

## Considerações teórico-metodológicas sobre objetos instáveis e ausências presentes analisando processos de materialização do desejo feminino<sup>46</sup>

Fabiola Rohden

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Este artigo tem como ponto de partida o desafio de como lidar com objetos complexos e instáveis desde uma perspectiva antropológica. No caso aqui considerado, trata-se de refletir acerca dos hormônios, especialmente os chamados “hormônios sexuais”, e seu papel junto e também para além das suas funções na fisiologia humana. Isso remete à importância dos hormônios como metáforas (Martin, 2006) ou mensageiros (Roberts, 2007) que transmitem informações de diferentes tipos e em distintos planos. Não se trata apenas de mensagens químicas, mas de sua utilização como recurso para produzir e explicitar uma série de valores e moralidades, dentre os quais as normas de gênero têm destaque. No que se refere à ancoragem empírica, estas reflexões são inspiradas por um trabalho de investigação realizado em uma grande cidade do Sul do Brasil junto a usuárias de tratamentos hormonais e profissionais do campo médico, especialmente da ginecologia, que estão dedicados/as ao tratamento de “problemas” relativos à sexualidade feminina<sup>47</sup>.

O interesse em pesquisar esse assunto vem exatamente da percepção de que a referência aos hormônios é constante e serve para explicar ou justificar uma série infundável de comportamentos que, nesse registro, são remetidos a alguma razão “natural”. Porém a dificuldade que se apresenta é exatamente como tratar desse tema acionando a construção de um objeto de investigação que permita uma aproximação dessa gama extensa e variada de referências atribuídas aos hormônios ao mesmo tempo em que se leve em conta a possibilidade da agência das próprias “substâncias” sem, contudo, cair nos antigos essencialismos biologizantes. O que está em jogo é tentar abranger a multiplicidade de associações, sentidos e efeitos que circulam em torno dos hormônios sexuais, que ajudam a coproduzi-los (no sentido empregado por Jasanoff,

46 Agradeço aos organizadores do IV Seminário Mapeando Controvérsias Contemporâneas a oportunidade de discutir essas reflexões e a Gláucia Maricato, Juliana Loureiro, Eleonora Coelho e Karine Rodrigues, a colaboração no trabalho de campo. Sou grata também às pessoas que aceitaram participar dessa pesquisa. Este artigo apresenta resultados parciais do projeto “Processos de subjetivação, transformações corporais e produções de gênero via a promoção e consumo de recursos biomédicos”, apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq).

47 Em função do respeito às determinações éticas, conforme o que foi acordado com os/as participantes, o nome da cidade bem como os nomes verdadeiros dos/as entrevistados/os e instituições foram mantidos em sigilo.

2004) e que são coproduzidos por eles. Isso implica considerar dimensões corporais e psicológicas dos sujeitos, por exemplo, mas também outras, como a medicalização da sexualidade e mesmo o mercado farmacêutico. Nessa direção, trata-se de compreender os hormônios por meio dos distintos processos de materialização envolvidos.

O problema, seguindo essa linha, é que se pode ter a impressão de que não se teria um objeto de pesquisa suficientemente bem “recortado” ou “definido” e que faltaria um trabalho de melhor “enquadramento” e “precisão”. Certamente deve faltar. Assim como sempre nos falta fôlego para dar conta de toda a pesquisa necessária para chegarmos a um fim mais apropriado. Porém, será que se trata apenas de uma questão de faltas ou será que também estamos diante de realidades que nos obrigam a assumir mais enfaticamente a parcialidade e a situacionalidade (conforme Haraway, 1995) mas também uma certa audácia metodológica e interpretativa de nossas análises?

## **Percebendo realidades múltiplas e implodindo objetos**

Para seguir nessa abordagem, postergando um pouco a referência mais direta ao empírico, busco auxílio na discussão empreendida por John Law em *After Method* (2004)<sup>48</sup>. Nesse livro, o autor nos convida a pensar sobre o que é método, o que são métodos de pesquisa, como são os métodos de pesquisa em ciências sociais. Uma de suas principais provocações se origina no descompasso que vai tornando evidente ao longo do livro, mas que já está explícito desde sua introdução, acerca de, por um lado, como, por meio dos métodos de pesquisa, “a realidade” nos é apresentada como coerente, estável, única. Se ela nos parece no cotidiano algumas vezes confusa ou arbitrária, seria tarefa dos cientistas desvendar as ordens que estão subjacentes e explicá-las recorrendo às suas macrocategorias ou leis gerais. Essa tradução da realidade nos daria, inclusive, a impressão de certo conforto, aquele provocado pelo entendimento de algo, pela sensação de compreensão de algum processo. Por outro lado, Law salienta que talvez devêssemos prestar mais atenção nessa percepção da realidade como confusa, bagunçada, desalinhada, vaga, imprecisa. E que talvez tenhamos de assumir que simplesmente não damos conta de tudo que há “lá fora”, que na verdade seriam realidades múltiplas. Quando escolhemos um método, portanto, escolhemos também uma realidade, ou uma forma de

---

<sup>48</sup> Desenvolvi esses argumentos teóricos em uma primeira versão para o Posfácio ao livro “Do espírito na saúde”, de autoria de Toniol (2018).

torná-la concreta, evidente. E muito é deixado de fora. Certamente, não se trata de achar que seria possível açambarcar algum tipo de totalidade, mas de levar mais seriamente em conta que essa apropriação é sempre parcial e que, quando algo é manifestado como presente, há todo um universo de ausências nesse plano, as quais, no entanto, permanecem presentes em algum outro lugar. O que podemos fazer é pensar melhor a respeito dos meios pelos quais temos tentado aproximar-nos ou apropriar-nos dessas existências e a respeito de quais realidades temos nos esforçado por tornar presentes ou por deixar ausentes.

Para o autor, a perspectiva ou o agenciamento metodológico convencional tem como característica central a procura por realidades ou coisas muito bem definidas, de forma clara e pura, deixando de lado aquilo que pudesse representar o perigo de influências contaminadoras. Ao buscar esse tipo de objetos, a ciência acaba por performá-los, criá-los dessa forma. Essa abordagem metodológica teria suas raízes na normatividade inscrita no pensamento euro-americano, que concebe a realidade como sendo anterior, única, estável. Para Law (2004) a metafísica euro-americana, ao afirmar a existência de uma realidade “lá fora”, assume como premissas básicas: existência de uma realidade separada de nós mesmos; independência da realidade em relação às nossas ações; existência de uma realidade anterior a nós; existência de uma realidade que é externa e composta por formas definidas; e existência de uma mesma realidade em todo lugar. De acordo com essa estrutura, caberia à ciência, exclusivamente, a tarefa de produzir a visão correta e precisa dessa única realidade. Law (2004) retoma a discussão perguntando novamente se o mundo, na prática, é passível desse tipo de apropriação totalizante ou se esse tipo de perspectiva metodológica, na verdade, não seria inadequado para dar conta de um mundo muito mais confuso e fugidio a tal tipo de apropriação. Ao invés de um plano achatado a ser mapeado, um redemoinho. No lugar de uma única verdade, realidades múltiplas.

