



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Livi Ferreira Testoni de Faro

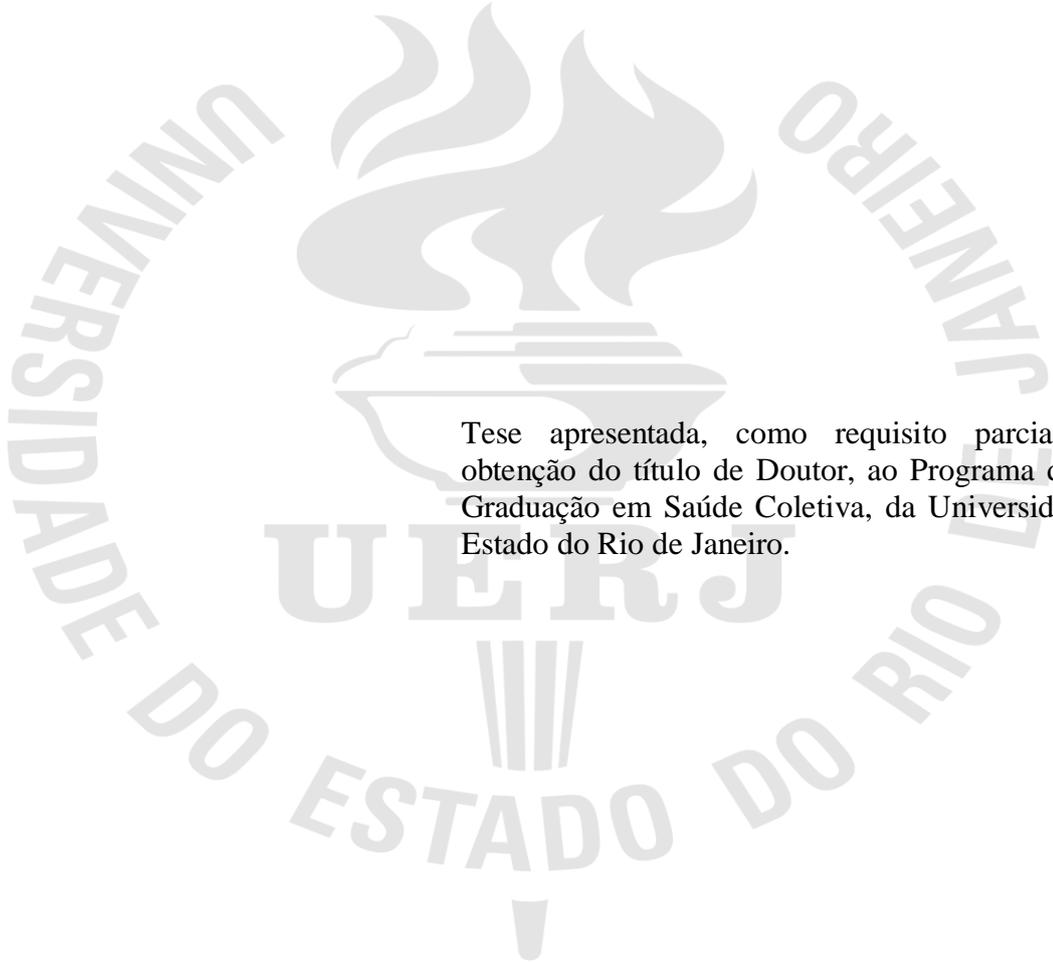
“Mulher com bigode nem o diabo pode”: Um estudo sobre testosterona,
sexualidade feminina e biomedicalização

Rio de Janeiro

2016

Livi Ferreira Testoni de Faro

“Mulher com bigode nem o diabo pode”: Um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F237 Faro, Livi Ferreira Testoni de
“Mulher com bigode nem o diabo pode” : um estudo sobre
testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização / Livi
Ferreira Testoni de Faro. - 2016
290 f.

