



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lucas Tramontano

**"Continue a nadar":
sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade**

Rio de Janeiro

2012

Lucas Tramontano

"Continue a nadar": sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Jane Araujo Russo

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

T771 Tramontano, Lucas.

"Continue a nadar": sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade / Lucas Tramontano . – 2012.

126 f.

Orientadora: Jane Araujo Russo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Testosterona – Efeito fisiológico - Teses. 2. Andropausa. 3. Envelhecimento – Teses. 4. Masculinidade – Teses. I. Russo, Jane Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.36

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lucas Tramontano

"Continue a nadar": sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 22 de março de 2012

Orientadores: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Sérgio Carrara
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fabíola Rohden
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS

Prof. Dr. Rogerio Azize
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

À Prof^ª. Marcia Maria Barros dos Passos.

AGRADECIMENTOS

A Ya Oguntè, Oşogyian, Omolu e todos os outros, pela tranquilidade e paz de espírito sem as quais não adianta o esforço.

A Juliana Gatto, porque antiguidade é posto, e são muitos anos de incondicional apoio.

A Natalia Vargas, pelo limite das palavras.

A Luisa Arueira, meu grilo falante, sem a qual não teria graduado.

A Mirani Barros, pelas canções, discussões e colos.

A Cecilia Medeiros, por me apresentar um mundo novo.

A Ana Paula Vargas, Elisa Proença, Ivan Tourinho, William Nicacio e Alex Turk, por atravessarem mais outro grande momento ao meu lado.

A Gustavo Capanema, Bruno Fidélis, Henrique Zózimo, Rodrigo Gamaro, Julio Azevedo, que chegaram tão de repente e ocuparam um espaço tão grande.

A Michelle Ferreira, Tâmara David, Jamila Casimiro e Fernanda Maria, por provar que não precisa estar perto para participar.

A Clemilson Berto Jr., Claudia Baptista, Talita Custódio e Thaís Barradas, meus Goodmans e Bernes e Lehnings e Ansels e Solomons particulares.

A Vinicius Miranda, Roberto Silva, Cristiane Thiago, Adriana Balthazar, Livi Faro, Marina Nucci e todos meus colegas de turma, pelas valiosas contribuições ao meu trabalho e por dividir os penosos momentos de angústia.

Às professoras Ana Vieira, Maria Isabel Sampaio dos Santos e Rita de Cássia Ascensão Barros, pela confiança em momentos estratégicos da graduação.

Às secretárias do IMS, Silvia, Simone e Eliete, por terem respostas a todas as perguntas e uma paciência inabalável.

A Márcia Arán, *in memoriam*, por ouvir com atenção o embrião dessa pesquisa.

Aos(às) professores(as) Maria Luiza Heilborn, Sérgio Carrara, Horacio Sívori, Rafaela Zorzanelli, Benilton Bezerra Jr. e Kenneth Camargo, por debates esclarecedores e instigantes nas aulas no IMS.

Ao CLAM, por proporcionar espaço, estrutura e incentivo para o desenvolvimento da pesquisa.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido a essa pesquisa.

À toda minha família, pela torcida e pelas orações, em especial a Denize Macêdo, porque a maior ajuda vem de onde menos esperamos.

A Flavio Peçanha, Leandra e o xará, pelas aulas, doces e crepes.

À Mina e Marcia Soares, por fazerem todas as minhas vontades.

A Antonio Cardoso, por me ensinar frações, e Andrea Prazeres, minha cúmplice, que chegou depois mas parece que sempre esteve aqui.

Às crianças Yago, Clara e Gabriel, por me fazer sorrir.

A Tércio e Carla, Bruno e Lucia, Casimiro e em especial Socorro, por me aceitarem tão rápido na família.

À Tainá Soares, minha irmã mais nova, pelo brilho nos olhos.

A Torodi d'Ogun, por sonhar os meus sonhos comigo.

A Luiz Henrique Macêdo, olha aí o seu guri.

A Renato Videira, meu mais antigo amigo, pela onipresença.

A Cláudia Tramontano, a menina do anel de lua-e-estrela, por me ensinar a viver, pensar, questionar, lutar e amar.

Aos meus colaboradores, que preferem permanecer anônimos, pelas opiniões e simpatia que tornaram essa pesquisa possível.

À minha orientadora, Jane Araujo Russo, pela confiança e paciência, e por uma orientação no limite exato entre a rigidez necessária e o carinho desejado.

A Mario, por prometer o impossível e transformar "um pedaço de qualquer lugar" numa "praça na beira do mar". Que nossas vidas sejam um ininterrupto dia branco. Essa dissertação também é sua.

Batidas na porta da frente, é o tempo
Eu bebo um pouquinho pra ter argumento
Mas fico sem jeito, calado
ele ri
Ele zomba de quanto eu chorei
porque sabe passar
e eu não sei

Num dia azul de verão, sinto vento
Há folhas no meu coração, é o tempo
Recordo um amor que perdi
ele ri
Diz que somos iguais, se eu notei
pois não sabe ficar
e eu também não sei

E gira em volta de mim
Sussurra que apaga os caminhos
que amores terminam no escuro
sozinhos

Respondo que ele aprisiona, eu liberto
Que ele adormece as paixões, e eu desperto
E o tempo se róí, com inveja de mim
Me vigia querendo aprender
Como eu morro de amor
pra tentar reviver

No fundo é uma eterna criança
que não soube amadurecer
Eu posso, ele não vai poder
me esquecer

Aldir Blanc (Resposta ao Tempo)

RESUMO

TRAMONTANO, Lucas. "*Continue a nadar*": sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O objetivo dessa dissertação é explorar a reformulação da antiga andropausa no diagnóstico de Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM) e seu tratamento farmacológico, que é a reposição de testosterona. Essa "nova" patologia se localiza dentro do escopo da Medicina Sexual, e faz parte, juntamente com a disfunção erétil e a ejaculação precoce, de um avanço da medicalização sobre corpos masculinos. Realizei entrevistas semi-estruturadas com alguns médicos envolvidos no estabelecimento do DAEM. Esses profissionais são urologistas ou endocrinologistas, ou ainda andrologistas, acadêmicos, mas que também mantêm um consultório. A entrevista pode ser dividida em dois grandes grupos, um relativo à definição e diagnóstico do DAEM, e a centralidade do sexo nas queixas do paciente. O outro analisa a terapia de reposição hormonal em si, e as consequências para a masculinidade da deficiência de testosterona. Elenquei ainda um terceiro tema, relativo às disputas entre as duas especialidades médicas, e as diferenças nas abordagens dos problemas colocados, que encobriam diferentes concepções de corpo e doença. Por fim, tentei manter gênero e envelhecimento como eixos transversais, que atravessassem toda a entrevista. O objetivo desse roteiro era perceber, sob a ótica desses médicos, como o DAEM é construído tanto na academia quanto na clínica médica, e quais as idéias subjacentes ao seu diagnóstico e tratamento. Portanto, nessa dissertação, pretendo analisar como o DAEM parece se localizar numa encruzilhada, unificando novos ideais de masculinidade e envelhecimento, sob a égide da medicina sexual e seus tratamentos farmacológicos. Porém, para isso, foi preciso antes investigar as mudanças na masculinidade e na velhice, o que as definia antes, e quais os novos desenhos que elas apresentam, para poder vislumbrar sua articulação com a medicalização e/ou farmacologização da sexualidade masculina.

Palavras-chave: Andropausa. DAEM. Testosterona. Envelhecimento. Masculinidades.

ABSTRACT

The goal of this work is to explore the reformulation of the old andropause into the diagnostic of Androgenic Deficiency of the Aging Male (ADAM) and its pharmacological treatment, the testosterone replacement. This "new" pathology is located into the range of the Sexual Medicine, and it is part, together with the erectile dysfunction and the premature ejaculation, of an advance of the medicalization towards male bodies. I conducted semistructured interviews with several physicians involved with the stabilization of ADAM. These professionals are urologists or endocrinologists, or yet andrologists, academics, but who also keep a clinic. The interview can be split in two main groups, one about the definition and diagnostic of ADAM, and the centrality of sex in the patient's complaints. The other analyzes the hormone replacement therapy in itself, and the consequences to the masculinity of the testosterone deficiency. I listed yet a third theme, about the disputes between the two medical specialties, and the differences in approach of the given propositions, which masked different conceptions of body and disease. At last, I tried to keep gender and aging as transversal axes that crossed the whole interview. The goal of this interview guide was to perceive, through these physicians' eyes, how ADAM has been built as in the Academy as in the medical clinic, and which ideas lies under its diagnostic and treatment. Therefore, in this work, I intend to analyze how ADAM seems to be at a crossroad, intertwining new ideals of masculinity and aging, under the aegis of the sexual medicine and its pharmacological treatments. But, before that, I had to investigate the changes in masculinity and aging, what defined them before, and which new designs they show nowadays, in order to glimpse their articulation with the medicalization and/or the pharmacologization of the male sexuality.

Keywords: Andropause. ADAM. Testosterone. Aging. Masculinities.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	A QUÍMICA DO GÊNERO.....	21
1.1	Meninos têm pênis, meninas têm vagina.....	23
1.1.1	<u>A guerra (química) dos sexos.....</u>	26
1.1.2	<u>Hormônios para todos.....</u>	29
1.2	A industrialização do sexo.....	31
1.3	Mede teus hormônios e eu te direi quem és.....	33
1.4	O cérebro sexuado.....	35
1.5	Os mensageiros do gênero.....	39
2	A FARMACOLOGIA DO SEXO.....	41
2.1	E o sexo vira ciência.....	41
2.1.1	<u>Sexologia ato 1: o perverso.....</u>	42
2.1.2	<u>Sexologia ato 2: o casal.....</u>	45
2.2	Uma doença para chamar de sua.....	46
2.3	A pílula do super-homem.....	50
2.4	Uma injeção de juventude.....	52
3	A CIÊNCIA DA ETERNA JUVENTUDE.....	54
3.1	Uma sociedade sem velhos.....	55
3.2	Entre mulheres e batalhas: porque homem é homem.....	61
3.3	Macho with benefits.....	68
4	METODOLOGIA.....	71
5	ENTREVISTAS.....	78
5.1	Somos todos iguais, porém diferentes.....	80
5.1.1	<u>Engrenagens ou fibra ótica?.....</u>	82
5.1.2	<u>A misteriosa Andrologia.....</u>	85
5.2	Com vocês, o DAEM.....	88
5.2.1	<u>Sintomatologia: "não arde, não dói, não coça".....</u>	90
5.2.2	<u>Dois pesos, duas medidas.....</u>	92
5.3	É a idade chegando.....	95
5.4	O homem-vítima.....	98
5.5	Com vocês, a testosterona.....	101

5.5.1	<u>Testosterona a granel</u>	102
5.5.2	<u>Reposição hormonal, a outra face</u>	105
5.6	A indústria má e a indústria nem tão má	107
5.7	Testosterona afrodisíaca	110
5.8	"Onde está a masculinidade?"	112
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: mais um capítulo da crise da masculinidade	116
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICE - Roteiro de entrevista	125

INTRODUÇÃO

"Afim, existe mesmo andropausa? Mas acontece *alguma coisa* com os homens, não acontece?". Essa pergunta surgia cada vez que eu dizia o que estudava no mestrado. Ninguém parece totalmente convencido de que os homens experimentem algo como a menopausa feminina, entendida como um fenômeno bem mais drástico. Mas, de alguma forma existe uma sensação de que algo de fato acontece no envelhecimento masculino, mesmo que as pessoas não saibam expressar claramente o quê. Portanto, quando dizia que a andropausa, ao menos para os médicos, realmente existe e é considerada uma doença, todos tendiam a concordar. Vários homens de "meia-idade" me perguntavam se eu achava que eles estavam na andropausa, para depois dar suas próprias opiniões sobre sua "condição", ora corroborando com o discurso médico, ora negando-o, atribuindo os sintomas da suposta andropausa a questões sociais e psicológicas. Era muito comum ouvir que "isso está na cabeça do cara", ou que "se o cara se cuida, esses problemas não aparecem", apesar de nunca ficar muito claro o que significava "se cuidar". Essas falas tendiam a se misturar com idéias sobre envelhecer bem e com "qualidade de vida", e os dois fenômenos - a velhice e a andropausa - estavam bem articulados no imaginário das pessoas.

As justificativas para a existência dessa "condição" variavam desde uma reprodução mais ou menos acurada do discurso científico sobre andropausa divulgado na mídia leiga a argumentos pseudo-feministas de que restringir a "pausa" às mulheres seria mais uma tentativa de fragilizá-las frente aos homens. O fato é que, de um jeito ou de outro, as pessoas ao menos já ouviram falar de andropausa, mas não sabem muito bem o que significa. Na verdade, mesmo a comunidade científica não parece bem certa do que seja essa "doença" - aliás, é uma doença de fato? Sua definição está sempre cercada de dúvidas, questionada até por seus legítimos "inventores". Mas todos parecem concordar que *alguma coisa* acontece com os homens que chegam até "certa idade".

E qual seria essa idade? Essa resposta varia mais do que as taxas hormonais dos corpos acometidos pela andropausa. Ora é a velhice avançada, atingindo homens já legalmente idosos; ora está nos homens da misteriosa "meia-idade"; ora seus sinais já começam a aparecer no início da vida adulta. Como veremos, essas etapas da vida são cada vez mais dissociadas de uma delimitação cronológica (DEBERT, 1997), o que, na prática, ao

menos para a população geral, só aumenta a confusão sobre o que acontece com os corpos dos homens que envelhecem.

Mesmo o nome da doença é polêmico. O senso-comum a conhece como "andropausa", um nome que se repete a mais de um século (apesar de se referir a patologias com etiologias e sintomas bem diferentes). Nos primórdios da industrialização dos hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994), já foi chamada de "climatério viril" (*climaterium virile*), e ainda há quem a chame de "climatério masculino". Quando é um sintoma de outras doenças, ou efeito adverso de medicamentos, é chamada de "hipogonadismo masculino tardio", ou simplesmente "hipogonadismo tardio", um nome que parece seduzir mais a endocrinologia. Os mais alinhados à bioquímica preferem termos que se refiram diretamente à deficiência de testosterona, como "Síndrome da Deficiência de Testosterona" (SDT) ou "síndrome de deficiência androgênica parcial" (ROHDEN, 2011). Mas o termo que se tornou relativamente consensual, pelo menos para os informantes dessa pesquisa, é "Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino", ou ainda "Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino", simplificado na sigla "DAEM" (em inglês, "*Androgenic Deficiency of the Aging Male*" - "ADAM").

Bem antes dessa reformulação, porém, a ciência já se preocupava com as transformações no corpo masculino que envelhece. Marshall & Katz (2002, p. 45-46) apontam, já no século XVI, diversas teorias que tentavam explicar o decaimento físico e sexual ao longo da vida. Segundo os autores, porém, nessa época ainda não havia uma relação clara entre a queda do desejo sexual e o envelhecimento masculino. Essa ligação só foi feita no século XIX com a idéia de "climatério" ou "doença do climatério" (*climacteric disease*)¹.

Assim, o primeiro a definir a condição como uma patologia teria sido Sir Henry Halford, médico do rei George III da Inglaterra em 1813, mas seus achados só se popularizaram décadas depois. E já para o médico inglês, havia uma dificuldade em definir os limites da patologia e do envelhecimento normal, um problema que ainda acompanha o diagnóstico de andropausa/DAEM nos dias atuais, como veremos. Da mesma forma, o período que marca o início da doença também já era confuso no século XIX; Sir Henry afirma

¹ Porém, Fernandez & Acosta (2008), dois endocrinologistas espanhóis, afirmam que já no século IX e X, médicos árabes descrevem um declínio da atividade sexual em homens aos 63 anos, sendo, segundo os autores, a referência médica mais antiga ao que seria séculos depois chamado de andropausa. Ressalto, contudo, que a medicina desse período não definia estados de doença em diagnósticos precisos, essa sendo uma característica bem mais recente do campo, como veremos no capítulo 2.

que poderia ser "em qualquer momento entre 50 e 75 anos de idade"² (HALFORD, 1831 *apud* MARSHALL & KATZ, 2002, p. 47). Não podemos esquecer, contudo, que o declínio sexual da velhice, no século XIX, era considerado uma consequência do "excesso libidinoso" ao longo da vida, logo, não havia grandes esforços para tratar o climatério, pois a atividade sexual na velhice era ainda moralmente recriminável.

No século XX, a preocupação com o envelhecimento ganha maior destaque, e com a descoberta dos hormônios sexuais, o climatério ganha outros contornos. Já nas primeiras décadas desse século, segundo Marshall e Katz (2002), o declínio sexual masculino associado à idade passa a ser entendido como uma emasculação, uma feminilização; essa idéia se cristaliza com a teoria hormonal do corpo, que apresenta os hormônios sexuais como essências do sexo/gênero, conforme veremos no próximo capítulo. Com a síntese industrial de testosterona e sua possível comercialização, nos anos 1930, a menopausa masculina volta à cena, sob o nome de climatério viril (OUDSHOORN, 1994, p. 101), e a terapia de reposição de testosterona se torna o tratamento indicado. A partir daí, a disfunção sexual se torna o principal sintoma, mas ainda esbarra na questão moral da (a)sexualidade dos idosos, e por isso, o diagnóstico e tratamento permanecem um tanto nebulosos.

A situação começa a mudar nos anos 1960, quando torna-se mais aceitável a atividade sexual depois do período reprodutivo (MARSHALL, 2007; ROHDEN, 2011). Hepworth & Featherstone (1999) apontam que a idéia de uma menopausa masculina só recebe espaço na mídia e a atenção do público leigo na década seguinte. Porém, a andropausa só ganha força de fato nos anos 1990, quando as pesquisas sobre disfunção erétil e a medicina sexual se voltam para a sexualidade masculina, como veremos no capítulo 2. Segundo Bonaccorsi (2001, p. 124), endocrinologista brasileiro responsável pela principal revisão bibliográfica dessa reformulação da andropausa em termos atuais, é apenas em 1994, num congresso da Sociedade Austríaca de Andrologia, que admite-se a existência da andropausa, que passa a ser denominada como *Partial Androgen Deficiency of the Aging Male*, ou PADAM. Para Fernandez & Acosta (2008), a proposição do termo ADAM data de 1999, em artigo de Morey et al.

Esses autores espanhóis aprofundam a discussão em torno dos nomes, afirmando que no IV Congresso da ISSAM (*International Society for the Study of the Aging Male*), ocorrido em Praga, em 2005, a ISA (*International Society of Andrology*) e a EAU (*European*

² No original: "at any time between fifty and seventy-five years of age".

Association of Urology) consensuam que o termo mais correto seria "LOH" (*Late-Onset Hypogonadism*) ou ainda "SLOH" (*Symptomatic Late-Onset Hypogonadism*). Apesar desse consenso, porém, em 2006, Morales et al, um grupo de urologistas e endocrinologistas, publicam no periódico da EAU um artigo crítico, que compara "climatério masculino", "menopausa masculina", "andropausa", "DAEM", "PADAM", "LOH" e "SLOH", concluindo que o mais correto seria "TDS", a "*Testosterone Deficiency Syndrome*", ou "SDT" em português³.

Atualmente, DAEM é o nome oficialmente utilizado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), e tal especialidade médica se considera responsável pela reformulação da antiga andropausa nessa nova conformação. Mas não exclusivamente; a endocrinologia, principalmente, também disputa os créditos acerca do DAEM. Independente de quem for o mérito, o DAEM já vem aparecendo assim nomeado na mídia leiga, apesar de parecer não ganhar muita popularidade - uma simples consulta ao *site* de buscas *Google* comparando "andropausa" e "DAEM" encontra muito mais resultados relevantes na primeira pesquisa. Ainda assim, o DAEM (ou *ADAM*, na sigla em inglês) é descrito como o nome mais correto para definir a doença, e é exaustivamente divulgado (e defendido) pelos urologistas. Entretanto, para que as pessoas reconheçam a qual doença se referem, o termo andropausa ainda é usado, mesmo nas publicações oficiais: "DAEM (Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino) ou conhecido antigamente como Andropausa (referência a 'menopausa' masculina) (...)" (www.movimentosaudemasculina.com.br/o-que-e-andropausa)⁴.

O rechaço ao termo "andropausa" ou "climatério masculino" vem no sentido de diferenciar o DAEM da menopausa feminina. Segundo os médicos, nas mulheres há de fato uma pausa na produção hormonal dos ovários, ao passo que os testículos nunca cessam sua produção, apenas a diminuem gradualmente ao longo dos anos, num processo acelerado pelo DAEM. Além disso, andropausa passa a idéia de um processo natural, pelo qual todos passarão, como a menopausa. Em contrapartida, DAEM é uma deficiência ou distúrbio, o que deixa muito claro que se trata de um processo patológico. Como veremos nessa dissertação, há um grande esforço por parte dos médicos, em especial os urologistas, para confirmar o caráter patológico da baixa hormonal, e, uma vez que a urologia tornou-se a especialidade

³ Não discutirei aqui essas controvérsias terminológicas, que demonstram uma certa "instabilidade" da nomenclatura. Devo toda essa discussão sobre termos a Cristiane Thiago, que gentilmente me cedeu as referências a esses artigos.

⁴ Essa página foi acessada a partir do *site* oficial da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), www.sbu.org.br, em 06 de janeiro de 2012.

médica mais autorizada a falar sobre a saúde sexual masculina na era pós-Viagra⁵, a legitimidade científica desses profissionais é transferida para o DAEM, mais ou menos estabilizando a categoria nosológica.

Controvérsias à parte, o DAEM é definido pelos urologistas como uma patologia que acomete homens a partir da meia-idade (em torno dos 40/50 anos), quando a taxa hormonal de testosterona começa a diminuir gradativamente, causando uma série de sintomas

principalmente relacionados a diminuição da libido (desejo sexual), alteração do desempenho e da frequência sexual, cansaço físico e mental, irritabilidade, perda de massa muscular, aumento de gordura da região abdominal, perda de pêlos, alteração da textura da pele, que fica mais fina, e em alguns casos, osteoporose (www.movimentosaudemasculina.com.br/o-que-e-andropausa).

A diminuição da taxa de testosterona é considerada um processo natural do envelhecimento, mas pode ocorrer precoce e mais intensamente em alguns homens, que recebem o diagnóstico de DAEM e para os quais é prescrito um tratamento de reposição hormonal de testosterona.

O tratamento em si é outro alvo de críticas, dentro e fora da comunidade científica. A reposição hormonal já vem sendo questionada há bastante tempo, principalmente no caso da menopausa, quando surgiram evidências de que causa, ou colabora para o desenvolvimento de câncer. Nos homens, a reposição de testosterona já foi associada ao câncer de próstata, e deve ser prescrita com cautela (quando não contra-indicada) para homens que tenham propensão a desenvolver esse tipo de câncer, ou com hiperplasia prostática benigna⁶. Além disso, a testosterona só está disponível no Brasil na forma injetável, e como veremos, a liberação de outras formas farmacêuticas também não parece estar próxima. O Sistema Único de Saúde (SUS) não cobre o tratamento, e também não parece que haja uma movimentação para sua inclusão nas tabelas do SUS. Portanto, é um tratamento caro, desconfortável e frequentemente vitalício.

Várias questões simbólicas que pretendo abordar ao longo da dissertação estão subjacentes ao DAEM e seu tratamento, questões que envolvem a síntese da masculinidade na molécula de testosterona, a medicalização da sexualidade dos homens e novas concepções tanto de masculinidade quanto do envelhecimento. O DAEM surgiria na confluência desses

⁵ O Viagra® é o nome comercial do citrato de sildenafila, o medicamento *blockbuster* para disfunção erétil produzido pela Pfizer e lançado no mercado mundial em 1998. A importância desse lançamento e a literatura sobre o tema serão aprofundadas no capítulo 2.

⁶ Como veremos, esse risco é minimizado, e até ridicularizado, pela maioria dos informantes dessa pesquisa.

fatores, se legitimando a partir desses processos sociais em curso, ao mesmo tempo incentivando-os e emprestando-lhes uma justificativa médico-científica.

A minha entrada no campo se deu a partir do medicamento. Vindo de uma graduação em Farmácia, já estava familiarizado com a abordagem mais "técnica" das ciências farmacêuticas. Porém, sentia falta de uma visão que desse conta também de um caráter mais simbólico do medicamento, que questionasse seus estatutos simultâneos de insumo de saúde e mercadoria de consumo (LEFÈVRE, 1991). Foi buscando essas outras dimensões que me voltei para as ciências humanas.

Paralelo a isso, o tema dos hormônios já me interessava de longa data. Uma definição clássica (e bastante simplificada) de hormônio seria uma substância produzida numa determinada glândula numa parte do corpo mas que atua em outro órgão ou tecido, em outra parte do corpo. Tal definição, entretanto, foi expandida, passando a considerar como hormônios substâncias que são produzidas e agem num mesmo tecido, órgão ou até numa mesma célula, incluindo secreções autócrinas e parácrinas⁷ e até neurotransmissores nessa definição mais ampla do hormônio. De toda forma, o que quero destacar é a possibilidade de uma molécula ser produzida num lugar e atuar em outro, sem que haja necessariamente uma relação óbvia entre eles e o efeito que será desencadeado.

Independente dos pressupostos associados a essa idéia, foi justamente tal capacidade de atuação em locais distantes que me incentivou a estudar mais a fundo os hormônios. E, dentro desse rótulo "hormônios", que engloba uma série de substâncias bastante diferentes entre si, o que mais me atraía eram os hormônios sexuais, ou melhor, a ação dos hormônios sexuais. Como à fisiologia parece bastar a idéia de que uma substância produzida nos genitais passeie pelo corpo, encontrando nesse caminho diferentes receptores, responsáveis simultaneamente por características que me parecem tão díspares como a tonalidade da voz e o crescimento ou não de pêlos em diferentes partes do corpo? Como cabe a uma única

⁷ Uma secreção autócrina é aquela na qual uma célula secreta uma substância que atuará sobre ela própria; quando a substância atua sobre outras células num mesmo tecido, é chamada de secreção parácrina.

proteína, ou a duas ou três proteínas, a definição de algo tão complexo como transformar um embrião em um corpo masculino ou feminino? Por mais que alguns livros de fisiologia e farmacologia atuais sejam bastante taxativos ao dizer que a sexualidade é dependente de outros fatores não-biológicos, em última instância é o corpo que define o sexo de alguém; e quem define isso para o corpo são os hormônios sexuais. Como algo tão pequeno é capaz de definir o que talvez seja a diferença mais básica entre os seres humanos?

Essas perguntas levam ainda a uma outra dúvida. Se são os hormônios sexuais que definem o sexo⁸, qual o significado da terapia de reposição hormonal⁹? Pensando na metáfora do corpo-máquina, seria esse tratamento também visto como um "concerto"? E o que se conserta nesse caso, o próprio sexo? Quais seriam as conseqüências simbólicas de uma terapia medicamentosa que corrige, ou aprimora, ou substitui o sexo?

Minha proposta inicial no mestrado era pesquisar as relações entre o uso de hormônios sexuais e a construção social do sexo/gênero. Pretendia, entretanto, evitar a idéia de reposição hormonal feminina, por achá-la já muito discutida. A situação mudou quando li sobre o DAEM. A possibilidade de reposição hormonal em homens, e as conseqüências do que a princípio me parecia uma "perda" de masculinidade me mobilizou completamente e levou à questão que norteia essa dissertação. Buscando um maior conhecimento sobre o assunto, comecei a perceber como essa "nova" disfunção sexual relacionava de forma indissociável a medicalização da sexualidade masculina, a manutenção de uma certa masculinidade e a invenção de novas perspectivas de envelhecimento.

⁸ As categorias "sexo" e "gênero", no que diz respeito à literatura sócio-antropológica, referem-se a realidades diferentes. O termo "sexo" estaria relacionado ao sexo biológico, definido pela anatomia, sendo, nesse caso, a genitália o mais óbvio marcador da diferença entre homens e mulheres. Em oposição, "gênero" seria o investimento social/cultural sobre esse sexo, que define comportamentos (sexuais ou não), posturas, atitudes, indumentárias e uma série de atributos não biológicos considerados pelo senso comum como indicadores de masculinidade e feminilidade, conforme postulado pela teoria crítica feminista. Não estou levando em consideração aqui as teorias mais recentes que problematizam a dicotomia entre sexo/anatomia e gênero/cultura. Os meus informantes utilizam o termo "sexo" para ambos os casos, com raras exceções. Como veremos, a ciência de uma forma geral justifica tanto a anatomia como o que considero aqui como "social" pela explicação biológica, e, portanto, a diferença entre os dois termos se tornou um problema nessa dissertação. Buscarei, assim, manter a distinção, o que nem sempre será possível.

⁹ A concepção dos hormônios sexuais como essências do masculino e feminino no corpo serão analisadas detalhadamente no próximo capítulo, e reaparecerão ao longo de toda a dissertação.

Para fazer essa análise, poderia ter seguido por dois caminhos. O primeiro seria abordar os próprios homens diagnosticados com DAEM, o que se revelou mais difícil. O acesso a esses homens seria limitado. As salas de espera dos consultórios de urologia não são tão ricas para a observação etnográfica como as dos ginecologistas, os homens interagem pouco, ou não interagem absolutamente. Os médicos não parecem muito satisfeitos em indicar seus pacientes de consultório particular para a pesquisa, o que me deixaria limitado ao serviço público. Os discursos sobre o DAEM, porém, parecem ser mais direcionados a um público de camadas médias e altas, dificilmente encontrado nas filas do SUS. Além desses problemas mais pragmáticos, questões metodológicas acabaram levando a pesquisa pelo outro caminho lógico.

Ao invés de estudar os homens com DAEM, faria mais sentido estudar os profissionais responsáveis pelo diagnóstico. Não apenas seria mais fácil entrevistá-los, como a idéia de observar a construção biomédica da doença só seria possível dessa forma. Com os médicos, pude perceber sobre quais marcos se constrói o DAEM, quais os indicadores relevantes, e, mais do que isso, quais representações de "homem" e "velho" são atualmente consideradas pela medicina e encontram-se subjacentes à pretensa neutralidade da ciência.

Mas que médicos seriam esses? Inicialmente, visava apenas os urologistas. A partir da revisão bibliográfica, julgava que esses teriam maior legitimidade para falar de disfunções sexuais masculinas. Não estava errado, de fato é dessa forma que os urologistas se apresentam. Mas não estão sozinhos nesse campo. Uma pesquisa rápida já traz à cena outros médicos, notadamente os endocrinologistas. Esses se vêem tão qualificados para formular sobre o DAEM quanto os urologistas, ou talvez até mais, já que a doença poderia ser descrita como um descontrole hormonal. Acabei me vendo no meio de uma disputa política velada entre especialidades médicas, o que tornou as entrevistas (com urologistas e endocrinologistas) e a pesquisa como um todo mais ricas, levando a desdobramentos interessantes para o campo da antropologia da saúde e da ciência. As disputas internas ao campo científico é um tema que vem sendo abordando já há algum tempo, por nomes como Bourdieu (1983) e Latour & Woolgar (1997). Entretanto, na medicina sexual, os urologistas pareciam estar ganhando mais e mais terreno, substituindo os profissionais da antiga sexologia com facilidade. Essa pesquisa dá alguns indicativos que essa substituição não é simples nem total, e que os urologistas não são os únicos interessados na disfunções sexuais

masculinas. Mais do que isso, outras concepções de corpo competem com as deles, vindas principalmente da endocrinologia, que parece ter uma visão mais abrangente.

Entretanto, não podemos ser ingênuos. Essa "outra visão" é bem menos progressista quanto parece. Por mais que a endocrinologia traga outras representações do corpo, à primeira vista mais íntegro, mais "humanizado", os endocrinologistas também seguem a epistême mecanicista que caracteriza a biomedicina em nosso período. Como veremos, eles apenas usam outras metáforas.

Antes de apresentar a estrutura da dissertação, acredito ser necessária uma última reflexão mais geral sobre o objeto da pesquisa. Como coloquei no início da dissertação, a primeira pergunta que surge ao falar sobre o tema é o questionamento acerca da existência do DAEM/andropausa. Pretendo me abster de responder essa questão. Os meus informantes tratam o DAEM com bastante naturalidade (talvez até naturalizando demais!), e parecem plenamente convencidos de sua existência, apesar de caracterizá-lo de diferentes maneiras. Como dizem Latour & Woolgar (1997, p. 104) sobre a mesma questão, mas com outro hormônio,

[é] essencial - para evitar um desvio de nosso objetivo sociológico (...) não partir de um conhecimento qualquer do que 'realmente é o TRF(H)'. Começamos, portanto, especificando os diversos sentidos da palavra TRF(H) segundo o contexto em que é utilizada.

Assim, não irei me aventurar a definir eu mesmo o DAEM, defender ou negar sua existência, ou afirmar se é ou não uma doença; mas usarei, como o fiz até agora, as definições que emergem do próprio campo, colocando os diferentes pontos de vista frente a frente para percebermos suas sutilezas. Logo, o que analiso são os sentidos dados ao DAEM. Com isso em mente, passemos para a estrutura da dissertação em si.

No capítulo 1, descrevo o que acredito ser o ponto de partida do raciocínio que levará ao surgimento do DAEM, a "descoberta" dos hormônios sexuais, e como a diferença sexual passa a ser justificada cientificamente.

No capítulo 2, veremos como, a partir dessa "generificação química", a sexualidade, em especial a masculina, passa a ser encarada de forma mais mecanicista, permitindo respostas rápidas na forma de medicamentos, o *pharmaceutical fix* de Barbara Marshall (2002).

No capítulo 3, veremos como o DAEM especificamente aparece nessa renovada visão médica do corpo masculino, e como esse conhecimento se articula com representações (novas?) do homem que envelhece.

No capítulo 4, faço uma rápida descrição do método escolhido para a pesquisa, indicando como e onde os médicos entrevistados foram encontrados, e quais as redes que os mesmos integram.

No capítulo 5, me debruço sobre os dados coletados nas entrevistas, finalmente explicitando a "cara" do DAEM conforme visto pelos profissionais que o diagnosticam.

E, por fim, as Conclusões Finais trazem uma síntese das idéias apresentadas na dissertação, e algumas reflexões sobre o processo de estabelecimento do DAEM como um todo. Além disso, como não espero esgotar a questão nessas poucas páginas, ficam em aberto possíveis desdobramentos dessa pesquisa.

1 A QUÍMICA DO GÊNERO

A guerra química entre os hormônios masculinos e femininos é como se fosse uma miniatura química da já conhecida guerra eterna entre homens e mulheres.

Paul de Kruif

A diferenciação homem-mulher é tida como uma das mais elementares distinções entre os seres humanos. E, por mais que se suponha uma relativa obviedade nessa diferença, as características que podem ser consideradas de fato masculinas ou femininas são sempre alvo de intensas discussões, e servem – como a diferença em si – a finalidades políticas, culturais e sociais, muito mais do que apenas a uma definição científica. Em diversos momentos históricos, os cientistas se viram confusos quanto ao que pode ser considerado definidor e essencial do homem e da mulher. Nesse capítulo, veremos a arbitrariedade dessas definições, os esforços para manter uma rígida separação entre os sexos/gêneros, e o avanço da medicalização dos corpos sexuados. Gostaria ainda de chamar a atenção sobre alguns pressupostos da ciência biomédica, apoiada na idéia do homem como o "padrão" da humanidade, para definir, ou justificar, o lugar social de homens e mulheres através da explicação biológica e naturalizante de seus corpos. E, em outro nível, o quanto essa postura colabora para, ou talvez até produza, a resistência masculina aos cuidados médicos. Para tanto, usaremos a construção do conceito de hormônios sexuais e a generificação dos mesmos.

Nelly Oudshoorn (1994), uma bióloga feminista holandesa, em seu livro "Beyond the natural body: An archeology of sex hormones", faz uma longa explanação acerca do surgimento da teoria hormonal para explicar o sexo (e por conseqüência, o gênero) em nossa sociedade. Marianne van den Wijngaard (1997), outra bióloga feminista holandesa, demonstra em "Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity" que os hormônios sexuais se tornam artifícios para justificar comportamentos humanos, sedimentando a diferença sexual no cérebro, que seria permanentemente alterado pela ação desses hormônios ainda antes do nascimento. Seguindo o histórico traçado pelas duas autoras acerca da pesquisa biomédica nessa área, acredito ficar claro como os hormônios sexuais funcionam como ferramentas para justificar uma insuperável dicotomia entre homens e mulheres.