Nos termos de Annemarie Mol (1999), que tem produzido muitos trabalhos em parceria com John Law, a realidade nunca é anterior às práticas que a constituem, mas sim ativa e continuamente performada por meio de políticas ontológicas. Na prática de um hospital, por exemplo, as várias formas pelas quais a arteriosclerose é concebida e se torna realidade (na consulta, nos exames, na sala de cirurgia) não implicam meramente diferentes perspectivas sobre uma mesma doença, porém a própria criação de distintas realidades ou de distintas doenças. O ponto central aqui é que diferentes realidades são produzidas por meio de diferentes práticas. O mais difícil e surpreendente parece ser exatamente a possibilidade de coordenação entre essas múltiplas existências.

Pensar em termos de políticas ontológicas (Mol, 1999, 2003) significa ressaltar como o real e o político não podem ser concebidos separadamente mas, ao contrário, estão continuamente imbricados. Não há, portanto, uma realidade *a priori* que precederia a produção do conhecimento. A produção do conhecimento e todas as escolhas e implicações políticas que ela leva consigo é que tornam possível a “emergência” de certa realidade. O objeto não é anterior às práticas, porém é moldado por elas. Trata-se de uma concepção ancorada no conceito de materialismo relacional, perspectiva central para Law e Mol (1994) em diversos trabalhos. De acordo com os autores, objetos ou materiais não existem para além das interações das quais fazem parte, sendo, assim, conjuntos de efeitos relacionais. Interações e efeitos, portanto, são sempre mais ou menos precários ou transitórios.

Diante dessa outra maneira de conceber a produção de realidades pelas práticas, segue o desafio de pensar mais especificamente acerca da própria noção de objeto do conhecimento. E nesse percurso tem sido produzida uma série de conceitos, desde o objeto-fronteira (Star e Griesemer, 1989) até a noção de objeto dobrado, tal como apresentada por M’Charek (2014). Vou-me ater aqui a comentar, com base nos argumentos de Law (2004) e de M’Charek (2014), apenas alguns desses conceitos inspiradores. Se a noção de objeto-fronteira (Star e Griesemer, 1989) traz à tona a dimensão contextual da produção de um objeto, ela o faz sobretudo pela ênfase nas diferentes perspectivas que os vários atores envolvidos em um processo têm a respeito de determinado fenômeno que parecia único e singular, plástico e adaptável a diferentes mundos sociais, porém de alguma forma robusto o suficiente para permanecer existindo enquanto tal. Já a noção de objeto-rede ressalta a dimensão associativa, entre atores humanos e não humanos, necessária à manutenção de uma rede. Objetos, portanto, só existiriam na medida em que essas relações ou associações se mantivessem (Callon e Law, 1982).

Uma certa rigidez na percepção ou visualização dessas redes e a falta de visibilidade do trabalho que as sustenta deram origem à necessidade de pensar os objetos também como fluidos, como conjuntos de relações que mudam de uma prática para outra, a partir de uma série de ajustes, embora mantendo sua forma (Mol e Law, 1994; M’Charek, 2014). De Laet e Mol (2000) complexificam essa noção ao estudar a bomba de água no Zimbábue como um objeto fluido ou múltiplo. Esse dispositivo tanto pode mudar sua forma (com peças que vão sendo acrescidas ou modificadas) quanto sua capacidade de produzir água limpa (conforme padrões de um laboratório ou dos usuários locais) e suas políticas de uso (mais amplamente coletivo, fomentado pelo governo *versus* gerenciamento por um pequeno grupo que de fato a mantém

funcionando). E seu sucesso teria a ver exatamente com essa adaptabilidade, caracterizando-se, assim, como um objeto fluido, pertinente a diferentes conjuntos de relações e contextos práticos.

O problema é que nem sempre se perceberiam essas passagens de maneira fluida e suave. E é nessa linha que Law e Singleton (2004) propõem o conceito de objeto-fogo. Assim como o objeto fluido, o objeto-fogo se caracterizaria pelas mudanças e transformações; mas, ao contrário de movimentos suaves, deixa evidentes os saltos e descontinuidades. Para os autores, a metáfora do fogo, energético e transformador, remete à imagem da combustão, que, para existir, requer a combinação ou o contato de elementos distintos. Trata-se de uma ideia de conexão através da divergência e não da semelhança ou aproximação – uma imagem que nos serviria para pensar sobre objetos que parecem tão distintos, ao mesmo tempo ausentes e presentes nas práticas que os produzem.

A referência à noção de presenças e ausências e em especial de ausências presentes é o que motiva Amade M'Charek (2014) a insistir na pouca atenção que se tem dado à dimensão da temporalidade dos objetos. O foco exclusivo na performance do objeto aqui e agora tem deixado ausentes as diversas camadas de temporalidade que também comporiam os objetos. Além de toda a atenção às transformações e às práticas, sejam elas fluidas ou abruptas, seria preciso também reconhecer os retornos, recorrências, citações de algo que vêm à tona, em certas situações e não em outras, em estrita correlação com seus efeitos políticos. Para dar conta disso, a autora adota a noção de objetos dobrados, via a inspiração no trabalho de Michel Serres a respeito da ideia topológica de espaço e tempo. Assim como pontos em um lenço esticado ou amassado diferem mas mantêm certa conexão, o objeto dobrado nos permitiria falar em diversas camadas ou dobras, nem sempre evidentes ou presentes, que compõem um objeto.

Essas reflexões nos levam a constatar o quão complexa é a tarefa de concepção de um objeto, nas suas dimensões ontológica e política, e nos obrigam a redimensionar o papel do/a pesquisador/a nas suas múltiplas consequências. Contudo, antes de prosseguir nessa discussão, ainda é preciso enfrentar mais um desafio. Se assumimos que os objetos são assim tão complexos (ou se na prática devemos concebê-los sempre dessa forma porque temos a responsabilidade de os estar criando), qual seria nosso ponto de partida? Como podemos agir no sentido de ter em mente essa complexidade sem nos paralisarmos com a opacidade possivelmente provocada pelo medo e pela dificuldade de nos perdermos ora em relações de causalidade preestabelecidas, ora em espirais infinitas de multiplicidade e instabilidade?

Certamente, a tarefa está longe de ser fácil, e as boas etnografias sempre têm o mérito de conseguir apresentar de forma densa os caminhos e compromissos assumidos na tensão entre perspectivas teórico-metodológicas, aspectos práticos do campo, estratégias de escrita. Contudo, é raro vermos trabalhos que explicitem os desafios de como fazer “complexamente”. Um caso exemplar e pertinente para o conjunto de discussões que tenho apresentado aqui diz respeito ao artigo de Joseph Dumit (2014), “Writing the implosion: teaching the world one thing at a time”, que na verdade se refere de maneira central ao tipo de método de trabalho proposto por Donna Haraway. O conceito fundamental é a noção de implosão inquisitiva, que tomaria como ponto de partida a pretensão de implodir a aparente coesão dos objetos, explorando as forças que os mantêm mas que se revelam como múltiplas dimensões. O único caminho possível de investigação seria, considerando essa perspectiva, seguir em frente na direção de buscar reconhecer essas conexões, sempre múltiplas e provisórias. Contudo, nesse processo, torna-se evidente a questão relativa ao ponto de vista de quem está enxergando ou trazendo à luz essas conexões. Trata-se de pôr em relevo o privilégio à noção de perspectivas sempre necessariamente parciais, situadas e comprometidas, ou objetivamente responsáveis, reivindicadas por Haraway (1995).