Orientadora: Jane Araújo Russo.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Testosterona - Teses. 2. Mulheres – Comportamento
sexual - Teses. 3. Sexualidade feminina – Teses. I. Carrara,
Sérgio. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.357

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

Assinatura

Data

Livi Ferreira Testoni de Faro

**“Mulher com bigode nem o diabo pode”: Um estudo sobre testosterona, sexualidade
feminina e biomedicalização**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 31 de maio de 2016.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Fabiola Rohden

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dra. Daniela Tonelli Manica

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

A Dolores, Paulo e Marcelo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter sido realizado sem a colaboração das agências governamentais de fomento à pesquisa. Agradeço ao CNPq e à Faperj pelas bolsas de estudo concedidas, e à Capes, pela bolsa de estudos no exterior.

A *International Association for the Study of Sexuality Culture and Society (IASSCS)*, que contemplou o projeto através do programa *Emerging Scholars International Research Fellowship*, financiando nove meses de trabalho de campo.

À Jane Russo, especialmente. Tê-la como orientadora durante toda a trajetória acadêmica, desde a iniciação científica na graduação, foi uma sorte grande. Além de sua reconhecida competência nos temas que investigo, é também uma orientadora sempre presente, interessada pelos projetos de seus orientandos e orientandas. Uma joia rara. Agradeço por ter me formado como pesquisadora em ciências sociais em saúde e por me dar o prazer de desfrutar de amizade e de sua presença divertida e elegante.

À Fabiola Rohden, cujas ideias inspiraram todo meu percurso profissional. Agradeço também pelas orientações na ocasião da qualificação e pela amizade que muito estimo.

Ao Alain Giami, que tem me acompanhado ao longo de quase dez anos, compartilhando com generosidade seus conhecimentos e amizade. Agradeço ainda pelas contribuições na qualificação.

À Laura Mamo, que me recebeu de forma tão afetuosa em San Francisco durante o doutorado sanduíche e que vem abrindo meus caminhos junto a pesquisadores internacionais.

À Daniela Manica e Rafaela Zorzanelli, por me acompanharem no desenvolvimento da pesquisa e por fazerem parte da banca examinadora, contribuindo para a elaboração das reflexões que aqui apresento.

Ao Rogerio Azize, por ter aceitado participar da banca. E a Anna Paula Uziel, Martinho Silva, Fernanda Alzuguir e Lilian Krakowski, que aceitaram ser suplentes da banca.

À Marina Nucci e Lilian Krakowski, um agradecimento mais que especial por terem contribuído lendo e tecendo comentários sobre os rascunhos da tese, e também por terem me ajudado colocando – literalmente – a mão na massa! Sem a colaboração de vocês, a reta final teria sido sombria.

Aos colegas e amigos Lucas Tramontano, Cristiane Thiago, Isabela Vieira, Regina Senna, Denise Oliveira, Miriam Mariano, Vanessa Leite, Bruno Zilli e Anacely Costa.

À Waleska Aureliano – ser estagiária docente em sua disciplina de Antropologia Biológica para o curso de Ciências Sociais da Uerj foi um prazer!

À secretaria do IMS e às funcionárias da biblioteca, sempre tão atenciosas e competentes.

À minha família, como todo amor. A Dolores Ferreira, Paulo Faro, Criseide Jordão e Márcio Jordão, cujo suporte foi fundamental para tornar a jornada mais leve.

Ao Marcelo Di Lello, por tudo aquilo que nunca caberia nestas linhas.

RESUMO

FARO, Livi Ferreira Testoni de. *“Mulher com bigode nem o diabo pode”*: Um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização. 2016. 292 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este é um estudo qualitativo sobre a produção e circulação de conhecimentos médicos acerca dos usos da testosterona para o manejo farmacológico da sexualidade feminina, no Brasil. A metodologia consistiu em: 1) observação participante em congressos biomédicos, com foco nos eventos de ginecologia; 2) entrevistas breves com médicos congressistas (roteiro estruturado); e 3) entrevistas semiestruturadas com médicos prescritores de testosterona para ‘aumentar desejo’ ou ‘libido’ em mulheres. A perspectiva teórica baseou-se nos estudos sociais da biomedicina, com ênfase na teoria da biomedicalização, na literatura sobre gênero e ciência e nas abordagens sociotécnicas da produção de conhecimento. Buscou-se analisar as concepções de desejo, sexualidade, gênero, hormônios e saúde que permeiam os conhecimentos médicos sobre os usos da testosterona para mulheres. Ademais, analisamos os congressos partindo da premissa de que capital, serviços, tecnologias e saberes biomédicos são cada vez mais enredados e co-constituídos nas biopolíticas contemporâneas. Essa pesquisa chama a atenção para a importância das redes de produção de conhecimento na modelagem das biotecnologias e seus usos. O que parece ser um mesmo ‘objeto’ – o tratamento da sexualidade com testosterona – emerge de formas distintas dependendo do contexto no qual é acionado. A conclusão aponta para a necessidade de uma reflexão sobre as lógicas de gênero nos usos das tecnologias médicas voltadas para a sexualidade, com especial atenção às dicotomias que são acionadas, naturalizadas ou provocadas pelos saberes e práticas da biomedicina.