Oudshoorn (1994) inicia suas reflexões afirmando que, com a segunda onda feminista nos anos 1970, o determinismo biológico passa a ser duramente criticado. Entretanto, ao invés de questionar a existência de um corpo “natural” defendida pela biomedicina, e o caráter de verdade absoluta intrínseco às formulações desse campo do saber, as feministas se voltam para as ciências sociais. A partir da obra de Simone de Beauvoir, é criada a categoria de gênero, um conjunto de atributos adquiridos pela socialização, em oposição à categoria sexo, que seriam as diferenças inatas, biológicas, expressas em termos anatômicos, hormonais ou cromossômicos. Apenas no final dos anos 1970 e início dos 1980, o corpo entra na teoria feminista, fazendo seu *début* na história, em trabalhos que afirmam que as percepções do corpo são sujeitas às mudanças históricas; mais tarde, a antropologia atrela essas percepções à cultura, através da descrição da diversidade de experiências corporais em diferentes povos (OUDSHOORN, 1994). Mais tarde, antropólogas como Emily Martin (2006) trazem essa discussão para o mundo ocidental, demonstrando que coexistem diferentes visões do corpo na mesma cultura, dependendo de marcadores como classe, "raça" ou geração.

Apesar desses avanços, a experiência corporal, o corpo em si, permanece intocável, resguardado pela essencialidade biológica. Esse quadro se altera com os trabalhos de pesquisadoras feministas, com formação na área biomédica, que unindo conhecimentos de ambas as ciências, argumentam que fatos anatômicos ou endocrinológicos não são auto-evidentes, e que “não existe uma verdade natural, não mediada do corpo” (OUDSHOORN, 1994, p. 3, tradução livre¹⁰); tudo que envolve nossos corpos é mediado pela linguagem, e as ciências biomédicas funcionam como mais um provedor dessa linguagem, ao mesmo tempo em que todo o pensamento científico é também limitado pela linguagem.

Assim, é possível questionar a auto-imposta posição da ciência como porta-voz da verdade, e a noção positivista de que os cientistas descortinam a realidade para o público leigo¹¹. Olhando por essa ótica, fatos científicos não são dados objetivamente, mas coletivamente criados. Aqui, a teoria de proto-idéia de Ludwig Fleck (1979) é muito válida. Para o autor, conceitos não surgem do nada, mas vêm carregados de idéias pré-existentes na cultura, “rudimentos de teorias modernas” (p.25, tradução livre¹²), e são, portanto, o resultado de um longo desenvolvimento histórico, e não a única possibilidade lógica. Nas palavras do

¹⁰ No original: "there does not exist an unmediated natural truth of the body".

¹¹ Várias autoras que criticam tais idéias em sua obra poderiam ser citadas aqui, como Anne Fausto-Sterling (2001), Emily Martin (2006), Ruth Bleier (1997), Ruth Hubbard (1990), entre outras.

¹² No original: "rudiments of modern theories".

autor: "[v]ários fatos científicos muito solidamente estabelecidos estão inegavelmente ligados, no seu desenvolvimento, a proto-idéias ou pré-idéias pré-científicas, de certa forma confusas, mesmo que essas ligações não possam ser substanciadas" (p. 23, tradução livre¹³).

A princípio muito amplas e pouco especializadas, essas proto-idéias já estão disseminadas muito antes da disponibilidade de provas científicas, que virão a dar-lhes uma expressão moderna; outras vezes, na ausência dessa comprovação, acabam por ser descartadas. Fleck também chama a atenção que, uma vez plenamente desenvolvido e estruturado um sistema de idéias, este apresenta grande resistência a qualquer coisa que o contradiga. Na verdade, a contradição se torna impensável, e o que não encaixa naquele sistema permanece invisível; caso isso seja impossível, essa "sobra científica" é mantida em segredo e excluída, ou faz-se um enorme esforço para explicar a exceção sem negar a regra, como veremos repetidamente ao longo dessa dissertação. De toda forma, os pesquisadores tendem a ver e descrever apenas aquilo que corrobora com os padrões vigentes (científicos, culturais e políticos) e, assim, terminam por legitimá-los e transformá-los em verdades absolutas. Os cientistas constroem ativamente a realidade a partir de seus pressupostos culturais, e não a descobrem. A neutralidade científica é um mito, assim como a realidade natural do corpo, objeto privilegiado da investigação científica. A história dos hormônios sexuais, de seu surgimento até o atual DAEM, é um ótimo exemplo disso.

1.1 Meninos têm pênis, meninas têm vagina

A construção do corpo como portador de um sexo é um tema central através dos séculos, e as mudanças na descrição desses corpos demonstra o quão dependentes do contexto cultural e histórico eles são, e não somente das possibilidades tecnológicas de cada período. De acordo com Thomas Laqueur (2001), o período iluminista traz uma mudança fundamental de valores na forma de conceber o masculino e feminino. Até então, a diferença sexual era pensada num modelo de sexo único. Nessa visão, a mulher teria uma genitália idêntica à do homem, porém invertida. Como dizia Galeno, a diferença sexual era uma questão de calor

¹³ No original: "Many very solidly established scientific facts are undeniably linked, in their development, to prescientific, somewhat hazy, related proto-ideas, even though such links cannot be substantiated".

vital: o homem era mais quente que a mulher, e esse calor fazia com que seus órgãos se expusessem, ao passo que a “frieza” feminina mantinha-os retidos dentro do corpo. Segundo a teoria do filósofo, o calor vital seria a marca de uma perfeição metafísica; quanto mais “quentes” fossem os organismos, mais perfeitos eles eram. A espécie humana, por exemplo, era mais quente que os animais e, portanto, mais perfeita. Essa concepção coloca a diferença sexual num nível hierárquico, já que, dentro da mesma espécie, o homem era mais quente que a mulher. Assim, ela estaria numa posição sempre subordinada ao homem, o ápice da perfeição.

Nesse modelo de sexo único, havia uma homologia entre os órgãos genitais (vagina = pênis, lábios = prepúcio, útero = escroto, ovários = testículos), que podia ser tão grande a ponto de usar-se o mesmo nome do órgão masculino para referir-se ao seu “similar” na mulher. Por volta de 1800, porém, essa matriz de compreensão é substituída por um modelo de dois sexos, nos quais os sexos são diferentes em todos os aspectos concebíveis; são incomensuráveis e complementares. A diferença sexual passa a estar tanto no corpo visível quanto no nível microscópico (celular), como visto no trabalho de Patrick Geddes (1889) citado por Laqueur (2001) e Martin (2006), que define as células masculinas como catabólicas, ou seja, consumidoras de energia, e as femininas como anabólicas, conservadoras de energia. Dessa relação energética, justificam-se papéis culturais masculinos e femininos: o homem despense energia, pois é mais ativo, mais atuante, em oposição à mulher, passiva e submissa. O corpo feminino passa a ser descrito como instável, cíclico, em oposição à estabilidade masculina. A imagem da mulher é reduzida à figura materna (ou à prostituta, o personagem “desviante” da mulher), e a reprodução é colocada como o centro da vida feminina, e, portanto, o único objetivo e o único valor que essa mulher tem na sociedade.

Assim, ainda segundo Laqueur (2001), no final do século XVIII em diante, a vida política, econômica e cultural é justificada em fatos biológicos. O corpo moderno é estável, real, não-histórico, e seus significados culturais são apenas epifenômenos. Essa visão seria devido ao próprio fundamento epistemológico do período: antes, a cultura podia se difundir e alterar o corpo, que não era autárquico e fechado, como fica bem claro através do exemplo de uma menina cujos órgãos sexuais “descem” ao correr atrás do porco – a questão do calor/energia podia transformar corpos a esse ponto, logo, uma menina deveria ser mais

contida para evitar “virar” menino¹⁴. O corpo e o sexo eram ainda epifenômenos, enquanto o gênero, a categoria cultural, era real. Ou seja, “[s]er homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não *ser* organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis. (...) o sexo antes do século XVIII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica” (LAQUEUR, 2001, p. 19)

O modelo de sexo único podia ter sido justificado com base na teoria de desenvolvimento embrionário, que diz que o feto é sexualmente indiferenciado e aponta origens comuns para ambas as genitálias. Mas, como mostra Laqueur (2001, p.21), “diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher (...) se tornaram politicamente importantes”. Assim, no século XIX, vive-se uma busca pela diferenciação sexual que é por si só já marcada pelo gênero. O padrão, o *default*, é sempre o homem; é a mulher que precisa ser entendida, explicada e delimitada pela ciência.

Entretanto, essa mudança no paradigma não foi tão simples. Na verdade, outra interpretação do corpo só é possível a partir de dois pressupostos, um epistemológico e outro político. Como o corpo é dessacralizado, deixa de ser visto como um microcosmo que representa/reproduz uma ordem maior, totalizante e metafísica, podendo ser manipulado e dividido em segmentos, analisáveis e observáveis. Por outro lado, a idéia de que todos os homens são – ou pelo menos, devem ser tratados como – livres e iguais possibilita um questionamento de quais seriam os papéis sociais masculinos e femininos na nova ordem social, levando à necessidade de se (re)estabelecer a divisão sexual do trabalho e o lugar social do homem e da mulher.

Até o século XVIII, por mais que fossem feitas dissecações de corpos femininos, a organização social do patriarcado trazia valores de um mundo masculino, no qual o homem é a medida de todas as coisas, o representante da humanidade, e a mulher não existe como uma categoria própria, mas apenas subordinada ao homem. O ideal de igualdade abre a perigosa possibilidade de uma drástica mudança do tecido social, já que agora todos os homens (e mulheres) seriam, por definição, iguais. Nesse quadro, a mulher se destaca como a categoria diferente, e, na necessidade de se (re)estabelecer o papel da mulher na nova ordem, abandona-se a busca por similaridades, substituída pela procura por diferenças; essa começa no esqueleto (SCHIEBINGER, 1987), pois, se a diferença é vista na parte mais interna do corpo,

¹⁴ Neste caso, não cabe o questionamento da veracidade em torno da transformação genital, mas a constatação da mutabilidade das matrizes científicas de compreensão do sexo e do gênero.

era óbvio que todo o resto que se prende aos ossos seria marcado por essa diferença. O crânio ganha especial importância, pois sua medição seria evidência da menor capacidade intelectual da mulher, de acordo com os conhecimentos da frenologia e da antropologia física, tão em voga no período. A busca pela diferença vai atingindo níveis cada vez mais profundos, chegando, com os hormônios, a níveis moleculares, fixando definitivamente a incomensurabilidade dos sexos descrita por Laqueur (2001).

1.1.1 A guerra (química) dos sexos

Com a introdução do conceito de hormônio sexual, a masculinidade e a feminilidade são fixadas em um mensageiro químico, num processo de redução molecular do corpo. A sociedade ocidental passa a considerar comportamentos, funções, características e papéis de gênero como efeitos diretos desses mensageiros. Como coloca Oudshoorn (1994, p. 8-9, tradução livre), “nesse processo, o corpo feminino, mas não o corpo masculino, vai sendo gradativamente retratado como um corpo completamente controlado pelos hormônios”, idéia também defendida por Rohden (2008). O estrogênio e a progesterona, os hormônios sexuais ditos femininos, se tornam os fármacos mais amplamente administrados na história, uma situação que só muito recentemente começa a dar sinais de mudança, com o DAEM e a reposição hormonal masculina (ROHDEN, 2011).

O primeiro uso do termo “hormônio” foi em 1905, por Ernest H. Starling, professor de fisiologia na University College de Londres, seguindo uma mudança de paradigma na fisiologia, onde a regulação nervosa, explicação quase universal até então, é substituída pela idéia de regulação química¹⁵. No caso, os mensageiros químicos que se originam nas gônadas (testículos e ovários) são chamados hormônios sexuais, masculinos quando secretados pelos testículos, e femininos para aqueles secretados pelo córtex ovariano. Assim, os cientistas acreditavam ter descoberto afinal o que define o homem e a mulher, instaurando o determinismo hormonal na diferença de sexo/gênero.

¹⁵ Healy (1997) argumenta que essa substituição de "regulações" é fortemente influenciada pelo desenvolvimento da química orgânica em torno desse período.

A idéia de que o testículo é a essência da masculinidade na verdade é bem antiga. Desde a Antiguidade, ele é associado a características masculinas como coragem e virilidade em várias práticas e ritos "primitivos", uma idéia difundida na cultura que de tempos em tempos ganha ares científicos, de acordo com a episteme de cada cultura. Paracelso também retoma o uso de extratos de testículos animais para mau funcionamento da genitália masculina, e essa terapêutica chega a ser incluída nas farmacopéias européias para tratamento de diversas doenças e como estimulante sexual. No século XVIII, porém, a forte "cientifização" do período renega o uso terapêutico desses extratos numa espécie de disputa por legitimidade social, relegando tais práticas à feitiçaria e ao charlatanismo apesar do uso popular indiscriminado. A volta do uso científico dos extratos de testículo como estimulantes sexuais se dá em 1889, com o fisiologista francês Charles-Edouard Brown-Séquard, que se auto-administra extratos injetáveis, segundo ele, com sucesso¹⁶. Ele sugere que os testículos produzem uma secreção que seria responsável pelo controle do desenvolvimento do organismo masculino, em certa medida, profetizando o conceito de hormônio sexual descrito anos depois. Segundo Rohden (2008, p. 139), o médico francês "foi o primeiro a considerar os testículos e os ovários como glândulas de secreção interna e a supor que essas secreções têm influência sobre o sistema nervoso". Assim, a organoterapia (uso terapêutico de extratos de órgãos animais) volta à prática médica ainda na última década do século XIX, apesar da resistência de grande parte da comunidade científica, que julgava se tratar de uma volta do charlatanismo na medicina. As idéias de Brown-Séquard, entretanto, harmonizavam com a noção de masculinidade vitoriana: ao afirmar que as secreções dos testículos se juntavam ao líquido seminal, associava sua teoria à noção popular de que a perda de sêmen enfraquecia o homem. Assim, unia idéias sobre o poder mantenedor de masculinidade dos testículos a pressupostos sexuais do período, como a proibição da masturbação (OUDSHOORN, 1994).

Já com relação à feminilidade, a proto-idéia dos ovários como essência da mulher é incorporada à medicina moderna via consultório ginecológico. É lá que a essência feminina migra gradualmente do útero para as gônadas, e entendê-las significa entender a mulher como um todo, além de todas as "doenças femininas". São os ginecologistas que introduzem a idéia de que substâncias químicas excretadas pelos ovários regulam o desenvolvimento do corpo

¹⁶ Ironicamente, essa poderia ser considerada uma terapia de reposição hormonal, e o próprio Brown-Séquard já descreve os efeitos rejuvenescedores de seus extratos, muito parecidos com os descritos na terapia de reposição de testosterona atual.

feminino¹⁷, já que estavam familiarizados com as mudanças que acompanham a retirada dos ovários¹⁸. Conseqüentemente, já na primeira década do século XX, o campo de pesquisa dessas secreções – os hormônios sexuais – cresce enormemente e se consolida sob o rótulo de endocrinologia sexual, vencendo o tabu que proibia a ciência de estudar a sexualidade e reprodução humanas. A nova maneira de ver a fisiologia do corpo trazida pela teoria hormonal vai aos poucos convencendo os mais hesitantes, e os laboratórios passam a fazer experimentos com gônadas, a partir de técnicas de castração e transplantes, demonstrando não haver mediação do sistema nervoso na ação dos hormônios, e postulando que deveria então ser através do sangue que essas moléculas exercem sua função reguladora.

Assim, por volta de 1910, as gônadas como agentes das diferenças sexuais perdem esse *status* para os hormônios sexuais. Mas o corte não é tão radical quanto parece: já que esses mensageiros químicos são excreções das glândulas sexuais, não rompem com a idéia difundida popularmente de masculinidade e feminilidade. Nesse momento, só existia um hormônio sexual masculino e outro feminino; os hormônios eram específicos de cada sexo, tanto em origem quanto em função. Assim como o homem e a mulher, os hormônios que os definem também são entendidos como opostos, o que faz com que os hormônios sexuais, desde seu surgimento, reproduzam os pressupostos socioculturais do dimorfismo sexual, sendo eles próprios generificados. É curioso notar a força dessa conceituação, e a importância para a nossa cultura da noção que atribui gênero até mesmo a moléculas, nada mais que aglomerados ordenados de átomos.

Há também um caráter político na teoria hormonal: em meio às reivindicações feministas de direitos iguais para homens e mulheres, é estabelecida uma clara limitação biológica. Quaisquer atitudes ou comportamentos masculinos e femininos são restringidos pelo próprio corpo, pela ação hormonal que leva homens e mulheres a agirem como homens e mulheres devem agir. E, considerando a inevitabilidade dos fatos biológicos, qualquer postura que contrarie a “natureza” ou é patológica ou está fadada ao fracasso, por ser anti-natural (WIJNGAARD, 1997). Logo, a mulher é sim feita para a maternidade e o cuidado doméstico, em oposição aos homens, que são “naturalmente” mais preocupados com a carreira e a vida pública. A ciência cria uma guerra química dos sexos, que mimetiza a nível microscópico a já famosa guerra dos sexos.

¹⁷ Pode-se considerar que essa formulação foi apresentada em duas publicações, desenvolvidas independentemente, em 1896 e 1990. Ver Oudshoorn (1994).

¹⁸ Com relação à popularidade da retirada cirúrgica dos ovários nesse período, ver Rohden (2008).

1.1.2 Hormônios para todos

Porém, nos anos 1920, a unanimidade do conceito dualista dos hormônios sexuais é abalada por publicações que começam a questionar sua especificidade. Surgem evidências experimentais da presença de hormônios sexuais masculinos em mulheres e vice-versa. A busca dos bioquímicos por matérias-primas para a extração dos hormônios sexuais, na tentativa de isolamento e identificação desses, acaba "descobrimdo" a presença de hormônios sexuais femininos não apenas nos testículos, mas também na urina de homens saudáveis¹⁹. Analogamente, aparecem, no mesmo período, pesquisas que demonstram a presença de testosterona em organismos femininos, fato que chama bem menos atenção²⁰. Na verdade, o total de artigos publicados sobre experimentos com fêmeas é bem inferior àqueles com machos. Parece que algo de "feminino" no homem incomoda muito mais que algo de "masculino" nas mulheres. Como veremos, a masculinidade precisa ser constantemente reiterada, e a mínima suspeita já é o suficiente para corrompê-la. Uma descoberta científica que possa abalar a definição de homem, aproximando-o das mulheres, ou a presença de qualquer característica que o "feminilize", é, portanto, muito mais crítica, e muito mais perigosa, principalmente se essa não é um resultado da socialização, mas intrínseca à fisiologia, ou seja, "natural" (entendido como imutável)²¹.

Diferentes teorias aparecem para tentar explicar a presença desses hormônios "heterossexuais", como passam a ser chamados os hormônios sexuais de um sexo presente em indivíduos do sexo oposto. Várias dessas hipóteses tentavam a todo custo manter a imagem dualista dos sexos, mas se preocupavam invariavelmente com a presença do estrogênio em homens, e não de testosterona nas mulheres (OUDSHOORN, 1994). Aqui, talvez vejamos uma permanência do modelo de sexo único: sendo o homem o tipo ideal, não poderia haver uma "mistura"; já nas mulheres, entendidas nessa matriz como homens "que deram errado", essa seria só mais uma imperfeição.

¹⁹ A presença de hormônios femininos em machos passa a ser objeto de numerosos estudos, dentro os quais podemos destacar, pela relevância para o campo, as evidências relatadas em 1927, por Ernst Laqueur (tio-avô de Thomas Laqueur), farmacologista da Escola de Amsterdam, e do ginecologista alemão Zondek, em 1934. Para maiores detalhes, ver Oudshoorn (1994).

²⁰ Para ser mais exato, apenas quatro anos mais tarde, em 1931, aparece o primeiro trabalho que demonstra a presença de hormônios sexuais masculinos em fêmeas. Ver Oudshoorn (1994)

²¹ Essa mesma preocupação reaparecerá anos depois com a deficiência de testosterona, como veremos mais a frente.

A primeira hipótese a romper com o dualismo é a de Zondek, que defendia a interconversão de um hormônio em outro, idéia muito aceita entre os bioquímicos devido à proximidade estrutural das duas moléculas. Com isso, a especificidade de origem atribuída aos hormônios sexuais é bioquimicamente refutada, e, pela primeira vez, são combinados caracteres masculinos e femininos num único indivíduo sem caráter patológico. A especificidade de função dos hormônios também começa a ser revista. Alguns cientistas defendiam que o estrogênio não tinha nenhuma função no organismo masculino²², e chegou-se a sugerir que os hormônios heterossexuais seriam agentes causadores de diversas doenças, principalmente disfunções psicológicas e sexuais, ou que a presença deles levaria à homossexualidade²³. Segundo Oudshoorn (1994), os próprios pesquisadores da época fazem seu *mea-culpa*, admitindo que as funções do estrogênio em machos já haviam sido observadas há algum tempo, mas esses resultados foram ignorados, espremidos na dita margem de erro. Novamente, percebemos, conforme Fleck (1979), que resultados negativos não necessariamente invalidam a hipótese, caso entrem em contraste com idéias pré-concebidas dos pesquisadores.

Apesar disso, ainda nos anos 1930, a maioria da comunidade científica já estava convencida que os hormônios heterossexuais deviam ter uma função no desenvolvimento normal do corpo, e surgem teorias que apontam para efeitos sinérgicos, cooperativos dos hormônios no desenvolvimento normal, em ambos os sexos. Em 1932, essa idéia se cristaliza numa teoria bastante elegante, ainda vigente, que postula o eixo neuro-endócrino, um complexo sistema de estímulo e inibição concorrentes que envolve o hipotálamo e a hipófise, além das glândulas endócrinas (qualquer órgão responsável pela excreção de hormônios), na qual os hormônios são capazes de se auto-regular, aumentando a eficácia do sistema como um todo. Ao final dessa mesma década, essa hipótese é aceita como a mais correta forma de explicar as inter-relações entre os hormônios sexuais. Além disso, o surgimento de uma nova classe de hormônios, os hormônios gonadotrópicos²⁴, e a função destes no controle do desenvolvimento sexual deslocaliza as gônadas como principais responsáveis pela

²² É curioso pensar como tal idéia seria veementemente rechaçada pela biomedicina atual, que não admite que algo produzido pelo corpo não tenha uma função fisiológica.

²³ Com os hormônios sexuais, a homossexualidade passa a ser vista, pela maioria dos pesquisadores, como um desequilíbrio hormonal, uma idéia que vai perdurar até a despatologização da homossexualidade no final do século XX. Ainda assim, hoje em dia voltam a aparecer diversos estudos relacionando homossexualidade e hormônios sexuais pré-natais, como bem demonstrado por Nucci (2010).

²⁴ Os hormônios gonadotrópicos são hormônios produzidos pela hipófise, chamados hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), e estimulam a produção dos hormônios sexuais pelas gônadas, atuando em momentos e estruturas gonadais diferentes, modulando diferentes respostas do organismo.

masculinidade/feminilidade, introduzindo o papel gerencial do cérebro. Outra expansão no conceito dos hormônios sexuais acontece em 1934, com a descoberta de um segundo hormônio sexual feminino, produzido em outra região do ovário, chamado de progesterona (OUDSHOORN, 1994). Esse deveria ser o fim da idéia de especificidade hormonal, porém o que acontece é que os hormônios continuam sendo classificados como "masculinos" ou "femininos", pelo menos informalmente, até os dias atuais, novamente demonstrando a força das "proto-idéias" sobre as descobertas científicas.

1.2 A industrialização do sexo

A consequência principal do estabelecimento da teoria hormonal é que, pela primeira vez, a diferença sexual não está numa estrutura do corpo (de alguma forma relacionada à genitália), não é uma diferença no nível anatômico, mas sim uma diferença química, no nível molecular. O interesse científico não é mais apenas na identificação do sexo, mas também na causalidade, nos mecanismos que levam ao desenvolvimento de um sexo e não o outro. Além disso, de acordo com essa perspectiva química, a questão deixa de ser a localização da essência dos sexos, mas uma quantificação do sexo. O que caracteriza o homem e a mulher é uma determinada quantidade de um e de outro hormônio. Considerando que a diferença estrutural das moléculas é mínima (um grupo hidroxila²⁵), a diferença sexual se torna ainda mais relativa. Para Oudshoorn (1994, p.39, tradução livre²⁶),

o modelo sugeria que, quimicamente falando, todos os organismos são tanto masculinos quanto femininos. O sexo pode ser conceitualizado em termos de macho/masculino e fêmea/feminino, com os elementos desses dois pares não mais considerados como exclusivos *a priori*.

Para a autora, o aspecto mais revolucionário dos hormônios sexuais é a idéia que o sexo não se restringe mais a organismos vivos; as moléculas também têm sexo. E, uma vez que uma série de comportamentos e atitudes das pessoas, os papéis de gênero, passam a ser efeitos dos hormônios, podemos dizer que essas substâncias químicas, além de sexuadas, são

²⁵ A hidroxila é um grupo funcional composto por um átomo de oxigênio e um de hidrogênio, representado como OH. Na química orgânica, a hidroxila é um dos grupamentos mais comuns, e de fácil inclusão/exclusão na estrutura molecular.

²⁶ No original: "The model suggested that, chemically speaking, all organisms are both male and female. Sex could now be conceptualized in terms of male/masculine and female/feminine, with the elements of these two pairs no longer considered *a priori* as exclusive".

generificadas. O *status* da ciência como descobridora de verdades últimas aprofunda a naturalidade dos hormônios sexuais, e dificulta a percepção de que eles não simplesmente existem na natureza, mas são criados em laboratórios e clínicas, materializados através de testes e procedimentos experimentais. Quais desses testes são mais relevantes, inclusive, se torna alvo de disputas internas, com diversos profissionais buscando se sobressair aos outros, e impondo os testes de sua preferência em detrimento dos demais. A importância dos testes laboratoriais para a "veracidade" de uma substância é largamente discutida por Latour e Woolgar (1997), e a ausência de testes definitivos é mais uma complicação do DAEM, como veremos mais a frente na dissertação.

À escolha do teste ideal, seguiu-se o isolamento dos hormônios em laboratório e sua consequente comercialização. No caso feminino, esse processo foi relativamente rápido, pois a existência de uma clínica exclusivamente feminina, a ginecologia, permitiu a coleta de grandes quantidades do material necessário. A fisiologia feminina também favoreceu o processo, pois, ao contrário do que ocorre com os homens, quantidades significativas de hormônio sexual podem ser encontradas na urina. Já no caso masculino, a padronização de um teste (o teste da crista do galo) é bem menos polêmica. Basta medir o tamanho da crista do animal, vista literalmente como uma bandeira de masculinidade. A própria escolha de um teste que mede o tamanho de uma estrutura exposta reflete uma idéia subjacente de que não eram necessários muitos testes para identificar a masculinidade; essa é visível por si só. É a feminilidade que precisa ser medida, provada e confirmada.

De qualquer maneira, o estrogênio é isolado e comercializado cinco anos antes da testosterona, e a justificativa para o atraso seria a dificuldade de obtenção de matéria-prima. Não pretendo negar a realidade dessas complicações pragmáticas, claramente comprovadas, mas sim chamar a atenção ao fato da biomedicina não sentir a necessidade de estabelecer um espaço terapêutico exclusivamente masculino, como a ginecologia, resolvendo o problema de obtenção de matéria-prima da mesma maneira.

A comercialização dos recém-criados hormônios sintéticos novamente demonstra a diferente abordagem dada pela ciência a homens e mulheres. Os hormônios femininos foram liberados no mercado mais rapidamente, e, em poucos anos, já tinha dezenas de aplicações. Não eram necessários testes clínicos para justificar a aplicabilidade do medicamento a novas patologias; na realidade, bastava que a indústria fosse capaz de atribuir a causa da doença em questão ao aparelho reprodutor feminino. Essa manobra na prática era muito simples, já que

todas as "doenças da mulher" se relacionavam de alguma maneira à sua genitália ou à reprodução (ROHDEN, 2009). Já no caso masculino, o uso da testosterona só era liberado após testes clínicos. O medo de que o novo medicamento fosse associado à polêmica terapia de Brown-Séguard gerava uma enorme resistência em realizar esses testes clínicos, e havia muito menos expectativa mercadológica sobre essas preparações do que sobre seu similar feminino. Ironicamente, a nascente indústria farmacêutica não via grande possibilidade de lucro na comercialização de testosterona, enquanto atualmente, como visto em Rohden (2011), o hormônio é uma das maiores apostas da indústria, pelo menos na área da sexualidade.

A principal indicação – e, durante muito tempo, a única – eram problemas relacionados à próstata, apesar de já haver elucubrações sobre a eficácia da terapia hormonal para o *climaterium virile*, a menopausa masculina, e para a dificuldade de ereção (OUDSHOORN, 1994, p. 101). Contudo, a medicalização das disfunções sexuais masculinas e seu tratamento farmacológico só ganham destaque (e mercado) no final do século XX, com o surgimento da DE e do DAEM e a possibilidade (ou melhor, necessidade) do sexo na velhice.

1.3 Mede teus hormônios e eu te direi quem és

Mais um fator que merece destaque nesses primórdios da pesquisa sobre hormônios sexuais é que “todas as funções e processos que não eram relacionados a características sexuais e reprodução foram abandonados” (OUDSHOORN, 1994, p. 53, tradução livre²⁷), e essa associação reforça a idéia que vinha sendo questionada do papel dos hormônios sexuais como mensageiros químicos da masculinidade e da feminilidade. Por outro lado, os resultados dos testes eram usados para refutar a teoria da especificidade de origem e função dos hormônios, assim como a afirmação de que existe um hormônio por sexo. Assim, paradoxalmente, por um lado confirmavam e por outro negavam a dicotomia. Mas talvez ainda mais central seja a conseqüente difusão da teoria quantitativa do sexo, com a demonstração numérica de que homens e mulheres diferiam apenas em quantidades relativas

²⁷ No original: "all functions and processes that were unrelated to sexual characteristics and reproduction were dropped".

de cada hormônio sexual, além de um maior entendimento da “natureza” da regulação hormonal, que estabelece um caráter cíclico para o padrão hormonal feminino *versus* uma estabilidade hormonal no homem.

Essa formulação tem uma larga aplicação no cotidiano, e se torna uma ótima justificativa para os papéis de gênero: a ciclicidade feminina impede a mulher de ocupar determinadas posições sociais e/ou profissionais, já que são biologicamente instáveis; já o homem, é definido pela natureza como portador de uma estabilidade que o desenha como uma figura centrada e confiável. A própria nomenclatura do principal hormônio sexual feminino confirma essa idéia. A palavra estrogênio deriva de *oestrus*, termo há séculos usado para descrever o período fértil em animais (o cio). Nas palavras de Oudshoorn (1994, p. 60), “apesar da ciclicidade poder ter conotações positivas (ciclicidade significa regularidade) assim como conotações negativas (ciclicidade significa instabilidade), os cientistas enfatizaram as últimas”. Um dos maiores desdobramentos da teoria cíclica é a invenção farmacológica do ciclo menstrual regular, *via* pílula anticoncepcional, que traz subjacente a idéia de que a dita instabilidade feminina pode ser curada, logo, é patológica²⁸.

Finalmente, outra reflexão deriva dos avanços na pesquisa de hormônios sexuais. Os caracteres considerados masculinos e femininos são redefinidos, atualizando a busca pela diferenciação sexual. Tais caracteres deveriam ser alterados a partir da manipulação dos níveis hormonais do organismo, e apenas poderiam ser considerados verdadeiramente definidores do homem e da mulher aqueles que respondessem à administração da terapia hormonal. Assim, distribuição de pêlos e gordura corporal ou tonalidade da voz, por exemplo, considerados marcadores da diferença sexual, se tornam explicáveis pela teoria hormonal²⁹. Inicia-se uma procura a qualquer custo de comprovação da ação desses hormônios sobre aquilo que já era previamente considerado característico dos sexos, como tendência a comportamentos, atitudes e posturas (sexuais ou não), que poderiam facilmente ser descritos como sociais. Tal busca não surge com a endocrinologia sexual, como vimos, mas se reinventa a partir da descoberta de uma nova explicação biológica, possivelmente capaz de ter sucesso onde outras falharam.

²⁸ Não pretendo negar a importância social do uso da pílula, com todas as possibilidades libertadoras que ele traz em si, principalmente no que tange o controle da mulher sobre o próprio corpo e sua inclusão no mercado de trabalho, além das conseqüências para o estudo da farmacologia com o desenvolvimento do primeiro medicamento com função social. Essa idéia de medicamento com função social, que pode ser entendida como um medicamento utilizado não para curar/tratar uma patologia, mas para alterar performance, será essencial para entender a medicalização da sexualidade masculina, como veremos mais a frente.

²⁹ Como podemos ver nas pesquisas de médicos brasileiros sobre homossexualidade. Ver, entre outros, Ribeiro (1938).

1.4 O cérebro sexuado

A pesquisa sobre hormônios sexuais não evolui muito até a segunda metade do século XX, quando, conforme Wijngaard (1997), surge uma nova teoria para explicar, novamente de forma dicotômica, os comportamentos humanos, sexuais ou não. Essa seria a teoria organizacional, segundo a qual a diferenciação sexual se dá ainda no período uterino; os hormônios sexuais seriam responsáveis por uma permanente estruturação do cérebro fetal que culminaria na formação de um menino ou de uma menina. O interessante, demarca a autora, é que o cérebro masculino depende da ação dos androgênios (os hormônios masculinos) para seu desenvolvimento, já o feminino não necessita da ação de estrogênios. O que estabelece a diferença sexual seria a presença ou ausência dos hormônios (ainda) ditos masculinos.

A teoria organizacional, não surpreendentemente, concorda com as imagens de masculinidade e feminilidade já existentes na cultura, imagens que são associadas às funções esperadas dos hormônios. Assim, a testosterona e os androgênios são responsáveis pela atividade, pela força e por um maior recurso à razão, enquanto os estrogênios e progesteronas, pela passividade, pela docilidade e por maior recurso à emoção. Analisando as idas e vindas do campo da neuroendocrinologia no período descrito pela autora, percebemos a constante necessidade de reafirmação de papéis de gênero, e como os conhecimentos sobre hormônios sexuais continuam sendo ferramentas para justificar o determinismo biológico do gênero.

Em 1959, Phoenix, Goy, Gerall & Young, do Departamento de Anatomia da Universidade do Kansas, postulam a hipótese organizacional da diferenciação cerebral de homens e mulheres, unindo conhecimentos da embriologia e da psicologia. A grande inovação dessa hipótese é a idéia de que os hormônios nos adultos teriam efeitos apenas temporários, "ativacionais", meros reflexos dos efeitos desses mesmos hormônios no tecido cerebral imediatamente antes ou dias após o nascimento, esses sim considerados efeitos permanentes e, portanto, "organizacionais", capazes de alterar definitivamente a estrutura do cérebro. Tais alterações seriam "traduzidas" em comportamentos sexuais, distintos para cada sexo (WIJNGAARD, 1997). Nessas pesquisas, o comportamento masculino foi entendido como a tendência a montar (*mounting*) sobre outro animal para acasalar, enquanto o comportamento feminino seria o movimento análogo de lordose, ou seja, de arqueamento das costas. Para Nucci (2010, p. 49, grifo no original),

é importante frisar que a ligação entre determinado marcador e o nível de hormônio pré-natal é uma ligação *especulativa*. É justamente por suporem que determinada(s) característica(s) seja(m) diferente(s) em homens e mulheres que se acredita que ela(s) seja(m) determinada(s) por hormônios. Assim, notamos que a argumentação dos pesquisadores segue uma lógica circular: os hormônios determinariam as características dimórficas ao gênero que, por sua vez, servem como 'prova' para a teoria dos hormônios pré-natais.

Nesse raciocínio circular, portanto, o comportamento de "montar" foi descrito como sendo um sinal de atividade que dependia da ação de androgênios pré-natais, e o movimento de lordose, um sinal de passividade, que dependia da ausência de tais hormônios. Como bem nos lembra Wijngaard (1997), o curioso é que ambos os comportamentos foram observados, em situações normais, tanto em machos como em fêmeas. Mas, como venho destacando repetidas vezes nesse capítulo, essa observação é ignorada, pelo claro contraste com a idéia culturalmente difundida sobre a caracterização do comportamento de homens (ativos) e mulheres (passivas).

Na verdade, as primeiras pesquisas sobre hormônios pré-natais são bem anteriores, ainda no final dos anos 1930, nos EUA e na França. Nessas pesquisas iniciais, porém, tanto androgênios quanto estrogênios tinham os mesmos efeitos no comportamento sexual de roedores. Como vimos, na década de 1930, a descoberta dos hormônios "heterossexuais" e o fim da especificidade de função e origem dos hormônios sexuais levava a diversos questionamentos do que é propriamente masculino e feminino. Já na época que Phoenix et al publicam, as fronteiras entre os sexos estavam plenamente restabelecidas, possibilitando a negação do efeito estrogênico sem grandes problemas.