Para além da pertinência desse comentário mais geral elaborado por Dumit (2014) a propósito da obra de Haraway, um aspecto em particular merece ser mencionado. A metáfora da visão, tão importante para as críticas de Haraway (1995) ao pensamento ocidental, é desta vez introduzida por meio da referência a Gilles Deleuze. Apoiado nesse autor, Dumit enfatiza a ideia de como os clichês nos parecem sempre tão confortáveis a ponto de que escolheríamos ou preferiríamos sempre vê-los em primeiro plano. O mundo seria trágico demais, confuso demais, e só suportável em virtude desses modos de enquadramento que o tornam compreensível e tolerável. Despertar para perceber as conexões implicaria abrir mão dessa zona de conforto e reconhecer o mundo como povoado por associações parciais e provisórias, mesmo no plano da vida cotidiana, que pareceria mais comum ou ordinário. Para o autor, o cotidiano, na verdade, conspira contra nós, fazendo crer que os objetos preencham o mundo de maneira estável e tranquila. Romper com tal impressão requer um exercício de constante vigilância. A vigilância e a objetividade situada sobre as quais nos fala Haraway. Ao insistir na noção de que a produção de conhecimento é sempre fruto de perspectivas localizadas que refletem múltiplas formas de engajamento e comprometimento, Haraway também nos inspira a refletir sobre o fato de que as conexões que conseguimos enxergar dizem muito a respeito de nós mesmos/as e, portanto, de nossas posições.

## Multiplicando as associações desejo-testosterona

No caso dos hormônios, sugiro que sair do enquadramento mais confortável e imediato é romper com a ideia naturalizante de que eles teriam uma agência quase absoluta no comportamento e mesmo em sensações, sentimentos e desejos. Mas, ao mesmo tempo, não deixar de considerar a possibilidade de seus efeitos e mesmo de outras agências associadas a essas “entidades” – termo que uso aqui no sentido de marcar a instabilidade e variedade do que é atribuído aos hormônios, bem como o caráter quase personificado usado nas descrições acerca de suas “capacidades”.

O que gostaria de implodir é a afirmação de que o hormônio testosterona é o responsável pelo desejo sexual e de que, como consequência, no caso das mulheres seria necessário “repô-lo”. Essa afirmação tem estado presente de forma insistente na literatura biomédica sobre o assunto, nos congressos acadêmicos e mesmo na mídia, sobretudo por meio das narrativas de mulheres famosas nos circuitos televisivos e das redes sociais que se estariam beneficiando com o uso de doses extras desse hormônio (Faro, 2016; Manica e Nucci, 2017).<sup>49</sup>

Por meio de uma investigação que tentou identificar o uso de testosterona para tratar queixas sexuais femininas, foram entrevistados/as médicos/as e, de forma exploratória, algumas usuárias. No que se refere a estas últimas, foram contatadas através de certas redes, em especial envolvendo profissionais ligados/as ao campo da saúde. No que diz respeito aos/as médicos/as, a metodologia implicou a procura por profissionais das áreas de ginecologia, prioritariamente, e de endocrinologia e gerontologia apontados por se dedicarem ao tratamento de problemas sexuais. O foco, portanto, foram os atendimentos envolvendo mulheres, embora alguns profissionais entrevistados também atendam homens. O grupo, composto por 12 especialistas, caracteriza-se em geral por reconhecimento entre os próprios pares e notoriedade no campo, garantida em função da vinculação com universidades, hospitais e com outras instituições de ensino, além da participação nas associações médicas regionais e nacionais, ocupando inclusive postos de direção. Boa parte deles/as é frequentemente requisitada para participar de programas de televisão e rádio e

<sup>49</sup> Uma das primeiras vezes em que essa associação me chamou a atenção, em termos de sua presença na mídia, foi ao me deparar, no ambiente de um consultório médico, com uma entrevista da jornalista e apresentadora Marília Gabriela concedida à revista *Quem* em dezembro de 2007. O único *box* em destaque reproduzia as seguintes frases: “Faço reposição hormonal. Reponho testosterona e morro de tédio. Quando se repõe testosterona, qualquer roçada no lençol pode resultar num orgasmo”. No corpo da entrevista, ela prosseguia: “Eu recomendo! Passei minha vida sem menstruar, pois implantei uma pílula que suspende. Na menopausa, troquei de tratamento e descobri que o tédio era só uma questão de dosagem de testosterona. Um dia, liguei para o meu médico e disse: ‘Estou com um namorado que é um gato, tem 25 anos, mas estou meio brocha’. Ele falou: ‘Vem aqui, está faltando testosterona’. Agora, está tudo ativado, tudo normal” (*Quem*, 2017, sem páginas).

para conceder entrevistas à imprensa escrita e online. Vários/as mantêm *sites* e páginas na internet e redes sociais, espaços em que divulgam artigos sobre saúde e assuntos gerais, além de seus próprios livros. A maior parte atende pacientes em serviços públicos importantes e em consultórios privados, estes localizados em bairros nobres da cidade. Sua formação em medicina e nas áreas de especialização aconteceu em instituições de ensino renomadas, e a maioria realizou cursos de formação em sexualidade.

É importante dizer que um grupo bem mais extenso de profissionais foi contatado, porém sem uma resposta positiva. A caracterização deste trabalho de campo, portanto, indica que pode haver uma diversidade muito maior de posições, como a encontrada por Faro (2016), por exemplo. Contudo, a especificidade e, inclusive, certa variação interna do grupo permitem traçar pistas instigantes acerca do problema de pesquisa aqui discutido. Além disso, os dados oriundos das entrevistas puderam ser contextualizados de acordo com o trabalho de investigação mais longo que vem sendo realizado há vários anos e que envolve, além de entrevistas com médicos/as e pacientes, etnografias de congressos médicos e de campanhas públicas e também pesquisa documental, especialmente relativa à divulgação e à promoção de novas categorias de diagnóstico e de tratamentos envolvendo a sexualidade (Russo et al, 2013; Rohden, 2008, 2013).

### **O caso de Paula: a testosterona dando o rumo**

Na sequência, apresento trechos do depoimento de uma usuária de testosterona porque considero sua experiência exemplar de um certo padrão de busca e utilização dos recursos farmacêuticos disponíveis, na linha do que Dumit (2012) traduz em termos de “paciente-consumidor”. Paula, como vou chamá-la aqui, na época da entrevista tinha 36 anos, era casada, com filhos, formada em administração e trabalhava no setor de serviços comerciais ligados à saúde. Contou que dois familiares mais velhos (um homem e uma mulher) estavam fazendo uso do hormônio para diminuir a fadiga e melhorar a libido. E, como ela também não se estava sentindo muito bem após uma série de problemas de saúde e estresse pós-traumático (para o qual utilizava antidepressivos) após episódios de violência que sofrera em um trabalho anterior, resolveu perguntar ao seu médico sobre a testosterona. Também fazia uso de remédio para a tireoide e de um composto para emagrecer, além de anticoncepcional oral. O fato de se tratar de alguém que utilizava e detinha informações acerca de vários tipos de medicamentos parecia

produzir uma certa naturalização do uso de mais um deles. É interessante que ela afirmou que não fez “nenhuma pesquisa sobre a testosterona” e que “simplesmente falou para o médico ginecologista”, o qual, por sua vez, prescreveu o uso da substância na forma de gel para aplicação na pele. Em outro trecho da entrevista, ela novamente se refere a esse processo no mesmo tom:

Eu não tenho medo dos efeitos colaterais, nunca pesquisei sobre, como te disse. Fui no médico e perguntei: “e a testosterona?”. E ele: “pode usar, vai te ajudar um monte”. E acabamos nem conversando muito [...].

