consideraram que as questões relativas ao exercício da sexualidade deveriam se constituir em necessidades de saúde.

D) Direitos sexuais e reprodutivos

Alguns trabalhos que discutiram as práticas contraceptivas não discutiram como os serviços deveriam garantir o respeito aos Direitos Reprodutivos e Sexuais. Houve maior preocupação em discutir os aspectos técnico-científicos em detrimento de uma visão política. Essa postura dos profissionais de saúde, em ser essencialmente técnicos e agirem de forma acrítica no campo da sexualidade e reprodução humana, não contribui para romper com a ideologia dominante e androcêntrica.

Por outro lado, os trabalhos que analisaram criticamente as tecnologias reprodutivas, o PAISM, as políticas contraceptivas e demográficas, sob o referencial gênero, contribuíram para uma análise crítica dessas intervenções.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, podemos concluir que, no conjunto da produção teórica sobre sexualidade na área da saúde, a abordagem predominante foi a biológica, considerando que a abordagem denominada “indefinida” se aproxima mais da abordagem biológica. Essa tendência teórica ficou mais evidente entre os profissionais da área médica, pois mais de 60% dos trabalhos da área médica se embasaram nesta perspectiva teórica, apontando que são esses os profissionais que mais pesquisam e produzem teoria sobre a biologia da sexualidade.

Em relação à intervenção sobre a sexualidade feminina, os estudos apontam que as práticas nos serviços de saúde ainda mostram traços da ideologia repressiva da sexualidade, dominante no final do século XIX e no início do século XX. Isto pode ser detectado ao analisar as práticas assistenciais relativas aos adolescentes, no sentido de controle das condutas sexuais, visível quando os profissionais da saúde tratam a gravidez na adolescência como “doença”, uma epidemia a ser combatida, um mal que precisa ser prevenido e controlado. Outro exemplo desta visão é percebida na política de atenção às pessoas portadoras do vírus HIV. A epidemia da AIDS faz retomar a intervenção da prática médica em relação às intimidades sexuais e lembra a prática higienista no combate à sífilis, no início do século. Os avanços na área da reprodução humana, principalmente com o uso de recursos da engenharia genética, as laqueaduras tubárias feitas, de forma maciça, em mulheres negras de classe social menos favorecida, apontam que a prática de eugênia ainda se faz presente, embora revestida de um discurso modernizado. O sistema médico se apropria e intervêm na reprodução humana e na sexualidade.

Nos anos 60, foi possível desvincular a reprodução do prazer, com o advento do contraceptivo oral, no entanto, nos anos 80 e 90, a intervenção dos profissionais de saúde em relação à epidemia de AIDS e aumento da gravidez na adolescência demonstra um certo retrocesso em termos do debate em direção à igualdade de direitos no campo da sexualidade e da reprodução. Nos anos 90, outro fato que é significativo neste campo de debate, com conseqüência ainda incerta, é a desvinculação da reprodução da sexualidade, através da reprodução assexuada

(fertilização in vitro, inseminação artificial) e novas formas de maternidade (reprodução independente).

Além da abordagem biológica, numericamente, sobrepor-se às demais, ela é hegemônica na saúde pois conforme aponta Miranda (1992, p.75), “nas relações entre o biológico e o social, prevalece a ótica médica e do profissional médico, como hegemônico no setor. A prática médica, por ser preponderante entre as outras freqüentemente denominadas paramédicas, mas que na realidade se propõem a ser práticas de saúde, imprime o tom e o status diferenciado sobre as demais óticas e perspectivas de análise possíveis”. Essa abordagem também vai ao encontro dos interesses políticos e econômicos dominantes, por possibilitar um maior poder de controlar e intervir sobre o corpo individual e social.

No entanto, a abordagem sócio-histórico-antropológica é significativa no contexto geral da produção teórica sobre saúde da mulher, conforme este estudo, e permitiu avanços na produção de conhecimentos sobre a sexualidade feminina. O estudo nos revelou que essa abordagem ganhou maior aderência entre os profissionais de saúde que estão na saúde coletiva e na enfermagem, pois conforme mostra a tabela 3, a revista da saúde coletiva e as revistas com número especial sobre mulher, majoritariamente utilizaram a abordagem sócio-histórico-antropológica, predominando o enfoque de gênero. É importante ressaltar que as publicações das revistas, com edição especial sobre mulher, mostraram as iniciativas e os esforços dos profissionais de saúde em produzir conhecimentos sobre o tema, em geral, aproximando-se de uma visão emancipadora da mulher.