Palavras-chave: Biomedicalização. Testosterona. Gênero. Sexualidade. Estudos Sociais da Ciência. Feminismo.

ABSTRACT

FARO, Livi Ferreira Testoni de. *“Who’s afraid of the bearded woman?”*: A study of testosterone, female sexuality and biomedicalization. 2016. 292 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This is a qualitative study about the production and circulation of medical knowledge on the uses of testosterone in the pharmacological handling of female sexuality in Brazil. The methodology consisted of 1) engaged observation in biomedical congresses, with a focus on gynecology events; 2) short interviews with physicians who took part in the congresses (structured script) and 3) semi-structured interviews with physicians who prescribed testosterone to 'increase sexual desire' or 'libido' in women. The theoretical perspective was based upon social studies of biomedicine, with emphasis on the theory of biomedicalization; on literature about gender and science; and on sociotechnical approaches of knowledge production. The aim was to analyze the concepts of desire, sexuality, gender, hormones and health that permeate medical knowledge about the use of testosterone in women. Furthermore, the congresses were analyzed under the premise that capital, services, technology and biomedical knowledge are increasingly entangled and co-constituted in contemporary biopolitics. This research sheds light on the importance of knowledge production networks in the configuration of biotechnology and its uses. What appears to be a single 'object' - the treatment of sexual issues with testosterone - emerges in different ways depending on the context in which it is approached. The conclusion points to the necessity of a reflection about the logics of gender in the use of medical technology focused on sexuality, with special attention to the dichotomies that are naturalized or provoked by the expertise and practices in biomedicine.

Keywords: Biomedicalization. Testosterone. Gender. Sexuality. Social Studies of Science. Feminism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa de tensões e ressonâncias das políticas e epistemologias da objetividade corporificada.....	59
Figura 2 –	Slide ‘Síndrome da Insuficiência Androgênica – Reposição Androgênica’, Congresso Febrasgo, 2013.....	60
Figura 3 –	Modelo bipolar de gênero	93
Figura 4 –	Sexualidade segundo o modelo bipolar de gênero na teoria organizacional cerebral (1967 a 1980)	94
Figura 5 –	Modelo ortogonal de gênero	95
Figura 6 –	Sexualidade feminina e masculina nos estudos da neuroendocrinologia a partir dos anos 1980.....	95
Figura 7 –	O componente motivacional do desejo de mulheres, segundo Rosemary Basson.....	132
Figura 8 –	‘Área dos expositores’, Congresso Febrasgo, 2013.....	140
Figura 9 –	‘Área dos expositores’, Congresso Sogesp, 2014.....	141
Figura 10–	“As inter-relações da Sobrac”.....	143
Figura 11–	Estande da Teva, Congresso Sobrac, 2014.....	143
Figura 12–	Área destinada aos pôsteres, Congresso Sobrac, 2014.....	144
Figura 13–	Estande Grupo Evidence, Congresso Sobrac, 2014.....	146
Figura 14–	Estande como espaço de sociabilidade, Congresso Sogesp, 2014.....	154
Figura 15–	Fila de espera para <i>lunch meeting</i> , Congresso Sogesp, 2014.....	156
Figura 16–	Resultados obtidos em ensaios clínicos do Intrinsa, Congresso Febrasgo, 2013.....	171
Figura 17–	Slide ‘sexo usual <i>versus</i> sexo casual’, Congresso Sobrac, 2014.....	175
Figura 18–	Slide sobre sexualidade, Congresso Sobrac, 2014	180
Figura 19–	Slide ‘luxúria, amor romântico e ligação afetiva’, Congresso Febrasgo 2013.....	183
Figura 20–	Slide sobre cérebro, Congresso Sobrac, 2014.....	183
Figura 21–	Slide ‘Traídas pela medicina’, Congresso Sogesp, 2014.....	193
Figura 22–	Slide ‘Até quando manter a TH?’, Congresso Sobrac, 2014.....	196