E sobre os resultados possíveis do tratamento, iniciado havia menos de um mês, Paula avaliava:

Eu vou te dizer: em função da libido e bem-estar, está ajudando muito. Eu não sei se é pela ação dela em si, eu não sei nada da testosterona<sup>50</sup>. Eu sei que **o corpo masculino produz muito mais testosterona que o feminino**. Eles [os homens] têm mais facilidade para emagrecer, sentem menos irritação, são menos sensíveis. E isso tudo, pelo que eu tenho acompanhado, é muito em função da testosterona. Ela ajuda, pois **altos níveis de testosterona dão um equilíbrio maior**, digo equilíbrio no geral. Eles [os homens] são menos sensíveis, têm mais facilidade de emagrecer. Homem tem um metabolismo diferente das mulheres, e eu quero muito emagrecer também.

Especificamente no que se refere à libido, acrescentou:

Eu nunca tive problema, mas depois que tive filho... **Não é uma falta de libido em si, mas aquela coisa de ter você e o seu marido em casa a qualquer hora, e parece que foca no filho. Hoje você está cansada, hoje não sei o quê... E não adianta, homem não tem isso!** Você pode falar com dez mulheres, e todas vão falar que para os maridos não tem essa de “dormiu mal noite passada”, “teve problemas no trabalho”. Eu acho que **para nós, mulheres, tudo isso interfere no nosso bem-estar**. Acho que, como te disse, **como eles têm**

---

50 Em outro momento, disse: “A testosterona pode ser um pouco psicológica também, mas está me ajudando”.

**altas doses de testosterona, eles trabalham diferente, o corpo trabalha diferente do nosso, são ritmos diferentes, alinhamentos e concepções completamente diferentes.** É a mesma coisa: homem, quando quer emagrecer, é rápido; a gente não. Nós temos TPM [Tensão Pré-Menstrual], eu tenho dor de cabeça, nos ciclos menstruais. E o doutor acha que pra isso a testosterona vai me ajudar também. [...] **Meu marido disse para o doutor que vai dizer para ele me receitar a testosterona para sempre.**

Além das questões referentes à fadiga e à libido já referidas por Paula, é notável também a expectativa, que para ela já se estava realizando, de ter “um pouco de rumo”, “clarear as ideias”, ter “estabilidade”:

Chego em casa e tenho as coisas para fazer e não faço, não ligo as coisas. Isso que o doutor acha que **a testosterona vai me ajudar também.** Ele usou um termo específico... Que ela [a testosterona] **vai me dar um pouco de rumo, que vai me clarear as ideias e vai me dar um pouco de estabilidade no geral.** [...]

Estou melhor, mais disposta, acordei mais cedo para arrumar umas coisas antes da minha filha ir para o colégio. Acho que aos poucos estou entrando no ritmo que eu gostaria de estar. Um ritmo meu, não para os outros, mas para mim, para minha casa e minha família.

Percebe-se que o discurso de Paula desliza entre uma breve ponderação acerca dos possíveis “efeitos psicológicos” de estar tomando um remédio para libido, por um lado; e uma afirmação da diferença masculina em função da testosterona, por outro. Uma diferença sempre qualificada positivamente pela referência a maior desejo e disposição sexual, menos sensibilidade a “fatores externos” que atrapalhariam o desejo, maior capacidade para emagrecer (o que remeteria a um padrão estético feminino almejado por ela) e ainda um estado geral de maior equilíbrio e estabilidade. O descompasso percebido entre o seu desinteresse sexual (que é contextualizado via a descrição de outras demandas e problemas) e a disposição de seu marido é plenamente justificado por uma suposta diferença hormonal e não por meio da consideração de demandas altamente diferenciadas por gênero (como a atenção aos filhos e à casa, por exemplo).

## **Entre os/as médicos/as: desdobrando ausências presentes na sexualidade feminina**

No que se refere aos/às médicos/as entrevistados/as, nota-se uma perspectiva que está em forte sintonia com o depoimento de Paula. Em todas as entrevistas, ficou muito evidente que a queixa principal das suas pacientes, no que se refere à sexualidade, teria a ver com a falta de desejo ou de libido. Esses/as profissionais chamaram a atenção para o fato de que em geral isso aconteceria nas fases próximas à menopausa, mas não descartaram a possibilidade de essa dificuldade afetar também mulheres mais jovens, como é o caso de Paula.

Há uma percepção comum, especialmente de quem está há mais tempo atuando no campo, de que as queixas foram mudando. De acordo com uma das entrevistadas, quando começou a clinicar, no início dos anos 1990, “a queixa das mulheres era outra, elas falavam que não gozavam; mas com o tempo mudou a população e mudou o perfil” (Karla, ginecologista). Atualmente a “diminuição da libido” seria a principal razão que levaria as mulheres a buscarem ajuda para tratar problemas sexuais no Brasil. Ainda segundo ela, muitas, quando chegam ao consultório, dizem que “estão transando por obrigação, que não querem transar há mais de seis meses, não aguentam mais o marido”. Esse dado remete a uma questão, a ser discutida mais à frente, relativa à percepção da falta de desejo como um problema em função das demandas do parceiro e não diretamente da própria mulher. Índícios como esse trazem à tona o desejo masculino como ausência (já que explicitamente o que estaria em cena seria o desejo feminino) fortemente presente nesses cenários. É evocado não apenas como o parâmetro fundamental de comparação mas também como vontade ou exigência a ser respondida – mecanismo este que evidencia o processo de reencenação das normas de gênero tradicionais em nossa sociedade.

A centralidade dos problemas associados à falta de desejo é compartilhada por todos/as os/as entrevistados/as, embora com algumas diferenças entre eles/elas. Quase todos/as fizeram uma conexão direta entre esta queixa de diminuição do desejo e a diminuição dos hormônios entre mulheres com mais idade, ilustrada, por exemplo, pela expressão “baixa da libido por alteração hormonal” (conforme Bruna, ginecologista). E, dos/as 12 entrevistados/as, 10 afirmaram utilizar a testosterona, especialmente na forma de gel de aplicação tópica, como meio de incrementar o desejo de suas pacientes. É importante informar que, no que se refere a uma indicação terapêutica legalizada de reposição hormonal de testosterona, segundo alguns/mas entrevistados/as fizeram questão de frisar, só seria justificada quando houvesse sinais comprovados de

insuficiência ovariana na fabricação hormonal, o que aconteceria no caso de mulheres na menopausa ou então que tivessem passado por cirurgias de retirada de útero e ovários. Nesse sentido, a conexão entre falta de desejo e a possibilidade de tratamento hormonal, especialmente com a testosterona, vai sendo construída prioritariamente por meio da menção às mulheres na menopausa, embora, na prática, a referência ao uso por mulheres mais jovens, como Paula, também apareça.

A maior parte dos/as profissionais, referindo-se a pacientes com mais recursos financeiros, dizem que não só a queixa é muito comum como também as mulheres já chegam ao consultório com uma demanda específica por um remédio que resolva seus problemas, exatamente como vimos no caso de Paula. Uma referência constante também foi com relação à utilização de antidepressivos por parte de muitas pacientes (como relatou nossa usuária entrevistada) e suas consequências em termos de diminuição do desejo sexual, o que é apontado por todos/as como comprovado tanto na literatura científica quando na prática clínica.