Em especial, esse estudo nos permitiu evidenciar o impacto e a contribuição qualitativa da abordagem sócio-histórico-antropológica para a área da saúde em direção ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Essa abordagem permitiu avanços significativos no campo da produção científica dos profissionais de saúde: a ampliação do conceito “Saúde Sexual e Reprodutiva” em “Direitos Sexuais e Reprodutivos”²³; a compreensão do “ser mulher” e da “sexualidade feminina” como

²³ Apesar de que, para alguns profissionais de saúde, este conceito ainda estar reduzido ao núcleo reprodução-sexualidade, a ampliação deste conceito tece novas possibilidades de práticas de saúde que vão além da prestação de serviços a patologia, incluindo a luta por transformações sociais mais amplas.

construção social; o reconhecimento da influência do olhar masculino nas teorias sobre sexualidade; que alguns profissionais de saúde já incluem o referencial "gênero" nas suas práticas de saúde; a linha de pesquisa relacionada a questão de gênero já é presente em vários cursos de pós graduação da área da saúde e que no Rio de Janeiro existem dois cursos de Pós-graduação na área da SEXUALIDADE, sendo regulamente ofertado. São as contribuições da academia que vão se alinhavando, com possibilidade de vislumbrar novas práticas de saúde, que visem sobretudo um novo *ethos individual e coletivo* referente ao grupo feminino.

O estudo nos mostrou, também, que o PAISM foi um importante marco na história da saúde da mulher e, certamente, o cenário que possibilitou a construção do PAISM influenciou a produção teórica em saúde com contribuições mais críticas sobre as vantagens e desvantagens das tecnologias reprodutivas ou de intervenções no campo de "sexualidade e reprodução" sobre o corpo da mulher.

O trabalho nos mostrou também que, a partir desse novo discurso do PAISM, se falou de coisas que não se falava antes, rompendo com o silêncio de vivências encaradas como tabus, transgressão ou censura e que confiscaram da mulher o que era seu. Permitiu também reflexões críticas sobre as posturas dos profissionais de saúde, que sob um olhar preconceituoso, machista e autoritário sobre o corpo e a sexualidade feminina, fragilizam e desqualificam as falas das mulheres usuárias e das mulheres profissionais²⁴.

O PAISM foi uma tentativa dos serviços de saúde permitirem a visualização das diferenças, de dar sentido às histórias que foram vividas, de localizarem os sofrimentos que não foram ditos, por tratar-se de um território proibido, para fazer emergir a multiplicidade e variedade de condições que podem ser tidas como satisfatórias por um sujeito. Foi uma luta para criação de novos papéis sociais, que ao longo dos anos se tornaram repetitivos perante o enrijecimento do casamento e da maternidade (Borges, 1991, p.285).

Esse referencial permitiu ainda, desvendar aspectos da sexualidade e da vida da mulher que foram "ocultos" pela ciência, por serem totalmente inconvenientes às sociedades patriarcais.

²⁴ Ressalta-se que este olhar "masculino" também está presente na prática das profissionais de saúde do sexo feminino.

Isso respondeu as minhas inquietações formuladas no início do estudo, principalmente por entender que a estruturação das profissões e das práticas de saúde, principalmente da medicina, incorporam a ideologia patriarcal e dominante.

A tecnificação da prática de saúde, principalmente aquelas que foram incorporados como ato médico se baseiam fortemente no conhecimento da biologia e influencia a postura de todos os profissionais de saúde. Esses conhecimentos permitem amplas intervenções sobre o corpo, sobre a sexualidade e sobre a reprodução, dando poder de controle ao profissional de saúde sobre a vida dos indivíduos. Neste sentido, os serviços de saúde que privilegiam as práticas de saúde orientado sob o paradigma biomédico tem dificuldade em olhar a mulher com queixas que vão além do aspecto orgânico.

O PAISM, de forma diferente, é uma política de Estado dirigida ao grupo de mulheres que busca a atenção integral à saúde, à redução de desigualdades sociais, sobretudo as desigualdades decorrente das relações de gênero e da falta de acesso ao serviços de saúde, de forma que a "fala feminina" possa emergir nos serviços de saúde tornando a mulher protagonista de sua própria história e com direito de receber o devido "acolhimento" por parte dos serviços de saúde.