Figura 23–	Slide “La TH es el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida en mujeres con síntomas menopáusicos”, Congresso Sobrac, 2014.....	197
Figura 24–	Slide ‘Objetivos de vida’, Congresso Febrasgo, 2013	198
Figura 25–	Imagem divulgada nos congressos com a representação da sexualidade de homens e mulheres.....	203

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dualismos em duelo.....	46
Tabela 2 –	Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, DSM-V.....	134
Tabela 3 –	Indicações para prescrições de testosterona para mulheres nas entrevistas breves.....	215

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abei/Abeis	Associação Brasileira para o Estudo da Impotência
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASB	<i>Archives of Sexual Behavior</i>
Caism	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Ceparh	Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana, em Salvador
CRO	Contract Research Organization
Daem	Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino
DHEA	Di-hidroepiandrosterona
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
EC	Ensaio Clínico
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HAC	Hiperplasia Adrenal Congênita
HERS	<i>Hearth and Estrogen/Progestin Replacement Study</i>
INSERM	<i>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale</i>
ISIR	<i>International Society for Impotence Research</i>
ISSIR	<i>International Society for Sexual and Impotence Research</i>
ISSM	<i>International Society for Sexual Medicine</i>
JAMA	<i>The Journal of the American Medical Association</i>
NAMS	<i>The North American Menopause Society</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
P&G	Procter & Gamble
Sbrash	Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana
Sgorj	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro
SHBG	Globulina Ligadora de Hormônio Sexual
SIA	Síndrome da Insuficiência Androgênica
Sobrac	Associação Brasileira de Climatério
Sogesp	Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo

SUS	Sistema Único de Saúde
T	Testosterona
TDSH	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo
TEISF	Transtorno da Excitação/Interesse Sexual Feminino
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
<i>WHI</i>	<i>Women's Health Initiative</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	SITUANDO O PROBLEMA DE PESQUISA: BIOPOLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS	29
1.1	Testosterona como terapêutica da sexualidade feminina no Brasil	29
1.2	Engajamentos teóricos	33
1.2.1	<u>A medicalização da sociedade</u>	33
1.2.2	<u>Biomedicalização</u>	36
1.2.3	<u>Biopolíticas moleculares</u>	38
1.2.4	<u>A indústria farmacêutica</u>	41
1.2.5	<u>Conhecimentos localizados e os hormônios como atores material-semióticos</u>	44
2	SITUANDO O CAMPO: ENTRE EXPERTS, ARTIGOS E CONGRESSOS MÉDICOS	50
2.1	Congressos biomédicos e atualização científica	50
2.2	Círculos especializados e as redes da tecnociência: saberes, tecnologias e capital	52
2.2.1	<u>Redes heterogêneas e a sócio-lógica</u>	52
2.2.2	<u>Mapeando círculos esotéricos no campo</u>	53
2.3	Ressonâncias globais: o caso Intrinsic (ARTIGO CIENTÍFICO)	59
2.3.1	<u>Testosterona para mulheres e as estratégias das indústrias de expansão das prescrições</u>	61
2.3.2	<u>Estratégias de expansão do mercado: os artigos</u>	62
2.3.3	<u>Da menopausa pós-cirúrgica à menopausa natural</u>	63
2.3.4	<u>Do estrógeno oral ao estrógeno transdérmico</u>	66
2.3.5	<u>Do estrógeno transdérmico ao uso sem associação com estrógenos</u>	67
2.3.6	<u>Da testosterona para transtorno do desejo sexual à testosterona para o bem-estar</u>	69
2.3.7	<u>Períodicos biomédicos, persuasão factual e expansão do mercado do Intrinsic</u>	70
3	HORMÔNIOS SEXUAIS, SEXUALIDADE E DIFERENÇA	75
3.1	Diferenças sexuais: contrastes e persistências	77
3.2	Hormônios como mensageiros químicos do sexo	80
3.3	Os primeiros produtos hormonais	82