Outro aspecto comum diz respeito a como concebem as diferenças entre gêneros e seu entendimento acerca do que é sexualidade ou de como pode ser definida. De uma maneira geral, há uma compreensão de que a sexualidade estaria associada a “múltiplos fatores”, termo usado para fazer referência a uma justaposição entre aspectos orgânicos e culturais. Entretanto, é possível notar a preeminência da lógica hormonal para assentar certas explicações. E, ao mesmo tempo, percebe-se que se esboçam diferenças entre homens e mulheres no sentido de que os primeiros estariam mais subsumidos ao predomínio do orgânico, enquanto as segundas seriam mais suscetíveis a fatores de outra ordem.

Para Bruna, por exemplo, a sexualidade de homens e mulheres é completamente diferente. Enquanto a mulher precisa se desfocar de todas as preocupações diárias para poder ter desejo, “o homem está sempre pronto”, por razões que têm a ver com sua biologia. O mesmo tipo de constatação aparece no depoimento da ginecologista Janice. Perguntada sobre as razões dessa diferença, ela explicou:

**Olha, pode ser pela testosterona mesmo, que a testosterona é o hormônio da libido, e a mulher tem um pouco menos mesmo. E pela caixinha de surpresas que é a mulher, que não é A + B + C que vai dar vontade, né? O ciclo de resposta sexual da mulher é muito mais complexo. Depende se ela comeu bem, se o filho está bem, se o parceiro deu um bom dia legal, né? O ciclo de resposta da mulher não é**

**como o do homem: viu uma mulher pelada, se excita e ejacula, né?** A mulher não é assim, depende de vários fatores que ainda não... não está bem certo, que depende de muita coisa.

Também para Tânia, ginecologista, o homem lida com a sexualidade de uma forma “mais simples”, “já nasce com isso assim, o caminho já traçado”, enquanto as mulheres teriam mais dificuldades no processo de aprendizagem em relação a “se permitirem o prazer”, necessitando de estímulos “externos”. Além disso, também em termos orgânicos, a sexualidade feminina seria bem mais complexa do que a masculina:

**Fisiologicamente, a sexualidade feminina é mais complexa.** Porque a gente tem muitas coisas mais influenciando no desejo. [...] Então, se você for ver, a excitação no homem é uma coisa muito visível, que é a sua ereção, muito valorizada e muito rápida. **Então o homem não precisa de muito estímulo pra ter essa excitação, pra ter essa ereção.** [...] Eles respondem muito rápido aos estímulos; e, uma vez tendo a ereção, em quase 100% das vezes acabam tendo o orgasmo, a ejaculação. As mulheres às vezes elas têm dificuldade de orgasmo [...]. Por quê? Por que **não é tão objetivo, como é o masculino**, que, com penetração e com o estímulo do pênis, vai ter a excitação e vai ter o orgasmo. Então **a maioria das mulheres precisam de um estímulo externo**, a nível de clitóris, que é o órgão que tem a analogia com o pênis masculino. Mas, se a gente for ver, muitas têm desconhecimento da sua própria anatomia. Algumas mulheres têm orgasmo só com penetração vaginal, mas a maioria fisiologicamente precisa de um **estímulo externo**, que pode ser concomitante ou não. Então torna **mais complexo, né?** **O homem tem o pênis ereto, está ali, gritando;** está ali, e de alguma forma ele vai dar conta daquilo, e a **resposta** [...] pode ser **muito rápida, fisiológica. O homem vai conseguir um orgasmo muito rápido.** O platô pra atingir isso **no feminino é mais demorado**, e o que se estuda e se percebe é que **as mulheres precisam é desligar um pouquinho a cabeça de outras coisas pra conseguir relaxar e se permitir ter a excitação e desenvolver todo o ciclo da resposta sexual.**

Também de acordo com a ginecologista Talita, embora se percebam atualmente algumas mudanças no sentido de que “a mulher está um pouco mais solta que há alguns anos atrás”, sexualidade e desejo “têm configurações diferentes” para homens e mulheres. Enquanto “o sexo na mulher é mais difuso, depende de vários fatores associados, o homem é mais focado, o homem gosta mais da penetração, a mulher tem a questão cultural e [o fato de] não ser estimulada [desde] cedo”.

O experiente Ivo, ginecologista que atua há muitas décadas nesse campo, expressa uma abordagem que prima pela percepção de uma diferença radical entre os gêneros, traduzida em termos de uma ordem superior, natural e evolutiva. Perguntado a respeito da existência de diferenças entre a sexualidade de homens e mulheres, respondeu que são indivíduos completamente diferentes:

Mas claro. **São dois indivíduos completamente diferentes.** É tão grande a diferença, meu Deus. [...] **A natureza pregou, ou Deus pregou: toda vez que os machos exteriorizam seus gametas, eles recebem um presente, que se chama orgasmo.** Isso aí é orangotango, gorila, elefante, girafa, homem, galo, sei lá eu que bichos têm, em que a exteriorização dos gametas masculinos é acompanhada de prazer, e um prazer muito grande. [...] E acontece que o macho consegue fecundar uma fêmea durante muitos anos, e a fêmea só consegue ser fecundada durante pouco tempo.

E, complementando, explicou, a respeito da importância dos hormônios para a sexualidade, o papel fundamental da testosterona:

**Bom, a testosterona é o hormônio do sexo. E ela é o hormônio primordial dos machos.** Então **os machos estão sempre aptos a transar desde que eles tenham testículo.** Então a variabilidade de produção de testosterona dos machos no dia a dia é muito pequena, e mês a mês [...]. Bom, as fêmeas têm produção de testosterona, as mamíferas, sempre quando estão no cio. O cio é o período em que elas estão férteis e que elas estão aptas a se reproduzirem. Então elas estão aptas a sexo. E aí elas aceitam o macho. Então o nível de testosterona naqueles dias é alto, aceitam o macho, o macho se sente atraído por aquela fêmea e copula. Passados os dias do cio, não tem mais sexo. Isso todo mundo sabe: **todas**

**as fêmeas aceitam o macho quando estão férteis, porque sexo foi feito pra reprodução, não foi feito pra outra coisa.** Então as fêmeas, quando estão com alto nível de testosterona, estão com muita vontade de ter relação [...]. **Quem determina é a testosterona.**

O médico faz referência ainda especificamente ao impacto da menopausa na vida e na sexualidade femininas:

**A menopausa traz pra mulher a perda das coisas da feminilidade;** ela fica com a vagina mais seca, não tem mais cheiro. As fêmeas atraem os machos pelo cheiro do genital [...]. E aí elas vêm [buscar tratamento] com problema de menopausa, porque têm dificuldade pra dormir, calorões, instabilidade emocional... e, **então, repõe o hormônio.** Repõe por uma temporada, dois anos, cinco anos, vinte anos, depende do que vai querer. **E vivem uma vida completamente diferente.**

E, ainda, considerando a associação com desejo sexual:

**Cessada a capacidade de se reproduzir, cessa o desejo sexual.** Claro que algumas mulheres persistem anos além disso, isso é evidente, mas é a minoria. **Então a menopausa se associa a uma série de interferências, vai perdendo a capacidade de se reproduzir e não quer mais saber de sexo.** E aí cabe à gente repor esses hormônios.

Notam-se nesses trechos não somente a taxativa definição desse período da vida das mulheres exclusivamente pelas perdas, sua inexorável dependência do fim da capacidade reprodutiva, como também a consequente necessidade, na visão do médico, de repor os hormônios perdidos<sup>51</sup>.