Paralelo a isso, pesquisas sobre o ciclo ovariano demonstram que os ovários são regulados por hormônios da hipófise, por sua vez, regulada por "fatores de liberação" do hipotálamo. A busca pela diferença sexual é então desviada para o hipotálamo, e pesquisas sugerem que esses hormônios hipotalâmicos são produzidos de forma cíclica na mulher e de forma contínua em homens. Indo mais além, a castração de ratos machos seguida de administração de estrogênios seria capaz de tornar cíclica a produção do hipotálamo, o que leva à conclusão que o estado básico, primordial, do cérebro humano é feminino, e a adição de androgênios é o que o diferencia no cérebro masculino.

Ainda conforme Wijngaard (1997), a proposta anterior da bissexualidade dos organismos embrionários, assim como aquela da atividade dos dois hormônios é substituída pelo chamado "*Adam Principle*". Tal princípio diz que, para ser homem, é preciso que algo seja acrescentado. Retomando os modelos de Laqueur (2001), percebemos aqui uma

manutenção do modelo do sexo único: o cérebro básico, sem especialização, é feminino; adicionando algo, atingimos o ápice da perfeição, ou seja, o cérebro masculino.

Em 1964, apenas cinco anos depois de sua postulação, a teoria organizacional já se tornara um conceito, e, em menos de dez anos de seu lançamento, já fora plenamente aplicada a humanos e disseminada entre a comunidade acadêmica como o modelo ideal para explicar a origem do comportamento sexual. Mesmo comportamentos não-sexuais passam a ser atribuídos aos hormônios pré-natais, que se baseiam na idéia de um total dimorfismo sexual, segundo o qual comportamentos observados num sexo são diametralmente opostos àqueles vistos no outro sexo. Nas palavras de Wijngaard (1997, p. 32):

[a]s investigações baseadas na teoria organizacional *produziram* ou *construíram* uma imagem de um fundo biológico que formou as bases para a masculinidade e a feminilidade, e foi atribuído ao resultado da ação hormonal sobre o cérebro do feto (tradução livre, grifos no original)³⁰.

Apesar de encontrar certa resistência, principalmente entre os pesquisadores mais influenciados pelas teorias psicanalíticas, a teoria organizacional se consolida como a principal explicação para o comportamento humano. Para Wijngaard (1997), isso se dá por alguns motivos: a teoria unifica o pensamento científico sem negar antigos pressupostos dos diferentes campos envolvidos nas pesquisas sobre o comportamento humano; ela possibilita o atrelamento de um caráter científico a idéias populares sobre os gêneros; e dá respostas à instabilidade característica do contexto social dos anos 1960-70, quando o feminismo e a contra-cultura ameaçam rever os rígidos papéis de gênero, ao fixar a diferença sexual num momento ainda anterior ao nascimento, e, portanto, protegido da influência da cultura. É notável como, apesar de todas as controvérsias das pesquisas iniciais com hormônios sexuais, estes mantêm a imagem de carreadores da masculinidade e da feminilidade, e a idéia de uma dualidade funcional dos hormônios perdura. Além desses, outro motivo para a aceitação da teoria seria sua capacidade em preencher lacunas do pensamento científico. A causa hormonal da homossexualidade, por exemplo, por mais que não tenha sido provada até hoje, era um ótimo modelo para explicar um comportamento para o qual a ciência não tinha (e continua sem ter) respostas. No caso dos indivíduos intersexo, a teoria de um desequilíbrio hormonal era ainda mais plausível como resposta à genitália ambígua, e a teoria organizacional foi

³⁰ No original: "the investigations based on the organization theory *produced* or *constructed* an image of a biological background that formed the basis for masculinity and femininity and was attributed to the result of hormonal action on the fetal brain."

prontamente apresentada como o modelo teórico para justificar tal "erro" da natureza (WIJNGAARD, 1997; NUCCI, 2010).

Porém, a "descoberta", ainda em 1970, de que a tão famosa ação dos androgênios no cérebro dependia de sua conversão em estradiol³¹ põe em xeque a validade da teoria, já que abala a dicotomia funcional dos hormônios. Apesar de pesquisas anteriores já demonstrarem a ação também dos estrogênios, alguns pesquisadores, visando manter o modelo organizacional, vão defender que os estrogênios de alguma maneira imitam a ação dos androgênios. Ou seja, tenta-se a todo custo manter a "inatividade" dos estrogênios frente aos androgênios. Essa "teoria da conversão", como passa a ser conhecida, só será aceita em 1985, apesar de, como já vimos, os hormônios ainda hoje serem chamados de masculinos ou femininos.

O que pretendo demonstrar, seguindo o raciocínio de Wijngaard (1997), é que diversos mecanismos são criados para driblar evidências que rompem com a justificativa hormonal da diferenciação sexual, e a pesquisa sobre hormônios sexuais vai seguindo pelos caminhos que reforçam a diferenciação sexual. É o que acontece quando resultados demonstram a presença de estrogênios no cérebro de fetos masculinos. Ao invés de se repensar qual seria o papel desses hormônios no desenvolvimento embrionário, decide-se que eles vêm da mãe, e não do próprio feto. Rapidamente surge a preocupação em criar mecanismos para proteger o futuro bebê de uma perigosa feminilização. Da mesma maneira, quando se tornou inegável que os estrogênios atuam no cérebro, foram encontrados receptores diferentes para cada hormônio, expressos em partes diferentes do cérebro, durante diferentes períodos da gestação. Assim, foi possível manter o dualismo hormonal e incorporar a modificação sem "derrubar" a teoria organizacional. Apenas em 1976, as mulheres passam a ter uma área no cérebro responsável por seu comportamento, e os estrogênios passam a ter função na diferenciação cerebral.

³¹ A conversão metabólica da testosterona em estradiol se dá através da aromatização da primeira molécula, e é hoje entendida como um processo natural da fisiologia humana. O estradiol está no grupo dos estrogênios, sendo portanto, um hormônio dito feminino. É curioso que a ação de uma substância generificada como feminina dependa da sua "masculinização", fato que parece não incomodar muito. Só podemos imaginar como seria o caso oposto, caso o hormônio masculino dependesse de uma "feminilização" anterior.

1.5 Os mensageiros do gênero

A partir desse histórico, acredito ficar mais claro que os parâmetros da distinção homem-mulher que a ciência insiste em estabelecer no corpo são arbitrários; que essa arbitrariedade serve a fins políticos e culturais de manutenção de determinados valores morais nos quais se baseiam a civilização em cada contexto. A história dos hormônios sexuais dá indícios de uma redução da diversidade humana a invisíveis moléculas, descritas quase como microscópicas essências de homens e mulheres. Como bem coloca Rohden (2008, p. 134), "assistimos ao império de um 'corpo hormonal' que parece sobrepor-se a qualquer outra concepção biomédica corrente". Essa história nos conta também como a ciência não é neutra nem descobridora de realidades naturais escondidas em nossas células e decodificadas em laboratório. Ao contrário, é em muitos casos, se não a mantenedora da ordem social, a provedora de ferramentas para tal.

Num momento em que se questiona a pouca procura de cuidados médicos pelos homens, a forma como a ciência constrói a diferença sexual, evitando sempre que possível a "contaminação" do feminino na masculinidade, me parece de grande valia. Portanto, não surpreende que, apesar do foco dessa dissertação ser a medicalização da masculinidade via hormônios sexuais, ao recontar a história da invenção dessas moléculas, a mulher apareça muito mais do que o homem. Rohden (2008, p. 136) argumenta que "é quase como se a mulher, por sua própria natureza, beirasse a patologia", ao passo que o homem (principalmente sua sexualidade) é poucas vezes objeto de atenção médica. O que acontece então que faz com que a medicina avance sobre esses corpos "protegidos" do escrutínio científico? Nos próximos capítulos, me arrisco a responder parcialmente essa questão, mas uma hipótese já começa a se delinear a partir daqui. Como veremos mais a frente, a masculinidade é constantemente posta à prova, e deve ser reiterada a todo momento. Porém, o espaço para o questionamento e a reafirmação da masculinidade tende a se localizar na esfera pública. A comprovação da feminilidade, por sua vez, se daria num âmbito doméstico, onde os cuidados e a atenção com o corpo (o seu e o dos outros) é crucial. Podemos pensar então que a mulher está, por isso, necessariamente mais próxima da medicina. A teoria crítica feminista, por outro lado, argumenta que o excessivo foco da medicina no corpo das mulheres é resultado de uma ciência feita por homens. Seria então apenas uma curiosidade pelo

"diferente" que mobiliza esses homens às questões femininas, ou poderíamos pensar numa resistência a medir cientificamente a sexualidade masculina, o que poderia indiretamente questionar a própria masculinidade desses homens? Ou ainda, como argumenta Laqueur (2001), a intensa preocupação com o corpo da mulher se deu porque ele não existia enquanto tal, e teve que ser inventado na passagem para o modelo de dois sexos?

Uma última reflexão que me proponho a iniciar aqui, em vista da diversidade de práticas e comportamento sexuais e vivências de gênero, inclusive as possibilidades cirúrgicas de mudar anatomicamente a genitália, é o questionamento do papel que coube aos hormônios sexuais de mensageiros químicos que conformam o indivíduo ao sexo "escolhido pela natureza" e ratificado pelas práticas médicas. Será o corpo capaz de "esquecer" ou ignorar ao longo dos anos a mensagem passada a ele desde o útero materno? Logo, serão as terapias de reposição hormonal, seja em homens ou mulheres, uma tentativa artificial de "lembrar" a mensagem perdida?

2 A FARMACOLOGIA DO SEXO

If the penis is in trouble, so is the man.

Meika Loe

No capítulo anterior, vimos como a diferença sexual passa a ser explicada pela ciência em termos hormonais, e como as teorias endócrinas, com suas idas e vindas, terminam por reconstruir (ou relocalizar) o dimorfismo nos corpos. Essa explicação inaugura uma visão química dos gêneros, que traz uma descrição do corpo e do sexo em termos mecânicos, reduzindo comportamentos e atitudes a interações entre moléculas. Sob essa ótica, questões morais e simbólicas subjacentes a esse corpo, sua dimensão cultural, são minimizadas, quando não neutralizadas pela pretensa "naturalidade" das explicações bioquímicas. Nessa perspectiva, os "problemas sexuais" se reduzem a um mau funcionamento orgânico que pode ser facilmente "consertado". A ferramenta desse conserto, mantendo o paradigma bioquímico, é privilegiadamente um medicamento. Assim, na segunda metade do século XX, observamos a consolidação de uma farmacologização da sexualidade, e o correspondente empoderamento da indústria farmacêutica³². Nesse capítulo, portanto, analiso a inclusão da sexualidade como objeto da ciência médica, a importância do "desviante" para esse campo do saber, e algumas reflexões sobre o que poderia significar a recente medicalização da sexualidade masculina.

2.1 E o sexo vira ciência

Ao pensarmos na história da Sexologia, e na sua transformação em Medicina Sexual, precisamos voltar ao que parece ser o momento-chave para o surgimento de um movimento preocupado em olhar a sexualidade humana de um ponto de vista mais científico, menos enviesado por considerações morais-religiosas ou jurídicas³³. Poderíamos identificar esse

³² Vale comentar, porém, que esse crescimento da indústria farmacêutica não depende apenas da vitória do modelo mecanicista do corpo, mas está associado também à consolidação do capitalismo de mercado como modelo econômico no ocidente.

³³ Apesar da moral estar imbricada tanto nos discursos religiosos e jurídicos como nos científicos (como vimos no capítulo anterior), nesse momento específico, a ciência reivindica uma amoralidade no processo de substituição do discurso religioso e jurídico sobre as sexualidades, conforme bem descrito por Foucault (2007). No limite, a ciência instituiu uma moral alternativa à moral vigente.

momento, grosso modo, na virada do século XIX para o XX, de forma mais relevante na Alemanha. A partir de então, a Sexologia adota diversas posturas em relação à ordem social vigente, por vezes desafiadoras, por vezes mais conservadoras, mas sem dúvida colaborando nas propostas de uma nova moral (RUSSO, CARRARA & ROHDEN, 2009), em certo sentido, burguesa e liberal. No século XX, esse processo toma outros rumos, envolve outros atores e muda seu objeto de estudo, até desembocar, já nos anos 2000, no conceito de Medicina Sexual. A cada período, não apenas diferentes profissionais e diferentes corpos ocupam os holofotes, mas diferentes patologias (e, associadas a elas, diferentes visões da relação entre a fisiologia e o comportamento sexual) explicitam o viés através do qual a ciência trata a sexualidade, construindo e sendo construída pela política sexual, com suas implicações morais, religiosas e jurídicas.

Utilizo, pois, a terminologia de Russo et al (2009), que descreve três ondas da Sexologia. A primeira, na virada do século XIX para o XX, é focada nas "perversões sexuais" e, como vimos, surge na Alemanha; a segunda, em torno dos anos 1960/70, nos Estados Unidos, traz uma preocupação com a sexualidade "normal" do casal heterossexual; já a terceira onda, no final do século XX, é dominada pelos urologistas em parceria com a indústria farmacêutica e foca na sexualidade masculina, inaugurando o termo Medicina Sexual, em substituição à Sexologia.

2.1.1 Sexologia, ato 1: o perverso

O termo "sexologia" é de autoria de Iwan Bloch, um médico alemão da virada do século XIX para o XX (no original, *sexualwissenschaft*, ou ciência sexual) e rapidamente se espalha pela Europa, sendo traduzido nas diversas línguas como Sexologia (RUSSO, CARRARA & ROHDEN, 2009). Pressupunha um estudo científico da sexualidade, até então regulada pela religião e/ou pela justiça. Inevitavelmente, contudo, servia a fins políticos, na medida em que defendia uma abordagem mais medicalizante de situações e comportamentos que não eram considerados propriamente relacionados à saúde. Tal mudança estava de total acordo com pressupostos positivistas que se tornavam hegemônicos no período, trazendo um

olhar objetivo, uma "luz", a problemas "obscuros", e destacando a ciência como a principal responsável por propor soluções a tais problemas.

Essa epistême do racionalismo perpassa todo o campo de estudos sobre sexualidade. Conforme afirma Foucault (2007), o século XVIII traz a preocupação em regular e disciplinar a sexualidade humana. A figura da Igreja e sua exigência de silêncio e discrição é substituída pela figura da ciência, com um incentivo à explicitação e análise do comportamento sexual. Essa "vontade de saber", de acordo com o autor, instaura o dispositivo da sexualidade e suas maneiras de controle e fiscalização, circunscrevendo a experiência sexual no limite do "normal" ou "aceitável" em contraste com o segredo do confessionário e a criminalização dos atos ditos imorais. Nesse processo, como coloca o autor, "o que se interroga é a sexualidade das crianças, a dos loucos e dos criminosos; é o prazer dos que não amam o outro sexo; os devaneios, as obsessões, as pequenas manias ou as grandes raivas" (p. 46) e, assim, estabelece-se a "sexualidade regular (...) a partir dessas sexualidades periféricas, através de um movimento de refluxo" (p. 46).

Conseqüentemente, a nascente sexologia se preocupou principalmente com a sexualidade desviante, a que escapa às normas. Dentre as várias perversões que foram categorizadas pela ciência, a que recebeu maior atenção foi a homossexualidade, à época chamada "inversão sexual". Um marco desse foco nas "perversões sexuais" (e da própria sexologia) é o lançamento de *Psychopatia Sexualis*, do psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing, em 1887, seguido de diversas reedições ampliadas. O livro é praticamente uma "enciclopédia de desvios", feita a partir da experiência clínica do autor e, principalmente, de relatos auto-biográficos de leitores enviados por carta.

Paralelamente, surge o movimento de "Reforma Sexual", capitaneado pelo médico alemão Magnus Hirschfeld, entre outros. A Reforma trazia uma enorme ênfase na educação sexual, uma ferramenta para retirar a humanidade das trevas da ignorância (considerado o papel da ciência no século XIX) também no que diz respeito à sexualidade. Porém, ao fazê-lo, os primeiros sexólogos se posicionaram numa disputa política; na defesa de uma reforma sexual, iam de encontro ao discurso legal/religioso que condenava a homossexualidade, afirmando que a "inversão" deveria ser considerada uma doença ou uma condição natural do indivíduo, e não um crime ou um pecado. Ou seja, onde antes condenava-se o ato (a prática

homossexual³⁴), agora avalia-se a pessoa (as causas pelas quais o indivíduo envolve-se em tais práticas). Como coloca Foucault (2007, p. 50) ao falar sobre o homossexual,

[n]ada daquilo que ele é (...) escapa à sua sexualidade. Ela está presente nele todo: subjacente a todas as suas condutas, já que ela é o princípio insidioso e infinitamente ativo das mesmas (...) É-lhe consubstancial, não tanto como pecado habitual, porém, como natureza singular.

Nesse sentido, os sexólogos da primeira onda traziam duas possibilidades de se lidar com a inversão. Alguns seguiam pela via da patologização, cujo principal representante era o próprio Krafft-Ebing, enquanto outros defendiam uma via mais "naturalizante". Para esses últimos, a inversão seria intrínseca a alguns indivíduos, que supostamente nasceriam dessa forma e, portanto, não poderiam ser responsabilizados por algo que não estava a seu alcance mudar e/ou reprimir³⁵. Independente da vertente, a primeira onda da sexologia estava bastante imbricada nas mudanças na política sexual, e vários sexólogos eram também ativistas políticos³⁶. Além da descriminalização da homossexualidade, uma série de posições são discutidas por esses estudiosos, como o aborto, a reprodução e o controle da natalidade, de forma que o estudo científico da sexualidade, conforme Russo et al. (2009), acaba por colaborar na construção de uma nova ordem social, que desafia a moral e a política de sexo e gênero vigentes.

É interessante pensar, como Foucault (2007, p. 51), que, na ânsia de categorização, "especificação, distribuição regional de cada uma" dessas "sexualidades aberrantes", a ciência acaba por "semeá-las no real" e "incorporá-las ao indivíduo", construindo o personagem do "perverso sexual", com o qual vários indivíduos se identificam. Oosterhuis (1997), ao analisar as correspondências enviadas por leitores a Krafft-Ebing, demonstra como esses não pareciam se incomodar ou rechaçar a patologização. Pelo contrário, em muitos casos havia uma sensação de alívio, pois "descobriam" que não eram os únicos no mundo a sofrer de tais males. Assim, o sexólogo acaba fornecendo um espaço para a organização de uma identidade de "perverso", afinal, era muito mais reconfortante ser um doente, ou uma "variante natural da espécie", como Havelock Ellis descrevia o homossexual, do que um criminoso ou um pecador. Mais a frente neste capítulo, veremos como essa identificação e a consequente formação de grupos de apoio de doentes influencia o surgimento de novos diagnósticos.

³⁴ O termo "homossexual" surge no final do século XIX, em 1869, numa publicação alemã especializada em doenças psiquiátricas e nervosas.

³⁵ São representantes dessa vertente Magnus Hirschfeld, que postula a teoria do terceiro sexo e Karl Ulrichs, que advoga a idéia de que o homossexual teria "uma alma feminina num corpo masculino".

³⁶ Magnus Hirschfeld, por exemplo, ele próprio homossexual, é considerado *a posteriori* uma liderança do movimento de luta por direitos homossexuais que começa a se organizar nesse período.

2.1.2 Sexologia, ato 2: o casal

A onda conservadora na Alemanha com a ascensão do nazismo e a II Guerra Mundial leva ao fechamento (e destruição) dos laboratórios e bibliotecas sobre sexualidade. Como aconteceu com outros campos da ciência, a sexologia também "se mudou" para os Estados Unidos no pós-guerra, e, junto com a mudança geográfica, uma nova epistême se instaurou no campo. A segunda sexologia abandonou o caráter militante dos seus primórdios, assim como a ênfase na educação sexual, que andavam lado a lado. A influência que a psicologia teve sobre a ciência e a sociedade no período também encontra terreno fértil na sexologia, que adota uma visão totalmente behaviorista (RUSSO et al, 2009).

Entrando no período pós-guerra, a cultura ocidental é atravessada por profundas mudanças, que encontram ressonância inclusive na ciência. Em todo o lugar, o *status quo* é questionado e reinventado. A contra-cultura repensa o papel dos jovens na sociedade, enquanto o feminismo e o nascente movimento homossexual vão pôr em xeque os rígidos papéis de gênero, para citar apenas duas movimentações dentre toda a efervescência do período. Nesse processo, o objeto de estudo da sexologia também muda. Antes, os olhares se voltavam para explicar o desviante, o "anormal". Com os trabalhos de Alfred Kinsey³⁷, nos anos 1940-50, as antigas perversões aparecem na conjugalidade heterossexual - considerada a sexualidade "normal". Essa dose de anormal no normal, muito maior do que se queria acreditar, desvia o foco para a normatização do casal heterossexual. Assim, ainda nos anos 1950, na Universidade de Washington, o ginecologista William Masters e a psicóloga Virginia Johnson começaram uma série de experimentos laboratoriais com seres humanos, estabelecendo, com o lançamento de *Human Sexual Response* (em 1966), um "ciclo de resposta sexual humana". Baseado em pressupostos da fisiologia, os pesquisadores apresentaram o que se tornou uma espécie de aprendizado para a ótima relação sexual do casal, reparando os casais "disfuncionais". Em 1970, publicaram o *Human Sexual Inadequacy*, descrito por Russo et al (2009, p.620) como o "marco da moderna sexologia". Nele, descreveram todas as possíveis perturbações da sexualidade e seus tratamentos relevantes no período, que eram psicológicos/behavioristas, e ainda não farmacológicos.

³⁷ Vale notar que, apesar de sua importância para o campo, Kinsey não era sexólogo.

Com essa mudança, o campo da sexologia, antes ocupado prioritariamente por psiquiatras e médicos-legistas, passou a ser dominado por ginecologistas e psicólogos. O surgimento do "terapeuta sexual" e de diversas publicações voltadas para o tema (como o *Archives of Sexual Behavior*, em 1971), popularizaram o campo, que ganhou espaço na mídia leiga e uma maior legitimidade na mídia especializada. É inaugurada uma clínica da disfunção e toda uma terapêutica associada a ela. Com o Congresso Mundial de Sexologia da World Association of Sexology (WAS), em 1978, o campo foi institucionalizado e padronizado, aprofundando a visão objetiva da sexualidade num discurso neutralizante característico da medicina. É inclusive contra esse discurso neutro que se posicionam os movimentos sociais no pós-guerra. No bojo da contra-cultura, o feminismo e os movimentos lésbico-gays, envolvidos na chamada "revolução sexual", buscaram uma (re)política da sexualidade, ironicamente essencial à sexologia em seus primórdios.

A partir dos anos 1980, impulsionada principalmente pelas pesquisas sobre impotência sexual, a Urologia, em parceria com a indústria farmacêutica, ganhou amplo terreno na sexologia com o lançamento, em 1998, do citrato de sildenafil, o Viagra®, momento que pode ser considerado o início da terceira onda da sexologia. A visão mais psicologizante do pós-guerra é abandonada, acompanhando uma mudança na medicina em geral, que se tornou ainda mais mecanicista no final do século XX com os avanços da genética e da neurociência, reduzindo ainda mais a experiência humana à sua dimensão biológica.

2.2 Uma doença para chamar de sua

Antes de nos aprofundarmos nesse processo de "remedicalização da sexualidade" (RUSSO et al, 2009), acredito ser necessário discutir mais a fundo o conceito de medicalização e a idéia de produção de novos diagnósticos. De acordo com Peter Conrad (2007), nos últimos 30 anos, a medicina passou a considerar como problemas de saúde uma série de condições e comportamentos que até então não eram percebidos dessa forma. Tais problemas passaram a ser descritos e pensados em termos médicos, associados a um diagnóstico preciso e a uma terapêutica específica. A medicalização seria, portanto, um processo que transforma "problemas da vida", não-médicos, em doenças passíveis de

tratamento. Assim, observamos que a medicina transforma o que era considerado "desvio" (crime, imoralidade, pecado) numa patologia, e processos comuns da vida (por exemplo, menstruação, velhice e morte) em problemas médicos. Porém, antes de vilanizar a medicina devemos entender a medicalização como um longo processo, que envolve diversos atores, como a indústria farmacêutica, a mídia e os próprios pacientes, e não apenas a profissão médica. Os movimentos sociais, por exemplo, cumprem um importante papel, muitas vezes medicalizando uma condição antes mesmo que a ciência a re-interprete dessa maneira, como no caso do alcoolismo e a atuação dos Alcoólicos Anônimos no conceito de dependência química (CONRAD, 2007).

Da mesma forma, a inquestionável fé na ciência e na autoridade médica em substituição à religiosa traz uma enorme demanda para explicações médicas (HEPWORTH & FEATHERSTONE, 1999). Nas palavras de Meika Loe (2001, p. 101, tradução livre), "[n]a era do 'progresso' médico, o conhecimento científico e as respostas médicas a problemas são geralmente inquestionadas como as melhores, mais eficientes e mais legítimas soluções³⁸". Ou seja, não podemos pensar os pacientes como sendo passivamente medicalizados. Pelo contrário, há uma busca por respostas médicas à angústia causada pelas sensações incômodas, e a mobilização da sociedade feita pelos movimentos sociais muitas vezes favorece e dá suporte aos diagnósticos. Aliado a isso, médicos, planos de saúde e principalmente a indústria farmacêutica tendem a ver em novos diagnósticos a possibilidade de abertura de um novo mercado. Por outro lado, os pacientes vêm serviços médicos também como produtos de consumo, exigindo respostas e soluções rápidas. A medicalização, pois, dá coerência e legitimidade às inquietações sofridas pelos pacientes, podendo inclusive diminuir o estigma associado a elas, apesar de, paradoxalmente, taxá-los de anormais, sujeitos à intervenção médica (CONRAD, 2007). Não que esse seja um fenômeno novo; como já vimos, os pacientes do Krafft-Ebing já ansiavam por serem categorizados, e assumiam prontamente uma identidade de doente.

Por sua vez, Rosenberg (2002) destaca a necessidade da doença para a ação médica. A própria legitimidade da medicina enquanto ciência e o *status* atribuído ao profissional médico dependem que a sociedade reconheça a importância da doença e do seu diagnóstico. A doença, portanto, cumpriria um papel normatizador da experiência pessoal, homogeneizando-

³⁸ No original: "In the age of medical 'progress', scientific knowledge and medical answers to problems are generally unquestioned as the best, most efficient, most legitimate solutions."

a numa experiência que pode então se tornar coletiva. Esse poder de normatização da patologia se sintetiza no diagnóstico. Nas palavras do autor, "[o] diagnóstico rotula, define e profetiza e, ao fazê-lo, ajuda a constituir e legitimar a realidade que discerne" (p. 240, tradução livre)³⁹. Para que o diagnóstico ocupe essa posição, contudo, uma série de mudanças na maneira como a sociedade concebe a doença foram necessárias. Seguindo o raciocínio de Rosenberg, na medicina tradicional, o conceito de doença era mais focado nos sintomas do paciente, e as doenças seriam "pontos no tempo" (p. 242), que podiam evoluir para sintomas mais graves ou simplesmente desaparecer, e o papel do médico era mais observar essa "progressão natural" do que propor terapias para evitá-la, como nos lembra Foucault (2004). No início do século XIX, o cenário muda com as doenças epidêmicas, cujos nomes associavam condições climáticas, higiênicas ou estilos de vida daqueles por ela acometidos, havendo diversas formas de se referir à mesma patologia⁴⁰. Já no século XX, as doenças não dependem mais do corpo do doente para existir. São entendidas como algo em si mesmas, com um "mecanismo" próprio e diferentes estágios de complexidade crescente. Surge a idéia de que o diagnóstico precisa de testes laboratoriais e observações anatomo-patológicas além das queixas do paciente. "Agora doença é equacionada com especificidade, e especificidade com mecanismo, ao mesmo tempo separando essa concepção progressivamente ontológica de idiosincrasias de lugares e pessoas". (ROSENBERG, 2002, p. 243)⁴¹.

O crescente uso de instrumentos tecnológicos e do recurso a testes laboratoriais faz com que a doença, para a prática médica, prescindia um pouco do relato do paciente. Torna-se comum que o diagnóstico venha a partir do resultado de um exame, e não da queixa do paciente, quando deveria ser o oposto, ou seja, as queixas dariam um indicativo do diagnóstico a ser confirmado com o exame laboratorial. A dependência do exame e de instrumentos médicos é tão grande que a anamnese do paciente é cada vez mais negligenciada⁴². A doença passa a ser medida em unidades, padronizadas para sua aplicação em escala mundial. A partir dessas taxas numéricas, o que antes poderia ser considerado um sintoma, ou um fator de risco para o desenvolvimento de uma patologia, se torna uma doença

³⁹ No original: "Diagnosis labels, defines, and predicts and, in doing so, helps constitute and legitimate the reality that it discerns".

⁴⁰ Para a participação do hospital nesse cenário, ver "O Nascimento do Hospital" de Foucault (2008). Para um exemplo de diferentes nomes em referência à mesma doença, no caso, a sífilis, ver Carrara (1996).

⁴¹ No original: "Now disease was equated with specificity and specificity with mechanism, all the while decoupling this increasingly ontological conception for idiosyncrasies of place and person".

⁴² Essa questão parece ser tão crítica que os médicos precisam ser veementes ao ressaltar que apenas o exame laboratorial não basta para definir o diagnóstico do DAEM, havendo necessidade do paciente apresentar queixas. Ver capítulo 5.

em si. Não é à toa que os diagnósticos dependem cada vez mais de "evidências" laboratoriais ou de imagens dos aparelhos médico-hospitalares. Essa busca por objetividade na descrição dos estados patológicos faz com que caiba à tecnologia médica definir e legitimar as entidades nosológicas, alterando a visão dos leigos (e dos próprios médicos) sobre as doenças. Os medicamentos, como a reposição hormonal, são uma dessas tecnologias, e acabam por definir a doença mesmo quando não a curam.

Além disso, ao definir a doença independente do doente, os diagnósticos servem a uma normatização das experiências das pessoas com seus corpos e seus sintomas. Como já vimos, são esses diagnósticos que dão sentido às angústias, podendo até mesmo servir como identidade. Porém, nessa obsessão por precisar o "marco zero" da patologia, o momento exato no qual ela começa, a medicina acaba por criar doenças intermediárias, pré-doenças, incluindo mais e mais pessoas sob o rótulo de doente, e transformando o que antes era visto como idiossincrasias ou variações não-patológicas em doenças ou fatores de risco para certas doenças⁴³. É claro que essa questão também passa por uma demanda mercadológica. O *lobby* da indústria farmacêutica para vender seus produtos aprofunda a medicalização, através do investimento de quantias absurdas para divulgar os novos diagnósticos para os quais a indústria já tem tratamento⁴⁴. Em certa medida, poderíamos dizer que essa seria uma nova roupagem da medicalização do desvio, mas através de um processo que aos poucos reduz os limites do normal à medida que amplia as fronteiras do que é considerado patológico.

Ainda seguindo Rosenberg (2002), essa nova definição de doença vem acompanhada de paradoxos inter relacionados: (i) o poder normativo desses diagnósticos, uma certa volta à medicalização do "desvio"; (ii) a dificuldade em "encaixar" diferentes experiências, e mesmo a descrição e tolerância a sensações mórbidas num mesmo diagnóstico; (iii) a criação de protodoenças e estados semipatológicos, que molda a prática médica e o cotidiano das pessoas; e (iv) o que o autor chama de "imperativo burocrático", que gera uma rede de relações que envolvem uma gama de atores a princípio díspares, como médicos, governos, pacientes, indústria farmacêutica, os planos de saúde privados, laboratórios, a academia, empresas de biotecnologia e produtos médico-hospitalares, associações médicas, movimento social e mídia.

⁴³ Isso é particularmente visível no caso das disfunções sexuais, como veremos.

⁴⁴ Vários pesquisadores abordam essa questão da participação da indústria farmacêutica na criação e divulgação de novos diagnósticos e, claro, de novos medicamentos. Entre eles, poderíamos citar Angell (2007), Barros (1983), Moynihan (2003), Oldani (2002;2004) e Rohden (2011).

2.3 A pílula do super-homem

Voltando à sexologia, a retomada medicalizante nesse campo no fim do século XX pode ser explicada por diversos fatores. Além do avanço tecnológico na medicina, podemos dizer que, a partir dos anos 1980, uma resposta conservadora aos movimentos sociais e à contra-cultura do pós-guerra favorece uma visão mais organicista do corpo. A influência da sociobiologia, reafirmando, entre outras coisas, papéis sociais de gênero e explicações de comportamentos (sexuais ou não) em termos fisiológicos e evolucionistas é mais um exemplo dessa retomada (WIJNGAARD, 1997). Entretanto, ainda mais clara para a nossa discussão é a medicalização da impotência sexual.

Já em meados do século XIX, de acordo com Giami (2009), a impotência começa a ser vista como uma categoria médica por psiquiatras, venereologistas e psicanalistas. Masters e Johnson também estudam a impotência, definindo-a como a incapacidade para realizar o coito heterossexual, cujo tratamento eram terapias comportamentais, características do período. Já no final dos anos 1970, iniciam-se testes laboratoriais com moléculas capazes de restabelecer a ereção, porém eram ainda muito pouco eficazes. A situação muda mesmo no início da década seguinte, com a descoberta dos efeitos da injeção intracavernosa de papaverina e o óxido nítrico (NO₂).

Nesse período, há uma mudança significativa no campo da urologia. Antes do desenvolvimento das pesquisas sobre impotência, essa era uma especialidade médica voltada prioritariamente para a intervenção cirúrgica; a possibilidade de expansão do campo e aumento de sua legitimidade leva os urologistas a investirem mais pesadamente na (re)construção da impotência. A lógica adotada pelos pesquisadores é a mais mecanicista possível, deixando de lado as explicações psicológicas e relacionais do período anterior⁴⁵.

Esses estudos sobre impotência marcam o período no qual os corpos masculinos (a princípio não-desviantes) viram alvo da medicalização, e a tecnologia passa a ser usada para retomar a "normalidade" masculina, entendida como capacidade de ereção e penetração, e o próprio patriarcado, abalados pelas conquistas femininas (LOE, 2001). A ereção é retirada do ciclo descrito por Masters e Johnson, e a figura do casal, seu principal cliente, também é abandonada. Acompanhando a redução organicista do corpo a partes que podem ser

⁴⁵ Mais adiante, aprofundo a análise dos sentidos de uma explicação mecanicista para a sexualidade masculina.

analisadas (e aprimoradas) separadamente do todo, a ereção (ou, mais especificamente, o pênis) torna-se central nessas pesquisas. Surge a categoria disfunção erétil (DE), que vai aos poucos substituindo a antiga impotência⁴⁶. Assim como na impotência, a DE se refere a uma incapacidade, total ou parcial, de atingir ou manter ereção suficiente para ter relações sexuais, mantendo o paradigma heteronormativo e reprodutivo no qual o sexo se resume à penetração.

Entretanto, os artigos e ensaios clínicos do Viagra e da DE não são publicados nos periódicos de sexologia, apesar desses já estarem bastante desenvolvidos na época. Ao invés disso, são publicados em revistas exclusivamente médicas, numa tentativa de reserva de mercado feita pela urologia, em parceria explícita com a indústria farmacêutica. Começam a surgir diversas pesquisas com dados epidemiológicos e questionários auto-aplicáveis demonstrando a prevalência da DE na população. Ainda em 1987, Irwin Goldstein e o "grupo de Boston" lançam o *Massachusetts Male Aging Studies* (MMAS), que alcança enorme importância na área, sendo muito citado até hoje. Segundo esse levantamento, mais de 50% da população masculina acima dos 40 anos apresentava algum grau de DE (GIAMI, 2009; RUSSO et al, 2009).

A idéia de "graus" de DE é essencial para a expansão da doença no mercado⁴⁷. Ao apresentar a possibilidade de etapas mais ou menos evolutivas de perda de ereção, um maior número de homens é abarcado no grupo de "possíveis" doentes. Diferente da antiga impotência, na qual o homem ou era potente ou impotente, a DE vai aos poucos "minando" a ereção desse homem, que se torna menos e menos eficiente. Logo, homens que a princípio não seriam considerados impotentes, na era do Viagra devem começar a se preocupar se a sua ereção já não é mais tão "ereta" assim. Como coloca Wienke (2006), ao analisar as campanhas publicitárias do Levitra®, outro medicamento para tratar DE, a questão já está muito além de haver ou não uma patologia no sentido mais estrito. A Bayer, indústria responsável pela comercialização do Levitra, inaugura o conceito "qualidade de ereção" (*erectile quality - EQ*), utilizado em substituição à disfunção erétil, apesar de não ser um termo médico. Segundo o *site* do medicamento, citado por Wienke (p. 61), o termo sintetiza três elementos que seriam essenciais para a ereção satisfatória, a saber, a capacidade de obter a ereção, a "dureza" (*hardness*) dessa ereção e a capacidade de mantê-la durante o sexo. O que está subjacente

⁴⁶ Em 1992, realiza-se uma conferência de consenso pelo NIH (National Institute of Health), preconizando o uso do termo disfunção erétil e apontando o alto número de pacientes em potencial. Após essa conferência, a nova doença se populariza internacionalmente, e são definidos os critérios para "fechar" o diagnóstico, o que possibilita sua aplicação na prática clínica. Para maiores detalhes, ver Giami, 2009.