Vários estudos, debates e seminários têm apontado que o PAISM, mesmo quando implantado nos serviços de saúde, foi de forma parcial em várias regiões e Estados brasileiros. Costa (1992) avaliou os dados fornecidos pelas Secretarias Municipais e Estaduais, e verificou que além da implantação parcial do PAISM, o programa não se cristalizou, mesmo naquelas atividades que privilegiam o ciclo reprodutivo, como o programa pré-natal, que já fazia parte da Política Materno-Infantil, anterior ao PAISM.

Desta forma, os elementos que contribuem para uma atenção à saúde que atenda a mulher nas suas múltiplas necessidades, incluindo aquelas que vão além do aspecto orgânico e de sua condição de reprodutora, precisam ainda ser tematizados, mais estudados e repensados, para resultarem em mudanças nas práticas em saúde.

Embora este trabalho tenha se proposto a analisar a influência da orientação teórica que embasa a prática profissional, existem outros elementos tão determinantes quanto esse que influenciam no pensamento e na prática dos profissionais de saúde. Esses elementos podem ser as determinações políticas, o modelo estrutural da sociedade, a diversidade de valores pessoais e de crenças

religiosas, os padrões culturais dos grupos/sociedade da qual os profissionais de saúde fazem parte, além de outros, que no conjunto, se tornam importantes e decisivos na definição do modelo de atenção à saúde. Consideramos também, que as mudanças se efetivam com o decorrer do tempo, à medida que a própria prática vai indicando a insuficiência de certas vertentes teóricas.

É preciso considerar também, as limitações deste estudo, uma vez que foram selecionadas para análise apenas as revistas da área da enfermagem, medicina e saúde coletiva, e dentre elas, apenas uma revista por área.

Neste sentido, as práticas de saúde que apontam para mudanças, vão além de reconhecer a mulher não só como reprodutora de filhos, mas sobretudo, como produtora de conhecimentos sobre si mesma, com autonomia sobre o seu corpo e sobre o seu desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, M. B., GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. (Orgs.) **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, UERJ, 1994. p. 160-172.
- ALFERES, V. R. Sexualidade, sexologia e psicologia social. In: ALFERES, V. R. **Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade**. Porto, Afrontamento, 1997. 262 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Edições 70, 1977. 225p.
- BEAUVOIR, S. de **O segundo sexo**. Trad. de Sérgio Milliet. 8. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1949. 309p.
- BORGES, S. M. N. Proposta para uma relação – profissionais de saúde e mulheres. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.284-289, abr./jun. 1991.
- BRASIL. Constituição, 1988, **Constituição; República Federativa do Brasil**. São Paulo, Três Editorial, 1988. 42p. (Edição especial da Revista ISTO É).
- BRASIL, Ministério da Educação e do Desportos/Secretaria de Projetos Educacionais Especiais. **Diretrizes para uma política educacional em sexualidade**. Brasília, MEC/SEPESPE, 1994. 44p. (Série Educação Preventiva Integral, 2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 26p. (publicação avulso).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 4, n. 36/48, set./nov., 1997).

CABRAL, J. T. **Constituição histórica da sexualidade humana na tradição ocidental: uma contribuição para a educação sexual**. Florianópolis, 1994. 233p. (Dissertação de mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Trad. de Álvaro Cabral. 20. ed. São Paulo, Cultrix, 1997. 447p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Mar. De 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986. 21p. (Publicação avulso do Ministério da Saúde).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER, 1., out. de 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília. 1986. 57p. (Publicação avulso do Ministério da Saúde).

CORRÊA, M. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: LOYOLA, M. A. (org.) **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, UERJ, 1994. p. 117-140.

CORRÊA, S. **PAISM: uma história sem fim**. Recife. SOS corpo, 1992, 10p.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER, R., BARBOSA, R. M.(Orgs.) **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1996. p.149-159.

CORRÊA, S., PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

- COSTA, A. M. et al. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** Comissão de cidadania e reprodução, 1992. 67p. (mimeo).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER. 1., outubro de 1986, Brasília. **Relatório final.** Brasília. 1986.
- D'OLIVEIRA, A, F. P. L.; SENNA, D. M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. M.(org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo, Hucitec, 1996. p.86-108.
- FREUD, S. Sexualidade feminina. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Trad. de José Octávio de Aguiar Abreu. Vol. XXI (1927-1931), Rio de Janeiro, Imago, 1976. 259-279p.
- FERREIRA, S.L. **A mulher e os serviços de saúde: o processo de trabalho em Distritos Sanitários.** Salvador, Ultragraph, 1996. 139p.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 11. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1988. 152 p.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres.** Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 6. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1990. 232 p.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si.** Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 4. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 246p.
- FROMM, E. **A crise na psicanálise.** 2. ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1977. 189p.
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem brasileira.** 3. ed. São Paulo, Cortez, 1993. 118p.
- GIFFIN, K. Gêneros, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis. In: **Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.** Curitiba, 1995. 23p. (mimeo).