3.4	Hormônios e desejo sexual feminino nas primeiras décadas do século XX	86
3.5	Neuroendocrinologia e os cérebros sexuados	88
3.5.1	<u>Modelo do sexo único nas pesquisas da neuroendocrinologia (1959-1971)</u>	88
3.5.2	<u>Anos 1970, feministas e modelo dos dois sexos</u>	90
3.5.3	<u>Do modelo bidimensional ao octogonal na neuroendocrinologia da sexualidade</u>	92
3.6	(Bio)medicalização da menopausa	96
3.7	Décadas de 1940 e 1950: cautela frente às terapias de reposição hormonal ..	99
3.7.1	<u>O sistema endócrino reprodutivo como “calcanhar de Aquiles” do sistema endócrino</u>	100
3.8	1962-2002: difusão do modelo da doença da menopausa e das TRH para uso contínuo	101
3.8.1	<u>Robert Wilson: homem é homem até o fim, ‘mulheres castradas’ são dessexualizadas</u>	102
3.8.2	<u>Passagem do tratamento dos sintomas à prevenção e manutenção de sexo/gênero</u>	104
3.9	WHI e o retorno ao modelo das TRH de curta duração	105
3.9.1	<u>‘Individualização’ da TRH e ‘qualidade de vida’</u>	107
4	DESEJO SEXUAL, SEXOLOGIA E MEDICINA SEXUAL	109
4.1	A segunda “onda” da sexologia clínica	109
4.1.1	<u>William Masters e Virginia Johnson</u>	111
4.1.2	<u>Sexologia clínica e endocrinologia: primeiras aproximações</u>	113
4.1.3	<u>Desejo em cena: ‘nova terapia sexual’ e o DSM-III</u>	114
4.2	Anos 1980 e o resgate da hipótese androgênios/libido em mulheres	117
4.3	Conceituação da disfunção erétil: redes da farmacologização da sexualidade	120
4.4	Sexualidade feminina ‘pós-Viagra’	124
4.4.1	<u>Consenso de Princeton</u>	125
4.4.2	<u>Produtos e medicamentos para as disfunções sexuais femininas</u>	128
4.4.3	<u>Generificando o ciclo da resposta sexual humana e o desejo</u>	131
4.4.4	<u>DSM-V: desejo apenas para homens</u>	133
4.5	Libido/desejo e testosterona: entre a caixa-preta e as incertezas dos dados disponíveis	135

5	CONGRESSOS MÉDICOS: ENTRE ‘AULAS’ E O SHOW DO INTERVALO	139
5.1	Chegada no campo: entre ‘aulas’ e o <i>show</i> do intervalo	139
5.2	Congresso de Climatério e Menopausa da Sobrac, 2014	142
5.3	Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia da Sogesp, 2014	147
5.4	Congressos e o tráfego de conhecimento intracírculo esotérico	148
5.5	Estandes: serviços comerciais e espaços de sociabilidade	151
5.6	‘Lunch meetings’: as indústrias também no espaço das moléculas	156
5.7	Estratégias no campo	157
6	DESEJO, LIBIDO E HORMÔNIOS NAS ‘AULAS’	159
6.1	Coletivos distintos: clínica da sexualidade e clínica da mulher	160
6.2	Clínica sexual nos congressos de Ginecologia/Obstetrícia	161
6.3	Desejo e testosterona nas ‘aulas’ da clínica sexual	164
6.3.1	<u>Sexologia e desejo: “A gente precisa é descansar, dormir bem e a vitamina T, de toque”</u>	164
6.3.1.1	<u>Críticas à medicina pela sexologia</u>	168
6.3.2	<u>Palestrantes da medicina sexual</u>	173
6.3.3	<u>Libido e desejo: sinônimos?</u>	174
6.3.4	<u>Desejos espontâneo, responsivo e hipoativo nas ‘aulas’ da medicina sexual</u>	175
6.3.5	<u>Desejo nas ‘aulas’ da medicina sexual: multifatorial e variedade de tratamentos</u>	176
6.3.6	<u>“Luxúria é uma coisa testosterônica”: Cérebro, hormônios e desejo nas ‘aulas’ da medicina sexual</u>	179
6.3.7	<u>TDSH: prevalente e subdiagnosticado</u>	184
6.4	TRH nos congressos de Ginecologia	188
6.4.1	<u>“Nós ginecologistas somos os clínicos da mulher”</u>	188
6.4.2	<u>“Felizes as mulheres que têm ondas de calor, porque elas vão se beneficiar com os efeitos da TRH”</u>	189
6.4.3	<u>WHI: ‘um terrível equívoco’</u>	190
6.4.4	<u>Pós-WHI: ‘janela de oportunidades’ e ‘qualidade de vida’</u>	194
6.5	Androgênios e libido nas ‘aulas’ de TRH e climatério	195
6.5.1	<u>Os experts</u>	198
6.5.2	<u>“Quando usar? Quando faltar!”: Síndrome da insuficiência androgênica e diminuição da libido</u>	200