⁴⁷ Para uma análise da importância da noção de graus a partir do material publicitário sobre DE, ver Faro et al (2010).

nesse caso é uma idéia de que ereções podem ser sempre aprimoradas, podem sempre ganhar qualidade - uma idéia bastante sedutora para os homens, mesmo para aqueles que não têm um diagnóstico de DE.

De toda forma, a importância de uma epidemiologia da DE é ganhar legitimidade para o diagnóstico, transformando a impotência em outra doença, séria o suficiente para justificar a pesquisa e o desenvolvimento de fármacos para combatê-la, além da aprovação de agências reguladoras (como a FDA e a ANVISA) para a comercialização dos medicamentos. Mais ainda, com as estatísticas e os questionários auto-aplicáveis, os pesquisadores demonstram que medicamentos como o Viagra são eficazes independentemente da etiologia da DE, seja psicogênica ou orgânica (GIAMI, 2009). Tal demonstração esvazia os argumentos mais contextuais (insegurança, problemas matrimoniais, etc.) que questionavam a prevalência da patologia na população. Há, portanto, um deslizamento que se torna comum nesse processo avançado de medicalização: não importa se o indivíduo é de fato portador da doença; se há resposta ao medicamento, há doença. Como já vimos nas palavras de Rosenberg (2002), a patologia existe independente do paciente. O que condiciona a sua "existência" é a resposta farmacológica, não necessariamente os sintomas.

2.4 Uma injeção de juventude

Assim, ao pensarmos no desenvolvimento do campo da medicina sexual, acredito ficar claro o surgimento daquilo que Meika Loe (2001) chama de "farmacologia do sexo", impulsionado principalmente pela indústria farmacêutica e seus produtos. O Viagra, muito mais do que um medicamento para cura, se torna uma "droga de estilo de vida" (*lifestyle drug*⁴⁸), que serve para aperfeiçoar um corpo que não funciona como deveria, ou fazê-lo funcionar ainda melhor, como no caso do uso recreativo do medicamento, bem mais comum do que se admite. Lembrando que, ao fazer isso, coloca-se uma interessante ambigüidade na relação dos homens com seus corpos: uma vez que perder a ereção é visto pela maioria dos homens como uma perda do "ser homem" em si, o Viagra traz a promessa de retomada da

⁴⁸ Para Meika Loe (2001, p. 120), "lifestyle drugs generally promise to enhance a consumers life in some way. Allergy medications, hair growth medications, anti-depressants, and birth control pills may be considered lifestyle drugs by many insurers and practitioners in the sense that they are optional in terms of health".

masculinidade. E retomada com vantagens. O corpo sem Viagra, ou seja, o corpo "normal", passa a ser visto como imprevisível e incerto, portanto, problemático (e por que não feminino?)⁴⁹. De certa forma, podemos dizer que o Viagra expõe as "falhas" do corpo natural; porém, com a tecnologia médica, tais erros são abolidos, permitindo o homem atingir uma "masculinidade mítica" naturalmente inatingível, ou seja, uma ereção que nunca falha (LOE, 2001). Dessa forma, o homem finalmente pode ficar como ele deveria ser o tempo todo, de acordo com seu papel de gênero: sempre pronto e disposto para o sexo.

É nessa mesma lógica de uso de tecnologias médicas para evitar a decadência da masculinidade (e, no caso, também a velhice) que se encontra o DAEM, como veremos a seguir. A existência de um mercado já plenamente estabelecido da menopausa e da terapia de reposição hormonal em mulheres favorece a busca, ao menos por parte da indústria farmacêutica, por algo similar nos homens, logo, não é nada surpreendente que a ciência faça uma aproximação dos sintomas da menopausa em ambos os sexos, e sugira rapidamente a reposição de testosterona no caso masculino, apesar da pouca segurança e das inconveniências das apresentações disponíveis do hormônio para o tratamento. É interessante pensar como a teoria dos hormônios sexuais acaba servindo para justificar o declínio biológico também para os homens, como o fez na patologização da menopausa feminina⁵⁰.

De toda forma, o DAEM traz em si uma recusa das formas tradicionais de envelhecimento; o tratamento inclusive já foi descrito como um "elixir de juventude" (HEPWOTH & FEATHERSTONE, 1999, p. 296). Como bem colocado por Loe (2001, p. 98, tradução livre), "ciência, medicina, tecnologia, gênero e sexualidade estão intrinsecamente ligados nos tempos contemporâneos"⁵¹, de forma que, para pensarmos no que significa o diagnóstico de DAEM, não podemos deixar de pensar quem são esses homens que estão sendo diagnosticados. Como a medicina entende e define esses homens? Para quem é de fato prescrita a reposição de testosterona? Quais concepções de sexo e gênero estão subjacentes a esse diagnóstico? Além disso, o DAEM atinge uma população mais velha. Há transformações no próprio conceito de velhice que contribuam para esse diagnóstico? E se há, quais seriam as relações dessa visão de envelhecimento com as masculinidades? São questões como essas que pretendo explorar no próximo capítulo.

⁴⁹ No capítulo 5, veremos como a mesma questão aparece devido à deficiência de testosterona.

⁵⁰ A discussão sobre o papel dos hormônios e da terapia de reposição para a (re)construção da masculinidade e da velhice, assim como uma descrição detalhada da reposição em si e da disponibilidade de testosterona no mercado brasileiro e mundial será aprofundada no capítulo 5.

⁵¹ No original: "science, medicine, technology, gender, and sexuality are inextricably linked in contemporary times".

3 A CIÊNCIA DA ETERNA JUVENTUDE

Nunca serei velho. Para mim, a velhice começa 15 anos depois da idade em que estiver.

Bernard Baruch

Velhice é quando um dia as moças começam a nos tratar com respeito e os rapazes sem respeito nenhum.

Mário Quintana (*A Vaca e o Hipogrifo*)

O estabelecimento da disfunção erétil (DE), como vimos, inaugura uma era de intervenção médico-farmacológica especificamente no corpo masculino, e a reformulação da antiga andropausa no diagnóstico de DAEM parece ser mais uma etapa do avanço da medicalização. Mas será que apenas o sucesso do Viagra justifica o aparecimento de "novas" disfunções sexuais masculinas, como se uma porta há muito fechada tivesse sido afinal aberta? Que a medicina e a indústria farmacêutica parecem "cismar" com determinados mecanismos fisiológicos de tempos em tempos (principalmente depois de um medicamento que atua sobre tal mecanismo gerar lucros astronômicos) não é exatamente surpreendente. Ainda assim, essa resposta me parece muito simplória. Se a DE se tornou, propositadamente ou não, um fantasma para homens de todas as idades, o DAEM, segundo a definição médica, atinge uma faixa etária bastante específica; e numa análise mais profunda, como veremos, não só uma faixa etária, mas também uma raça e uma classe, ou seja, estamos falando de um certo "tipo" de homem, em algum ponto de difícil definição num processo de envelhecimento.

Muito se fala de uma crise da masculinidade e do surgimento de um "novo homem" em decorrência dos avanços feministas (CONNEL, 2005; LOE, 2001; MARSHALL & KATZ, 2002; RIBEIRO, 2011). Em paralelo, o conceito de terceira idade traz a possibilidade de uma nova velhice, ou, como argumenta Debert (1997), problematiza uma etapa da vida que recebia pouca atenção até então. A recusa da imagem tradicional do "velho" é tão intensa que poderíamos dizer que mais do que uma reformulação, vivemos um período de negação ou recusa da velhice. Nesse ínterim, a meia-idade se torna uma fase crítica da vida, um grande momento decisório, mas seus limites são muito confusos, e defini-la num intervalo etário é uma tarefa extremamente difícil mesmo para seus defensores.

Entretanto, é exatamente para essa fase que se voltam os discursos sobre DAEM. Por mais que os profissionais envolvidos admitam que a patologia acometa homens algumas

décadas mais velhos, como veremos nas análises das entrevistas, é na meia-idade que devem surgir as preocupações a esse respeito, e são esses homens o público-alvo da publicidade que populariza a patologia. Como a definição dessa etapa da vida é muito frouxa, aqueles que se percebem nela são pegos numa interseção entre dois discursos: um voltado para homens ainda jovens, que devem se tornar os "novos homens"; e outro direcionado a um público mais velho, que deve abraçar os ideais da terceira idade.

Portanto, nesse capítulo, pretendo analisar como o DAEM parece se localizar numa encruzilhada, unificando novos ideais de masculinidade e envelhecimento, sob a égide da medicina sexual e seus tratamentos farmacológicos. Mais do que um mero aprofundamento do olhar médico sobre a sexualidade masculina, a disfunção de certa forma consolida esses novos discursos, emprestando-lhes a incontestável autoridade médico-científica, num processo dialético de construção. Porém, para isso, precisamos antes investigar as mudanças na masculinidade e na velhice, o que as definia antes, e quais os novos desenhos que elas apresentam. Lembrando que esses processos não são estanques nem unidirecionais, e ainda estão longe de serem completos, espero poder vislumbrar sua articulação com a medicalização e/ou farmacologização da sexualidade masculina.

3.1 Uma sociedade sem velhos

O termo "Terceira Idade" surge na França nos anos 1970 e, uma década mais tarde, na Inglaterra, e marca o momento no qual a velhice sai da esfera privada, de preocupação individual, para se tornar um problema social. Podemos localizar o início dessa mudança na universalização do direito à aposentadoria, que retira o velho⁵² da situação de vulnerabilidade financeira e física, possibilitando a transformação do período pós-aposentadoria numa época da vida privilegiada para se envolver em atividades até então negligenciadas pelas obrigações com o trabalho e/ou a família. Associado a isso, as tecnologias médicas expandem cada vez mais a expectativa de vida nas sociedades mais afluentes, possibilitando uma alteração demográfica a nível mundial, que não apenas aumenta consideravelmente a porcentagem de

⁵² Utilizo os termos "velho" e "idoso" de forma intercambiável sempre que possível. Para uma análise mais detalhada do assunto, ver Peixoto (2003).

idosos na população, como afasta os problemas de saúde da velhice avançada. Assim, a imagem do velho decrepito, dependente e ocioso, se torna mais distante da realidade (ou do desejo) das pessoas, substituída pela idéia da "aposentadoria ativa", do velho que ocupa seu tempo com atividades físicas e lazer. Mais do que isso, essa idéia passa a ser veiculada pela mídia e reforçada pelo discurso médico como a maneira digna de se envelhecer (DEBERT, 1997; PEIXOTO, 2003; SIMÕES, 2003).

Para Debert (1997), algumas condições estão envolvidas nesse deslizamento de velhice para Terceira Idade. Se antes a velhice nas sociedades industrializadas era associada à perda de *status* e redução do indivíduo a um fardo para a família e o Estado, a aposentadoria/pensão garante direitos sociais exclusivos para essa faixa etária. Além disso, minimiza essa importância do *status* no tratamento dado às pessoas de mais idade; independente da posição hierárquica ocupada pelo velho ao longo da vida, a garantia de uma renda "vitalícia", maior ou menor, possibilita a todos os "aposentados" gozar de alguma estabilidade financeira.

Mudança na estrutura familiar também marcam a passagem da velhice para a terceira idade. Na família extensa, havia espaço para os avós, tios-avós e congêneres, que ocupavam o lugar de agregados, e, por mais dependentes que fossem, cabiam naquela estrutura, como "velhos". A família nuclear (pai, mãe e filhos) não só impossibilita esse espaço, como, pela extrema individualização dos membros familiares, as idades são de certa forma dissolvidas, nivelando todos enquanto "indivíduos". Marcadores da idade no corpo são suavizados, ou desaparecem, com crianças sendo tratadas como adultos, adultos se vestindo como adolescentes, etc. (RUSSO, 1987). Nessa estrutura nuclearizada, o antigo velho tem que se individualizar também, ser mais autônomo e independente dos laços familiares, abraçando os ideais da terceira idade e tornando-se um "idoso".

Outra condição relevante para a criação da terceira idade seriam novas concepções de corpo e saúde que surgem no fim do século XX, segundo as quais os corpos são plásticos e podem ser aprimorados, conforme já visto na discussão anterior sobre medicalização; "[a]s imperfeições do corpo não são naturais nem imutáveis" (DEBERT, 1997, p. 42). Quando boa aparência se torna sinônimo de bem-estar e saúde, e o indivíduo passa a ser responsável pela manutenção (ou busca) dessa aparência, todo um controle de práticas e comportamentos deve ser adotado. Como nos lembra a autora, a recompensa pelo corpo ascético, nesse caso, não é uma elevação espiritual, mas a própria beleza. Se um dos principais estigmas da velhice é o

fim da beleza estética, ressignificar a velhice passa por uma necessidade de vigilância constante da aparência, iniciada já na juventude.

Além disso, mudanças no mercado de trabalho possibilitam que pessoas mais jovens se aposentem, rompendo com a idéia de que a aposentadoria marca a entrada numa fase improdutiva. Uma consequência desse processo é a criação de etapas intermediárias entre o adulto produtivo e o velho inativo, como a meia-idade e a terceira idade. Na verdade, essas fases seriam o momento ideal para a realização de projetos deixados de lado ao longo da vida, garantidos pela estabilidade financeira trazida pela aposentadoria, e com respaldo social, já que tal indivíduo cumpriu seus deveres para com a comunidade (medido em anos de serviço), podendo se dedicar sem culpa a uma vida mais hedonista.

Tal processo aponta para uma "desconstrução das idades cronológicas como marcadores pertinentes de comportamentos e estilos de vida", com toda uma possibilidade de deslizamentos e aproximações entre as idades, como na discussão acima sobre a estrutura familiar (DEBERT, 1997, p. 42). Assim, percebemos que surgem possibilidades de reconfiguração pessoal em faixas etárias nas quais, até então, apenas colhia-se os frutos plantados ao longo da trajetória de vida. Mais do que isso, há uma idéia de "uma nova chance" para formação de um eu, de descoberta de novos potenciais, uma volta à juventude, a uma etapa onde tudo é mais possível, sem as definições rígidas de si que a maturidade traz. A meia-idade é, pois, o ponto-chave, o momento de uma "escolha", quando o indivíduo decide se continuará rumo à velhice avançada ou se irá reinventar-se, absorvendo os ideais da terceira idade.

O discurso médico-científico da Gerontologia é um dos principais articuladores dessa nova velhice. A gerontologia pode ser entendida como um campo amplo, que inclui a geriatria como especialidade médica, mas também a psicologia, as ciências sociais, a história, a economia e a arquitetura (BRIGEIRO, 2000). Como na sexologia, ela também parte de um olhar biomédico, no caso, dos geriatras. No final do anos 1970, entretanto, o que era uma área exclusivamente médica se abre para os outros profissionais; contrastando com o que vimos na abordagem da sexualidade, a gerontologia passa, no fim do século XX, a incorporar um discurso mais construtivista, que destaca a centralidade da dimensão cultural nas representações da velhice em detrimento do determinismo biológico que caracterizou o surgimento da medicina sexual no mesmo período. Por um outro lado, essa forte influência das Ciências Humanas pode ter colaborado para uma idéia, mais ou menos difundida, de que

"não há limites para o sucesso do investimento cultural/tecnológico sobre o corpo" (DEBERT, 1997, p. 52); a desnaturalização radical do envelhecimento, por mais que se pretenda libertária, acaba por abrir espaço para uma total re-interpretação da velhice sob a lente da terceira idade, novamente homogeneizando (normatizando) a relação das pessoas com a velhice e com seu próprio corpo⁵³. Conforme Brigeiro (2000, p.10):

Considerando que essa área do saber tem afirmado sua legitimidade no tratamento das questões do envelhecimento, ela também é concebida como uma instância reguladora do social, impondo novas formas de gestão do envelhecimento, na medida em que pretende afirmar cientificamente a melhor forma de viver na idade avançada, modelando a expressão sentimental em torno da questão.

Debert (1997) destaca os gerontólogos como responsáveis por definir o envelhecimento como um problema social, sensibilizando a sociedade para os dramas vividos nessa fase da vida. Um pressuposto do campo é "denunciar a 'conspiração do silêncio' como a forma característica do tratamento dado aos velhos no país" (p. 45), constituindo um discurso em torno de cinco elementos: (1) a explosão demográfica e o aumento dos gastos públicos com aposentadorias e pensões; (2) a crise da família extensa e as novas estruturas familiares, que não têm condições para dar apoio ao idoso dependente; (3) uma crítica ao sistema capitalista, que exclui os velhos por não mais fazerem parte da população produtiva; (4) uma crítica à cultura brasileira de supervalorização do jovem, do novo, em detrimento da experiência e da memória⁵⁴; e (5) uma forte crítica ao Estado, que não resolve problemas básicos da população, colocando os idosos numa situação de dupla vulnerabilidade, já que a pobreza e a miséria da população brasileira seriam piores na velhice⁵⁵. Com esses argumentos, a gerontologia consegue sensibilizar mídia, sociedade e Estado para o "problema" da velhice, constituindo seu próprio objeto de estudo ao apresentar o velho como "vítima do sofrimento" (DEBERT, 1997, p.46).

As soluções que serão então propostas passam por uma série de programas específicos para idosos, que vão desde academias a universidades. A idéia desses "Programas para a Terceira Idade" é influir na visão preconceituosa da velhice, desconstruindo estereótipos

⁵³ Essa homogenização das experiências de vida já se inicia na meia-idade, antes mesmo do indivíduo se comprometer com a ascensão da aposentadoria ativa. Ver Hepworth & Featherstone, 1999.

⁵⁴ Vale questionar se essa exaltação da juventude é um fenômeno brasileiro; me parece que esta seja uma característica de toda a dita "sociedade ocidental".

⁵⁵ É necessário pensar que essas críticas são feitas num período anterior à sedimentação da terceira idade e a proposição de políticas públicas voltadas a essa população. O Estatuto do Idoso, por exemplo, uma iniciativa do Projeto de Lei nº 3.561 de 1997 de autoria do então Deputado Federal Paulo Paim (PT-AC), é sancionado pelo então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva em 1º de outubro de 2003, e publicado no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2003, Lei 10.741. Independente das polêmicas e disputas em torno do projeto, este garante uma série de direitos que alteram a posição social dos idosos em nosso país.

negativos e divulgando (ao mesmo tempo que incentivando) experiências entendidas como bem-sucedidas de envelhecimento. Tais experiências mostram idosos ativos, sem grandes agravos de saúde, de boa aparência e forma física invejável por muitos jovens. São velhos felizes, de bem com a vida, produtivos, que acompanham as inovações tecnológicas, se dedicam a seus *hobbies* e têm vida social; modelos vivos de como se deve envelhecer bem e saudável. Essa imagem da terceira idade se torna o ideal que deve ser perseguido por todos ainda na juventude; mais do que isso, a culpa pela dependência é imputada ao próprio idoso, que não adotou a ascese necessária⁵⁶, já que "o curso da vida, como o estilo de vida de alguém, deve ser considerado menos uma questão de destino e mais um problema de responsabilidade e construção individuais"⁵⁷ (HEPWORTH & FEATHERSTONE, 1999, p. 277, tradução livre). A velhice avançada, o velho doente que não pode mais participar de nenhuma atividade, não deixa de existir, ele apenas é adiado, como que dissolvido pelo prazer e satisfação pessoal atingidos na terceira idade - já chamada por discursos mais politicamente corretos de Melhor Idade. Assim, observamos o avançar de um processo de medicalização (e psicologização) da velhice, que deixa de ser vista como uma etapa natural da vida.

Entretanto, essa reformulação, para ser efetiva, precisaria se tornar uma experiência coletiva. Os programas cumprem esse objetivo, ao criar e divulgar uma vivência suficientemente homogênea para construir uma identidade de idoso (DEBERT, 1997); são grandes vitrines para comprovar que a velhice pode ser gratificante quando "bem vivida". Seus participantes se percebem muito diferentes da imagem do velho solitário e inativo. Pelo contrário, o que os unifica é a disposição para o aprender, para viver o novo, afastando a idéia de detentores da sabedoria e da experiência, que compõem uma visão mais tradicional de prestígio social na velhice.

É interessante notar como esses idosos localizam nos "outros" todos os estereótipos que rechaçam, e que os mesmos programas dos quais participam pretendem desacreditar⁵⁸. Para esses idosos (e, cada vez mais, para a sociedade como um todo), só se é um velho digno,

⁵⁶ É interessante pensar como essa idéia da responsabilização do indivíduo pela sua própria condição se disseminou; a meu ver, uma consequência do processo de individualização da sociedade ocidental moderna tal como tematizado por Dumont (1985) e por Weber (2004). O indivíduo é colocado como um valor que estrutura todo o tecido social e é o único responsável pela sua própria salvação, ao adotar posturas mais ou menos ascéticas. No envelhecimento, portanto, não haveria de ser diferente.

⁵⁷ No original: "the life course, like one's lifestyle, should be regarded as less a question of fate and more a matter of individual responsibility and construction".

⁵⁸ Lembrando Mary Douglas (2010), esses idosos se definem pelo seu outro, que é seu exterior constitutivo. O velho inativo e dependente ocupa o papel do "poluído", aquele que, ao mesmo tempo em que deve ser evitado, possui um certo poder desestabilizador.

socialmente aceito, ao negar a velhice, ao deslocar as características "velhas" de si para os outros, adotando posturas típicas da juventude, como envolvimento em atividades físicas, preocupação com a boa forma e a aparência, ânsia por novas experiências, uma busca incessante por prazer e satisfação pessoal, uma vida sexual ativa, etc. Ou, nas palavras de Debert (1997, p. 44):

Seria, contudo, ilusório pensar que essas mudanças são acompanhadas de uma atitude mais tolerante em relação às idades. A característica marcante desse processo é a valorização da juventude, que é associada a valores e estilos de vida e não propriamente a um grupo etário específico.

Mais uma vez, destaco a idéia de que vivemos uma dissolução das "classes de idade", onde a idade cronológica não marca mais o lugar social das pessoas. Nessa perspectiva, a meia-idade ocupa talvez a mais frágil das posições. As pessoas nessa faixa etária, que ora se localiza em torno dos 40, ora em torno dos 50 anos, não são consideradas legalmente idosas, pois essas devem ter "idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos" (BRASIL, 2003). A meia-idade, então, poderia ser vista como uma "pré-velhice". Porém, se na fase legalmente entendida como velhice, os discursos visam resgatar a juventude, e antes da meia-idade, é-se ainda jovem, seria na meia-idade o momento da perda da jovialidade? E, já que não há definição clara do início dessa etapa, quando exatamente deixa-se de ser jovem? Ou seria a meia-idade um sinônimo para a fase propriamente adulta, pós "jovem adulto"? De toda forma, as pessoas nessa faixa etária estão espremidas entre dois momentos opostos da vida, mas que paradoxalmente se assemelham cada vez mais, ao menos na esfera do ideal. O homem de meia-idade está numa encruzilhada; não é mais um homem jovem, mas ainda não é um homem velho, de maneira que está exposto simultaneamente aos discursos voltados para ambas as fases que o delimitam.

Ainda outra questão atravessa essa reformulação da velhice, uma abordagem muitas vezes negligenciada pelos pesquisadores do envelhecimento, mas que tem o potencial de demonstrar a arbitrariedade desse nivelamento da experiência coletiva de velhice: a dimensão do gênero. A terceira idade não é entendida da mesma forma por homens e mulheres, e nem mesmo a forma como as pessoas interpretam e se posicionam sobre o envelhecer escapa a diferenças de gênero⁵⁹.

As pesquisas gerontológicas, no seu papel de denunciar a existência sem significado dos velhos, apontam para uma velhice andrógina, na qual os papéis de gênero se misturam e,

⁵⁹ Para uma análise detalhada das diferentes visões de homens e mulheres acerca do envelhecer em meados da década de 1990, ver Debert, 1994.

por fim, se apagam. As mulheres são masculinizadas ao perderem a capacidade reprodutiva, e os homens, feminilizados, ao perderem o vigor, a força física e o papel de provedor. Ao se aposentarem, os homens passariam a ter uma vida mais doméstica, portanto, mais feminina, enquanto o esvaziamento do lar com a saída dos filhos torna um pouco inútil o papel da dona-de-casa. Porém, essa "desgenerificação" na velhice traz em si algo de bastante perturbador para o pensamento biomédico⁶⁰, como vimos, desde a virada do século XVIII para o XIX obcecado com as diferenças entre homens e mulheres: a perda de atributos característicos dos gêneros tem o potencial de demonstrar a artificialidade da diferenciação sexual. Portanto, a biomedicina precisa dar respostas que mantenham a assimetria homem-mulher, e a Terceira Idade aparece como uma recharacterização do gênero na velhice, reinscrevendo os lugares dos homens e das mulheres nessa nova fase da vida e evitando um "perigoso" borrimento da diferenciação sexual. Para afirmar isso, porém, precisamos antes refletir sobre esses papéis de gênero e as transformações que eles sofrem no envelhecimento.

3.2 Entre mulheres e batalhas: porque homem é homem

A construção da masculinidade moderna no ocidente é muito bem apresentado por Mosse (1996). O autor aponta como o ideal de masculinidade modela e é modelado pelos padrões de moralidade e comportamento da época na qual se estabelece, em torno da segunda metade do século XVIII e o início do XIX, na Europa. O próprio conceito de nacionalismo se configura paralelamente ao estereótipo normativo do homem. Um estereótipo positivo, que se encaixa na busca por novos símbolos no período da Revolução Francesa e da ascensão da burguesia. Inclusive, poderíamos dizer que o que chamamos de masculinidade é uma invenção do século XIX, e retrata uma série de atributos desejáveis para a burguesia, como poder, força física, honra, coragem, força de vontade e auto-controle⁶¹, e traz em si uma busca por liberdade, ordem e progresso.

⁶⁰ Há um certo descompasso entre o discurso da medicina, divulgado pela mídia, e a experiência cotidiana dos velhos, que não dão suas próprias respostas a essa potencial degenerificação. Ver Brigeiro, 2000.

⁶¹ Tais atributos já eram valorizados anteriormente; a burguesia, entretanto, se apropria deles, dando outros significados, como o faz com diversos símbolos e comportamentos da aristocracia, conforme visto em Elias (1989).

Uma vez que o homem se torna o padrão de toda a humanidade, a ponto dos dois termos serem usados de forma intercambiável, vários desses atributos se tornam desejáveis (e esperados) para todas as pessoas. A retomada do paradigma grego, que harmoniza ordem e movimento, pode ser relacionada com o momento político vivido na Europa no período: em meio à guerra e à revolução, faz-se necessário manter o controle e o equilíbrio; em meio ao avanço irrefreável da tecnologia e do progresso, busca-se uma fixidez dos valores morais; em meio à homogeneidade da aparência (o vestuário não é mais suficiente para definir a posição social de alguém), a busca pela ordem tem o potencial de re-localização das pessoas na sociedade.

Porém, a idéia que talvez seja mais cara ao estereótipo masculino é o auto-controle; essa é a característica que diferencia o civilizado do selvagem. O homem precisa deixar claro que tem a força para se defender de um possível ataque e, portanto, deve ser temido e respeitado. Entretanto, partir para a agressão física só deve ser feito em último caso, pois o homem de bom caráter não age como um bárbaro, mas sabe se conter. Para Mosse (1996), os duelos explicitam esse equilíbrio força-controle: o homem tem de estar pronto para defender sua honra, mas a violência injustificada pode ser mais vergonhosa do que a ofensa em si. As considerações de Norbert Elias (1989) sobre o processo civilizador, que esconde no âmbito privado atos que passaram a ser considerados imorais ou ofensivos em público, têm uma grande relação com essa ênfase no auto-controle, que se torna presente em quase todas as esferas da vida. O valor que o condicionamento físico recebe nesse período é outro indicativo dessa necessidade de contenção.

A ciência do século XVIII/XIX, com sua ênfase no visível e na construção de "tipos" que homogenizam experiências diferentes num mesmo grupo de pessoas, tem uma forte influência nessa construção do homem. O estereótipo masculino se baseia na imagem do corpo, que se torna um símbolo vivo de como o homem deve ser. A beleza clássica das formas gregas é resgatada como ideal de aparência física, e passa a ser sinônimo de virtude, de forma que é possível afirmar o caráter de uma pessoa apenas olhando para ela; um corpo "desfigurado", ou seja, que escape em qualquer mínimo detalhe ao padrão, é um sinal de degenerescência e, portanto, de exclusão social.

Ainda hoje, o corpo é um marco para o estabelecimento da imagem do homem. Como vimos, a "descoberta" dos hormônios sexuais (pré ou pós-natais) reafirma as características masculinas descrita por Mosse, e ainda as tornam inerentes e imutáveis, por serem "naturais",

biológicas. Para Connell (2005), surge uma "teoria endócrina da masculinidade" (*endocrine theory of masculinity*), que justifica hormonalmente o papel de gênero. Nas palavras da autora (p. 45, tradução livre):

A masculinidade verdadeira é quase sempre pensada como vinda dos corpos dos homens - é inerente ao corpo masculino ou expressa algo sobre o corpo masculino. Ou o corpo dirige e comanda a ação (ex., homens são naturalmente mais agressivos que mulheres; o estupro resulta de um desejo sexual incontrolável ou de uma compulsão inata à violência), ou o corpo limita a ação (ex., homens naturalmente não cuidam das crianças; homossexualidade não é natural e portanto restrita a uma minoria perversa).⁶²

Porém, para localizar a masculinidade no corpo é preciso antes que haja um corpo decididamente masculino, o que implica outro, decididamente feminino. A categoria "homem" é, pois, relacional; só existe um homem porque existe uma mulher, como já vimos. Da mesma forma, os atributos que definem o homem também só existem em comparação com seus respectivos opostos. Assim, a masculinidade hegemônica se estabelece na comparação com o que Mosse (1996) chama de "contra-tipos" (*countertypes*), ou "masculinidades subordinadas" nas palavras de Connell (2005), que são exatamente esses corpos fora do padrão. Assim como na idéia de complementaridade em relação ao feminino - a idéia defendida por Laqueur (2001) da "incomensurabilidade dos sexos", ou seja, masculino e feminino, e tudo que os define como tal, são diametralmente opostos e complementares, nenhuma característica podendo ser compartilhada. Essa diferenciação é apontada por Mosse como uma das bases do racismo na Europa: o preconceito se justifica pela fisionomia não-caucasiana⁶³.

Outras discriminações advêm dessa ênfase na forma. Focando no ponto de interesse do nosso trabalho, o envelhecimento traz um declínio da aparência física. Considerando que os principais atributos da masculinidade são característicos da juventude, e que a própria masculinidade está associada à jovialidade, já que é marcada pela força e destreza necessárias,

⁶² No original: "True masculinity is almost always thought to proceed from men's bodies - to be inherent in a male body or to express something about a male body. Either the body drives and directs action (e.g., men are naturally more aggressive than women; rape results from uncontrollable lust or an innate urge to violence), or the body sets limits to action (e.g., men naturally do not take care of infants; homosexuality is unnatural and therefore confined to a perverse minority).

⁶³ Os termos adotados por Mosse e Connell não são exatamente intercambiáveis. Para Mosse, o *countertype* define todos que fogem ao tipo ideal de homem, sendo o homossexual o mais evidente. Para Connell, a homossexualidade também seria a masculinidade subordinada por excelência. Julgo que a concordância dos autores quanto a isso se dá pela maior proximidade do homossexual com a mulher, o perfeito oposto do homem. Entretanto, Mosse considera judeus, por ex., também um *countertype*, por romper com o tipo de homem ideal; a teoria de Connell é um pouco mais refinada, por considerar, como veremos, que existem diferentes tipos de masculinidade hegemônica, intra- e inter- "grupos" de homens. Assim, para a autora, diferenças étnicas e raciais constituiriam uma "masculinidade marginal", não subordinada, já que não rompe obrigatoriamente com uma masculinidade hegemônica mais geral. A meu ver, o que Connell considera como subordinada é aquela masculinidade que diverge numa performance *de gênero*, estando outros marcadores, como raça, classe ou geração, no campo das masculinidades marginais.

por exemplo, para o desempenho de atividades físicas e para a "arte da guerra", então ficar velho significaria um rompimento com a imagem do homem, e "seus corpos mal-formados seriam em si mesmos um sinal de sua degeneração"⁶⁴ (MOSSE, 1996, p.6, tradução livre). Essa desestabilização da figura masculina na velhice é bastante problemática, e produz uma demanda por estratégias que possibilitem contorná-la, passando por mudança de hábitos e comportamentos, consumo de produtos que sejam capazes de adiar os sinais do envelhecimento, e ainda abre as portas para a medicalização do corpo masculino a partir de certa idade. O objetivo de tais práticas seria manter, ou retornar àquele ideal de homem, íntegro e vigoroso.

Porém, ao pensarmos num ideal de masculinidade, corremos o risco de uma excessiva tipificação, tão generalizante que apagaria diferenças na concepção do que é ser homem. Essa não é uma concepção universal. O que a marca nas camadas populares, por exemplo, não é o mesmo que nas camadas média e alta; a raça é outro marcador interessante. E, como seria fácil concluir a partir da reflexão que venho fazendo sobre o envelhecimento, o que se espera de um homem também muda de acordo com a geração desse homem. Portanto, não podemos dizer que exista uma masculinidade hegemônica apenas, mas diversas masculinidades que competem. Ou, segundo Connell (2005, p. 76, tradução livre), a masculinidade hegemônica seria "a masculinidade que ocupa a posição hegemônica num dado padrão de relações de gênero, uma posição sempre contestável."⁶⁵

A autora defende que essa posição hegemônica visa manter o patriarcado e a dominação sobre a mulher da melhor forma possível numa dada sociedade, e que "quando as condições para a defesa do patriarcado mudam, as bases para a dominação de uma masculinidade particular são corroídas"⁶⁶ (CONNELL, 2005, p. 67, tradução livre). Assim, as mudanças no tecido social resultantes das conquistas feministas e LGBT, que instauram a chamada crise da masculinidade, acabam por formar um novo homem hegemônico, mais "sensível", mais preocupado com sua aparência, mais disposto a dividir tarefas domésticas. Esse novo modelo surge dentro das camadas médias e altas (majoritariamente brancas) e atinge de forma mais crítica aqueles em torno dos 30 anos.

⁶⁴ No original: "Their mis-shapen bodies were in themselves a sign of their degeneration."

⁶⁵ No original: "the masculinity occupies the hegemonic position in a given pattern of gender relations, a position always contestable."

⁶⁶ No original: "When conditions for the defense of patriarchy change, the bases for dominance of a particular masculinity are eroded."

Afirmar que a masculinidade hegemônica muda não significa dizer que ela é completamente diferente da masculinidade anterior. Ribeiro (2011), analisando os discursos sobre esse novo homem a partir da revista *Men's Health*, demonstra que sua masculinidade mantém "ancoragens" nos principais atributos que marcavam o homem "tradicional", como trabalho, carreira, e a atividade sexual. Porém, a meu ver, o fato de que parecem ser as mesmas preocupações aparecerem sob uma nova roupagem já demonstra que algo mudou; ser homem daquele jeito antigo, pelo menos para esse grupo de homens brancos das classes médias urbanas, já não lhes garante os mesmos privilégios, e essas ancoragens parecem mais justificativas para que os homens aceitem a mudança do que indicativos de que a mudança foi incompleta.

É claro que nem todos os homens sentem necessidade de mudar, ou abraçam as mudanças de forma tão pacífica; Ribeiro (2011) demonstra claramente como esse processo é confuso, cheio de idas e vindas, e bem menos óbvio do que os discursos oficiais fazem parecer. Não é como se um "tipo" de homem substituísse o outro, mas sim que algumas características vão sendo lentamente reformuladas, com novas práticas e discursos se misturando a antigas. Mas acredito que desse amálgama emerja um outro padrão, uma nova hegemonia.

Connell (2005), em diversas passagens do seu livro, nos lembra a importância dos heróis para a consolidação da masculinidade. São através desses mitos que os homens são lembrados de quais características e comportamentos um "homem de verdade" deve exibir.

Lembrando que, segundo Vale de Almeida (2000), a masculinidade hegemônica, com todos seus atributos peculiares, é um ideal atingido por poucos, mas desejado por muitos. "[A] forma culturalmente exaltada de masculinidade só corresponde às características de um pequeno número de homens" (p. 150), e se estabelece pela negação das "masculinidades subordinadas" ou "marginais", ou seja, por aqueles homens que de alguma maneira transgridem à regra, cujo exemplo mais crítico seria a homossexualidade. A masculinidade hegemônica ainda pressupõe a heterossexualidade, independente das mudanças no modelo. A homossexualidade é perigosamente próxima do feminino para ser incluída no modelo hegemônico⁶⁷. Assim, seguindo o raciocínio de Connell (2005, p. 79), por mais que praticamente nenhum homem se adapte ao modelo hegemônico, a maioria dos homens seria

⁶⁷ Para uma melhor definição dos paralelos entre o homossexual e a mulher, principalmente em relação à atividade/passividade e sua importância para o ato sexual, ver Fry (1982).

conivente com esse modelo, vivendo na prática uma "relação de cumplicidade com o projeto hegemônico"⁶⁸, e inspirando-se nos heróis masculinos para dar sentido às suas experiências cotidianas.