- _____. Estudos de gêneros e saúde coletiva: teoria e prática. **Revista Saúde em debate**, n. 46, p. 29-33, mar. 1995.
- GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R., GALVÃO J.(org.) **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1996. 206p.
- LEVIN, K. **Freud: a primeira psicologia da neurose**. Trad. de Alvaro Cabral. Petrópolis, Vozes, 1980. 280p.
- LIMA, L. L. G. Confissão e sexualidade. In: PARKER, R., BARBOSA, R. M. (Orgs.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996. p. 39-50.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis, Vozes, 1997. 179p.
- MANDÚ, E. N. et al. **Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações**. Cuiabá, 14p. 1997 (mimeo).
- MARQUES, V. R. B. Doenças sexualmente transmissíveis: a intervenção sobre a sexualidade. **Saúde em debate**. n. 32, p. 78-82, jun. 1991.
- MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. **A conduta sexual humana**. Trad. de Dr. Dante Costa. 4. ed. Rio de Janeiro, Civilização brasileira, 1981. p.3-9.
- MEAD M. **Macho e fêmea**. Trad. de Margarida Maria Moura. Rio de Janeiro, Vozes, 1971 (1949,1967). 318p.
- MEAD, M. **Sexo y temperamento**. Trad. de Inês Malinow. 3.ed. Buenos Aires, Paidós, 1972. p. 275.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil dos anos 80: a conformação sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V.

- (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1994. p.19-91.
- _____. O processo social da distritalização da saúde. In: MENDES, E. V.(Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. p.93-158.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo, Hucitec, 1996. 269p.
- MIRANDA, C. M. L. O discurso da sexualidade como eixo de instrução da enfermagem moderna. **Saúde em debate**, n. 36, p. 73-75. out. 1992.
- MOREIRA, R. L. B. Natureza não seqüencial da resposta sexual humana. **Femina**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-66, jan. 1988.
- NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA**. Enciclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda. Rio de Janeiro. 1998. (18 vol.).
- NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 49-76. jan./jun. 1991.
- OLIVEIRA, E.M. de Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E. M. de, SCAVONE L. (Orgs.) **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia, AB, 1997. p. 1-14.
- PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. et al. (orgs.). **A AIDS no Brasil (1982-1994)**. 2.ed. Rio de Janeiro, ABIA, 1994. p. 231-250.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989. 156p.

- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Saúde materna: componente essencial dos direitos reprodutivos.** s/d. 84p
- RIOS, R., GÓMES, E. **A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo.** Brasília, Thesaurus, 1993. 19p.
- RIVERA, M. S. **Evolução da consciência feminina: sonhos de uma filosofia do direito de ser mulher e expressar-se nos serviços de saúde.** Florianópolis, 1998. (mimeo).
- RIBEIRO, M. Educação Sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v.16, n. 10, p. 945-948, out. 1988.
- RUBIN, G. Circulação de mulheres: notas sobre a "economia política" do sexo. Trad. Edith Piza. In: Reiter, R. R. **Toward na antropology of women.** New York, Monthly Review Press, 1975. p. 157-210.
- SCOTT, J. Gênero : uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade.** Porto Alegre, v.16. n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- TIEFER, L. Uma perspectiva feminista sobre sexologia e sexualidade. In: GERGEN, M. M. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento.** Trad. de Ângela Melim. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993. p.37-47.
- VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis: revista de saúde coletiva.** v.5, n.1, p. 7-31, jan./jul. 1995.
- VIEIRA, L. H. C. N. Acerca do prazer feminino. In: CARDOSO, R. S.(Org.). **É uma mulher...** Petrópolis, Vozes, 1994. p.53-68.
- _____. Articulando gênero, sexualidade e subjetividade. **Revista de Ciências Humanas.** Temática: fazendo gênero. Florianópolis. Ed. UFSC. v.15, n.21, p.71-90, abr. 1997.

VILLELA, W. V. & BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, R. & BARBOSA, R. M.(Orgs.) **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1996. p.189-19.