A perspectiva mais organicista de Ivo é expressa também quando ele distingue os profissionais e os tratamentos adequados para os problemas sexuais:

Das pessoas que lidam com dificuldades sexuais, você pode dividir em dois grandes grupos: **tem os terapeutas que são da parte emocional e os terapeutas da parte orgânica.** Os da parte emocional são os **psicólogos, os psiquiatras,** que por formação **não podem prescrever nenhum tipo de remédio... e eu sou médico, eu posso prescrever remédio.**

<sup>51</sup>Esse tipo de discurso é muito semelhante ao que encontrei na literatura médica do século XIX, que se referia às mulheres na menopausa muito comumente por imagens como a da “rainha destronada” (Rohden, 2001).

Então [...] eu fico assim, até com pena de que mulheres estejam lutando há tanto tempo contra uma dificuldade sexual, e o problema delas não é emocional, o problema delas é orgânico. Então, eu posso explicar, assim, bem... **ninguém trata diabetes como sendo um problema emocional**, não se consegue botar no divã, fazer psicoterapia pra diabetes; o pâncreas não vai voltar a funcionar, a produzir insulina. A pessoa que tem hipotireoidismo, que a tireoide parou de produzir hormônio da tireoide, pode fazer a psicoterapia que quiser, que o tratamento não é aí... **o tratamento é hormônio**.

É possível perceber que, para esse médico, sexualidade tem a ver com razões reprodutivas materializadas nas diferentes fases da vida de uma mulher e concretizadas na presença ou ausência de hormônios, especialmente a testosterona. Esse hormônio ganha o status de explicação causal mais importante e, em consequência, é também apresentado como o tratamento que vai resolver quase todos os problemas. Nota-se também a expressão de uma hierarquia entre de um lado os profissionais – e tratamentos – que lidariam com as questões emocionais e não poderiam prescrever remédios (grupo no qual ele inclui psicólogos e também psiquiatras – que, na realidade, podem receitar medicamentos) e de outro os médicos, como ele, que podem “corrigir” a parte hormonal.

Cabe ainda fazer menção às avaliações dos/as médicos/as acerca do próprio tratamento empregando testosterona. Foi muito comum a demonstração da crença na eficácia da “substância”, materializando, portanto, a sua associação com o desejo. Além disso, foi constante a precaução em não ultrapassar certos limites que incorreriam em uma possível “masculinização” das mulheres, traduzida em efeitos “colaterais” como aumento de pelos, engrossamento da voz e aumento no tamanho do clitóris (Rohden, 2018).

Contudo, é fundamental destacar aqui a referência a passagens que atestam certa ambiguidade no que diz respeito a uma agência única e determinante da “substância” testosterona. São trechos nos quais os/as entrevistados/as revelam que não sabem exatamente se o efeito percebido nas pacientes teve a ver com o hormônio em si ou com fatores como o empenho e empolgação em estar realizando um tratamento para melhoria da sexualidade. Ou ainda com o resultado prático de uma recomendação da aplicação tópica do gel ou creme de testosterona na região genital. A referência a algumas dessas passagens ajuda a ilustrar esse argumento.

Para Tânia, no contexto de um enquadramento que tenta considerar os múltiplos fatores envolvidos na sexualidade feminina, incluindo os hormô-

nios, é preciso estar atenta para o próprio “efeito placebo” da ideia de estar usando um medicamento para a melhoria do desejo:

[...] você vê o efeito placebo das drogas. Então você vai dizer [para a paciente]: “nós vamos usar uma droga pra melhorar”, pra gente já dar uma mexida nisso. Então às vezes só isso já desbloqueia algumas coisas e já faz que aumente o desejo.

No depoimento de Janice, para quem a testosterona, “o hormônio masculino”, claramente aumenta o desejo sexual, nota-se uma ambiguidade entre o papel específico do hormônio e os efeitos mais gerais decorrentes de a paciente estar em um tratamento em prol da melhoria da própria sexualidade:

Aumenta a libido. Elas ficam com mais vontade. **Só de vir no ambulatório, num ambulatório de sexologia, elas já pensam em sexo.** É o que eu sempre digo para as pacientes: “eu não vou te dar a pílula mágica, e também você não vai chegar em casa hoje e vai se deitar na cama e vai vir do céu a vontade”. **Mas só de procurar o ambulatório, falar de sexo, pensar em sexo, já melhora.**

Há ainda um efeito prático muito específico envolvido na prescrição de testosterona, conforme a ginecologista Kátia. A médica relatou que, por vezes, a indicação de formulações em creme e em gel para aplicação tópica na região genital tem também a intenção de fazer com que as mulheres “se toquem” e “se conheçam melhor”, já que, segundo ela, “masturbação e autoerotismo” seriam muito raros entre as pacientes que estão na faixa entre os 40 e 50 anos.

## Produzindo camadas de sentido e processos de materialização

Por meio da referência aos depoimentos de Paula e dos/as médicos/as entrevistados/as, é possível agora retomar as discussões introduzidas no início deste artigo, destacando alguns pontos em específico. O primeiro deles diz respeito à complexidade do objeto aqui tratado, que aparece sempre como fluido, em combustão, dobrado ou instável – para usar as imagens trazidas anteriormente. É difícil dizer *a priori* do que se trata a conexão entre hormônios e desejo. Porém a intuição é a de que essa conexão pode ser reveladora

de muitas camadas de sentido e de processos de materialização de muitas realidades. Essa percepção está em bastante sintonia com o valioso estudo de Faro (2016) – investigação mais completa sobre esse campo feita no Brasil –, dedicado diretamente ao mapeamento dos tratamentos com testosterona para a falta de desejo sexual feminino. Por meio de uma ampla pesquisa incluindo etnografia de congressos médicos, entrevistas com profissionais e análise de literatura científica, identificou os processos envolvendo o estabelecimento da própria noção de disfunção sexual feminina e sua associação mais recente com uma possível deficiência de testosterona. A complexidade dos vários enquadramentos possíveis relativos aos usos da testosterona por mulheres, ao longo de décadas e conforme campos médicos distintos, levou Faro também, inspirada em autoras/es como Haraway e Mol, a considerar a testosterona como um ator-material-semiótico (Haraway, 1995) e que deve ser entendido em função de suas multiplicidades (Mol, 2003).

Outro ponto se refere ao clichê traduzido na associação entre desejo sexual, testosterona e masculinidade e na correspondente prescrição desse hormônio para mulheres que sofreriam de problemas relacionados à falta de desejo. Como nos mostra Dumit (2014), nossa postura inicial comum diante dos clichês é um certo conforto, pois nos manteriam no terreno de algo que já parece explicado e entendido. No contexto de uma sociedade que em muito se pauta pelas explicações biomédicas, muitas vezes sem o devido questionamento, não causa espanto que essa associação seja plenamente reconhecida. O conforto estaria em admitir que esses problemas teriam uma origem prioritariamente orgânica, e mesmo bioquímica, e que sua solução passaria quase exclusivamente pelo acesso a recursos dessa ordem.

Implodir essa associação implica não só reconhecer o que está sempre presente ou mais aparente (ou seja, a própria conexão entre hormônios e desejo) como também investir em descortinar as ausências presentes (Law, 2004; M'Charek 2014), dimensões absolutamente importantes nos processos de materialização de uma dada realidade mas que permanecem ocultas ou subentendidas, ou nem sempre sendo explicitadas. Dito de outra forma, na linha que argumenta Dumit (2014), trata-se de romper a aparente coerência e coesão dos objetos, explorando as forças múltiplas que os mantêm. É evidente que não se almeja o alcance da totalidade dessas forças, mas perceber o que está sendo posto em prática, em conexões sempre instáveis e provisórias.