Para Mosse (1996), o principal herói masculino seria o guerreiro; é a guerra que marca o que poderíamos chamar de masculinidade hegemônica. Não podemos esquecer, entretanto, que a pesquisa de Mosse, por mais que possa ser expandida para todo o Ocidente, se baseia em exemplos da realidade alemã. "[A] nossa discussão sobre masculinidade (...) é delimitada pelas fronteiras geográficas que estabelecemos para nós mesmos. A Alemanha está no centro aqui"⁶⁹ (MOSSE, 1996, p. 14, tradução livre). Algumas especificidades da masculinidade em outras partes do ocidente, principalmente na Europa mediterrânea, são pouco abordadas pelo autor, deixando de lado certas características que me parecem essenciais para uma análise mais profunda dos valores que fundamentam o homem latino e, portanto, o brasileiro⁷⁰.

É notável a ausência da sexualidade na constituição do ideal masculino no trabalho de Mosse; o estereótipo parece se construir ao redor da guerra e da demonstração de força. Pelo contrário, na etnografia de Vale de Almeida (2000) no interior de Portugal, o sexo é fundamental na experiência de seus informantes, senão diretamente, como pano de fundo. A dicotomia homem/atividade/público *versus* mulher/passividade/privado, bastante presente no trabalho do antropólogo, repercute também na vivência da sexualidade, livre para eles, com direito a visitas freqüentes à casas de prostituição, e mais reclusas a elas, vistas por seus maridos quase que exclusivamente para reprodução. A importância do sexo também pode ser vista pelas brincadeiras de cunho sexual, entre os aldeões e envolvendo outras mulheres. Além disso, em várias passagens, os informantes se gabam da quantidade de mulheres por eles seduzidas, e a "predação sexual" é assunto recorrente nas conversas masculinas, sempre tendendo a um exagero sobre as proezas sexuais. Falando sobre "tornar-se homem", o autor compara dados de sua etnografia com referências da literatura inglesa, afirmando: "E sabe-se que a masculinidade anglo-saxônica assenta mais na força física do que no ideal da agressividade sexual" (VALE DE ALMEIDA, 2000, p. 233).

⁶⁸ No original: "relationship of complicity with the hegemonic project".

⁶⁹ No original: "our discussion of manliness (...) is contained by the geographical boundaries we have set for ourselves. Germany is at the center here"

⁷⁰ A utilização do termo "latino" nessa dissertação é feita de forma generalizante, se referindo àqueles que habitam a América Latina, Caribe e o Sul da Europa. Não pretendo, entretanto, ignorar a existência de diversas experiências regionais homogeneizadas pelo termo, nem minimizar sua importância. No que tange a construção da masculinidade, acredito poder traçar paralelos entre essas experiências (assim como entre os ditos "anglo-saxões"), por ora focando nas similaridades em detrimento das diferenças, o que não quer dizer que as últimas não existam.

Em outra etnografia, a de Brigeiro (2000), realizada com homens mais velhos da zona norte carioca, a sexualidade também ocupa um papel de enorme destaque. A mesma lógica das brincadeiras que Vale de Almeida observava em Pardais é feita pelos informantes de Brigeiro. A capacidade de sedução e o número de "casos" amorosos que esses senhores conseguem ostentar é um sinal de prestígio entre eles, assim como afirmações sobre o tamanho do pênis e a possibilidade de se envolver com mulheres mais jovens. Devido à idade desses homens, a necessidade de utilização do Viagra é outro marco de sua sexualidade: aqueles que afirmam prescindir do medicamento gozam de maior respeito, mesmo que suscitem dúvidas quanto à veracidade da afirmação. Talvez mais importante para essa pesquisa seja a negação de que envelhecimento e atividade sexual são incompatíveis, de alguma maneira reiterada por seus informantes. Além disso, há uma idéia muito difundida de que esses jogos de sedução são inerentes à masculinidade, independente da idade e da possibilidade de "chegar às vias de fato".

Assim, me parece que há algo na "moral sexual masculina" do brasileiro que transforma as relações sexuais em "feitos memoráveis, cujo acúmulo determinava [determina] o grau de prestígio de um indivíduo entre seus pares" (CARRARA, 1996, p. 162). O discurso dos médicos nas conferências latino e sul-americanas sobre sífilis e doenças venéreas visto em Carrara (1996) dá a idéia de uma certa expansão dessa cultura na América Latina. O orgulho da atividade sexual também é perceptível em Portugal, como vimos com Vale de Almeida, e na França, segundo Quézel *apud* Carrara. Em contrapartida, os Estados Unidos, talvez pelo forte puritanismo, defende muito mais facilmente a abstinência como maneira de evitar as doenças venéreas, e a ausência da sexualidade na imagem do homem descrita por Mosse (1996) nos dá um indicativo de que a importância do excesso sexual para a masculinidade é pelo menos mais discreta na Alemanha. Por outro lado, a referência à guerra e ao combate constituintes da identidade do homem parecem ser bem menos importantes no homem mediterrâneo/latino.

Apoiado por essas referências bibliográficas, e associando-as a uma imagem de sedutor e conquistador que se construiu no senso-comum sobre o homem latino (o *latin lover*), me parece possível vislumbrar uma diferença entre as masculinidades hegemônicas no ocidente. Porém, dizer que a sexualidade é mais central para os latinos não pressupõe que não o seja absolutamente para os anglo-saxões; aqui, a diferença é mais de grau do que de tipo. Não é à toa que a perda da potência sexual aparece associado à perda do estatuto de homem

também para os norte-americanos entrevistados por Loe (2001) em seu trabalho sobre o uso do Viagra.

3.3 *Macho with benefits*

Nessa perspectiva de masculinidade, ao pensarmos na DE e no DAEM, podemos supor que haveria certa resistência masculina aos diagnósticos, já que, em ambos os casos, estabelece-se uma perda da virilidade. Aqui, devemos entender virilidade como capacidade de ereção e sinônimo de masculinidade. Assim, patologias que poderiam impedir o pleno exercício do ato sexual (reduzido à penetração heterossexual) deveriam ser muito mal recebidas pelos homens. Contudo, é interessante pensar que discursos alternativos são construídos na tentativa de dar sentido à sua própria experiência. Os informantes de Brigeiro (2000), por exemplo, dão outras respostas para o sexo na velhice; para alguns deles, o ato sexual muda, fica mais "calmo", menos "intenso", a penetração deixa de ser o auge da relação, e o sexo oral se torna mais importante e prazeroso, tanto para eles quanto para elas. Mas, sem dúvida, essas não são falas hegemônicas, tanto que apareciam apenas nas entrevistas, e não na frente dos outros. No grupo, as falas e brincadeiras entre eles refazem a redução do sexo à penetração.

Paradoxalmente, é exatamente por ser pressuposta e obrigatória que a potência sexual é o nó que pode ser explorado na sexualidade do homem, e se torna porta de entrada para a sua medicalização. Qualquer problema que ponha em xeque a potência leva ao questionamento da própria masculinidade, do quão "macho" esse indivíduo ainda é apesar dos problemas de ereção. Considerando que "[n]a era do 'progresso' médico, o conhecimento científico e as respostas médicas a problemas são geralmente inquestionáveis como as melhores, mais eficientes e mais legítimas soluções"⁷¹ (LOE, 2001, p. 101, tradução livre), transformar essas angústias em patologias, e levar os homens à busca por cuidados médicos, é de certa forma facilitado.

⁷¹ No original: "In the age of medical 'progress', scientific knowledge and medical answers to problems are generally unquestioned as the best, most efficient, most legitimate solutions"

Não apenas o medo da perda da potência (e, portanto, do estatuto do macho) favorece a busca por auxílio médico, mas, ao associar esse decaimento do macho à idade, facilita-se a entrada médica na sexualidade do homem⁷². Assim, contorna-se a dificuldade inicial de se patologizar a sexualidade de um homem que se apresenta como potente e viril *a priori*. Nessa perspectiva, a terapia de reposição hormonal não é vista como uma tentativa artificial de se “masculinizar” um indivíduo degenerado, como gostaria (e propunha) a medicina do início do século XX, focada no estudo das chamadas “perversões sexuais”, ou a própria gerontologia, com seu discurso de “desgenerificação” da velhice. Nem tampouco se trata de convencer um homem a seguir uma terapêutica até então exclusiva das mulheres, o que provavelmente causaria a resistência de muitos homens. Pelo contrário, a minha sugestão é que, ao invés de “devolver” uma masculinidade perdida, ou afastar a velhice decrépita, o DAEM é um resultado das mudanças que a masculinidade hegemônica e a velhice atravessam. Por um lado, o novo homem deve se preocupar mais com a saúde, já que a invulnerabilidade seria uma característica mais próxima do agora rechaçável homem tradicional. Por outro lado, ignorar o cuidado com a saúde facilitaria, ou aceleraria a chegada da velhice e da doença. No meio desses caminhos, está o homem que receberá o diagnóstico do DAEM.

Mas afinal, por que a sexualidade masculina resistiu tanto a medicalização? Há várias respostas para essa pergunta. Para Hepworth & Featherstone (1999), os corpos masculinos são considerados menos problemáticos por uma ciência feita majoritariamente por homens e tendo o patriarcado como pano de fundo. Além disso, mudanças emocionais e comportamentais em homens são mais facilmente atribuídas a causas externas, visíveis, do que a problemas internos, o oposto do que acontece com as mulheres; ou seja, mantém-se “a velha dualidade que aproxima o masculino da objetividade e da visibilidade, e o feminino da subjetividade e de uma misteriosa invisibilidade” (RUSSO et al, 2009, p. 632). Além disso, a masculinidade parece ser definida muito mais em situações sociais cotidianas, enquanto os “problemas da mulher” encontram ressonância no consultório médico desde a passagem para o modelo de dois sexos proposta por Laqueur (2001), ou seja, desde a invenção do homem e da mulher modernos. Comparando a ginecologia e a andrologia, Rohden (2009, p. 52) argumenta:

⁷² Seguindo a teoria de Fleck (1979), a idéia já estabelecida na cultura popular de velhice como algo negativo e patológico favorece esse caminho. A pesquisa científica na área também é favorecida, levando em consideração as proposições sobre campo científico de Bourdieu (1983) que, nesse panorama, dariam maior legitimidade e autoridade científica ao pesquisador que se debruçasse sobre esse tema.

A ciência dos problemas sexuais masculinos está relacionada com a doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade. É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica.

Portanto, o que pretendo analisar com os dados empíricos dessa pesquisa é que muito mais do que expor a fragilidade do homem que envelhece, disfunções sexuais como a DE e a DAEM cumprem um papel de re-estabilização da imagem do homem num período em que é posta à prova. A "crise da masculinidade" é solucionada pela busca por tecnologia médica, que, para além de "consertar" o pênis que já não funciona como deveria (e, portanto, a própria masculinidade, já que essa é reduzida ao poder penetrativo do órgão genital), ainda traz em si a possibilidade de *enhancement*, de aperfeiçoamento. Por outro lado, a terapia proposta no caso de DAEM - a reposição de testosterona - traz em si uma certa feminilização do homem, uma instabilidade numa idade que já é crítica para a diferenciação sexual; por isso mesmo, tal terapia tem de ser cuidadosamente pensada, driblando essa dificuldade inicial.

É claro que essa visão não é compartilhada por todos os homens; Loe (2001) demonstra como alguns de seus informantes resistem a toda essa medicalização de seus corpos e aos supostos benefícios da "sexo farmacológico", descrevendo o corpo após tomar Viagra como descontrolado e artificial. Entretanto, esses representam a minoria da amostra da autora, e acredito que o mesmo se dê na sociedade como um todo. Ao que parece, os homens não estão muito preocupados em se tornarem alvo de medicalização desde que possam, tomando uma pílula, se tornar super-homens.

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi feita a partir de entrevistas semi-estruturadas com um grupo de médicos urologistas e endocrinologistas que tem o DAEM como objeto de estudo em suas próprias pesquisas. Além disso, esses médicos também clinicam, e afirmam a importância do diagnóstico do DAEM no cotidiano de seus consultórios. A ideia com essa seleção era observar como a patologia é descrita por eles, e quais suas opiniões acerca da controversa terapia de reposição hormonal. Para além disso, a análise das entrevistas possibilita um vislumbre de como a medicina incorpora em suas proposições novos ideais de velhice e masculinidade que surgem na sociedade contemporânea, justificando fenômenos a princípio culturais na própria fisiologia masculina. Em outras palavras, o DAEM aparece nessas entrevistas como um novo avanço da medicalização sobre os corpos dos homens.

Para chegar até meus informantes, comecei com uma busca na Plataforma Lattes (www.lattes.cnpq.br) usando os termos "DAEM" e "Andropausa". Escolhi a Plataforma Lattes na certeza de que interessava mais à pesquisa ouvir o que a Academia postulava a respeito do DAEM. Por mais que o lugar no qual uma doença de fato se estabelece seja na clínica, quando passa a ser definida por um diagnóstico preciso, é no âmbito acadêmico que sua existência e "veracidade" serão comprovadas. Principalmente no caso das ciências médicas, a clínica reproduz as novidades vindas da Universidade, sejam essas novos diagnósticos ou novos medicamentos. Isso parece ser especialmente verdadeiro no caso da medicina sexual.

Faro et al (2010) apontam como os congressos dessa área são utilizados pela indústria farmacêutica para divulgar seus produtos. O convencimento dos clínicos acerca do uso de um novo medicamento e da existência de uma nova doença ou disfunção (necessário para o diagnóstico e a consequente prescrição dos produtos farmacêuticos) teoricamente não poderia ser feito pela própria indústria, que tem claramente um conflito de interesses, ético e/ou legal. Apesar de haver legislações para impedir, ou ao menos tentar regular essa prática, essas são na verdade muito tímidas, e o *lobby* das indústrias é perceptível nos congressos profissionais e espaços de educação continuada, que são frequentemente financiados pelas próprias indústrias. Uma estratégia para tentar mascarar a obviedade da influência do mercado nos avanços da medicina é que a persuasão seja feita por acadêmicos, pelos principais pesquisadores naquela sub-área, que irão "emprestar" sua credibilidade à nova condição e ao

seu tratamento. Ressalto ainda que esses mesmos acadêmicos são muitas vezes ligados à indústria, que os contrata como pesquisadores, consultores, ou financiam suas pesquisas, ou "doam" materiais e equipamentos laboratoriais. O que vários autores têm demonstrado é que os clínicos acompanham as evoluções de seu ofício através das chamadas "descobertas" científicas, levadas até eles principalmente nesses espaços de congressos e da mídia especializada⁷³.

Assim, julguei que para ter uma idéia dos pressupostos do DAEM seria mais interessante abordar os pesquisadores do DAEM, seus reais formuladores, do que os clínicos, que põem em prática esses pressupostos já sob a capa de "verdade", de fato científico, e, portanto, com olhos muito menos críticos. Ouvindo os pesquisadores, contudo, poderia perceber os meandros da construção do DAEM, seus paradoxos, e o jogo político subjacente ao discurso oficial.

Já num primeiro momento é possível perceber a força do termo andropausa em contraste com a fragilidade do DAEM. Ao colocar ambos os termos nas buscas da Plataforma Lattes, encontrei 181 resultados para o primeiro, contra apenas 37 do último⁷⁴. E vários dos currículos selecionados apareciam em ambas as buscas, ou seja, mesmo aqueles que defendem o uso do termo "DAEM", ainda utilizam "andropausa", mesmo que seja em aparições na televisão ou na mídia leiga, ou ainda em títulos de palestras para um público menos especializado.

A intenção com as pesquisas era selecionar os principais nomes envolvidos com a nova disfunção, mas também perceber as diferentes profissões da saúde ou especialidades médicas envolvidas. A grande maioria dos resultados vinham da urologia, como era esperado, e a endocrinologia aparecia como segunda maior especialidade. Em seguida, vinham resultados muito díspares para serem considerados, com poucos pesquisadores isoladamente estudando a andropausa/DAEM, ou com trabalhos pontuais envolvendo a questão, seja na enfermagem, na farmácia, na psicologia ou na nutrição, para citar alguns exemplos. O curioso é que, nesses casos isolados, era muito rara a menção ao DAEM; aqui, parece que a andropausa ainda é largamente utilizada. Por contraste, os currículos dos urologistas não deixam de mencionar o DAEM, mesmo que também apareça uma andropausa aqui ou ali.

⁷³ Para uma discussão mais profunda sobre conflitos de interesses e a relação pesquisadores-indústria farmacêutica, ver Angell (2007), Davidoff et al (2001), Healy (2006), Lakoff (2006) e Oldani (2009).

⁷⁴ Uma vez que o DAEM é uma sigla, esses 37 se referem aos resultados já excluindo outras siglas que também formam DAEM.

Esperava que acontecesse o oposto com os endocrinologistas. Porém, como veremos adiante, essa hipótese não se confirmou. Na prática, os termos ainda são usados de forma quase que intercambiável.

Uma surpresa nessa primeira busca foi a ausência da geriatria/gerontologia. A princípio, esperava que essa fosse uma das especialidades mais presentes, pela idéia de que a andropausa atinge homens velhos. Porém, como vimos, o discurso desses profissionais está bastante defasado em relação a imagem que os velhos (e a sociedade como um todo) fazem do envelhecimento. Além disso, me parece que o DAEM não atinge os mesmos homens para os quais se volta a gerontologia, ainda presa à imagem do velho "vítima de sofrimento" (DEBERT, 1997), e para o qual dificilmente uma disfunção sexual será o principal problema. Portanto, sua ausência torna-se em parte justificada.

Fiz ainda outra busca com o termo "andrologia". Uma vez que vários urologistas e endocrinologistas especializados em questões sexuais masculinas se apresentam também como andrologistas, tal busca teria relevância, principalmente porque a andrologia não é oficialmente considerada uma especialidade médica. Esse é um assunto que voltará a ser discutido no próximo capítulo, mas por ora, basta dizer que surgiram 463 resultados, sendo muitos deles relacionados à pesquisa na área de medicina reprodutiva e reprodução assistida. Reduzindo para os que se relacionavam apenas ao DAEM, sobraram 181 currículos. Vários nomes já presentes nas outras duas pesquisas reapareceram, e mais uma vez, a maioria são urologistas ou endocrinologistas.

Cruzando os resultados das três pesquisas, portanto, cheguei a uma lista de 10 urologistas e 5 endocrinologistas, já demonstrando a prevalência dos primeiros no campo. O primeiro contato foi feito por correio eletrônico, no qual enviei-lhes um convite detalhando os objetivos da pesquisa e explicitando os termos de consentimento informado conforme defendido no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS). Como era esperado, vários *emails* não chegaram a ser respondidos, apesar da insistência. Por fim, da lista original, consegui contatar 3 endocrinologistas e 4 urologistas.

A idéia inicial era fazer um total de 8 entrevistas, sendo 4 de cada especialidade. Para isso, pedi aos endocrinologistas que indicassem outros, e, dessa nova lista, apenas um me respondeu, mas seria o suficiente para fechar os 4 endocrinologistas. Porém, mesmo marcando a entrevista várias vezes, não foi possível entrevistar uma das selecionadas, que teve repetidos compromissos que impediram a entrevista no horário marcado, apesar das

respostas simpáticas e dos pedidos de desculpas e promessas de um novo agendamento. Assim, acabei fazendo 7, e não 8 entrevistas, sendo 4 urologistas e apenas 3 endocrinologistas.

Buscava, sempre que possível, fazer a entrevista pessoalmente, usando um gravador digital para facilitar a futura transcrição. Frente a frente, outras observações mais subjetivas podem ser feitas, como a expressão corporal e as mudanças na fisionomia. Porém, por outro lado, queria ter uma amostra que saísse do eixo Rio de Janeiro - São Paulo. Primeiro porque seria muito limitante se ater a essas duas cidades, e a pesquisa poderia tomar muito mais tempo se fosse necessário esperar a disponibilidade de médicos cariocas e paulistas para participar da pesquisa. Segundo, acreditava ser possível perceber algumas diferenças regionais na construção do DAEM. Essas diferenças acabaram não se comprovando na prática, pois os entrevistados das outras regiões do país parecem bem alinhados com o discurso dos médicos do Sudeste. Aliás, Rio de Janeiro e São Paulo podem ser considerados o epicentro da discussão em torno do DAEM, sendo os locais com a maior concentração de profissionais dedicados ao tema. Fora isso, o Sul tem alguma expressão, aparecendo com a segunda região com maior número de estudiosos do DAEM, expressão essa que tentei expressar ao selecionar meus entrevistados. Porém, como já disse, o discursos dos médicos sulistas também não destoam muito daquele dos seus companheiros do Sudeste. Assim, foi possível confirmar a suspeita de que a diferença está muito mais ligada à especialidade médica do que à região do país.

Diferenças à parte, as entrevistas foram feitas, e das mais diversas formas. Já no convite enviado por correio eletrônico, abria a possibilidade de outras formas de entrevista que não apenas pessoalmente, embora particularmente me esforçasse para conseguir entrevistá-los pessoalmente ou pelo telefone. No fim das contas, acabei utilizando todos os meios que pude pensar, tendo feito entrevistas "ao vivo", por telefone, por comunicadores instantâneos (tanto *Skype* quanto *MSN*) e até mesmo por *email*.

As entrevistas mais ricas sem dúvida eram as feitas pessoalmente (ou pelo *Skype*, onde pode-se ver e ouvir a outra pessoa). Pelo telefone, ao menos era possível ouvir o outro, e adivinhar os motivos de uma pausa longa demais, ou uma rápida hesitação. A entrevista pelo mensageiro *MSN* foi a mais prejudicada, já que as pessoas tendem a dar respostas mais curtas e diretas. Essa entrevista acabou se estendendo muito além do tempo que o médico havia reservado e teve que ser interrompida, felizmente pouco antes do final. A entrevista por

correio eletrônico também não foi tão proveitosa, já que o tempo de resposta impede a espontaneidade das outras formas de comunicação. Ainda assim, o resultado final foi satisfatório, e o objetivo de atingir outros profissionais além dos cariocas e paulistas foi cumprido.

Entre os endocrinologistas, entrevistei dois homens, um em Florianópolis e outro no Rio de Janeiro, e uma mulher, também do Rio de Janeiro. A faixa etária desses profissionais era mais baixa que a dos urologistas, com média de 43 anos. Todos os entrevistados são filiados à Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), e inclusive ocupam ou ocuparam recentemente cargos na entidade a nível nacional e/ou regional.

Entre os urologistas, entrevistei apenas homens. Inclusive, é raro encontrar mulheres nessa especialidade, não aparecendo nenhuma nas seleções feitas no Lattes, nem em indicações feitas pelos colegas. Desses 4 entrevistados, um era do Ceará, outro do Rio Grande do Sul, um de São Paulo e um do Rio de Janeiro. A faixa etária era mais alta, com média em torno dos 50 anos. Como entre os endocrinologistas, todos são filiados à Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e, à exceção do representante cearense, todos fazem parte da *International Society for Sexual Medicine* (ISSM). Como veremos, seus discursos seguem a cartilha internacional da especialidade.

No quadro a seguir, apresento o perfil dos entrevistados de forma mais organizada:

Nomes	Data (2011)	Idade	U.F.	Formação	Especialidade	Forma de entrevista
Alberto	08/06	41	SC	1999	Endócrino	Skype
Edgar	1º/07	49	RS	1991	Uro	Telefone
Felipe	22/07	40	CE	1997	Uro	MSN
José	24/06	N/A	SP	1973	Uro	Ao vivo

Luis	24/11	N/A	RJ	1980	Uro	<i>email</i>
Rodrigo	24/09	35	RJ	2001	Endócrino	Ao vivo
Roberta	10/06	54	RJ	1980	Endócrino	Ao vivo

Em algum momento, pensei em fazer um esquema bola-de-neve, pedindo indicações aos entrevistados sobre outros colegas. Todos foram bastante simpáticos, e esse método foi bem útil entre os endocrinologistas, dos quais tive pouca resposta no primeiro contato (e já eram em menor número). Os urologistas, porém, indicavam uns aos outros, de forma que nenhum nome que já não estivesse na minha lista inicial foi sugerido. Pensando novamente na questão das redes que esses profissionais integram segundo proposto por Latour & Woolgar (1997), não é de se estranhar que eles indicassem outros mais alinhados às suas próprias visões. Além disso, as disfunções sexuais masculinas parecem ser a grande aposta da SBU, e têm mobilizado bastante os urologistas; em contrapartida, a SBEM é bem mais ampla e tem interesses e áreas de influência bem mais diversificados (como as pesquisas sobre diabetes e tireóide, por exemplo). Logo, parece não haver um investimento tão pesado no DAEM quanto há na SBU. O roteiro completo das entrevistas encontra-se no apêndice ao fim da dissertação, mas acredito ser interessante apresentar aqui uma breve descrição do que foi perguntado antes de continuarmos. Optei pela divisão em dois grandes grupos de perguntas, o primeiro relativo à definição do DAEM e o segundo, sobre a terapia de reposição hormonal. Elenquei ainda um terceiro tema, que de certa forma perpassava toda a entrevista, relativo às disputas entre as duas especialidades médicas, e as diferenças nas abordagens dos problemas colocados, que encobriam diferentes concepções de corpo e doença. As questões acerca da definição do DAEM incluíram perguntas sobre os diferentes nomes da doença, o diagnóstico, subdividido em sintomas e exames laboratoriais e a centralidade do sexo nas queixas do paciente. Já em relação ao tratamento, as perguntas versavam sobre a disponibilidade e o acesso ao medicamento, as diferenças entre as formas farmacêuticas, as contra-indicações e as conseqüências para a masculinidade da deficiência de testosterona. Por fim, tentei manter gênero e envelhecimento como eixos transversais, que atravessassem toda a entrevista. O

resultado e a eficiência dessa divisão veremos no próximo capítulo, quando finalmente analisamos as entrevistas.

5 ENTREVISTAS

Todas as entrevistas foram iniciadas da mesma forma, com a mesma pergunta e respostas quase idênticas. Evitei citar o DAEM logo de início, deixando que os médicos o fizessem naturalmente, o que na verdade não ocorreu. Perguntava quais seriam as principais queixas que levam homens a partir dos 40 anos a procurar o consultório do entrevistado, e as respostas invariavelmente apontavam problemas relativos à atividade/performance sexual. Os diagnósticos principalmente citados eram a disfunção erétil (DE) e, em menor grau, a ejaculação precoce. Mas, em todas as entrevistas, os médicos apontavam como principal queixa dos pacientes a queda ou falta de libido⁷⁵, considerada por eles como o principal sintoma de DAEM. Entretanto, a menção à doença em si, seja qual fosse o termo preferido pelo entrevistado, não foi feita *a priori*, dependendo que eu a associasse à queixa da "falta de libido".

Já nesse início apareceram diferenças entre as especialidades. Quando os pacientes vão ao urologista, já têm a suspeita de uma disfunção sexual, já chegam para falar sobre "problemas" nessa esfera. E muitas vezes esse é o primeiro profissional que procuram, uma vez que a urologia se estabeleceu como a especialidade responsável pela saúde sexual masculina. Por outro lado, os pacientes que vão ao endocrinologista são muitas vezes encaminhados por outros médicos, que desconfiam que haja um problema hormonal causando a disfunção sexual. Portanto, no discurso dos endocrinologistas, há muita referência a outras doenças que geram o desequilíbrio hormonal, enquanto os urologistas falam diretamente das disfunções sexuais.

Algumas respostas eram mais completas, englobando o que poderiam ser consideradas diferentes patologias no mesmo rótulo de "disfunção sexual". Como podemos perceber quando Edgar (urologista) relata as queixas trazidas por seus pacientes: "*Basicamente, todas as queixas relacionadas a disfunções sexuais, ou seja, alteração da libido, disfunção erétil, alterações no orgasmo e alteração na ejaculação*". A importância da DE na clínica é reiterada constantemente, principalmente entre os urologistas: "*Bom, depois de 40 anos, assim, é muito comum haver essa queixa de disfunção erétil, uma das queixas mais importantes e mais comuns que têm na área de disfunção sexual*" (José, urologista).

⁷⁵ Para os entrevistados, "libido" é sinônimo de "desejo sexual", e os termos são intercambiáveis.

Vale a pena destacar como a questão é abordada de forma diferente quando o médico é uma mulher. No relato de nossa única entrevistada, os pacientes parecem mais reticentes a falar sobre "questões sexuais" e "libido", e o assunto não surge espontaneamente no consultório. Além disso, quando ela comenta sobre a importância dada à ereção, o faz com certa reserva, sinalizando sua supervalorização por parte dos pacientes, até mais do que os problemas da libido. Nesse ponto, essa entrevista contrasta fortemente com as outras, nas quais há uma relativa obviedade na centralidade da ereção.

"É, bom, no meu caso, eles não trazem isso espontaneamente, não. A gente pergunta como é que tá a questão sexual. É por conta de outras questões que a gente tá tratando deles, como osteoporose, outras patologias, diabetes, que a gente sabe que tem uma relação com a redução dos hormônios sexuais. Mas quando a gente pergunta pra eles como que tá essa questão sexual, o que eles realmente, primeiro lembram é a questão da potência, da ereção, que é o mais assim preocupante, vamos dizer assim, pra eles. Mesmo os que não têm problema ou que, enfim, têm um pequeno problema, achando que pode ser do envelhecimento e tal. Eles valorizam muito essa questão da potência. E a questão do desejo, da libido, já é menos referida, entendeu? Mais a questão da performance, vamos dizer assim, sexual, que é mais referida por eles. (Roberta, endocrinologista).

Podemos ver que já aqui aparece uma referência à idade, e um questionamento do que diferencia a "queda de libido" e, portanto, o DAEM de um processo comum de envelhecimento. Voltaremos mais tarde a essa questão, mas antes vale destacar que é feita uma delimitação etária das disfunções sexuais, algumas mais comuns em uma idade do que outras: "*Sendo que a disfunção erétil e as diminuições da libido estão mais relacionadas ao indivíduo mais idoso, enquanto que as alterações ejaculatórias estão vinculadas mais ao paciente jovem*" (Edgar, urologista). José, outro urologista, também afirma que a DE seja mais característica do indivíduo com mais de 40 anos. Porém, rapidamente acrescenta: "*Se bem que a disfunção erétil é muito comum também no início da vida sexual de **qualquer homem***"⁷⁶. Com esse adendo, o médico corrobora com observações feitas por outros estudiosos de DE⁷⁷. Apesar de fisiologicamente a doença se desenvolver numa idade mais avançada, o sucesso do Viagra expandiu seu uso para além do inicialmente proposto, abrangendo um número consideravelmente maior de homens, independente da idade, ou, nas palavras do urologista, "qualquer homem".

De toda forma, o DAEM propriamente dito não apareceu espontaneamente em nenhuma das entrevistas, à exceção da que foi feita por correio eletrônico. Como tive de elaborar anteriormente as perguntas, tive de perguntar diretamente sobre o DAEM. Em todos

⁷⁶ Todos os destaques em trechos das entrevistas são de minha autoria.

⁷⁷ Ver capítulo 2.

os outros casos, as respostas limitavam-se à "queda de libido", e só falavam de DAEM ou andropausa quando perguntava especificamente sobre a doença.

5.1 Somos todos iguais, porém diferentes

Mesmo assim, não havia dúvida sobre quais profissionais estão mais aptos a diagnosticar e tratar o DAEM. Por mais que e a tendência fosse cada um defender que sua especialidade tem mais gabarito que as outras, a maioria das respostas apontava que "*normalmente o uro e o endócrino*" (Felipe, urologista) são as especialidades médicas mais aptas. Porém, a diplomacia nas respostas não foi muito longe. José (urologista) argumenta que a endocrinologia "*também estaria apta porque é uma especialidade que eventualmente, entende até mais de hormônios do que o próprio urologista, e ela estaria apta a fazer um tratamento*". Mas há um porém que recoloca o urologista como preferencial.

O grande problema que eu vejo no endocrinologista de fazer o tratamento, ou de qualquer outro médico, é que ele não tem essa convicção de controle da próstata como o urologista tem. É por isso que eu acho, honestamente, que essa reposição precisa ser feita ou numa associação do endócrino com o urologista ou então, se for só por uma pessoa, que seja pelo urologista, que tem condições de fazer a monitorização (...) [do] aparecimento de um câncer de próstata. (José, urologista)

Outros médicos defendem que o diagnóstico do DAEM "*não é assim tão simples*", causando "*uma confusão tão grande entre até os próprios especialistas que lidam com isso que se a gente passa isso para um clínico geral, isso daí fica até mais complicado*" (Roberta, endocrinologista). O profissional deveria acompanhar as inovações e descobertas nessa área, o que pode ser difícil. Para o urologista Edgar, "*qualquer médico tem condições de fazer isso, desde que ele se interesse pelo assunto*", mas na prática, "*muitos indivíduos não fazem isso porque não encontram ainda uma segurança, ou seja, ainda são pouco esclarecidos para esse tópico, e aí o indivíduo [o paciente] acaba por não ser tratado adequadamente*".

Se os urologistas tendem a se apresentar como os principais responsáveis pelo DAEM, os três endocrinologistas rapidamente argumentam a importância de sua especialidade, principalmente no que tange o tratamento. É necessária uma reposição hormonal e, portanto, o acompanhamento do endocrinologista não seria essencial? "*Bom, eu como endocrinologista, eu acho que deveria ser isso (risos)*" (Roberta, endocrinologista). Uma diferença interessante

entre as duas especialidades é sutilmente colocada. A urologia cuidaria da "*forma anatômica, cirúrgica da patologia*" (Rodrigo, endocrinologista), enquanto a clínica seria feita pelos endocrinologistas. Vejamos essa questão pela ótica de Alberto, o outro endocrinologista:

quando a gente fala na população como um todo, quando vê a parte da função sexual masculina, lembramos do urologista. Porém, a urologia é uma especialidade eminentemente cirúrgica. Para você se tornar um urologista, faz seis anos de medicina, dois anos de cirurgia geral, e dois anos de urologia. Ou seja, é alguém habituado com Centro Cirúrgico. Não que não tenha prazer em estudar, mas é um perfil diferente do médico clínico. Então, o melhor profissional pra tratar isso é aquele que realmente gosta de estudar, gosta de ter paciência no consultório para conversar com o paciente, para examinar o paciente. É nisso que acreditamos, é isso que ensinamos quando damos as aulas e as conferências pelo Brasil afora falando sobre o assunto. Então, não é que o urologista não possa tratar, pode sim! Porém, tem que ser aquele urologista que tem um perfil clínico, não dá de querer fazer isso como...uma situação simplesmente de preencher o consultório com consultas clínicas.

A diferença clínica/cirurgia parece bem importante nas disputas internas da medicina, e não é à toa que só foi citada pelos endocrinologistas, já que os cirurgiões são historicamente considerados inferiores hierarquicamente aos clínicos. Mais do que isso, nos primórdios da medicina moderna, só eram médicos mesmo os estudiosos do corpo e das doenças; manipular corpos de fato era uma tarefa menor, relegada a indivíduos sem formação e *status* social. Segundo Rohden (2009, p. 57), "[e]nquanto a medicina se tornou uma arte dos clérigos baseada na especulação, a cirurgia veio a ser uma prática reservada aos leigos, que podiam ter contato com os corpos alheios. A separação entre cirurgia e medicina se agrava com o distanciamento dos cirurgiões do ensino médico". E a autora continua, seguindo o raciocínio de Le Breton (1993), e afirma que

os cirurgiões são tratados como trabalhadores manuais. Sua atividade está no plano das artes mecânicas. Nas universidades, os professores leigos são mantidos afastados e não se ensina a cirurgia. Em Paris, em 1350, a Faculdade de Medicina obriga os bacharéis a jurarem jamais proceder a uma cirurgia (p. 102).

Portanto, os cirurgiões demoraram a ser aceitos nas associações médicas, e um resquício desse estigma parece ainda se manter, pelo visto no discurso dos meus entrevistados. Na era pós-Viagra, porém, os urologistas conseguem "sair do Centro Cirúrgico" e se gabaritar através das disfunções sexuais masculinas e da medicina sexual. Mas os endocrinologistas fazem questão de lembrar que eles ainda são "cirurgiões", com pouca experiência clínica, como vemos no relato de Rodrigo (endocrinologista):

Então como o urologista tem um movimento [de pacientes] muito maior, ele acaba fechando mais o diagnóstico, e, se ele não se interessar muito pela parte clínica, a parte de reposição, ele vai encaminhar para a gente. A partir do momento que for

necessária uma prótese, uma doença funcional do órgão dele, a gente retorna para o urologista para fazer esse tratamento.