ANEXOS

ANEXO 1

Código:

NUMERAÇÃO:

REFERENCIA
BIBLIOGRAFICA
COMPLETA:

PALAVRA CHAVE:

ABORDAGEM:

RESUMO DO
PENSAMENTO
DO AUTOR:

COMENTARIOS
DESTACANDO
PONTOS
IMPORTANTES
P/
DISSERTAÇÃO:

CONCEPÇÃO
TEÓRICA DO
AUTOR:

ANEXO 2

Trabalhos analisados nas Revista Femina, Revista Brasileira de Enfermagem e Cadernos de Saúde Pública.

AGUILLAR, O. M., SANTOS, B. M. O., MAMEDE, M. V. Cirurgias ginecológicas: problemas pós alta. **R. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 105-115, abr./set. 1992.

AGUIRRE, D. G. L., URBINA, A. A. S. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en La Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 227-235, abr.-jun. 1997.

ALVAREZ, S.L. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del câncer cérvico uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 33-40, 1998.

ANDRADE, S.M.º Opinião sobre AIDS e possíveis mudanças de comportamentos de heterossexuais masculinos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, jan./mar. 1991.

BARBOSA, R.M., VILLELA, W. V., UZIEL, A, P. Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de AIDS. **Physis - Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 99-107. 1995.

BORGES, S. M. N. Proposta para uma relação:- profissionais de saúde e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 284-289, abr./jun. 1991.

BRUM, Z. de P., PEREIRA, M. A. Educação em saúde enfocando higiene sexualidade e drogadição junto aos meninos de rua na faixa etária de 11 a 14 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 333-342, jul./set. 1996.

CANELLA, P. Orgasmo feminino: meta terapêutica e realização pessoal. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 8, p. 720-723, ago. 1984.

CANELLA, P. Sexualidade na adolescência: valor da virgindade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 12, p. 1126-1128, dez. 1984.

CANTUÁRIA, A. A, CANTUÁRIA, G. Atividade sexual da adolescente de até 15 anos e suas conseqüências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 850-853, nov. 1990.

CAVALCANTI, M. Orgasmo feminino: meta terapêutica e realização pessoal. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 8, p. 798-800, ago. 1984.

CAVALCANTI, R. M. O ginecologista e as queixas sexuais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 7, p. 602-606, jul. 1986.

CAVALCANTI, R. C. Relações sexuais na gravidez. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 622-628, jul. 1996.

CERQUEIRA FILHO, G. Os papéis sexuais ensejados pela ideologia. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 9, p. 859-860. set. 1986.

COSTA, J. de S. Investigação das disfunções sexuais. **Femina**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 514-518, jun. 1984.

COCCO, M. I. M., PALU, M. J. A. F., SILVA, E. R. S. da, et al. Programa de laqueadura: relato de experiência com grupo multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 64-68, jan./mar. 1988.

CHRISTOFF, K. Aumento do prazer pela conservação. **Femina**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 230-240, mar. 1988.

CUNHA, F. Sexualidade e erotismo. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-75, jan. 1992.

CURY, A. F. Sexologia: o viés do enfoque médico. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. jun. 1991.

CURY, A. F. Sexologia: a ilusão da informação. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 234-235, mar. 1992.

DIAZ, M. Reivindicações da mulher na anticoncepção. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 445-452, jun. 1989.

DIAMANTINO, E. M. V. et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na prática clínica - parte 1. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p.1016-1026, out. 1993.

DIAMANTINO, E.M. et al. Aspectos básico da sexualidade humana na prática clínica - parte 2 **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 1152-1180, nov. 1993.

DOERING, K. R. As adolescentes e o início do relacionamento sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 203-214, mar. 1989.

FARO, A, C. M. e, CAMPEDELLI, M. C. Alterações da função sexual em homens paraplégicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 4, p.74-81, out./dez. 1991.

FAÚNDES, A Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 661-670, ago. 1996.

FERNANDES A. F. C., SOARES, G. M. P., SOBREIRA, T. T. O significado da menopausa e os fatores que interferem no relacionamento sexual da mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 415-422, out./dez. 1995.

- FEROLLA, E. C., LOURENÇO C. Manual de orientação sexual para o lesado medular: metodologia de aplicação e resultados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 165-182, abr./jun. 1996.
- FERREIRA, M.A, FIGUEIREDO, N. M. A, Expressão da sexualidade do cliente hospitalizado e estratégias para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 17-30, jan./mar. 1997.
- FERREIRA S. L., NASCIMENTO, E.R. Grupos de autoconsciência. **Femina**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 451-454, Mai. 1992.
- FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-96. 1998.
- GARCIA, S. G. A propósito de sexualidades e culturas de resistências: modernidades, identidade e política. **Physis – Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 69-84, 1995.
- GARCIA, T. R. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3/4, jul./dez 1985.
- GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 2, p. 190-200, abr./jun., 1991.
- GOMES, M. L. Quando são mulheres (clientes e enfermeira) na consulta de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, edição extra, p. 109-112, out., 1996.
- GOMES, R. Prostituição infantil: uma questão de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 58-66, jan./mar. 1994.