No caso do objeto aqui tratado, enfatizo a produção dessa materialização do desejo sexual feminino em termos da presença da testosterona por meio de associações enraizadas na prática biomédica. Nesse sentido, a atuação dos/as médicos/as e sua relação com as pacientes segue e responde, em diferentes

medidas, à tradição propagada em nossa sociedade de valorização social do diagnóstico (Rosemberg, 2002) e de (bio)medicalização (Conrad, 2007; Rose, 2007; Clarke et al., 2010; Dumit, 2012) e farmacêuticalização (Williams et al., 2011) de uma série de problemas ou condições que não eram anteriormente definidos como doenças nem tratados com base no uso de medicamentos. Seguindo a direção apontada por Mol (2003), que concebe a produção de realidades distintas a partir de diferentes tipos de prática, sugiro que é no enquadramento desse contexto médico-farmacêutico mais geral, que condiciona de diferentes formas a relação com as pacientes, que se materializa esse modo específico de conceber o desejo em termos hormonais. Acrescenta-se a isso a presença constante da promoção de uma ideia de aprimoramento individual, a busca por tornar-se sempre melhor, que cada vez mais tem passado pelo uso de recursos biomédicos (Rose, 2007; Clarke et al., 2010; Dumit, 2012).

No que se refere particularmente ao âmbito do diagnóstico e do tratamento, mais um ponto importante, proponho pôr em relevo outros desdobramentos ou presenças nem sempre explícitas na superfície. Como se pôde ver, tanto para Paula quanto para os/as profissionais, a identificação de problemas quanto ao desejo se traduz na presunção de que haveria um déficit na produção de testosterona ou, pelo menos, no reconhecimento da necessidade de um acréscimo. Aqui é importante ressaltar que o emprego comum do termo “reposição hormonal” nem sempre se justificaria, já que muitas vezes não há a comprovação de uma queda ou inexistência da produção de testosterona. Nem mesmo há menção significativa à identificação de um padrão “anterior” de maior desejo sexual, que precisaria, então, ser “recuperado”.

Por outro lado, são comuns as referências a outros fatores que atestariam a “complexidade” ou “multifatorialidade” da sexualidade feminina, em contraste com a masculina, apresentada como mais focada, direta, eminentemente orgânica. Tanto Paula quanto os/as médicos/as que participaram da pesquisa reproduziram argumentos acerca de que as mulheres seriam muito suscetíveis a demandas, pressões, constrangimentos reportados à vida do casal ou da família em particular ou mesmo inscritos em um plano da “cultura” mais geral. Essas percepções aparecem acompanhadas de comentários relativos à necessidade de as mulheres “se desligarem” desses contextos de demandas e exigências para poderem desfrutar de uma vida sexual mais satisfatória. Em contraste, os homens são descritos como mais desprendidos ou desligados, o que corresponderia ao benefício de estarem “sempre prontos” ou disponíveis para o sexo. Contudo, isso não veio acompanhado, na maioria dos depoimentos (com exceção dos dois profissionais que se mostraram mais contrários

ao uso da testosterona)<sup>52</sup>, de recomendações mais efetivas nesta direção, que priorizassem algum questionamento relativo a situações particulares de cada paciente ou, de modo mais geral, concernente às diferenças de gênero em nossa sociedade. Ao contrário, as prescrições, ao fim e ao cabo, centravam-se na possibilidade de reposição hormonal.

A isso se acrescenta a quase desconsideração (que poderia ser qualificada como uma ausência presente) do fato de que, muitas vezes, os efeitos positivos dos tratamentos não poderiam ser exclusivamente atribuídos à testosterona. Assim como Paula, que menciona a suspeita acerca de os efeitos do tratamento hormonal serem “psicológicos”, os/as médicos/as também se referiram ao “efeito placebo” das drogas, ao efeito diretamente resultante da estimulação local com o gel de testosterona ou mesmo ao efeito do engajamento em um tratamento destinado a melhorar a vida sexual. Pouca relevância é dada a essas percepções quando as contrastamos com a ênfase na ideia de que o desejo depende da presença ou ausência de testosterona. É certo que, analiticamente, poderia argumentar-se que todos esses efeitos corresponderiam a diferentes formas ou práticas de materialização associadas de alguma maneira à “entidade” testosterona. Contudo, no caso dos discursos dos/as entrevistados/as, não é isso que prevalece. O que vem à tona de forma mais enfática é a associação entre testosterona e desejo.

Não se trata aqui de invisibilizar ou desprezar a percepção deles/as acerca desses outros efeitos, mas de mostrar como, no quadro mais geral, o que se acentua é a lógica do diagnóstico via a suposição da falta de uma substância e o tratamento por meio de sua reposição. Diante de um contexto, informado por eles/as mas já descrito em outros trabalhos (Faro, 2016; Faro e Russo, 2017), no qual a testosterona tem sido o tratamento mais apresentado e discutido atualmente nas publicações e congressos médicos, não é de se estranhar que ela tenha um papel tão preponderante nas suas expectativas. A pressuposição da associação testosterona-desejo possibilita que, na prática, seja comum constatar que as mulheres que têm feito o uso desse hormônio têm tido um aumento no desejo e melhora na vida sexual. E mesmo aqueles/as que mencionaram os outros efeitos relacionados ao seu uso não expõem isso às suas pacientes, o que poderia ser contraproducente. Contudo, quase sempre os resultados positivos são atribuídos à testosterona, talvez porque, na lógica biomédica que embasa a formação desses/as profissionais e que é também incorporada pelas pacientes em alguma medida, a ideia de uma substância que age com precisão e eficácia esteja muito presente. O que se materializa, então, é que mulheres que usam testosterona teriam mais desejo. E essa constatação, por sua vez, ajuda a reforçar a própria

---

52 Esses casos foram analisados em outro trabalho (Rohden, 2018).

associação entre testosterona e desejo sexual, caracterizando uma circularidade que não é manifestada explicitamente mas que, no fundo, está sempre presente.

Além disso, talvez a maior ausência presente nesse contexto sejam os parceiros homens. As entrevistas foram marcadas por referências, em especial aos maridos, que atestam um enquadramento bastante particular do atendimento ofertado e das concepções encampadas por esses/as profissionais, restritos a um cenário heterossexual e monogâmico. Para além das diferenças de gênero já expostas, no que se refere ao entendimento de modelos de sexualidade completamente distintos para homens e mulheres, é preciso destacar ainda alguns aspectos singulares.

Trata-se de uma suspeita levantada pelos depoimentos dos dois profissionais que se mostraram mais contrastantes em relação ao grupo. Apenas eles fizeram questão de fazer referência ao fato de que, para caracterizar uma disfunção sexual relativa à falta de desejo, seria necessário considerar a existência ou não de sofrimento por parte da paciente. Como disse Karla, “para o desejo hipotativo ser mesmo um problema, precisa haver sofrimento por parte da mulher, não adianta ser só uma queixa do marido”. A insistência desses profissionais nesse aspecto leva a pensar que o que poderia parecer tão óbvio (a existência de sofrimento por parte da mulher) não necessariamente seria observado em todos os casos de tratamento para “melhoria” do desejo sexual feminino. Isso se junta a algumas outras observações, como o relato de uma outra médica, que atende em ambulatório público, acerca de uma paciente que assistira a um programa de TV no qual o médico havia dito que “não era normal uma mulher não ter vontade” e que, em decorrência dessa informação, fora procurar ajuda. Não é possível inferir, pelos dados desta investigação, até que ponto esta dimensão do sofrimento e da percepção da falta de desejo como um problema está ou não presente na maioria dos casos. Entretanto, as contribuições de dois trabalhos importantes nesse campo de estudos ajudam a levantar certas indagações.