Não é de se estranhar que haja uma disputa, e mesmo um certo desdém entre especialidades médicas, principalmente no que tange a legitimidade para tratar certas doenças, ou mais ainda, para postular novas teorias médicas. Essas disputas fazem parte da própria dinâmica da ciência e do *status* dos cientistas, dos jogos políticos que envolvem as "descobertas" dessa profissão. Em sua análise da construção dos fatos científicos, Latour e Woolgar (1997) apontam como uma "enunciado" científico, ao ser aceito como um fato, dispensa explicações sobre sua origem; os fatos científicos já plenamente estáveis não precisam mais ser definidos, se tornando "verdades" que são reiteradas a cada nova citação (LATOUR & WOOLGAR, 1997; NUCCI, 2010). Seguindo o raciocínio do autor, a ciência não segue por caminhos necessariamente lógicos, mas é atravessada por várias disputas internas. Os pesquisadores estão envolvidos numa rede de influência mútua na qual o caminho em direção a uma "descoberta" científica tem muito mais de aleatório, de tentativa e erro, do que de raciocínio lógico. Esse caminho inclusive só é possível numa reconstrução posterior da cadeia de eventos que levou ao estabelecimento de uma hipótese num fato. Várias outras possibilidades existiam, mas foram sendo paulatinamente desacreditadas e abandonadas. Para Latour e Woolgar (1997), o que permite que a escolha de um "caminho" como preferencial está associado a questões sociais, à posição de determinados pesquisadores numa rede de legitimidade e credibilidade frente à comunidade científica.

5.1.1 Engrenagens ou fibra ótica?

No campo da medicina sexual e, mais especificamente, nas pesquisas sobre disfunções sexuais, quem ocupa o lugar de maior destaque nessa rede, tendo maior credibilidade para falar sobre o assunto, é a urologia. Esses médicos são considerados hoje os mais aptos para explicar em termos científicos a sexualidade masculina. Como vimos, a urologia é historicamente considerada uma especialidade "menor", por ser cirúrgica, e não clínica; seus investimentos na pesquisa sobre impotência sexual, reformulada na "disfunção erétil" e o lançamento do Viagra, empoderaram os urologistas como os porta-vozes de uma área específica

da medicina até então pouco explorada. Com isso, sua posição na hierarquia inverte-se, e outras especialidades se vêem disputando legitimidade com os antigos "cirurgiões", agora postuladores.

A influência da urologia traz para a sexualidade um olhar mais mecânico, em detrimento da visão mais "holista" do corpo que a clínica exigiria. Assim, ao redefinir a andropausa, os urologistas a reduzem a uma queda da taxa hormonal de testosterona, minimizando questões mais abrangentes como o processo de envelhecimento, seja ele natural ou patológico. Como na disfunção erétil, onde independe a etiologia da doença, mas importa apenas a eficácia do mecanismo de ação do medicamento, para esses profissionais não faz diferença real o que causa a aceleração da queda de testosterona e os impactos disso para o homem, mas apenas o fato, por si só incontestável, de que a reposição hormonal tem efeito, repetindo o movimento (muito bem sucedido do ponto de vista comercial) feito com o Viagra.

Por outro lado, esse deslocamento mais mecanicista não é feito sem resistência. Se o tratamento é reposição hormonal, a endocrinologia se apresenta como a especialidade médica ideal para fazer o acompanhamento terapêutico. Assim, a rede na qual o DAEM se encontra passa a incluir também os endocrinologistas, que se dispõem a disputar com a urologia a credibilidade para falar e propor sobre a patologia. E a entrada desses profissionais acaba por introduzir uma outra visão sobre o corpo e a doença. A endocrinologia, talvez por ser uma especialidade mais claramente clínica, talvez por pressupostos inerentes ao seu objeto de estudos, traz uma visão muito mais integrada do paciente que a dos urologistas. A impressão é que o corpo da urologia é mais fragmentado, enquanto a endocrinologia descreve um corpo mais íntegro, mais completo. Esse aparente "holismo orgânico" parece ser em parte uma consequência da influência da idéia de eixo neuro-endócrino: a metáfora mais adequada para explicar o corpo, para os endocrinologistas, é a metáfora do sistema de informações. Em contrapartida, para os urologistas, o corpo-máquina seria a melhor metáfora⁷⁸.

Por mais sutis que sejam essas diferenças, no campo das disputas políticas elas aparecem de forma mais clara, através da formulação de diferentes "enunciados" e inclusão de novas "modalidades", para usar termos de Latour e Woolgar (1997). A abordagem dos problemas, filtrada por outras concepções do corpo, é significativamente diferente para as duas especialidades. Por consequência, a formulação das hipóteses e o acompanhamento terapêutico também tendem a ser.

⁷⁸ Para uma descrição mais detalhada de metáforas médicas para explicar a fisiologia, ver Martin (2006).

Além disso, outras questões influenciam, ao menos entre meus informantes, essas diferentes abordagens. Como vimos, os endocrinologistas são, em média, mais jovens que os urologistas. Ao menos dois deles nasceram já nos anos 1970 e se graduaram na passagem do século XX para o XXI. Portanto, crescem num mundo já fortemente influenciado pelas mudanças do pós-guerra, pela contra-cultura e pelo feminismo. Por mais tradicionalistas que possam ser as Escolas de Medicina, ao final de 1990, a teoria crítica feminista já teve algumas vitórias, alterando mesmo que superficialmente as concepções de corpo e sexo, e o conceito de "gênero" já tem alguma influência no pensamento biomédico e alguma difusão na sociedade como um todo. Isso explica em parte a preocupação com "o social", com algo que escapa à fisiologia pura e simples, que podemos perceber em seus discursos. São os endocrinologistas que falam num "mito do super-homem", na necessidade de diferenciar sexo e gênero, ou apresentam o DAEM como algo ainda nebuloso, cercado de dúvidas e controvérsias.

Uma outra questão merece ser colocada sobre o grupo de endocrinologistas que entrevistei. Em primeiro lugar, temos aí a única mulher da pesquisa, e as diferenças que isso gera vêm sendo destacadas ao longo de todo esse capítulo. Além disso, em conversa informal após a entrevista, já com o gravador desligado, Rodrigo se assume homossexual, e me conta que ele e mais outros amigos, cerca de 4 endocrinologistas, também gays, costumam assistir juntos aos congressos e seminários da área. Segundo ele, esse grupo seria não apenas uma reunião de amigos, mas tem também um caráter profissional; eles refletem e questionam certos pressupostos da endocrinologia dos quais discordam. Essas discussões, porém, não se transformam em publicações ou numa tomada formal de posição, já que as ciências ditas "duras" não possibilitam nuances em suas teorias, só surgindo um novo modelo teórico quando esse pode substituir um antigo. Além disso, como bem colocado por Bourdieu (1983) e também por Latour e Woolgar (1997), o preço de questionar uma "fato" científico pode ser o total descrédito do pesquisador. Mas acredito ser relevante pensarmos como esse espaço de debate entre amigos influencia a conduta deles nos consultórios, conforme me afirmou o próprio Rodrigo.

A homossexualidade desses médicos é em si uma questão. O endocrinologista lamenta certas posturas homofóbicas por parte de outros médicos, que minimizam a importância de seus trabalhos e atrapalham suas carreiras, rotulando a endocrinologia como uma especialidade "feminina" e "gay", certamente com termos bem mais chulos. Apesar de

Rodrigo não falar abertamente que o outro endocrinologista que entrevistei, Alberto, é também gay, ficou implícito que ele faz parte desse grupo, e foi o próprio Alberto quem indicou Rodrigo para a pesquisa, numa lista com outros profissionais (que não responderam meus convites), todos homens⁷⁹. Suponho, portanto, que esses sejam os médicos que integram a "rede gay" comentada por Rodrigo.

Sem dúvida que a homofobia que sofrem e a própria relação que esses homens têm com seus corpos e sua sexualidade influenciam suas posturas na clínica, principalmente nas questões que envolvem sexo/gênero. Essa influência é bastante perceptível nos relatos que reproduzo nesse capítulo, nos quais os dois médicos resistem o máximo possível à redução do "gênero", construto cultural, ao "sexo", construto biológico. Digo o máximo possível, pois, como veremos mais detalhadamente no final do capítulo, não podem negar completamente a redução sem romper com pressupostos básicos da endocrinologia. Mas são em suas entrevistas que aparecem os principais questionamentos a esses pressupostos, e também onde os fatores não fisiológicos ganham maior importância.

5.1.2 A misteriosa Andrologia

Se a especialidade os divide, uma sub-especialidade os aproxima. Vários de meus informantes se apresentam como "andrologistas", e o conhecimento dessa área seria o que realmente importa para diagnosticar o DAEM. Alberto (endocrinologista) explica que a *"andrologia é uma área clínica, não-cirúrgica, que daí pode ser tanto urologista, como endocrinologista, ou como qualquer outro médico que realmente tenha interesse em estudar a parte masculina"*. Na mesma linha, Luis (urologista) afirma que os melhores profissionais para diagnosticar o DAEM são *"urologistas e endocrinologistas que se dediquem à atenção à andrologia, um ou outro"*. Mas acrescenta que *"só a residência médica em urologia treina para o exercício da andrologia no Brasil. O endocrinologista também tem noções de andrologia, mas não tão especificamente quanto o urologista"*, novamente explicitando a disputa que venho demarcando. Por sua vez, Rodrigo (endocrinologista) lamenta que *"são*

⁷⁹ Curiosamente, quando pedi a Roberta indicação de outros endocrinologistas para as entrevistas, ele indicou mulheres, e não se referiu a nenhum dos homens da lista de Alberto, nem a ele próprio, que ocupa uma posição de relativo destaque na endocrinologia brasileira, principalmente no que envolve o DAEM.

poucos os endócrinos que realizam essa parte de andrologia", que para ele seria "uma sub-especialidade da endocrinologia que mescla muito com a urologia".

A andrologia tem uma história cheia de percalços. Por diversas vezes, em diferentes momentos históricos, houve a tentativa de estabelecer esse campo do saber médico formalmente como uma especialidade, algo como um correspondente masculino da ginecologia. A urologia seria então a especialidade responsável pelo trato urinário, mas as questões que envolvem diretamente o aparelho genital masculino e suas complicações seriam do escopo do andrologista. José de Albuquerque, um sexólogo do início do século, chega a fundar uma cadeira "Andrologia" na Faculdade Nacional de Medicina e passa até a publicar um periódico exclusivamente sobre a andrologia, para divulgar as inovações da área e estabelecer de fato a nova especialidade. Porém, a andrologia parece ter ficado muito associada ao médico, e quando esse se retira da cena pública, a andrologia também desaparece (CARRARA, 1996; ROHDEN, 2009).

Para os meus informantes, porém, a andrologia está bem viva, e cada um deles tem opiniões diferentes sobre o que seria e qual a formação necessária para o título de andrologista. *"Andrologia, teoricamente, é uma sub-especialidade da urologia que lida com disfunções sexuais"*, simplifica Felipe (urologista). José (urologista), porém, se aventura a explicar os limites entre a sub-área andrologia, *"que se especializa exatamente só no aparelho genital"*, e a urologia geral, *"que cuida do aparelho urinário, dos dois sexos, e genital masculino"* Mas conclui que, *"de uma maneira geral, os urologistas fazem as duas especialidades, a andrologia e a urologia geral também"*. Já o urologista Edgar especifica um pouco mais as atribuições do andrologista, dizendo que *"[é] uma especialização (...) dentro da urologia que se envolve com (...) a questão da infertilidade, a questão da reprodução humana, a questão das disfunções sexuais"*, apesar de afirmar que *"é perfeitamente capaz de ser realizada por qualquer urologista com formação básica"*. Mas, nenhum dos três urologistas cita a endocrinologia como também tendo essa sub-especialidade.

Em contraste, para Roberta *"é uma sub-especialidade da endócrino"*, apesar da médica admitir saber que a urologia também tem uma sub-área andrológica. Alberto, também endocrinologista, é o que parecia ter maior conhecimento sobre a andrologia. Ele explica que a Associação Médica Brasileira (AMB) juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM) é que define as especialidades e, assim como Roberta, nos confirma que a

andrologia não figura nessa lista oficial, sendo apenas "*uma especialização, um curso de extensão, uma pós-graduação*" (Rodrigo, endocrinologista). Continuando seu raciocínio, Alberto afirma que tanto a SBU quanto a SBEM têm departamentos de andrologia, "*que cuidam das doenças dessa área*", mas que

o termo andrologista é um termo teoricamente equivocado no Brasil. Pode-se falar que o urologista atende andrologia, que o endocrinologista atende andrologia, mas um andrologista não é um termo regulamentado no Brasil. Não existe uma formação específica para isto. A maioria acaba indo nessa direção por interesse e acaba sendo quase autodidata.

Assim, a formação em andrologia também divide opiniões. Alguns afirmam que num curso básico de urologista e endocrinologista se estuda andrologia, e isso bastaria. Para Alberto, conforme a citação acima, o andrologista seria "quase autodidata". Outros defendem que é necessário mais anos de estudos especificamente nessa área. Felipe (urologista) afirma que "*se usa [o termo andrologista] na prática para tentar dizer o que se faz, mas não existe uma especialização só nisso. O uro é que acaba se dedicando mais a uma coisa ou outra*". Mas ao ser perguntado se ele próprio era andrologista, o médico confirmou que sim, para logo na sequência, refutar. "*Na verdade, não sou um andrologista, faço andrologia, pois para o CRM e para a sociedade de urologia, essa especialidade não existe, então não posso falar que sou andrologista. Sou urologista e faço andrologia*". Não podemos esquecer que o CFM é muito rígido em relação a títulos e a formação dos médicos, e qualquer questionamento é facilmente transformado em exercício ilegal da profissão ou charlatanismo. Assim, pode ser que Felipe tenha ficado receoso em se admitir "andrologista" sabendo que essa não é uma especialidade formal. Outros médicos, porém, não tiveram o mesmo cuidado. Ainda sobre a formação em andrologia, Rodrigo diz que, no Brasil, não existe formalmente, mas internacionalmente, "*o que tem é dentro de pequenas universidades, você tem na Espanha, nos Estados Unidos, Dinamarca, e alguns outros países europeus que eu não sei te falar agora corretamente, onde você tem esse nome, andrologia*". Mais uma vez, Alberto nos dá uma resposta mais completa:

Hoje, existem alguns centros que acabam auxiliando nessa formação para alguns médicos. Então, especificamente na Endocrinologia, temos no Rio de Janeiro, o IEDE, no Hospital Moncorvo Filho. Ele é o único hospital inteiro para Endocrinologia no Brasil, e eles têm um ambulatório especificamente de andrologia. Assim, as pessoas que fazem a formação de endocrinologia no IEDE no Rio, saem com uma base muito boa de andrologia⁸⁰.

⁸⁰ IEDE é a sigla do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia. Atualmente, existem algumas universidades com laboratórios de andrologia, como o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da UERJ e o Hospital Universitário da UFSC, e a Faculdade de Medicina do ABC. A residência médica da UFCSPA em Porto Alegre (RS) possui uma residência

A conclusão que chegamos, portanto, é que a andrologia passa por uma nova tentativa de se estabelecer, talvez impulsionada pelo recente interesse nas disfunções sexuais masculinas. Porém, ainda é envolta de mistérios, e mesmo aqueles que a reivindicam, considerando-se andrologistas, como alguns de nossos entrevistados, têm dificuldade em definir o campo, e acompanham pouco as mudanças que ele atravessa.

5.2 Com vocês, o DAEM

Voltando ao DAEM, como afinal os médicos o descrevem? A confusão acerca da definição da doença torna-se bem clara nas entrevistas ao observarmos a profusão de respostas. Diferentes reuniões de consenso são citadas (um europeu, um norte-americano, um brasileiro; da *Endocrine Society*, da SBU, da SBEM), e os médicos consideram mais válidas (ou a única relevante) aquelas nas quais eles próprios estiveram presentes. Alguns definem a partir dos sintomas, outros dos exames laboratoriais; ora destacam a importância da diferença em relação à menopausa, e afirmam categoricamente que chamar de andropausa é um erro. Por vezes, atentam que a patologia é consequência de outras doenças, ou ainda que é sub-notificada, negligenciada pelos próprios pacientes:

o paciente não se queixa de andropausa, o medico é que tem que estar atento e investigar. E isso pouco é feito ainda hoje, muitos acham que os sintomas fazem parte do envelhecimento normal e não valorizam algumas queixas. Se for investigada, vai ser muito diagnosticada. (Felipe, urologista)

O momento em que a patologia surge também é controverso, "*ela pode aparecer a partir dos 35 anos de idade*" (Rodrigo, endocrinologista), ou "*é muito pouco freqüente antes de 60 anos de idade*" (José, urologista). Roberta, endocrinologista, nos diz que

ainda é bastante controverso, essa questão ainda não tá totalmente elucidada não. Mas o que se sabe é que andropausa, enfim, o nome é inapropriado, porque não há uma pausa, há uma queda progressiva dos hormônios sexuais a partir dos 40 anos, então, vai caindo progressivamente, de acordo com a idade, de forma que há 20% de homens acometidos dos 60 a 69 anos, 30% dos homens de 70 a 79 anos e 50% de homens acima dos 80 anos. Mas ainda há controvérsia.

Mas para José, urologista,

em urologia e andrologia. É difícil saber, porém, em quais casos a andrologia estaria mais relacionada às disfunções sexuais e em quais se refere a questões relativas à reprodução humana assistida.

em torno de 5% dos homens até os 60 anos podem ter uma queda hormonal. Depois dos 60 anos de idade, aí sim, isso pode até chegar a 20% dos homens que podem ter uma deficiência hormonal. O que se sabe é que até 40 anos, 35 a 40 anos de idade, quando o homem tem o topo da...da sua dosagem hormonal, a partir daí, começa a haver uma queda gradual e contínua que vai de 0,5-1% até o final da vida. Mesmo assim, 80% dos homens no final morrem com valores dentro dos valores considerados normais. Por isso que nós achamos que não existe andropausa, existe sim um distúrbio...Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino.

Apesar da insistência que andropausa é um termo ultrapassado, os médicos ainda a utilizam, por uma ou outra justificativa. "O que eu acho relevante é que você consiga estabelecer uma forma compreensiva de contato com o paciente que o faça entender do que se trata a referida situação clínica" (Edgar, urologista). Em conversa informal após a entrevista, um dos médicos comenta que mantém-se o termo andropausa em *papers* e artigos até para facilitar a busca nas bases de dados e bibliotecas digitais, já que andropausa é muito mais difundido do que DAEM. Outro relato, porém, é mais incisivo ao defender o DAEM em detrimento da andropausa, afirmando que o último termo "[s]ó é ainda utilizado por quem quer abreviar a referência a ele, por quem pretende fazer uso sensacionalista do termo e por quem não se incomoda em utilizar a norma culta da linguagem" (Luis, urologista).

Ainda na discussão sobre qual o nome mais "correto", a endocrinologista Roberta responde:

Olha, tem um termo que o endócrino usa que se chama hipogonadismo masculino tardio. (...) Os urologistas gostam do DAEM, que é Deficiência Androgênica associada ao Envelhecimento, mas são nomes, assim, muito grandes, não têm o mesmo impacto que andropausa, então, meio que pegou andropausa. Não tem um nome assim, melhor, vamos dizer assim.

Apesar do que diz a médica, "hipogonadismo masculino tardio" também parece que não "pegou", nem entre os endocrinologistas: "quando a gente fala de hipogonadismo, a gente acaba lembrando de certas patologias, como Klinefelter, doenças testiculares, e uma coisa mais pontual (...), [que] não vem incidindo aos poucos no homem [como o DAEM faz]" (Rodrigo, endocrinologista).

Aliás, no mesmo período em que fazia as entrevistas, o próprio estatuto de patologia do DAEM foi questionado. Quem nos explica essa história é Alberto (endocrinologista):

diga-se de passagem, essa semana [o DAEM] foi contestado nos Estados Unidos no Congresso da Endocrine Society. O Handelsman, pesquisador australiano, apresentou o trabalho dele feito na Austrália. Ele questionou o que o Massachusetts Male Aging Study tinha mostrado, que a partir dos 40 anos temos um declínio progressivo independente de doença. Ele mostrou que o vínculo com doenças parece que é mais evidente do que com a idade. O que ele quis dizer? Apesar do número de pacientes estudados por ele não ser tão grande, a queda hormonal foi

mais evidente entre as pessoas com alguma co-morbidade - diabetes, obesidade - do que particularmente numa população sadia⁸¹.

Roberta e Rodrigo, os outros endocrinologistas entrevistados, fazem coro a Alberto (ou melhor, a Handelsman), e dizem mais. Para sua especialidade médica, essa não é uma grande surpresa, já que estão acostumados a tratar pacientes com alterações nas taxas de outros hormônios, mas que influenciam também a testosterona. Vários pacientes hipogonádicos que são encaminhados aos seus consultórios têm sua testosterona alterada devido a outras doenças, e não pelo DAEM. Entretanto, isso parece não ser levado em conta pelos urologistas, que não citam o trabalho do pesquisador australiano, e, quando perguntados sobre a hipótese defendida por ele, simplesmente a desacreditam.

5.2.1 Sintomatologia: "não dói, não arde, não coça"

As controvérsias não param por aí. Os sintomas descritos pelos médicos também variam bastante. O denominador comum é a queda da libido; todos os entrevistados apresentam a perda do desejo sexual como sintoma de DAEM. Problemas de ereção também são sempre citados, apesar de haver algumas nuances. Para Rodrigo (endocrinologista), a perda da ereção matinal é anterior à incapacidade de ter/manter uma ereção num contexto sexual. Já Edgar (urologista) destaca um fator mais "social", que poderia se misturar aos sintomas. *"Às vezes, o paciente tem problemas conjugais, e aí nós temos uma confusão, muitas vezes, de sintomas, que podem lembrar, eventualmente, alterações psicológicas relacionadas ao momento que ele está vivendo"*. A confusão entre os sintomas de DAEM e problemas conjugais também é citada pelo urologista José, que apresenta uma longa e complicada relação entre a menopausa e o DAEM afetando a conjugalidade, na qual não fica muito claro o que influencia o que:

⁸¹ O Massachusetts Male Aging Study (MMAS) é a principal referência citada para justificar a existência do DAEM, como podemos ver na principal revisão bibliográfica feita no Brasil sobre a patologia, a de Bonaccorsi (2001). É a partir dos dados do MMAS, acrescidos obviamente de pesquisas mais recentes, que o autor faz seu levantamento, no qual se estabelecem a sintomatologia, os exames laboratoriais necessários para o diagnóstico, o tratamento e suas contraindicações, além de uma mínima discussão sobre o estatuto patológico do DAEM frente ao processo considerado normal de envelhecimento. O artigo de Bonaccorsi podia ser citado em numerosas passagens ao longo desse capítulo, haja visto que o discurso dos entrevistados é uma repetição mais ou menos sistematizada dessa revisão. Ironicamente, Bonaccorsi é endocrinologista mas os entrevistados que transformam suas hipóteses e questionamentos em verdades absolutas são os urologistas.

Veja bem, quando isso ocorre num indivíduo relativamente jovem, vamos supor, (...) entre 40 e 60 anos de idade⁸², o indivíduo geralmente procura o médico porque até a companheira, ou a esposa, começa a questionar porquê ele está com tão pouco desejo, com uma libido tão baixa, né. Geralmente, a companheira ou esposa pensa que ele tem alguma outra mulher. Mas, na verdade, então isso estimula o indivíduo a procurar o urologista. Nesses casos, a companheira também não está na fase de menopausa. Quando o indivíduo está na faixa entre 50, 60 anos, e que existe também a menopausa, existe sim um grande problema porque, de repente, os dois perdem a libido. Então, pode até ser considerada uma coisa normal (...) quando os dois perdem a libido e diminui a frequência sexual, é considerado (...) um processo normal de envelhecimento. Mas o que a gente tem notado, como eu disse, apenas 5% até 60 anos de idade, dos homens, em média, tem distúrbio hormonal (...). É normal que a mulher entre 48 e 52 anos⁸³ entre na menopausa, e uma das coisas muito comuns na menopausa é a queda da libido (...). E a queda da libido faz com que comece a haver certo desentendimento nesses casais. Então, entre 50 e 60 anos, é muito comum a gente ter paciente que tem a libido normal, mas a esposa não tem a libido, então é uma das queixas que gera a vinda ao consultório do urologista. Então, o que nota-se é isso. Agora, quando a paciente tem uma libido normal, e o homem está com a libido baixa, aí sim, se você tratar, você vai realmente harmonizar a relação desse casal. Agora, quando a paciente tem uma libido baixa, por causa da menopausa, e o paciente está normal, é que começa a haver disfunções. Então, o indivíduo começa até a ter queda da libido porque ele vai ter relação com a esposa, ela não quer, ela não quer, isso e aquilo, isso faz com que ele acabe se retraindo, e de repente isso faz com que ele tenha uma diminuição da libido.

A partir desse relato, podemos nos questionar se a queda de libido é ou não um sintoma de DAEM, já que o desinteresse da parceira pelo sexo é capaz de gerar no homem uma queda de libido. Começo a me questionar se a "queda de libido" é causada por baixos índices de testosterona ou simplesmente por não ter relações sexuais quando desejado, o que, sem dúvida, transformaria a maioria dos adolescentes em hipogonádicos. Ironias à parte, nesse trecho fica bem claro o deslizamento desses médicos entre problemas "sociais" e biológicos: seria o desinteresse pelo sexo uma consequência da meno/andropausa ou de problemas conjugais? Essa possibilidade nem é pensada pelo urologista, que prefere defender a absurda teoria de que a queda da libido de um cônjuge seja capaz de por si só produzir o mesmo efeito (um efeito fisiológico, veja bem!) no parceiro.

Continuando a extensa sintomatologia do DAEM, os fatores não-sexuais são mais diversificados, e incluem fraqueza muscular, cansaço (generalizado ou só no início da noite), perda de tônus muscular, desmineralização óssea, aumento da pressão arterial e problemas cardiovasculares, redução de pêlos corporais, aumento da gordura corporal e obesidade central, problemas de sono e fadiga crônica. Tais sintomas, entretanto, não aparecem todos em

⁸² É interessante notar que para José, o mais velho de nossos entrevistados, os limites da juventude são bem amplos, englobando o que outros consideram meia-idade ou velhice já.

⁸³ É interessante notar como a menopausa apresenta uma delimitação bem menor do que os flutuantes limites do seu correspondente masculino.

todas as entrevistas, mas são citados aleatoriamente pelos entrevistados, inclusive em momentos diferentes. Mais confusos são os sintomas considerados por eles como "psíquicos"; entre esses, o consenso é a depressão, que figura entre as "alterações psicológicas" da citação de Edgar reproduzida acima, e é apontada como um dos mais graves sintomas na maioria das entrevistas. À ela, somam-se outros sintomas pouco específicos, como alterações de humor, desânimo, apatia, problemas cognitivos, diminuição da vitalidade e irritabilidade⁸⁴. O problema é que muitos desses sintomas são esperados em (senão característicos de) indivíduos mais velhos, "*são sintomas que cursam geralmente com o envelhecimento, então é um pouco difícil de você avaliar e também, como é controverso, qual é o impacto que vai ter isso sobre a saúde do homem?*" (Roberta, endocrinologista).

A pergunta de Roberta toca no cerne do problema. Mas, de toda forma, para que o diagnóstico possa ser feito sem dúvidas, é necessária uma conjunção desses sintomas com exames laboratoriais. E os sintomas tem de ser apresentados pelos pacientes como queixas, apesar de, lembrando um trecho já citado da entrevista com o urologista Felipe, "*o paciente não se queixa de andropausa*", ou ainda, segundo o mesmo médico, "*o paciente não procura consulta pela andropausa*". Ainda assim, "*[i]ndependente do Consenso Europeu, independente do Consenso Norte-Americano, ou do Consenso Brasileiro, o diagnóstico sempre é clínico e laboratorial*", nos lembra o endocrinologista Alberto. Tornamos a entrar num terreno pantanoso. Não há um teste que meça diretamente a testosterona sérica, ou seja, a testosterona livre na corrente sanguínea. E, mesmo quando essa dificuldade é driblada, o "ponto de corte", o valor abaixo do qual considera-se que o indivíduo está hipogonádico, também não é consensual. Mas antes, falemos um pouco dos testes laboratoriais.

5.2.2 Dois pesos, duas medidas

Medir a testosterona que circula na corrente sanguínea não é uma tarefa simples. Na ausência de um teste confiável para mensurar os níveis séricos do hormônio, recorre-se a um cálculo indireto. O processo começa com a dosagem de testosterona total, considerada um

⁸⁴ É curioso notar que todas essas "alterações" são consideradas sintomas da própria depressão. Considerando que a depressão em si pode ser vista como um sintoma de outras patologias, fica difícil decidir qual seria de fato a doença em questão.

primeiro parâmetro. Tendo esse valor, mede-se também a SHBG e a albumina, que são proteínas às quais os hormônios sexuais se ligam. Utilizando-se a Fórmula de Vermeulen⁸⁵, chega-se ao valor da testosterona livre calculada, confirmando o diagnóstico de hipogonadismo. Nesse teste, o valor de corte seria de 7,5, segundo Rodrigo (endocrinologista). Existem outros métodos, como a dosagem do padrão-ouro, um método caro e feito por poucos laboratórios, logo, pouco usado por meus informantes. A dosagem de testosterona por radioimunoensaio é outro método ainda disponível, porém é considerado, inclusive internacionalmente, um método falho e pouco seguro, portanto, substituído pelo cálculo da testosterona livre conforme descrito acima (BONACCORSI, 2001). A preferência a um teste em detrimento de outro, e a especificidade de um teste para uma determinada substância são essenciais para a legitimidade de uma "descoberta" científica, como bem demonstrado por Latour e Woolgar (1997). Assim, no caso do DAEM, esbarramos em outro ponto passível de questionamento, a ausência de um teste que meça diretamente a deficiência androgênica do paciente.

Confiando ou não nos testes disponíveis, uma baixa dosagem de testosterona total chama a atenção dos entrevistados e os fazem recorrer aos outros testes. Mas o valor considerado preocupante não é consensual, como quase tudo acerca do DAEM. Primeiramente, todos concordam que haja uma diminuição normal, não patológica, dos níveis de testosterona a partir de uma certa idade. Como vimos, essa idade não é a mesma para todos; apesar disso, os entrevistados se referem a uma tabela com os valores esperados em cada faixa etária⁸⁶, e a queda considerada normal parece ser de 1% ao ano. Mas qual o nível considerado baixo demais? "*A taxa seria testosterona total menor de 250 [ng/dL], ou com sintomas evidentes e testosterona entre 250 e 350*" (Felipe, urologista). Porém, para o endocrinologista Alberto, apenas "*o paciente que tem uma testosterona total abaixo de 300ng/dL merece uma avaliação mais adequada*", assim como para o também endocrinologista Rodrigo e para o urologista Edgar, que vai um pouco além:

⁸⁵ A Fórmula de Vermeulen é um cálculo complexo para determinar indiretamente a testosterona biodisponível. A testosterona circula na corrente sanguínea ligada não-especificamente à albumina e especificamente à globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG, na sigla em inglês) e, em menor porcentagem, circula livre, não-ligada. A fração biodisponível, ou seja, a que está disponível para exercer os efeitos fisiológicos do hormônio, seria a fração livre mais a fração ligada à albumina. Porém, essa biodisponibilidade seria apenas parcial, já que, a nível celular, pode ocorrer tanto a dissociação do complexo testosterona-SHBG, como a conversão de pró-hormônios inativos em moléculas ativas do hormônio, disponibilizando mais testosterona. Apesar disso, a fração biodisponível é considerada a mais fiel para medir os níveis de hormônio no plasma em situações clínicas. Para uma explicação mais detalhada, ver Vermeulen et al. (1999).

⁸⁶ Na verdade, apenas um dos entrevistados, o endocrinologista Rodrigo, se refere a essa tabela, que julgo ser a Escala de Sintomas do Envelhecimento Masculino (*Aging Male's Symptoms Scale - AMS*), citado por Bonaccorsi (2001) e Rohden (2011), já que essa parece ser a mais utilizada. Uma revisão sobre a escala AMS pode ser vista em Heinemann et al (2003).

níveis de testosterona total abaixo de 300ng, acho que é um excelente candidato para a reposição hormonal. Quando ele tiver valores de testosterona acima de 400, eu fico muito...em dúvida em categorizar ele com um hipogonadismo. Entre 300 e 400 de testosterona total, e se os sintomas forem relevantes, a reposição deve ser contemplada.

A avaliação desse ponto crítico pode não ser tão óbvia, ganhando contornos mais subjetivos na clínica, como vemos pelo relato a seguir:

essa queda pode ser muito relativa; se você já tem um paciente (...) há muitos anos, e ele tem (...) uma dosagem de testosterona de 550ng/mL. (...) esse indivíduo com a queixa, alguns anos depois, queixas típicas de hipogonadismo, ou, eventualmente, de depressão, você tem uma (...) dosagem hormonal de 330, por exemplo, sendo que o normal seria talvez entre 300 e 800ng. Então, muito provavelmente, a queda desse indivíduo foi muito maior do que a queda esperada no envelhecimento, ou num processo natural. Nesse caso sim, apesar dele estar dentro dos valores normais, dentro dos parâmetros considerados normais, mas, especificamente para esse indivíduo, é provável que ele tenha uma queda hormonal. Então, nesse caso, você, conhecendo o paciente, você está autorizado a fazer o diagnóstico então de um hipogonadismo muito provável...como se diz, assim, proporcional ou relativo a ele mesmo, não em termos absolutos. (José, urologista)

Na revisão de Bonaccorsi (2001), porém, o valor de corte deveria ser de 350ng/dL. Aqui percebemos a tendência atual da biomedicina de "baixar" os valores limítrofes das patologias, como feito com o índice de massa corporal, a hipertensão arterial ou a glicemia. Essa manobra possibilita a inclusão de mais indivíduos no rótulo de doentes, e cria uma etapa intermediária entre o normal e o patológico, uma "pré-doença", como veremos a seguir.

Além disso, um valor baixo de testosterona total, ou mesmo de testosterona livre calculada, não é suficiente para o diagnóstico. Tanto Roberta (endocrinologista) quanto José (urologista) destacam que devem ser feitas mais de uma dosagem para confirmar a deficiência, já que uma série de doenças podem variar temporariamente os níveis do hormônio. E todos os entrevistados faziam questão de reafirmar que não adianta apenas a medição da testosterona se o paciente não relata queixas. Isso suscita algumas reflexões.

A biomedicina atualmente tende a considerar como patologias o que poderiam ser considerados apenas sintomas, ou "pré-doenças". É o caso da hipertensão arterial, da glicemia alta ou do sobrepeso, ou mesmo da depressão. São condições, ou estados que apontam para um futuro problema de saúde, ou que desencadearão o desenvolvimento de uma patologia, ou são sintomas de outras doenças. Entretanto, são tratados como um agravo de saúde em si. Essa passagem de "sintoma/condição" para "patologia" parece não acontecer com o DAEM; uma taxa de testosterona baixa nada mais é que uma deficiência androgênica. Diferente do índice de massa corporal ou de uma pressão elevada, contudo, o resultado laboratorial confirmando a deficiência hormonal não configura DAEM, havendo ainda a dependência de

um relato mais ou menos estruturado dos sintomas pelo paciente para "fechar" o diagnóstico. Pode ser que esse seja um fato isolado, sem grande significado para o estabelecimento da doença. Entretanto, o destaque como mais uma característica diferencial do DAEM.

5.3 É a idade chegando

A conclusão que podemos chegar a partir dos relatos é que o diagnóstico do DAEM é confuso e cheio de condicionantes, mesmo para os especialistas no assunto, fato constantemente repetido pela endocrinologista Roberta. Em diversos momentos, a patologia se confunde com um envelhecimento "natural". Como venho repetindo várias vezes ao longo da dissertação, vivemos um período de mudança de representações sociais acerca da velhice. O que poderíamos chamar de velho "tradicional" é um indivíduo assexuado, tão dependente dos outros e tão doente que o sexo tem pouco espaço em sua vida. Se a própria prática sexual é negligenciada, disfunções sexuais são também pouco importantes, ou minimizadas por "problemas mais sérios". A invenção da terceira idade e o ideal do velho ativo e saudável possibilita a atividade sexual desses senhores, como se subitamente os velhos tivessem (re)descoberto o sexo, e, portanto, a preocupação com sua saúde sexual passa a figurar entre os principais problemas do "novo" velho. Como vimos, a terceira idade demanda valores da juventude, e a masculinidade hegemônica supervaloriza a "predação sexual", para usar um termo de Vale de Almeida (2000). Nesse panorama, não é de se espantar que um conjunto de sintomas até então vistos como parte do envelhecimento sejam patologizados, em especial, sintomas sexuais. Isso pode explicar a dificuldade que os próprios médicos sentiram quando lhes pedi que diferenciassem o DAEM, o patológico, do envelhecimento natural, o normal⁸⁷.