- GOGNA, M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 81-85. 1998.
- GOLLOP, T. R., SEGRE, M. A saúde reprodutiva que desejamos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 761-766, set. 1996.
- GUIMARÃES, A. M. D. N., SOUZA, S.M., BARRETO, M. O. Diagnóstico de saúde das mulheres em idade fértil de Sergipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 1996.
- GURGEL, A. H. et al. Relacionamento afetivo-sexual da mulher na menopausa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 93-111, abril, 1996. Número temático.
- HALBE, H. W. A Igreja Católica Apostólica Romana, o aborto induzido, o aborto social e a contracepção. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 157-163, fev. 1993.
- KALCKMANN, S., et al. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 647-657, out./dez. 1997.
- KANTORSKI, L. P., MOREIRA, A. F., LUZ, H. B. L. Representação da violência contra a mulher. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, p. 33, jan./abr. 1997.
- LIMA, H. A. M. Repressão sexual na família. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 461-463, mai. 1986.
- LIMA, H. A. M. Papéis sexuais numa sociedade em crise. **Femina**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 348-359, abr. 1988.

- LIMA, H. A. M. Climatério: aspectos biopsicossexuais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 348-359. 1988.
- LINS, L. C. S. et al. Como anda a educação sexual dos jovens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 123-131, abr./jun. 1988.
- LOPES, G. P., LAMAITA, H. C., NASCIMENTO, L. G. Abordagem psicosssexual do casal infértil. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 176-177, mar. 1992.
- LOPES, G. Anticoncepção e sexualidade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 395-401, jun. 1996.
- LOPES, G. P., RUBINGER, T. M., NASCIMENTO, L. G. Aspectos psicosssexuais do climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, nov. 1991.
- LOYOLA, M.A. Sexualidade e reprodução. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.93-101. 1992.
- LUCA, L. A. Contracepção na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12. n. 7, p. 597-599, jul. 1984.
- LUZ, A. M. H., CASTRO, M. L. S. Mães adolescentes a sociedade riograndense: saúde e pressões sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 379-400, out./dez. 1995.
- MAIA, C. A. T., et al. Cirurgia ginecológica: trabalho em grupo visando o preparo para internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.41, n.1. p.34-38, jan./mar. 1988.
- MINELLA, L. S. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 69-79. 1998.

- MIYAHARA, H. et al. Determinismos biológicos e culturais do desejo sexual: uma conversa no clube da placenta. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 12, p.1108-1120, dez. 1984
- MOREIRA, R. L. B. Natureza não seqüencial da resposta sexual humana. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-66, jan. 1988.
- MUNIZ, J. Feminino: a controvérsia do óbvio. **Physis - Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 61-92. 1992
- NASCIMENTO, L. G. do., et al. O que as mulheres devem saber sobre a sexualidade de seus companheiros andropáusicos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 661-663, jul. 1993.
- NERY, J. Transexualismo: uma visão de dentro para fora. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 7, p. 629-632, jul. 1986.
- NORONHA, C. V., DALTRO, M. E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.201-214, abr./jun. 1991.
- OLIVEIRA, M. H. P. et al. Reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis no momento da confirmação do seu diagnóstico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 40, n. 1, p. 38-42. jan./mar. 1987.
- OLIVEIRA, C. M. de A arte de procriar: o ser-no-mundo da mulher na gestação, no parto e no puerpério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 35-37, jan. 1989.
- OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32. 1998.

OSIS, M. J. D., et al. Opinião das Mulheres sobre as Circunstâncias em que os Hospitais deveriam fazer abortos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 320-330, jul./set. 1994.

PARKER, R.G. A construção social e cultural do risco sexual. **Physis – Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 85-98. 1995.

PASSOS, E.S. Disciplinamento e poder na educação feminina. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 21-41, abr. 1996. Número Temático

PATRÍCIO, Z. M., LOEFFER, C. I., ANDRADE, T. Nas representações de meninas sobre sexualidade-reprodução a construção do ser mulher e do ser homem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 198-218, jan./abr. 1997.