Emilia Sanabria (2010), em trabalho destinado a pesquisar o uso de contraceptivos e hormônios na cidade de Salvador, relatou ter encontrado, especialmente nos atendimentos envolvendo as mulheres de classes média e alta, o uso desses recursos em um contexto de escolhas relativamente mais autônomas e de melhoramento de si. Além de efeitos sobre a tensão pré-menstrual, pele, humor, os tratamentos, envolvendo inclusive testosterona, também eram procurados visando a uma melhora no desejo sexual. Porém o mais interessante para o aspecto particular que estou discutindo aqui, e que pareceu paradoxal a Sanabria, refere-se ao fato de que a busca pelo aumento do desejo por parte das mulheres (o que poderia caracterizar certa autonomia) era explicado

em um contexto de necessidade de “segurar o marido” e da importância disso para manutenção de certo status por parte delas.

Já Livi Faro (2016) chama a atenção, no que se refere ao aspecto especificamente abordado neste momento, para o impacto da obra de Rosemary Basson, que se tornaria a principal referência acerca do ciclo da resposta sexual em mulheres, no campo da medicina sexual. Segundo Faro (2016, p. 132), Basson (em Basson et al, 2000) propôs um modelo no qual “a resposta sexual das mulheres foi concebida como sendo mais ligada à ‘necessidades de intimidade’ do que à ‘necessidade por excitação sexual física’ (Basson, 2000:51)”. Nesse modelo, muitas mulheres podem ser sexualmente satisfeitas, embora não tenham o chamado “desejo sexual espontâneo” mas apenas o “desejo responsivo”. Conforme Faro (2016, p. 134), resenhando Basson,

O novo ciclo [de resposta sexual proposto por Basson] parte da premissa de que algumas mulheres apresentam “neutralidade” em relação ao desejo, mas são “responsivas” nas situações em que há uma “oportunidade sexual” com “estímulo”. As “oportunidades sexuais” seriam as investidas de um parceiro (ou parceira) ou ainda motivações de outra ordem, como “benefícios potenciais” e “recompensas”. Basson enfatiza a importância de determinados “componentes” para a sexualidade feminina, como confiança, intimidade, respeito, comunicação, afetividade, prazer no toque, entre outros aspectos não exclusivamente sexuais (Basson, 2000:52).

A categoria de “desejo responsivo” e até mesmo o que Faro (2016) vai descrever, a partir do seu trabalho de campo, como a produção de uma “vagina responsiva” (capaz de lubrificação, que não produza dor e facilite a penetração) podem ser pensadas também como ausências presentes no cenário dos/as profissionais entrevistados/as para este artigo. Não foram diretamente utilizadas, mas as referências à produção de um desejo vinculado a responder às expectativas dos parceiros certamente ecoam algo dessa perspectiva.

As pistas produzidas por essas investigações ajudam a reforçar a ideia de que há ainda muito para se implodir nesta associação entre testosterona e desejo. Por ora, neste trabalho, foi possível expor algumas associações, mostrar o que está mais, ou menos, presente ou ausente. Contudo, acredito que já se torna evidente que não há mais lugar para o conforto de um clichê ou de uma imagem simples, de contornos precisos, na qual uma única explicação de ordem estritamente biológica se mantenha intacta. Certamente essa imagem, ou esse clichê, tem sido sustentada por e tem ajudado a sustentar muitas práticas e versões de realidade e deixado muitas outras ausentes. Cabe nos perguntarmos para que e para quem elas servem.

## Referências

- BASSON, Rosemary et. al. "Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications". *The Journal of Urology*, 2000,163: 888-893,.
- CALLON, Michel e LAW, John. "On interests and their transformation: enrolment and counter-enrolment." *Social Studies of Science*, 1982, 12: 615-625.
- CLARKE, Adele E.; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer; and FISHMAN, Jennifer (eds.). *Biomedicalization: Technoscience and Transformations of Health and Illness in the U.S.* Durham: Duke University Press, 2010.
- CONRAD, Peter. *Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press, 2007.
- DE LAET, Marianne e MOL, Annemarie. "The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology". *Social Studies of Science*, 2000, 30: 225–263.
- DUMIT, Joseph. "Writing the implosion: Teaching the World One Thing at a Time". *Cultural Anthropology*, 2014, 29 (2):344–362.
- DUMIT, Joseph. *Drugs for life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Duke University Press/Durham and London, 2012.
- FARO, Livi e RUSSO, Jane. "Testosterona, desejo sexual e conflito de interesse: periódicos biomédicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos". *Horizontes Antropológicos*, 2017, 23 (47): 61-92.
- FARO, Livi. *Mulher com bigode nem o diabo pode: um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização*. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.
- HARAWAY, Donna. "Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial". *Cadernos Pagu*, 1995 (5):07-41.
- JASANOFF, Sheila. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge. 2004.
- LAW, John. *After Method: Mess in social science research*. New York: Routledge, 2004.
- LAW, John e MOL, Annemarie. "Notas sobre el materialism". *Politica y Sociedad*, 1993-1994, 14/15:47-57.
- LAW, John e SINGLETON, Vicky. "Object Lessons", version of 2nd July 2004, disponível em: <<http://www.heterogeneities.net/publications/LawSingleton2004ObjectLessons.pdf>>
- M'CHAREK, Amade. "Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error". *Theory, Culture & Society*, 2014, 31(6): 29-56.
- MANICA, Daniela e NUCCI, Marina. "Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero". *Horizontes Antropológicos*, 2017, 23(47):93-129.
- MOL, Annemarie. "Ontological Politics. A word and some questions". In: Law, John

- e Hassard, John (org.) *Actor Network Theory and After*. Oxford: Blackwell/The Sociological Review, 1999.
- MOL, Annemarie e LAW, John. “Regions, Networks and Fluids: Anaemia and Social Topology.” *Social Studies of Science*, 1994, 24: 641-671.
- MOL, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press, 2003.
- Quem. “Estou amando”. 2007 (379), sem páginas. Disponível em <http://revistaquem.globo.com/Quem/0,6993,EQG1664622-6134,00.html> Acesso em 29/09/2017
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- ROHDEN, Fabíola. “O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos”. *História, ciências, saúde – Mangueiras*. Rio de Janeiro, 2008, 15: 133-152.
- ROHDEN, Fabíola. “Sexual desire, testosterone and biomedical interventions: managing female sexuality in ‘ethical doses.’” *Vibrant*, 2018, 4 (3): 1-12.
- ROSE, Nicolas. *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- ROSEMBERG, Charles. E. “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience”. *The Milbank Quarterly*, 2002, 80 (2):237-260.
- STAR, Susan Leigh; GRIESEMER, James R. “Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39”. *Social Studies of Science*, 1989, 19 (3):387-420.
- TONIOL, Rodrigo. *Do espírito na saúde*. São Paulo: LiberArts, 2018.
- WILLIAMS, Simon J.; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. “The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis”. *Sociology of Health & Illness*, 2011, 33 (5):710–725.