Nenhum dos médicos é capaz de dizer claramente, sucintamente, o que diferencia o processo normal do patológico. Tornam a repetir os níveis críticos de testosterona, a importância dos resultados laboratoriais ou as queixas do paciente, argumentando que, se os pacientes se sentem incomodados, isso por si só justifica a condição patológica. Como vimos

⁸⁷ Nesse ponto, vale a pena lembrar, como Canguilhem (2009) no seu livro clássico "O Normal e o Patológico", que a medicina tem uma enorme dificuldade em definir os limites da "normalidade" e da "doença", carente como é de uma definição clara do que configura um estado patológico. Com o DAEM não seria diferente, principalmente se considerarmos que esse personagem do "homem de meia-idade" das camadas médias urbanas está ainda num processo de construção, não plenamente estabelecido.

no capítulo 2, porém, em nossa sociedade, as pessoas tendem a buscar a biomedicina como resposta a todas as angústias, como um dia o fizemos com a religião. Portanto, esse não me parece um argumento muito sólido. Porém, as transformações no que caracteriza o velho ficam bem visíveis em suas respostas, especialmente no relato a seguir:

*tem-se mesmo uma modificação no comportamento sexual dos homens envelhecidos, que os transforma em indivíduos mais calmos, pacientes, tolerantes e resilientes. Testosterona também está associada à agressividade masculina. Estes homens, não doentes, mas maduros, são capazes de aproveitar mais do sexo do que quando eram mais jovens, e muitas mulheres, mesmo as mais jovens, os preferem, porque eles costumam ser mais eficazes em fazê-las aproveitar o melhor da sua própria sexualidade. A ansiedade do desempenho se reduz, o que melhora o proveito do sexo. Se há transtornos que impedem o bom aproveitamento da sexualidade na maturidade, estes devem originar uma investigação das causas, entre elas o DAEM. **Sexo ruim não é característica do envelhecimento, pelo contrário.** (Luis, urologista).*

Nesse trecho, percebemos que as expectativas do sexo na velhice mudaram radicalmente; se antes eram assexuados, ou considerados devassos quando mantinham a intenção de uma vida sexual ativa, agora o sexo é até melhor do que na juventude. O DAEM cumpre um papel de normatização dessa nova experiência de velhice, já que transforma em "doentes" os homens que permanecem naquela atitude anterior em relação ao sexo. Além disso, a patologia também depende do discurso do "novo" homem, que deve se submeter mais aos cuidados médicos. Por vezes, a defesa desse novo estatuto da velhice é tão veemente que chega a ganhar ares militantes:

*Exatamente, mas essa é a grande questão, você não entender que isso seja um fenômeno eminentemente vinculado com o envelhecimento. Porque se você atribui a todas as pessoas estas manifestações como sendo uma decorrência da idade, aí você vai considerar que todo homem, depois de uma certa faixa etária, deve aceitar isso como uma situação normal, e muitas vezes não é. Muitas vezes não é. Ou seja...o papel da testosterona na fisiologia masculina é extremamente relevante. Ou seja, eu não posso aceitar que um indivíduo com 60 anos de idade tenha o direito, entre aspas, de ter níveis menores de testosterona do que um indivíduo mais jovem, e que isso seja entendido como sendo uma coisa que deve ser aceita por ele como uma condição normal. Ou seja...eu tenho essa visão crítica, né? **Eu acho que um homem, mesmo aos 60 anos de idade, tem o direito de ter níveis de testosterona similares aos um indivíduo mais jovem.** (Edgar, urologista)*

Na etnografia de Brigeiro (2000), o sexo na velhice também aparece dotado de uma série de vantagens frente ao sexo na juventude. Porém, o pesquisador analisa os relatos dos próprios idosos, e é de se esperar que eles descrevessem a sua própria performance sexual como superior. O que chama a atenção nos dois trechos citados acima é que essa reformulação do sexo é feita pelos médicos, dando um ar de "cientificidade" à questão. Não

podemos esquecer, porém, que os dois urologistas têm a mesma faixa etária dos pacientes a que se referem, e eles próprios poderiam ser considerados hipogonádicos em potencial.

Em uma única entrevista a questão do envelhecimento foi considerada secundária, eclipsada por considerações acerca da masculinidade. Talvez por ser a única entrevistada do sexo feminino, a endocrinologista Roberta pontua em diversos momentos da entrevista a excessiva preocupação masculina com a performance sexual. Mesmo quando perguntada sobre a questão velhice normal *versus* velhice patológica (DAEM), a médica responde:

Não vejo o homem muito preocupado com o envelhecimento. Vejo ele preocupado com a masculinidade, com o papel de macho, de ficar, vamos dizer assim, inerte sexualmente (...) É diferente da mulher, que tem aquela questão da beleza, da pele, do cabelo...O homem não se preocupa com essas coisas, ele quer é continuar desempenhando o papel de macho. Então, envelhecimento, em termos assim, estéticos, físicos...acho que não tem problema, não.

Se antes nos deparamos com novas representações de masculinidade, aqui temos resquícios do homem mais "tradicional", que não se preocupa com "questões da beleza". Os pacientes do endocrinologista Rodrigo, entretanto, estariam mais alinhados às novas masculinidades, preocupados sim com questões estéticas, chegando inclusive a buscar ajuda médica ao perceber mudanças no seu corpo. *"Ele tinha uma performance muscular grande, um tônus muscular importante, ele acha que precisa manter, e diminuiu, ele julga aquilo ser testosterona...na maioria, a testosterona tá normal, e tem uma perda normal da idade mesmo"*. Esses homens não aceitam, como defendido pelo urologista Edgar, a perda de atributos joviais que caracterizaria o avançar da idade, e procuram o consultório médico para tentar reverter esse quadro.

Rodrigo traz um relato bastante interessante acerca dessas questões sobre envelhecer. No trecho a seguir, percebemos como o DAEM não se direciona para os que sofrem da "velhice avançada", dos problemas da velhice, mas sim para homens que estão numa etapa anterior da vida, que querem continuar ativos ou retomar a "energia" perdida.

Você quer começar com 90 anos de idade, não (...) o que você vai querer é uma população onde iniciou a queixa, 50, 60, 70 anos de idade, onde nós vemos hoje em dia todos estão muito bem ativos, ainda trabalhando, praticando exercício, participando de maratonas. E tentar lembrar que esse remédio não é para quem faz isso, é para quem não faz maratona, quem tem a vida em casa, normal, trabalho, casa, vida pessoal, sim, pode ter benefícios do medicamento, não para a parte estética ou de bem-estar pessoal só. (Rodrigo, endocrinologista)

5.4 O homem-vítima

Mas, em linhas gerais, o que leva os homens, novos ou tradicionais, a procurar ajuda médica é a performance sexual. Isso é especialmente verdade no caso dos urologistas, os quais são procurados pelos seus pacientes já visando um atendimento à questão sexual, que seria o "*elemento principal que está vinculado ao indivíduo procurando este profissional. A questão é esclarecer (...) que a testosterona tem uma vinculação com uma série de entidades clínicas outras, não necessariamente afetando a questão sexual*" (Edgar, urologista). José, outro urologista, acrescenta ainda que "*se fosse apenas cansaço, outras coisas assim, não ligadas à área sexual, não ligadas à libido, é provável que ele procurasse um clínico geral, ou até um cardiologista*".

Considerando que todos os entrevistados possuem um consultório privado, por mais que alguns trabalhem também no SUS, a realidade dos pacientes que eles descrevem é a classe média de grandes centros urbanos. Isso significa que, muitas vezes, seus pacientes já dispõem de certas informações sobre sua condição antes de procurá-los. É exatamente a suspeita de estar doente, um pré-diagnóstico leigo, por assim dizer, que o leva ao consultório. "*Quanto mais instruído ele, melhor a adesão*" (Rodrigo, endocrinologista). Seguindo o raciocínio de Boltanski (2004), esses pacientes possuem um *habitus* de classe que, ao mesmo tempo em que aumenta sua "capacidade médica", aumenta também sua "necessidade médica", fazendo com que possam, de forma limitada, substituir a figura do médico. Claro que os próprios médicos reagem a isso, codificando seus conhecimentos de forma a garantir a exclusividade de seu ofício, através do uso de termos muito técnicos, por exemplo. Com isso, buscam um ótimo na relação médico-paciente, que facilite a descrição das "sensações mórbidas" do paciente no vocabulário médico, mas garanta que a palavra final ainda seja restrita aos médicos. Com a *internet* e divulgação dos avanços da medicina na mídia leiga, contudo, essa questão ganha outros contornos. Rodrigo (endocrinologista) argumenta sobre as razões dos homens para buscar auxílio médico:

Isso vai muito da classe social, do perfil do paciente, né? A maioria vem realmente por queixas da disfunção sexual dele, mas alguns vão buscar informação na internet ou livros ou alguns amigos, ele vêem que aquele cansaço, a adinamia dele, a prostração, a perda de massa muscular, podem vir de uma falta de hormônio.

De uma maneira geral, todos os entrevistados são críticos ao hábito masculino de procurar o consultório apenas quando a performance sexual é afetada. "*Na realidade, o*

homem em geral não se preocupa com a saúde" (Alberto, endocrinologista). Destacam, entre outras coisas, que diversas doenças afetam a taxa hormonal e a capacidade de ereção, e muitas vezes, os homens só descobrem que sofrem dessas doenças quando os sintomas afetam a libido ou a ereção, tendo ignorado os outros sintomas até então. Nas palavras de Alberto, *"10% dos pacientes com DE podem ser diabéticos, e não sabiam que eram diabéticos, e só procuraram o médico porque começou a DE. Ele já poderia ter outros sintomas do diabetes e não dava atenção"*. Na tentativa de explicitar as razões dessa "negligência", alguns de meus informantes reproduzem um discurso que cresceu bastante na última década, se difundido com enorme aceitação na mídia, em documentos oficiais do Governo, na clínica e na Academia, tanto nas ciências biológicas quanto nas humanas, tanto nacional quanto internacionalmente. Segundo esse discurso, o homem é uma vítima do próprio machismo; sua posição hierarquicamente superior na sociedade o faz crer que é invulnerável. Essa seria a justificativa para que as principais causas de morte masculinas sejam relacionadas à violência, a comportamentos de risco ou à total ausência de cuidados médicos básicos, permitindo uma evolução de suas doenças até tornarem-se fatais.

[E]stima-se que menos de 15% dos homens com DE e outras queixas sexuais procurem o consultório, pelo receio de serem considerados menos homens se admitirem o problema. Precisam ser orientados de que estão doentes e precisam se tratar. Isso não se trata de uma questão de masculinidade. Quanto a cuidar da saúde, culturalmente são habituados a se considerarem invulneráveis às doenças.
(Luis, urologista)

Em 2008, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde lança o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem", inaugurando o Programa de Saúde do Homem (BRASIL, 2008). Por mais que a política não seja objeto de análise dessa dissertação, haja visto que os entrevistados conheciam muito pouco ou nada sobre a campanha, cabem alguns comentários sobre ela. A SBU tem um grande peso na construção e divulgação dessa política, sendo um dos principais articuladores não apenas do Programa especificamente, mas da medicalização do corpo e sexualidade masculinos de uma maneira geral. A publicidade em torno do Programa tende a focar na mesma imagem de homem presente nos materiais da SBU, um homem de meia-idade, branco, casado, de classe média/alta. A proposta do Ministério da Saúde é ir além do combate ao câncer de próstata e ao alcoolismo e drogadição, portas de entrada já consagradas dos homens

no sistema de saúde⁸⁸. A forte presença da urologia desvia o foco para as questões sexuais, mas o principal a ser comentado aqui é a idéia de que o homem também sofre com o patriarcado.

Criou-se uma imagem do homem provedor que é forte e resistente, em oposição clara à fragilidade feminina. Uma melhor constituição física protegeria o organismo masculino dos agravos à saúde no imaginário social. O mito do "super-homem" traz a idéia de invulnerabilidade e, na prática, os homens só buscariam cuidados médicos quando esses fossem inevitáveis. Argumentos como a impossibilidade de faltar ou sair mais cedo do trabalho, aliados ao horário de funcionamento das unidades básicas de saúde ou da maioria dos consultórios médicos seriam justificativas racionais para evitar o médico, que perdem força num ambiente social no qual as mulheres também trabalham, e isso não impede a ida delas ao consultório. Duas questões aparecem aqui.

A primeira diz respeito à já famosa crise da masculinidade. O surgimento de um novo ideal de homem seguido às conquistas feministas e LGBT mistura um pouco os papéis de gênero, e o homem "sensível" sabe que é tão vulnerável quanto sua contra-parte feminina, ou pelo menos deve agir como se soubesse. Então, preocupações com a saúde se tornam mais possíveis. Em paralelo, existe hoje uma necessidade de se manter ativo, e evitar a doença e a velhice dependente com toda uma mudança de comportamentos que pode passar também por um cuidado maior com a saúde.

A outra questão se refere ao contraste na medicalização masculina e feminina. Se por um lado as mulheres vem sendo alvo de preocupações por parte da medicina há mais de um século, os homens precisam de justificativas e incentivos para buscar os cuidados mais básicos de saúde. Além disso, mesmo quando falamos em cuidado com a saúde, os cuidados são diferentes. Para as mulheres, vem associado a uma idéia mais geral de "cuidadora", da família, dos filhos e, por extensão, da sociedade. Já para os homens, "se cuidar" está mais relacionado a manter-se ativo e lúcido⁸⁹.

Entretanto, os papéis não se misturam tanto assim, e mais de um entrevistado aponta como os pacientes chegam ao consultório por insistência de suas parceiras. Parece que,

⁸⁸ Em sua pesquisa, Granja (2008) refuta a idéia de que homens não estão no sistema de saúde, demonstrando que o alcoolismo e o uso de narcóticos são grandes portas de entrada desses homens no SUS. Não podemos esquecer, entretanto, que os homens aos quais se refere a pesquisadora são das classes populares buscando atendimento no SUS, tendo portanto um *habitus* bem diferente dos pacientes de meus informantes, muito mais elitizados. É provável que as representações desses dois grupos de homens sobre masculinidade, envelhecimento e sexualidade sejam significativamente diferentes, assim como as razões que os levam a procurar ajuda médica.

⁸⁹ Para uma ótima análise da política de atenção integral à saúde do homem, ver Carrara et al (2009).

independente das mudanças, o papel privilegiado de cuidadora ainda é delas. O trecho a seguir, apesar de muito longo, ilustra bem os últimos parágrafos, além de ser a única entrevista na qual a campanha do Ministério da Saúde é citada espontaneamente, e servirá para fechar as questões acerca de definições e diagnóstico do DAEM.

O Ministério da Saúde fez uma campanha ano passado para estimular o homem a procurar preventivamente o médico. Estimular a saúde masculina, não especificamente para próstata, mas cuidar da pressão arterial, do peso, do colesterol, da glicose, da próstata, como um todo. Por que? Porque o homem classicamente não vai ao médico, o homem tem o que a gente chama da síndrome do super-homem. Ele acha que nunca vai ficar doente. Então, o homem classicamente é o provedor, não pode ficar doente, tem uma série de fatores que explicariam isso daí. Especificamente nessa situação, quando cai a libido, mexe num ponto básico do homem. O homem é fático. Então ele depende muito do pênis. Ele é educado para isso, socialmente isso acontece. Então, quando falha, há uma preocupação muito grande nesse sentido. Mesmo assim, eu te diria que mais da metade dos pacientes chegam ao consultório por insistência ou por marcação da parceira, da esposa, da companheira. Ela é que acaba estimulando ele a vir no consultório. Ainda assim, temos uma dificuldade do homem procurar auxílio médico, às vezes, por também não saber quem procurar. Assim, a função sexual, em geral, é a grande motivadora da procura médica. Ele pode estar escondendo muitas outras coisas. O médico geralmente faz o diagnóstico de outras doenças que ele sequer imaginava que poderia estar tendo. (Alberto, endocrinologista).

5.5 Com vocês, a testosterona

Se questões de gênero já permeiam o diagnóstico do DAEM, no tratamento, como veremos, elas são ainda mais profundas. Mas antes, faz-se necessário descrever esse tratamento. A terapêutica indicada é a reposição de testosterona, feita "na maioria dos casos para o resto da vida, pois está relacionada à falência em definitivo e irrecuperável dos testículos em produzir testosterona" (Luis, urologista). A terapia hormonal para o DAEM não é disponibilizada pelo SUS, e meus informantes afirmam desconhecer estratégias e mobilizações para a inclusão do tratamento nas tabelas do SUS, o que por si só, já "elitiza" um pouco o DAEM. Além disso, testosterona não é barato, dificultando ainda mais o acesso das classes populares. Nas palavras de Edgar (urologista):

É difícil um paciente do Sistema Único de Saúde conseguir manter a terapia de reposição hormonal, mesmo com as formas mais simples, mais baratas, porque ele acaba não tendo recursos suficientes para isso. É um paciente que já pode ter outras comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, entre outras condições clínicas e ele vai ter um gasto adicional agora com a questão da terapia de reposição hormonal. Então, é uma situação bastante complicada para o paciente. O

paciente de consultório, o paciente de clínica privada, obviamente tem um enfoque distinto, ou seja, ele tem condições de manter, vamos dizer assim, uma terapia com esse impacto, que acaba sendo, de alguma maneira, perfeitamente administrável dentro do seu orçamento.

5.5.1 Testosterona a granel

Existem diversas apresentações da testosterona no Brasil e no mundo. Internacionalmente, existe testosterona injetável, em gel, em creme, em adesivos cutâneos ou escrotal, em implantes subcutâneos e bucais e em comprimidos. No mercado brasileiro, temos disponíveis apenas formas injetáveis, orais e géis. A forma farmacêutica preferencialmente usada é a injetável, já que as outras apresentam uma série de problemas. O gel de testosterona 1% pode ser manipulado, porém sua absorção é errática, e dependendo do local de aplicação, pode vir a intoxicar outras pessoas, principalmente durante o ato sexual⁹⁰. Um novo gel, industrializado, está em processo de aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, segundo alguns dos entrevistados, está em vias de ser liberado no mercado. O Brasil já teve uma apresentação industrial em gel chamada Androgel®, comercializada pelo laboratório Enila em 2001 e 2002, porém houve *"um problema com a parte química do laboratório e fecharam o laboratório todo, tanto a parte química quanto a farmacêutica foram lacradas"* (Alberto, endocrinologista).

Por via oral, a testosterona é hepatotóxica e também têm absorção irregular, sendo pouco utilizada. Outra possibilidade por via oral é o citrato de tamoxifeno, um antiestrógeno que tem efeito no hipogonadismo, mas só foi citado em uma das entrevistas, e parece não ser muito indicado, pois também causa dano hepático; é uma opção, porém, para o indivíduo que ainda quer ter filhos, pois contorna a potencial azoospermia (parada na produção de espermatozoides) possivelmente irreversível do tratamento com testosterona. A maioria dos médicos, entretanto, prefere as formas injetáveis.

Por essa via de administração, temos três formulações diferentes no Brasil, sendo duas mais antigas e praticamente substituídas pela outra, mais nova. As antigas são o Durateston® e

⁹⁰ Um de meus informantes pareceu bastante preocupado com a contaminação da parceira por testosterona. Parece que, apesar de hoje em dia a testosterona já ser indicada a mulheres, a presença de hormônio "masculino" num corpo feminino ainda assusta os médicos (ver capítulo 1).

o Deposteron^{®91}. Ambas têm baixo custo, mas tempos de meia-vida⁹² muito curtos, o que acaba gerando picos suprafisiológicos (uma concentração do medicamento maior do que a esperada num organismo saudável) após a administração, seguidos de períodos de baixa concentração. Já o undecilato de testosterona (o Nebido[®] da Bayer), é mais moderno, mais estável, mantém os níveis de testosterona mais próximos do fisiológico, porém muito mais caro. As formulações antigas são chamadas de "testosterona de curta duração", enquanto o Nebido é a "de longa duração", sendo administrado trimestralmente. Essa possibilidade minimiza um pouco o alto custo e a inconveniência da via injetável, espaçando as aplicações, o que torna esse o medicamento preferencial, tanto pelos médicos quanto pelos pacientes.

Medicamentos injetáveis, porém, tendem a ter menor adesão dos pacientes, principalmente quando o tratamento é contínuo, como no caso da reposição hormonal. A injeção é intramuscular, que costuma ser uma via bastante dolorosa, com possíveis complicações locais (edemas, hematomas, *rash* cutâneo). Além disso, não pode ser aplicada em qualquer lugar nem por qualquer pessoa, impedindo a autonomia desse paciente (ao contrário do que acontece com os insulino-dependentes, por exemplo, que podem aplicar insulina em si mesmos e em qualquer lugar). Porém, os médicos afirmam que as melhoras trazidas pelo medicamento superam essa inconveniência.

O ruim é você tratar doenças que não doem inicialmente, não dói, não arde, não coça, né, diabetes, colesterol... enquanto não está sentindo nada, o paciente não se queixa. Agora, quando ele acha que age sobre uma parte importante dele do corpo, ele repõe hormônio, ele sente melhor, sim. Independente se é injetável, onde for, ele vem melhor à clínica e vai continuar o tratamento. (Rodrigo, endocrinologista)

O próprio tratamento do DAEM delimita a classe do paciente. "*O paciente de consultório, (...) de clínica privada, (...) ele tem condições de manter, vamos dizer assim, uma terapia com esse impacto, que acaba sendo, de alguma maneira, perfeitamente administrável dentro do seu orçamento*" (Edgar, urologista). Considerando, como já vimos, que os discursos sobre a doença são calcados num certo tipo de masculinidade e numa certa forma de envelhecer que pressupõe um *habitus* de classes mais altas, a questão da inclusão no SUS, ou mesmo da liberação de outras formas farmacêuticas mais acessíveis estão ainda muito distantes. Quando questionados diretamente sobre isso, todos reafirmaram a importância da doença, e lamentaram que as classes menos favorecidas não sejam tratadas. Apesar disso, a

⁹¹ O Durateston é um preparado com 4 ésteres de testosterona, a saber, propionato, fenilpropionato, isocaproato e decanoato, comercializado pela Organon. O Deposteron é o nome comercial do cipionato de testosterona comercializado pela Sigma Pharma. Ambos os medicamentos são extensamente consumidos como anabolizantes ou para mudança de sexo/gênero.

⁹² O tempo de meia-vida é um parâmetro farmacocinético que indica o tempo que um organismo leva para reduzir à metade a concentração plasmática do fármaco através de sua metabolização ou excreção.

enorme influência que a urologia teve sobre os rumos das políticas de saúde do homem não é revertida para aumentar o acesso ao medicamento.

Enquanto o acesso legal à testosterona é limitado (a venda só é liberada através de receita médica), o hormônio circula livremente pelo mercado ilegal. Basta uma pesquisa no site de buscas *Google* com qualquer dos nomes comerciais citados nessa sub-seção para percebermos o uso absolutamente indiscriminado da testosterona. Praticamente toda a primeira página da pesquisa indica *links* para *sites* de ou para fisiculturistas amadores. Lendo esses *sites*, percebemos que os responsáveis por eles têm grande domínio sobre o assunto, podendo discutir em pé de igualdade com meus informantes sobre as "novidades" da terapia hormonal. São feitas advertências aos efeitos adversos dos diferentes medicamentos, e até comparações sobre quais os mais indicados para quais finalidades, por mais que não haja nenhuma orientação profissional. As finalidades a que se referem envolvem, invariavelmente, o anabolismo, ou seja, o rápido ganho de massa muscular. Passeando pelos fóruns e comentários das postagens, é possível ver referências ao DAEM, na fala de homens que afirmam que médicos receitaram esse ou aquele medicamento devido à baixa hormonal, indicando abertamente aquele de sua preferência para os outros "colegas". O nome DAEM, ou mesmo andropausa, em momento algum foi citado, ao menos na rápida observação que fiz⁹³. O que mais me chamou a atenção foi a atualidade das discussões, mostrando que o "uso irracional" do medicamento, para usar um termo da farmacoepidemiologia, não é tão defasado quanto por vezes imagina-se.

O que queria destacar aqui, que diz respeito à discussão dessa dissertação, é que a terapia de reposição de testosterona é cheia de questionamentos e controvérsias num âmbito formal/legal. Apesar disso, vem sendo livremente, e largamente, utilizada por homens (os chamados "anabolizantes" ou "esteróides"⁹⁴), em sua maioria jovens, por razões estéticas, ao passo que meus entrevistados se esforçam para convencer (talvez até a si próprios) que o DAEM é uma patologia, e que a testosterona é um tratamento seguro e eficaz, como veremos

⁹³ Essa não foi uma observação sistemática, já que não constava na metodologia dessa pesquisa; aliás, apenas muito recentemente tive acesso a esses *sites*, já no período de escrita da dissertação, de forma totalmente ocasional. Buscava o nome dos laboratórios responsáveis pela comercialização das apresentações de testosterona citadas por meus informantes quando encontrei esses *blogs* e fóruns.

⁹⁴ Por mais que convencionou-se o uso de "esteróides" para se referir a compostos de testosterona no senso comum, esteróide descreve uma estrutura química comum a diversos hormônios. Segundo a bioquímica, uma molécula esteróide é aquela que contém uma complexa estrutura de 17 átomos de carbono em quatro anéis ligados entre si chamada ciclo-pentano-peridro-fenantreno. Como exemplo, podemos citar os glicocorticóides, os mineralocorticóides e todos os hormônios sexuais, tanto os ditos "masculinos" quanto os ditos "femininos". Devido à ação anabolizante da testosterona e dos outros androgênios, esses passaram a ser conhecidos com "esteróides anabolizantes", ou apenas "esteróides".

a seguir. Mais uma vez, percebemos a distância entre os discursos da biomedicina e o cotidiano dos "medicalizados".

5.5.2 Reposição hormonal, a outra face

Falar em reposição hormonal automaticamente leva a uma associação com a menopausa. As mulheres estão muito acostumadas com os questionamentos que envolvem fazer ou não a reposição⁹⁵, e as polêmicas e diversidade de opiniões de especialistas já foram exaustivamente divulgadas pela mídia. Um consenso continua impossível até o momento, mas será que essa situação se repetirá também no caso masculino? Para os entrevistados, a resposta é bem clara. *"Existe um fantasma que diz: 'hormônio e câncer' (...) na mulher, hormônio e câncer de mama; no homem, hormônio e câncer de próstata. Então, o que eu posso dizer é o seguinte: não é o hormônio que causa o câncer"*. Em todas as entrevistas, a relação testosterona-câncer foi desacreditada ao máximo. Luis (urologista) é bastante contundente em relação a isso:

Reposição de testosterona não está relacionada com o surgimento de câncer de próstata. O que se faz é apenas trazer de volta à normalidade hormonal [sic] os homens que vem tendo queda acentuada nos seus níveis hormonais. (...) O câncer de próstata tem sua maior frequência na população masculina em torno dos 60 anos, que é quando a testosterona endógena está mais baixa e não em torno dos 20 anos, que é quando a testosterona endógena está mais alta na população masculina. Não há diferença entre os efeitos da testosterona endógena e a exógena, então admitir que a reposição hormonal causa câncer de próstata nos obrigaria a castrar todos os homens acima de 50 anos, como medida preventiva da ocorrência deste câncer, que é o que mais mata homens no mundo. Isto absolutamente não é plausível.

É curioso pensar como os hormônios, além de essências de gênero, são também essências de jovialidade. *"A mulher vem fazendo reposição hormonal desde a década de 60, e o que se pregou naquela época foi que a reposição hormonal quase fosse a fonte da juventude para as mulheres"* (Alberto, endocrinologista). Alguns entrevistados inclusive culpam a, segundo eles, suposta incidência de câncer causada pela reposição hormonal feminina ao frenesi que acompanhou o lançamento dessa terapia:

⁹⁵ É interessante pensar que a intensa medicalização do corpo feminino acaba por gerar esse tipo de resistência. Como já abordado anteriormente, a teoria feminista é bastante crítica a esse escrutínio médico sobre as mulheres, possibilitando questionamentos mais bem elaborados. Além disso, questionar um tratamento, para alguém cuja vida é pontuada por diferentes tratamentos, parece ser de certa forma mais fácil, já que questões médicas fazem parte do cotidiano das mulheres.

o que tá acontecendo com a reposição masculina (...) é muito do boom que aconteceu com a feminina lá nos anos 90... que a reposição hormonal feminina é boa pra todo mundo, que todo mundo devia usar, que a mulher fica linda, jovem, e tal, e começaram a dar aqueles problemas pelo uso indiscriminado. (Roberta, endocrinologista)

Ou seja, não é a reposição hormonal que causa câncer, mas o uso indiscriminado. Esse mesmo argumento foi usado por outros entrevistados. Segundo eles, caso se faça um acompanhamento dos pacientes, com medições frequentes do PSA (Antígeno Prostático Específico, na sigla em inglês) para checar possíveis conseqüências na próstata, não há problema nenhum. A não ser que o paciente tenha hiperplasia prostática benigna, ou outras alterações anteriores na próstata, ou no caso de ele ter propensão a desenvolver câncer. Vale a pena lembrar que a medicina não tem respostas definitivas sobre o que leva ao aparecimento de um câncer, logo, saber se um indivíduo tem propensão a desenvolver ou não câncer é um pouco complicado. Por outro lado, José (urologista) apresenta uma outra hipótese, ainda não provada, que sugere que

o que faz com que o indivíduo tenha câncer, ou ele tenha condições de ter o câncer, é a queda hormonal. Porque nós observamos que (...) o câncer cresce a incidência com a idade. E ela cresce a medida que o hormônio vai diminuindo. Então, (...) a queda do hormônio propicia algum fator que facilita o aparecimento do câncer. É mais uma razão ainda para que a gente faça reposição hormonal.

Muitos informantes culpam a mídia pela associação da terapia hormonal com o câncer, tornando a relação com a mídia controversa. Ora ela favorece, divulgando a doença e incentivando a população a buscar aconselhamento médico. Ora se torna uma vilã, "que em geral mais desinforma do que esclarece" (Luis, urologista). A divulgação de um estudo altamente questionado pelos meus informantes (o *Women's Health Initiative* - WHI, de 2002) de forma sensacionalista pela mídia foi responsável por parte do terror que acompanha a reposição hormonal. Nesse sentido, Alberto continua:

Quando a Fátima Bernardes abriu o Jornal Nacional falando assim: "Reposição hormonal feminina dá câncer", aquilo teve um impacto tão grande, mas tão grande, que as mulheres ficaram obviamente desesperadas com aquela informação. E era uma informação, se é possível, meia-verdade.

O que os médicos não dizem é que essa situação se repete diariamente na mídia leiga, que pega fragmentos de pesquisas científicas e os expõem de forma descontextualizada. Porém, muitas vezes, é esse sensacionalismo que transforma, no cotidiano das pessoas, situações vistas como normais em quadros patológicos. As associações médicas e os institutos de pesquisa não tem pudor em se utilizar dessas "meia-verdades" para divulgar seus trabalhos, por mais incipientes que possam ser, e essa ferramenta tem sido usada com freqüência para

divulgar novos diagnósticos. Com o DAEM e a reposição hormonal masculina não tem sido diferente. Roberta chama a atenção para os perigos de uma potencial massificação das vantagens da reposição hormonal também nos homens: *"tem que ser bem esclarecida essa questão, pra não haver uma confusão, pra não queimar de repente um medicamento que é bom quando é bem indicado (...) numa indicação que de repente, até talvez pra vender mais o produto, esteja sendo usada pela mídia"*.

Independente do medo do câncer, para os entrevistados, os homens aceitam muito bem o tratamento. Basta explicá-los que não causa câncer. Felipe (urologista) citou outra preocupação trazida por seus pacientes, relativa aos efeitos adversos amplamente divulgados do uso ilegal de anabolizantes entre fisiculturistas e nas academias de ginástica. Seus pacientes a princípio tinham medo de usar essas mesmas substâncias, *"mas, se for bem explicado, a maioria aceita, pensando nos benefícios para sua vida. Homem pensa muito na saúde sexual, quando afeta essa parte, a maioria aceita o tratamento sem retrucar"*.

5.6 A indústria má e a indústria nem tão má

Culpar a indústria farmacêutica por todos os malefícios da medicalização já se tornou um lugar-comum. Porém, é inquestionável que, na proposta de maximização de seus já vultuosos lucros, a indústria segue por caminhos no mínimo questionáveis do ponto de vista ético. Marcia Angell (2009), em seu livro "A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos", é bastante taxativa e esclarecedora ao apresentar os dribles da indústria para aumentar seus dividendos, que beiram a ilegalidade. A autora, inclusive, ganhou bastante destaque na mídia pelo caráter denunciativo de suas pesquisas, tendo um artigo recentemente traduzido para o português e publicado na edição nº 59 de agosto de 2011 do periódico brasileiro *Piauí*. E Angell não está sozinha em sua crítica; observamos recentemente uma profusão de trabalhos críticos às posturas da indústria farmacêutica⁹⁶.

O principal alvo de críticas é o papel que a indústria cumpre como promotora/divulgadora de novos diagnósticos. Ao divulgar essas "novas" doenças, algumas

⁹⁶ Poderíamos destacar, entre outros, autores como Healy (1997), Lakoff (2005), Oldani (2002; 2004) e a ótima compilação de Petryna, Lakoff & Kleinman (2006).

bastante questionáveis, a indústria consegue emplacar seus novos produtos, que são descritos como o tratamento de primeira linha para uma dada patologia. Como não apenas o medicamento, mas também o diagnóstico são pouco conhecidos, a indústria se responsabiliza por sua publicidade para os médicos ou diretamente aos consumidores, quando a legislação assim o permite. No fim das contas, como vimos no capítulo anterior, a doença e seu tratamento passam a ser definidos diretamente pela indústria, e aos médicos cabe reproduzir o que lhes foi ensinado. Além disso, o amplo financiamento concedido a pesquisas de seu interesse (ou seja, aquelas que apontarão seus produtos como o principal tratamento) torna vários acadêmicos seus "reféns", instaurando uma preocupação com o compromisso ético e possíveis "conflitos de interesse" dos pesquisadores envolvidos.

No âmbito da prática clínica, o hábito da indústria de dar "presentes" aos médicos que prescrevem seus produtos já é bastante conhecido, e o custo desses "agrados" muitas vezes atinge valores escandalosos⁹⁷. Receber presentes mais caros pode inclusive ser considerado sinal de maior *status* para um médico frente a seus colegas de profissão, como afirma Oldani (2002) sobre a realidade norte-americana. Porém, por mais antiético que seja, é um fato que os clínicos são atualizados acerca de novas patologias pela indústria, seja diretamente ou através de apresentações em congressos e seminários de pesquisadores que são seus consultores/colaboradores.

Na medicina sexual, a parceria da urologia com a indústria farmacêutica é explícita, principalmente nos eventos que culminaram com o lançamento da disfunção erétil e do Viagra. A DE é um dos melhores exemplos para demonstrar que a indústria desenvolve o medicamento para então divulgar a patologia. Na área da saúde mental, isso é visto ainda mais claramente, desde o advento dos antidepressivos até doenças mais "novas", como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o TDAH. Não podemos cair no erro de transformar a indústria numa vilã, mas seus crescentes lucros anuais são uma ótima justificativa para que, senão a criadora, a indústria ocupe um papel de fomentadora dessa profusão de novos diagnósticos.

Apesar da urologia brasileira ser tão claramente alinhada à indústria farmacêutica quanto a urologia em outros países, em minhas entrevistas, são raras as menções à indústria. No caso

⁹⁷ Numa tentativa de controlar essa prática, o CFM e a ANVISA recentemente organizaram uma comissão para fixando um valor-limite para o que pode ser considerado um "presente" da indústria, automaticamente transformando em suborno aquilo que excederia o limite imposto. A questão parece não ter sido completamente resolvida, e já no final de fevereiro, conforme matéria no jornal *Folha de São Paulo*, o CFM havia recuado quanto à proibição de financiamento da indústria a viagens e passagens aéreas.

do DAEM, as campanhas de divulgação da SBU acerca da doença, que incluíram uma caravana pelo país, conforme descrito na página eletrônica da sociedade, são claramente custeadas pela indústria. O "movimento pela saúde masculina" de 2010, já citada nessa dissertação, por exemplo, estampa o logotipo do laboratório Eli Lilly. Essa parceria urologia-indústria farmacêutica é bem descrita nos trabalhos de Faro et al (2010) e Rohden (2011), mas é quase inexistente nas falas de meus entrevistados, com rápidas e curtas referências.

Essa poucas menções, entretanto, tornam a apontar diferenças entre as especialidades. Assim, para o urologista Luis,

o que mais impactou a população masculina e aumentou a frequência dos homens ao consultório do urologista para fins andrológicos foram as campanhas da sociedade brasileira de urologia em associação com a indústria farmacêutica ética.