PINHO NETO, J. S. et al. Dez anos de vitimização sexual em crianças da cidade do Recife, **Femina**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p. 768-775. out. 1990.

POLI, M. E. H. Sexo seguro. **Femina**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 10, p. 949-956, nov./dez. 1996.

REIS, C. B., MARCONI, S. S. Como as mulheres relatam a participação masculina na contracepção. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 9, n. 1 p. 53-74, abril. 1996. Número temático.

RIBEIRO, M. Educação Sexual . **Femina**, Rio de Janeiro, v.16, n. 10, p. 945-948, out. 1988.

RODRIGUES, A. P. et al. Gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 199-218, mar. 1993.

RODRIGUES, A. P. et al. A adolescência. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 3, p. 241-246, mar. 1993.

RODRIGUES JÚNIOR, O, M., COSTA, M. Dificuldade erétil conseqüente à ansiedade provocada pela possibilidade de gravidez. *Femina*, Rio de Janeiro, p. 558-560,

SALLES, J. M. Adolescência. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 54-59. , jan. 1985.

SANTOS, J.C. A propósito de sexualidade no climatério. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 11, p. 851-852, nov. 1987.

SERAPIÃO, J. J. Sexo doloroso. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 881-890, out. 1988.

SERAPIÃO, J. J., SOUZA, I. S., DOURO, I. D. III seminário sobre sexualidade humana: um projeto de educação sexual para universitários da UFRJ. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 1080-1090, dez. 1988.

SERAPIÃO, J. J., SOUZA, I. S., BARROS, D. I. M. Grupo de reflexão sobre sexualidade: uma experiência institucional piloto. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 516-523, jun. 1988.

SERAPIÃO, J. J. Bases anátomo-funcionais da sexualidade da mulher adulta e suas aplicações clínicas: parte1 - estruturas primárias da sexualidade. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 12-25, jan. 1989.

SERAPIÃO, J. J. Bases anátomo-funcionais da sexualidade da mulher e suas aplicações clínicas: parte 2 *Femina*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2. p. 92-106, fev. 1989.

SERAPIÃO, J. J. Bases anátomo-funcionais da sexualidade da mulher e suas aplicações clínicas: parte 3. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 176-184. mar. 1989.

SERAPIÃO, J. J., LADEIRA, M. Criação de um ambulatório de sexualidade em Hospital Geral da Previdência Social: uma experiência institucional piloto. v. 16, n. 5, p. 382-384, mai. 1988.

SILVA, A. C. AIDS: os riscos do prazer. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 146-147, fev. 1989.

SILVA, A. C., CUNHA, A.M., SANTOS, C. R. P. SESAC: um programa de educação e de terapia sexual. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 241-246, mar. 1984.

SILVA, A. C. Os limites da sexologia: definição do sexólogo, do educador e do terapeuta sexual. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p.1037-1046. nov. 1988.

SILVA, R. S. Deixemos o sexo em paz. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 86-87, jan./fev. 1995.

SILVA, M. C. A. Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes de Psicologia. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 153-158, fev. 1985.

SILVA, A. C., et al. O ambulatório de sexologia: um espaço entre o corpo e o prazer. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 452-462, mai. 1993.

SILVA, M. C. A . A mulher, o prazer e o ginecologista. *Femina*, Rio de Janeiro,

SILVA, I. C. A. S., et al. Laqueadura tubária: controvérsias éticas, morais, físicas e psicológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v. 45, n.4, p. 278-284, out./dez. 1992.

- SOBRAL, V. R. S., et al. Ordenadas para a arte do cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, edição extra, p.101-108, 1996.
- SOUEN, J. S. et al. A mulher na terceira idade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 1137-1146. 1992.
- SOUZA, M. N. de. Frigidez. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 124-131, fev. 1989.
- SOUZA, M. C. B. Regulagem neuroendócrina e fisiopatológica do ciclo sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17. n. 10 , p. 844-848, out. 1989.
- STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3. p. 408-424, jul./set. 1995.
- VACHOD, I, SANTOS, R.S. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, Edição extra, p.23-37, 1996.
- VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 5, n. 1, p. 7-32. 1995.
- VITIELLO, N. Resposta sexual humana. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 917-921, nov. 1989.
- VITIELLO, N. Disfunção sexual: fatores orgânicos. **Femina**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1. p. 42-57. jan. 1987.
- VITIELLO,N. Sexualidade na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 9, p.825-835, set. 1984.

VITIELLO, N. O ginecologista e as queixas sexuais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 830-835, set. 1988.