O que o médico quer dizer com uma indústria "ética", e quais seriam os laboratórios que compõem essa vertente não fica claro. Além disso, Luis é o único a citar a campanha da SBU; os outros urologistas, quando muito, se referem vagamente a movimentações da sociedade nesse sentido, não aparentando muita segurança para falar sobre elas.

Em contrapartida, a endocrinologista Roberta, na outra entrevista que cita diretamente a indústria, é bem crítica. A médica começa contando que "[a] partir mais ou menos de 2004, 2005, começou a se falar muito de andropausa. Isso associado também a alguns tratamentos que foram oferecidos pela indústria farmacêutica sobre reposição hormonal masculina", associando, como descrito acima, a popularização do novo diagnóstico à disponibilidade de novos tratamentos. E a médica continua a criticar a indústria em outro trecho, dessa vez referente à liberação no mercado do gel de testosterona, que, para ela, seria uma terapêutica preferencial aos injetáveis. "A questão é que quem comercializa o gel é a mesma indústria que comercializa a injeção de longa duração, então não tem interesse de competir contra ela mesmo (risos). Quando vier um outro, de repente (risos), outro fabricante, de repente funciona". Na conclusão da entrevista, pergunto se ela tem algo a acrescentar, e a indústria torna a aparecer, dessa vez tendo a mídia como "aliada" numa indesejável massificação da terapia hormonal masculina, que incentivaria o uso irracional da testosterona "até talvez pra vender mais o produto".

5.7 Testosterona afrodisíaca

Uma das características mais marcantes da associação da medicina sexual com a indústria farmacêutica é a produção de diagnósticos dúbios, que pouco parecem doenças propriamente ditas; pelo contrário, são entendidos pelos pacientes (e em certa medida pelos médicos) como aprimoramentos. Essa idéia de *enhancement* vem sendo discutido ao longo dessa dissertação principalmente em relação à DE, mas não difere muito no caso dos outros baluartes da medicalização da sexualidade masculina, como o DAEM e a ejaculação precoce.

Ao apresentar o tratamento medicamentoso mais como uma "melhoria" da máquina masculina do que como uma cura, torna-se possível atingir um número muito maior de pacientes (talvez o melhor termo nesse caso fosse consumidores), expandindo seu uso entre indivíduos que não podem ser considerados doentes. O uso recreativo do Viagra é o principal exemplo, mas, como vimos, o uso estético da testosterona é uma prática já bastante difundida nas academias de ginástica entre pretensos fisiculturistas. Azize e Araújo (2003), entre outros estudiosos da DE, argumentam que muitos de seus informantes não se consideram doentes, e preferem minimizar sua disfunção sexual, usando uma série de eufemismos ao se referir a ela, como "problema" ou "condição", dificilmente definindo-a como uma patologia.

Talvez essa seja uma tática de garantir a medicalização da mítica potência sexual masculina sem grandes resistências, e parece satisfazer simultaneamente os pacientes, cuja masculinidade permanece intacta; os médicos, que garantem a adesão ao tratamento e a volta ao consultório; e a indústria farmacêutica, que expande seu mercado para além dos usos aprovados pelas agências reguladoras. O que percebemos é que existe uma grande confusão a respeito do que define as disfunções sexuais como patologias, se é que elas são de fato definidas dessa forma. Entre meus informantes, não é muito diferente, como vemos num trecho da entrevista com o urologista José já citado anteriormente: "*a disfunção erétil é muito comum também no início da vida de qualquer homem*". Por essa fala, podemos concluir que todos os homens têm DE, ao menos num período de suas vidas. Logo, não seria uma situação normal, inerente à iniciação sexual masculina? Como vimos em outras passagens, José tende a desconsiderar a influência de fatores não biológicos na sexualidade dos homens. Não seria apenas nervosismo e ansiedade, aliada à exigência masculina de performances sexuais

memoráveis que faz com que homens no início da vida sexual tenham problemas de ereção? Para José, não, é um quadro patológico. A necessidade de afirmação da patologia é tal que leva a defesa de teorias um tanto discutíveis, como a que o mesmo urologista apresenta sobre a queda de libido da mulher na menopausa ser capaz de produzir queda de libido no homem.

Na fala de Rodrigo (endocrinologista), tornam a aparecer esses deslizamentos, como no trecho, também já citado em outro contexto, em que o médico argumenta que a terapia de reposição hormonal não deve ser feita em homens que, apesar de ter "*50, 60, 70 anos de idade (...), estão muito bem ativos, ainda trabalhando, praticando exercício, participando de maratonas*". O endocrinologista afirma que repor testosterona não seria para eles, que "*remédio não é para quem faz isso, é para quem não faz maratona, que tem a vida em casa*". Não podemos esquecer, contudo, que há uma queda considerada normal nos índices hormonais a partir de certa idade, e, por mais que admitidamente nem todos os homens terão as quedas acentuadas que caracterizam o DAEM, a testosterona de fato diminui. Mas parece não afetar a vida dos maratonistas idosos, que ignoram as baixas hormonais se mantendo ativos. Rodrigo completa dizendo que, apesar da reposição "*não ser para a parte estética ou de bem-estar pessoal só*", esses homens que se mantêm ativos "*pode[m] ter benefícios do medicamento*". Se há a necessidade de pontuar que a testosterona não deve ser usada só para a parte estética ou de bem-estar pessoal, podemos concluir que existe uma busca por essas razões.

Mais do que isso, a fala do endocrinologista elucida esse caráter de aperfeiçoamento através do uso da testosterona, já que mesmo os que não estão doentes, e medicamente não precisariam da reposição podem ainda tirar benefícios dela. Além disso, conforme já pontuei, nessa fala aparece claramente a idéia da "nova" velhice, ou talvez terceira idade, que (assim como no caso do uso recreativo do Viagra) parece não se importar em tomar um medicamento para se manter jovem e "*praticando exercícios, participando de maratonas*", etc.

Outra fala de Rodrigo colabora com essa discussão da testosterona como *enhancement*, dessa vez vista pelo ângulo oposto: "*eu encontro muito no consultório homem com a testosterona extremamente baixa, tendo relação sexual com a esposa, e quando você repõe, ele não acredita que poderia ter tido uma relação muito melhor, e ele era hipogonádico (...), e aquilo não afetou a vida dele*". Nesse caso, temos um homem que apresenta o quadro considerado patológico, mas a baixa de testosterona não afetou sua libido, ou seja, ele não desenvolveu o principal sintoma da doença, o sintoma que leva os homens ao

consultório médico. E quando faz a reposição hormonal, apesar da baixa disponibilidade de testosterona não afetar sua vida sexual, ele descobre que pode ter relações ainda melhores! Quem recusaria o tratamento nessa situação? Certamente, a maioria dos homens brasileiros aguentaria umas injeções aqui e ali para ter, após os 50 anos, relações sexuais muito melhores.

Assim, percebemos, tal qual Azize & Araújo (2003) em relação ao Viagra e seus usuários, que a testosterona pode não ser entendida como um remédio, com todas as conotações negativas que vêm associadas ao termo. Por consequência, o DAEM não é necessariamente visto como uma doença, e os próprios médicos que defendem seu estatuto patológico são traídos pelos seus discursos. Além disso, percebemos que questões de gênero encontram-se subjacentes a esse tratamento, reforçando a associação entre testosterona e masculinidade. Nessa perspectiva, então, o hormônio deixa de ser um fármaco para ser um tônico, um aprimoramento, e, porque não, um afrodisíaco.

5.8 "Onde está a masculinidade?"

Como vimos, a testosterona é descrita como um sinônimo de masculinidade, e mesmo no senso comum, são freqüentes brincadeiras que associam atitudes "ultra-masculinas" e posturas de "macho" com uma grande quantidade de testosterona. Essas brincadeiras provavelmente não existiriam se a própria ciência não tivesse incentivado essa associação, ou parasse de reforçá-la. Mas como ela se mantém, os médicos acabam se vendo numa situação quase paradoxal no caso do DAEM. Seguindo esse raciocínio, não ter testosterona, ou ter de repô-la, em certa medida feminilizaria o homem. Considerando que a queda de testosterona, dentro de certos limites, é fisiológica e atinge todos os homens, todos se tornarão, inevitavelmente, "menos" homens. Isso não seria problema no antigo envelhecer, quando as pessoas caminhavam para um estado assexual. A possibilidade do sexo na velhice, porém, muda as perspectivas e cria um interessante paradoxo.

Meus informantes foram bastante enfáticos quanto a isso. Alguns acharam uma besteira a idéia de que homens hipogonádicos se sentem "menos homens". *"Não, isso não. Ai é outro enfoque, um enfoque mais psicológico"* (Edgar, urologista). Vale a pena ressaltar que "cultural" e "psicológico" são constantemente utilizados de forma intercambiável por meus

informantes e, acredito, pela biomedicina como um todo. Tudo se passa como se os eventos que não podem ser "comprovadamente" fisiológicos, mas que de alguma forma agem sobre o corpo, aqueles que em outro nível poderíamos considerar de cunho sócio-cultural, fossem empurrados para uma nebulosa esfera "psicológica", que, diga-se de passagem, pode ser alvo de investimentos médicos.

Ainda sobre a relação masculinidade-testosterona, outros informantes tinham várias considerações a fazer. "*Não, eles sabem que é um hormônio masculino*", disse Roberta (endocrinologista), mas apesar disso, "*eles acham que o hormônio masculino é tudo de bom (...) são doidos pra tomar o hormônio masculino, acham que vão ficar mais viris, mais másculos, etc.*" (Roberta, endocrinologista). Isso quer dizer que eles se sentiam menos másculos antes, ou que o hormônio os torna ainda mais masculinos? Retomando um trecho já citado da entrevista com o urologista Luis, "*menos de 15% dos homens com DE e outras queixas sexuais procur[am] o consultório, pelo receio de serem considerados menos homens se admitirem o problema*". Ao que parece, portanto, Luis concorda que receber o diagnóstico de uma disfunção sexual "feminiliza" o homem, apesar de rapidamente acrescentar que "[o tratamento da disfunção sexual] *não se trata de uma questão de masculinidade*". O curioso é que essa resposta se referia a outra questão; quando perguntado diretamente se os homens diagnosticados com DAEM se sentem menos homens, o urologista negou veementemente.

Rodrigo (endocrinologista) também discorda que seus pacientes se sintam "feminilizados", mas de alguma maneira percebem as mudanças em seus corpos. "*O homem acaba notando, principalmente com a ereção, depois às vezes rarefação de pêlos (...), a deposição de gordura em áreas que ele não tinha anteriormente. Em relação a se sentir menos homem, não*". Para o endocrinologista, essas mudanças são mais sentidas pelos mais "vaidosos", por aqueles que poderíamos dizer serem mais influenciados pelas novas concepções de homem e velhice: "*o homem que tem um pouco mais de vaidade, ele tem essa questão de se olhar, notar, ou procurar uma atividade física, e ele vê que esse rendimento não é o mesmo, ele tende a procurar, talvez suspeitar que ele tá com uma falha hormonal*". Felipe (urologista), descarta a possibilidade de "feminilização", e acredita que qualquer possível resistência à terapia hormonal se dá por outro motivo: "*eles só não querem é usar remédio, independente de qual seja*". Alberto (endocrinologista) concorda em parte com meu questionamento, mas acha que

[q]uando o paciente chega no consultório, ele já passou dessa parte. Eu acho que essa é uma questão para aquele que não chegou ainda no consultório. O que chega

aqui já tá resolvido. Porque ele já sabe que a coisa chegou num patamar que ele não está contente, e que, ao saber que tem tratamento, ele fica feliz.

Rodrigo (endocrinologista) continua sua fala levantando uma questão ignorada pelos outros entrevistados, mas que está no cerne dessa dissertação:

*eu encontro muito no consultório homens com a testosterona extremamente baixa, tendo relação sexual com a esposa, e quando você repõe, ele não acredita que ele poderia ter tido uma relação muito melhor, e ele era hipogonádico, até por uma patologia de base, e **aquilo não afetou a vida dele**. Então, você ter ou não testosterona, isso não afeta a sua masculinidade. E aí a gente vai entrar num nicho meio complicado, falar de gênero e sexo. **Onde é que está a masculinidade, ligada ao sexo ou ligada ao gênero do paciente?***

Essa pergunta tem especial importância. As ciências médicas, e principalmente a medicina sexual, funde sexo e gênero, sendo os comportamentos e atitudes do indivíduo (que poderiam ser entendidos como sua identidade de gênero) como consequências de seu sexo biológico. Nós seríamos aquilo que nossos cromossomos nos fazem ser, ou homens ou mulheres (sem mencionar as pessoas intersexo), e qualquer alteração nesse sentido é automaticamente (e historicamente) patologizado, torna-se uma transgressão da carne. Para Rodrigo, entretanto, a masculinidade/feminilidade não depende do biológico apenas. Porém, o rompimento com um pressuposto tão reiterado de seu campo não pode ser total, e o médico tenta buscar um meio-termo, e chega a afirmar certas "feminilizações" decorrentes da ausência de testosterona. Mas é perceptível sua dificuldade em reduzir os efeitos do hipogonadismo em termos estritamente biológicos, e ele conclui seu relato cheio de reticências e hesitações, buscando evitar as palavras mais polêmicas:

a baixa de testosterona não vai mudar, ele não vai deixar de ser homem, mas o que nós vemos é que homens com... que por algum motivo foram castrados, ou retirados os testículos dele, a produção... eles ganham hábitos mais femininos, no rosto, pele, deposição de gordura...a questão de você ter libido, que acaba indo embora totalmente. De repente, ele pode ficar um pouco mais... não saberia qual seria o termo, mas ele não teria mais aquela busca pela mulher, pelo sexo oposto. Ele pode mudar a postura dele frente a várias coisas na vida. Realmente, pode levar a choro, depressão, mas não quer dizer que ele virou mulher por isso não.

Mesmo sem concordar com a idéia de feminilização, o médico acaba confirmando minhas suspeitas, mostrando que a incapacidade em diferenciar gênero de sexo biológico torna o tratamento do DAEM bastante paradoxal. Os médicos discordam que ter menos testosterona significa ser menos homem. Mas acreditam que a deficiência hormonal afeta sua masculinidade de alguma maneira. Nucci (2010) demonstra como as pesquisas científicas definem o "sexo cerebral", que mesmo a escolha dos brinquedos preferidos é decorrência do efeito hormonal, ainda que pré-natal. Se a testosterona define o sexo masculino, é impossível

não pensar que, no limite, sua deficiência confundiria o próprio sexo, ainda mais lembrando que, segundo as mesmas pesquisas, é a ausência de androgênios que torna o sexo feminino. Para a ciência, então, bastaria a presença ou ausência de testosterona e seus correlatos para definir o homem e a mulher, respectivamente. Contudo, meus entrevistados têm dificuldade em reduzir completamente o gênero ao sexo, ao mesmo tempo em que não podem negar a redução pelo extenso corpo de pesquisas que a postulam, sobre o qual suas próprias pesquisas se baseiam. Seria essa contradição uma prova de que os pressupostos biomédicos acerca dessa questão não estão totalmente de acordo com a forma como as pessoas se vêem e entendem seus corpos, sexo e gênero?

Assim, gostaria de concluir esse capítulo repetindo a pergunta de Rodrigo, para a qual acredito não haver uma resposta simples e definitiva, principalmente no campo da biomedicina. *Onde é que está a masculinidade, ligada ao sexo ou ligada ao gênero do paciente?*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: mais um capítulo da crise da masculinidade

It's so hard to get old without a cause
I don't want to perish like a fading horse
Youth's like diamonds in the sun
And diamonds are forever
So many adventures couldn't happen today
So many songs we forgot to play
So many dreams swinging out of the blue
We let them come true
Forever young, I want to be forever young
Do you really want to live forever?
Forever, or never
 Alphaville (*Forever Young*)

Ao longo dessa dissertação, busquei, seguindo o discurso médico, desenhar um quadro atual de uma antiga condição ou um estado transformado em patologia. Pode ser que a andropausa já seja entendida como uma doença há algum tempo, mas uma conclusão possível a partir dos autores lidos e discutidos é que o DAEM na verdade representa a passagem de características que eram inerentes a uma fase da vida em problemas, em doença.

Nessa passagem, os contornos de uma nova experiência de velhice são delineados e justificados medicamente. Os ideais da juventude perpassam agora a vida inteira, e a busca por manter-se jovem se torna um objetivo de vida que deve ser perseguido e alcançado a todo custo. Um elixir de eterna juventude não é um sonho novo da humanidade, como atestam os míticos alquimistas. Mas apenas os alquimistas modernos, em seus caríssimos laboratórios custeados pela indústria farmacêutica, foram capazes de transformar o sonho em realidade, e vender seus elixires de testosterona como a fonte da juventude para aqueles que estão perigosamente perto de perdê-la.

É claro que os médicos não vêem a questão com tamanha poesia. A testosterona pode ser perigosa, eles afirmam, e DAEM é uma doença séria. Mas, como é comum, há uma enorme disparidade entre o que dizem os cientistas e o que de fato ocorre nas ruas. Sabemos que certas pessoas tomam testosterona, e sem controle algum. Seja pelas criticadas razões

estéticas nas academias de ginástica ou pelas estigmatizadas razões identitárias, na transexualidade; sejam homens que querem ficar (mais) fortes ou manter-se jovens, sejam mulheres que querem ser tão fortes ou tão "ativas" sexualmente quanto eles; sejam jovens que querem "só dar uma garantida" ou velhos que querem voltar a ser jovens. Mas, em todos esses casos, a solução é a testosterona.

Meus informantes argumentam que falta conhecimento sobre a patologia e sobre as benesses do tratamento. E realmente falta. Não é incomum ouvir referências jocosas à andropausa, numa comparação quase paródica com a menopausa. Mas acredito também que essa idéia da andropausa como uma piada tem perdido força, o que demonstra que algum êxito foi atingido pelos defensores da patologia. Por outro lado, testosterona é uma palavra largamente conhecida no senso comum; o problema reside no fato de que tal conhecimento não é da forma que a ciência gostaria, nem com a seriedade supostamente devida. Testosterona, no uso popular e até em matérias da grande imprensa, aparece como um sinônimo de masculinidade, de "macheza".

Nas entrevistas, porém, os médicos desdenham dessa associação, e se esforçam para desacreditá-la. Como vimos na história do surgimento dos hormônios sexuais, os cientistas insistiram em encontrar hormônios que dessem conta de explicar a diferença sexual, atribuindo efeitos e funções que a molécula não teria necessariamente, ou que não dependeriam apenas desse efeito endócrino. E tal associação perdura, reafirmando, mesmo que apenas informalmente, a testosterona como "o hormônio masculino por excelência". Rohden (2011) nomeia seu artigo com uma frase que poderia resumir o que vimos nessa dissertação: "O homem é mesmo a sua testosterona". Então o que significa dizer que há uma perda, natural para muitos, patológica para alguns, da testosterona? Essa resposta, como vimos, não foi nada simples para os meus entrevistados. Mas as controvérsias que acompanham o DAEM, começando pela própria nomenclatura, nos dão um indicativo da complexidade da questão.

Ao menos duas linhas de raciocínio podem ser delineadas a partir das entrevistas, e explicitam uma disputa por legitimidade dentro da própria medicina. De um lado, os urologistas, com uma visão mais mecanicista da sexualidade masculina, se destacam como porta-vozes da medicina sexual e como os mais qualificados a falar sobre disfunções sexuais nos homens. Do outro lado, os endocrinologistas, com visões mais integradas do corpo, que se apresentam como os mais qualificados a falar de disfunções hormonais. É apenas na fala

desses últimos que o mundo fora do corpo parece exercer alguma influência sobre a vida sexual dos homens. É interessante notar que essa disputa não é específica da medicina brasileira, mas reproduz uma disputa por hegemonia a nível mundial, se observarmos a produção científica acerca do DAEM/andropausa/hipogonadismo.

Para ambos os grupos, porém, a patologia é cercada de problemas. O diagnóstico é confuso até para os especialistas, os pacientes não sabem reconhecer seus sintomas, confundindo-os com um envelhecimento natural e demoram demais a procurar ajuda médica, as melhores formas do tratamento não estão disponíveis ou são muito caras, o nome mais indicado é praticamente uma escolha pessoal, falta um exame que confirme de forma definitiva a quantidade de testosterona disponível, e talvez a doença nem seja mesmo uma doença. Parece que o DAEM está envolto por uma espessa névoa que as lentes da medicina ainda não foram capazes de atravessar totalmente.

Por outro lado, para esses médicos, o DAEM dificulta e muito a vida das pessoas, e a reposição hormonal é suficientemente segura para quase todo mundo, menos para aqueles que podem desenvolver câncer ou problemas de próstata. Considerando que, como um de meus informantes mesmo lembra, próstata é o que mais mata homens no mundo, e o exame de próstata é extremamente dificultado pelas mesmas razões que levam ao "mito do super-homem", o número dos que podem repor testosterona não deve ser assim tão grande. Logo, diferente do que aconteceu com a DE, o DAEM tem uma certa dificuldade de se estabelecer plenamente, porque seu *pharmaceutical fix* não é tão simples nem tão portátil quanto uma pequena pílula azul.

Se a forma farmacêutica atrapalha, a definição (seja popular ou científica mesmo) da testosterona como um *boost* de masculinidade é extremamente sedutora. É uma injeção, é verdade, mas uma injeção que contém em si grandes sonhos masculinos: a fonte da juventude, a promessa de manutenção de sólidos músculos, e, mais importante, uma performance sexual ainda melhor, quer fosse boa ou ruim antes. E, ao associar DAEM e juventude numa sociedade que a cada dia despreza mais a velhice, amarra-se o último ponto solto, resolve-se a última hesitação. Como fica bem claro na fala do urologista Edgar,

essa é uma questão moderna, atual, que está vinculado com o aumento da longevidade do ser humano. Hoje, o homem está vivendo cada vez mais, e ele não quer apenas viver mais, mas ele quer viver com qualidade de vida. E eu acho que a questão da terapia de reposição hormonal se insere nesse contexto, ou seja, os indivíduos querem qualidade de vida. E isso nós temos obrigação de dar para eles, e, pelo menos, disponibilizar de alguma maneira para eles essa possibilidade.

Tudo se resume a uma questão de busca por maior "qualidade de vida". Aí está um conceito que ganhou imensa popularidade, e se tornou um coringa, podendo ser aplicado a praticamente todas as questões, por mais díspares que sejam. Assim, qualidade de vida é morar num bairro arborizado, passear na praia pela manhã, praticar um esporte, "cuidar de si", atingir o orgasmo, ver os filhos crescerem bem, ser promovido ou comprar um travesseiro de penas. O curioso é ver a aplicação desse conceito associado a uma doença ou, no caso, a um remédio. Estar doente não pode ser qualidade de vida. E só toma remédio quem está doente. Além disso, especificamente em relação à perda de testosterona, como na pesquisa de Azize & Araújo (2003, p. 148) sobre o uso do Viagra, "[a]dmitir-se doente, nesse caso, seria assumir uma ferida na sua identidade de gênero". Mas aí reside o que mais me fascinou nessa pesquisa. Testosterona não é remédio. Logo, repô-la não é tomar remédio, nem estar doente, mas tomar as rédeas da própria vida (e do próprio corpo), parar o avanço do tempo e retomar a juventude perdida.

E assim, os homens, ao se verem frente a frente com o inevitável passar de tempo, não desistem, não se entregam, como um medieval homem honrado deve fazer. Ao invés disso, tomam suas pílulas, suas injeções, e respondem à idade e ao corpo como o peixinho do filme da Disney/Pixar de 2003, *Procurando Nemo*, aconselha como a melhor forma de resolver os problemas da vida:

Quando a vida decepciona, qual é a solução?

Continue a nadar

Continue a nadar

Continue a nadar, nadar, nadar

Pra achar a solução?

Nadar

REFERÊNCIAS

- ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.
- _____. A epidemia de doença mental. **Piauí**, 59, ago. 2011.
- AZIZE, Rogerio & ARAÚJO, Emanuelle. A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra. In: **Antropolítica**, 14, p.133-151, 2003.
- BARROS, José A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. In: **Revista Saúde Pública**, 17, p.377-386, 1983.
- BEKELMAN, J.; LI, Y. & GROSS, C. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. In: **JAMA**, v. 4, n. 289, p.454-465, 2003.
- BLEIER, Ruth. Sociobiology, Biological Determinism, and Human Behavior. In: BLEIER, R. **Science and gender – a critic of Biology and its theories on women.** Teachers College Press, 1997. p. 15-48.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** São Paulo: Graal, 2004.
- BONACCORSI, Antonio Carlos. Andropausa: insuficiência parcial androgênica do homem idoso. Uma revisão. In: **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 2, n. 45, p.45-57, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu Sociologia.** São Paulo: Ed. Ática, 1983.
- _____. Campo intelectual e projeto criador. In: POUILLON, J. (org) **Problemas do Estruturalismo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1986. p. 105-145.
- _____. *O habitus* e o espaço dos estilos de vida. In: _____. **A Distinção: crítica social do julgamento.** São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.-C. & PASSERON, J.-C. **A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas.** Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes).* Brasília, 2008.
- BRIGEIRO, Mauro. *Rir ou chorar? Envelhecimento, sexualidade e sociabilidade masculina.* Março de 2000. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.
- BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, G.L. (org) **O corpo educado. Pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.
- CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. Estratégias anti-coloniais: Sífilis, raça e identidade nacional no Brasil entre-guerras. In: HICHMAN, G. & ARMUS, D. (org) **Cuidar, Controlar, Curar: Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.
- CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane Araujo & FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. In: **Physis**, v. 3, n. 19, p.659-678, 2009.
- CONNEL, R. W. **Masculinities. Second Edition.** Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2005.
- CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

- DAMATTA, Roberto. Tem Pente Aí? Reflexões sobre a Identidade Masculina. In: **Enfoques**, v. 1, n. 9, p. 134-151, 2010.
- DAVIDOFF, F. et al. Sponsorship, authorship and accountability. In: **JAMA**, v. 10, n. 286, p.1232-1234, 2001.
- DEBERT, Guita. Gênero e Envelhecimento. In: **Estudos Feministas**, v. 1, n. 1, p.33-51, 1994.
- _____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 34, n. 12, p.39-56, 1997.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Os *Nervos* e a Antropologia Médica Norte-Americana: Uma Revisão Crítica. In: **Physis**, v. 2, n. 3, p.43-73, 1993.
- DUMONT, Louis. **O Individualismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- _____. Introdução. In: _____. **Homo Hierarchicus. O sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: EDUSP, 1992. p: 49-67.
- ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1989.
- FARO, Livi; CHAZAN, Lilian; ROHDEN, Fabíla & RUSSO, Jane. Homem com 'H': a saúde do homem nos discursos de marketing da indústria farmacêutica. In: **Fazendo Gênero 9 - diásporas, diversidades, deslocamentos**, 2010, Florianópolis. Anais do Fazendo Gênero 9 - diásporas, diversidades, deslocamentos, 2010.
- FAUSTO-STERLING, Anne. Gender Systems: toward a theory of human sexuality. In: _____. **Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality**. Nova York: Basic Books, p.233-379, 2001.
- _____. Dualismos em Duelo. In: **Cadernos Pagu**, n. 17/18, p. 9-79, 2002.
- FERNANDEZ, A. & ACOSTA, L. Documento básico de consenso sobre el síndrome de hipogonadismo de inicio tardío. In: **Endocrinol. Nutr.**, v.1, n. 55, p.5-28, 2008.
- FISHMAN, Jennifer. Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction. In: **Social Studies of Science**, v. 2, n. 34, p.187-218, 2004.
- FLECK, Ludwik. **Genesis and Development of a Scientific Fact**. Chicago: The University of Chicago Press, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. **História da Sexualidade volume 1: A Vontade de Saber**. São Paulo: Editora Graal, 2007.
- _____. O Nascimento do Hospital. In: _____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Graal, 2008.
- _____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- FRY, Peter. **Para inglês ver: Identidade e política na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GIAMI, Alan. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. In: **Physis**, v. 3, n. 19, p.637-658, 2009.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008.
- _____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- GRANJA, Edna. Entre crimes e castigos: Matriz de (im)possibilidades na atenção integral aos homens autores de violência de gênero. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2008.
- GRONEMAN, Carol. **Ninfomania - história**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2001.

- HART, N.; GRAND, N. & RILEY, K. Making the grade: the gender gap, ADHD, and the medicalization of boyhood. In: ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- HARTLEY, Heather. The 'pinking' of Viagra culture: drug industry efforts to create and repackage sex drugs for women. In: **Sexualities**, v. 3, n. 9, p.363-378.
- HEALY, David. **The antidepressant era**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- _____. The new medical Oikumene. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (org) **Global Pharmaceuticals: ethics, markets and practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006.
- HEPWORTH, M. & FEATHERSTONE, M. The male menopause: lay accounts and the cultural construction of midlife. In: NETTLETON, S. & WATSON, J. **The body in everyday life**. London: Routledge, 1999, p.276-301.
- HUBBARD, Ruth. **The Politics of Women's Biology**. New Brunswick, New Jersey e Londres: Rutgers University Press, 1990.
- LAKOFF, Andrew. **Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- _____. High Contact: gifts and surveillance in Argentina. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (org) **Global Pharmaceuticals: ethics, markets and practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006.
- LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório. A produção de fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LeBRETON, David. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez Editora, 1991.
- LOE, Meika. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. In: **Sexuality and Culture**, v. 3, n. 5, p.97-125, 2001.
- _____. **The rise of Viagra - how the little blue pill changed sex in America**. Nova York: New York University Press, 2004.
- _____. the Viagra Blues: embracing or resisting the Viagea body. In: ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. (org) **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- MARSHALL, Barbara L. & KATZ, Stephen. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. In: **Body & Society**, v. 4, n. 8, p.43-70, 2002.
- MARSHALL, Barbara. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. In: **Men and masculinity**, n. 9, p.509-529, 2007.
- MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo. Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.
- MORALES, A.; SCHULMAN, C.; TOSTAIN, J. & WU, F. Testosterone Deficiency Syndrome (TDS) Needs to be Named Appropriately – The Importance of Accurate Terminology. In: **European Urology**, n. 50, p.407–409, 2006.
- MOSSE, George L. **The image of man – the creation of modern masculinity**. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- MOYNIHAN, Ray. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. In: **British Medical Journal**, n. 326, p.45-47, 2003.

- NUCCI, Marina Fischer. *Hormônios pré-natais e a idéia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade*. Abril de 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- NYE, Robert A. Medicine and Science as Masculine "Fields of Honor". In: **Osiris**, n. 12, p.60-79, 1997.
- OLDANI, Michael. Tales from the 'script': an insider/outsider view of pharmaceutical sales practices. In : **Kroeber Anthropological Society Papers**, n. 87, p.147-176, 2002.
- _____. Thick prescriptions towards an interpretation of pharmaceutical sales. In: **Medical Anthropology Quarterly**, v. 3, n. 18, p.325-356, 2004.
- _____. Beyond the naive no-see: ethical prescribing and the drive for pharmaceutical transparency. In: **PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation**, v. 1, n. 1, p.82-86, 2009.
- OOSTERHUIS, Harry. Richard von Krafft-Ebing's "step children of nature": Psychiatry and the making of homosexuality. In: ROSARIO, Vernon (org) **Science and Homosexuality**. Nova York, Routledge, 1997.
- OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. Londres e New York: Routledge, 1994.
- PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, Myrian M. L. (org) **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 49-67. 2003.
- PETRYNA, Adriana. Introduction: Globalizing human subjects research. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (org) **Global Pharmaceuticals: ethics, markets and practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006.
- PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (org) **Global Pharmaceuticals: ethics, markets and practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006.
- RIBEIRO, Claudia R. S. *Sexualidade, corpo e saúde masculinos: transformações e permanências nos discursos de homens e da revista Men's Health*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.
- RIBEIRO, Leonídio. **Homossexualidade e Endocrinologia**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.
- ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. In: **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.
- _____. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- _____. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. In: **Horizontes Antropológicos**, v. 35, n. 17, p.161-196, 2011.
- ROSENBERG, Charles E. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. In: **The Milbank Quarterly**, v. 2, n. 80, p.237-260, 2002.
- ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. (org) **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- RUSSET, Cinthia E. **Sexual Science. The Victorian Construction of Womanhood**. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

- RUSSO, Jane. A difusão da psicanálise nos anos 70: indicações para uma análise. In: RIBEIRO, Ivete (org) **Sociedade brasileira contemporânea, família e valores**. São Paulo: Edições Loyola, p. 189-204, 1987.
- RUSSO, Jane; CARRARA, Sérgio & ROHDEN, Fabíola. Apresentação. Sexualidade, Ciência e Profissão. In: **Physis**, v. 3, n. 19, p. 617-636, 2009.
- RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor & FARO, Livi. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização In: **Physis**, v. 3, n. 19, p. 617-636, 2009.
- SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: The first illustrations of female skeleton in Eighteenth-Century Anatomy” In: GALLAGUER, C. (org.) **Making of the Modern Body**. Berkeley: University of California Press, 1987.
- _____. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, R. & TEICH, M. (org) **Conhecimento sexual, ciência sexual. A história das atitudes em relação à sexualidade**. São Paulo: Ed. UNESP, p: 219-246, 1998,.
- SIMÕES, Julio. "A maior categoria do país": o aposentado como ator político. In: BARROS, Myrian M. L. (org) **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 49-67. 2003.
- SMITH, Marisa. Medicalizing military masculinity: reconstructing war veteran in PTSD therapy. In: ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. (org) **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- SOARES, Jussara C. R. S. Abordagens sócio-antropológicas na compreensão do uso dos medicamentos. In: **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 5, p. 5-12, 1997.
- _____. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. In: **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 6, p. p: 37-53, 1998.
- SZYMCZAC, Julia & CONRAD, Peter. Medicalizing the aging male body: andropause and baldness. In: ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. (org) **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- TIEFER, Leonor. The Viagra phenomenon. In: **Sexualities**, v. 3, n. 9, p.273-294, 2006.
- VALE DE ALMEIDA, Miguel. **Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade**. Lisboa: Fim de Século, 2000.
- VARES, Tiina & BRAUN, Victoria. Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture. In : **Sexualities**, v. 3, n. 9, p.315-322, 2006.
- VIVEIROS DE CASTRO, Francisco José. **Attentados ao pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1932.
- WEBER, Max. **A ética protestante e o "espírito" do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- WIENKE, Chris. Sex the natural way: the marketing of Cialis and Levitra. In: ROSENFELD, Dana & FAIRCLOTH, Christopher A. (org) **Medicalized Masculinities**. Filadélfia: Temple University Press, 2006.
- WIJNGAARD, Marianne. **Reinventig the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity**. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1997.

APÊNDICE - Roteiro de Entrevista

1) Clínica

a) Definição

Principais queixas de homens acima dos 40 anos/Sintomas da Andropausa ou DAEM/Qual faixa etária e por quê.

b) Diagnóstico

O que define o diagnóstico e qual sua frequência/Quais exames laboratoriais são necessários para o diagnóstico.

c) Tratamento

Qual o tratamento prescrito/Em quais casos é indicada a terapia de reposição hormonal (TRH)/Duração, acesso e custo do tratamento/Adesão dos pacientes.

d) Terapia de Reposição Hormonal

Opiniões e posicionamentos sobre a TRH do ponto de vista clínico (vantagens e desvantagens, contra-indicações, efeitos adversos) e do ponto de vista do paciente (a resistência ou a demanda femininas frente à TRH na menopausa também é vista nos homens? Os pacientes associam a TRH à menopausa? Se no senso comum a testosterona é vista como sinônimo de masculinidade, a necessidade de reposição é entendida como uma perda dessa masculinidade?).

2) Política

a) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Conhecimento e expectativas sobre a Política/ Impacto na sociedade (muda a demanda no consultório? Como?)/ O DAEM nessa Política/ Grupos ou entidades médicas à frente da Política (quais estão e quais deveriam estar).

b) Política de Medicamentos

Apresentações do hormônio disponíveis no Brasil e no exterior/ Inclusão da TRH no SUS/ Influência da Política Nacional do MS nessas questões.

- c) Relação entre especialidades médicas
 - Quais especialidades são responsáveis pelo diagnóstico/ Formação em Andrologia/ Participação da Endocrinologia no acompanhamento da TRH/ Participação da Gerontologia ou Geriatria/ Itinerário terapêutico

 - d) Relação entre os termos
 - Qual termo médico é utilizado e por quê/ Quais grupos usam qual terminologia e por quê.
- 3) Pacientes
- a) A busca por cuidados médicos traz uma preocupação com a saúde em geral ou mais com a performance sexual?
 - b) As queixas demonstram uma sensação de estar envelhecendo? A busca pelo médico e a adesão ao tratamento são vistos como formas de evitar a velhice? Esses problemas não seriam comuns da idade?