VITIELLO, N. O ginecologista frente as queixas sexuais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.362-371, mai. 1994.

VITIELLO, N. Violência sexual contra crianças e adolescentes. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12. p.1000-1006, dez. 1989.

VITIELLO, N., MARTINEZ, S. Vitmização sexual de crianças e adolescentes. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 492-496, jun. 1988.

VITIELLO, N., CONCEIÇÃO, I. S. C. Comunicação sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 12, p. 1083-1084, dez. 1986.

VITIELLO, N., CONCEIÇÃO, I. S. C. Educação sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 10, p. 939-942, out. 1986.

VITIELLO, N., CONCEIÇÃO, I. S. C., CONCEIÇÃO, T. C. Gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p. 849-855, out. 1989.

VITIELLO, N., CONCEIÇÃO, I. Disfunções sexuais na gestação. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 412-418, mai. 1988.

VIVEROS, M., GOMEZ F., OTERO, E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina: el ponto de vista de los orientadores del servicio de vasectomia en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-96. 1998.

XAVIER, I. M. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da AIDS. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, edição extra, p. 89-100, out. 1996

ANEXO 3

ANEXO – I

AGRUPAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA (DISSERTAÇÕES E TESES) DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, NO PERÍODO DE 1993 A 1997

ÁREA ASSISTENCIAL

LINHA 1 – Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em Enfermagem.

Envolve estudos sobre:

- ♦ Desenvolvimento, utilização e avaliação dos recursos tecnológicos
- ♦ Desenvolvimento, utilização e avaliação dos procedimentos técnicos
- ♦ Desenvolvimento, utilização e avaliação de conceitos, modelos e teorias.
- ♦ A incorporação de conhecimentos à prática profissional.
- ♦ processo de cuidar em enfermagem em termos de benefício, danos ou prejuízos à clientela.

LINHA 2 – O cuidar em Enfermagem no processo saúde-doença.

Envolve estudos sobre:

- ♦ processo de cuidar de indivíduos, família, grupos específicos e comunidade, na promoção da saúde
- ♦ processo de cuidar de indivíduos, família, grupos específicos e comunidades em situações de agravos à saúde.
- ♦ processo de cuidar em contextos institucionais e não institucionais.
- ♦ Processo de comunicação individual e grupal.
- ♦ Educação em saúde.

LINHA 3 – Determinantes do processo saúde-doença.

Envolve estudos sobre:

- ♦ Crenças, atitudes, comportamentos e necessidades em saúde.
- ♦ Estilo de vida, meio ambiente e saúde das populações.
- ♦ Epidemiologia
- ♦ Riscos ocupacionais
- ♦ Ecologia humana e saúde
- ♦ Controle e prevenção das doenças emergente e re-surgentes.

LINHA 4 – Infecção hospitalar e não hospitalar

Envolve estudos sobre os condicionantes, prevenção e controle das infecções hospitalares e não hospitalares.

ÁREA PROFISSIONAL

INHA 1 – O trabalho de enfermagem

estudos sobre Enfermagem como prática social; competência e avaliação profissional; objetos, instrumentos e produtos do processo de trabalho; subjetividade no trabalho; mercado e força de trabalho; organização dos trabalhadores de Enfermagem; saúde dos trabalhadores de Enfermagem.

INHA 2 – Filosofia e Ética na Saúde e Enfermagem

INHA 3 – História da Enfermagem

INHA 4 – Educação e Enfermagem

estudos sobre políticas de formação profissional; educação continuada; modelos de ensino e processo ensino-aprendizagem

INHA 5 – Gênero e Enfermagem

estudos sobre mulher e fenômenos sociais; gênero e trabalho em Enfermagem.

ÁREA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

INHA 1 – Sistemas de Informação

estudos sobre sistemas de informação em saúde, sistemas de informatização em saúde e enfermagem sistemas de comunicação em saúde e Enfermagem.

INHA 2 – Dinâmica da organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem

estudos sobre gestão, gerência e administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; uso dos recursos humanos nas Organizações de Saúde; qualidade dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; cotidiano nas Organizações de saúde e de Enfermagem; relações e trabalho; mudanças organizacionais.

INHA 3 – Políticas públicas e de saúde e a prática de Enfermagem

envolve estudos comparados latino-americanos em Saúde e Enfermagem; estudos sobre modelos de saúde e de Enfermagem; saúde e cidadania; oferta, acesso e utilização dos serviços de Saúde e de Enfermagem; relação custo/benefícios dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.