6.5.3	<u>A sintonia fina da prescrição: “Dá toneladas de androgênio, qualquer mulher vai ter libido”</u>	205
6.5.4	<u>“Sintomas climatéricos rebeldes à terapia de reposição estrogênica”</u>	206
6.6	Nas redes do desejo	207
7	“MULHER COM BIGODE NEM O DIABO PODE”: PRESCREVENDO TESTOSTERONA	213
7.1	Entrevistas breves nas filas dos estandes farmacêuticos	214
7.1.1	<u>Prescrevendo testosterona para ‘aumentar libido’ Brasil afora</u>	215
7.1.2	<u>Médicas que não prescrevem testosterona</u>	216
7.2	As entrevistas com os prescritores	218
7.2.1	<u>Os caminhos da prescrição: indicações legítimas e ilegítimas</u>	219
7.2.2	<u>Hormônios, vida e sexualidade</u>	221
7.2.3	<u>‘Individualizar’ investigando sexualidade e a caixa preta libido-testosterona</u>	222
7.2.4	<u>“Pano pra manga”: o manejo da normalidade por meio dos exames laboratoriais</u>	224
7.2.5	<u>O homem é mais ...</u>	229
7.2.6	<u>“Mulher com bigode, nem o diabo pode!”</u>	232
7.2.7	<u>Na própria pele: as ‘crias’ de Elsimar Coutinho</u>	233
7.2.8	<u>WHI e a passagem do modelo do tamanho único à ‘individualização’ nas TRH</u> .	238
7.2.9	<u>O modelo do tamanho único</u>	241
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	246
	REFERÊNCIAS	257
	APÊNDICE A – Comunicações orais observadas nos congressos biomédicos... ..	274
	APÊNDICE B – Comunicações orais específicas do eixo sexualidade.....	281
	APÊNDICE C – Comunicações orais específicas do eixo climatério/TRH	282
	APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com prescritores de testosterona	283
	APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas breves realizadas no Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, 2014.....	286
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	287
	APÊNDICE G – Perfil dos prescritores entrevistados	289

INTRODUÇÃO

Dias atrás, Hebe Camargo foi homenageada como professora ‘honoris causa’. Eu e um auditório lotado fomos das lágrimas às gargalhadas quando ela descreveu sua história. De repente, ela dispara: ‘Esse meu médico e amigo é responsável pelas turbinas que me deixam quente. Malcolm, teu kit menopausa é ótimo mas tem que vir com homem junto porque dá um tesão danado’. Trezentas gargalhadas e eu afundando na cadeira. Ela citava os implantes de reposição hormonal com testosterona. [...] São microtubinhos que liberam [estradiol e testosterona] todo dia por um ano hormônios iguais aos que o ovário fabrica.

(*Malcom Montgomery*)

Em 2003, uma revista brasileira especializada em assuntos ligados às celebridades publicou a matéria ‘Testosterona e desejo sexual’, de autoria de Malcolm Montgomery. O texto é um bom ponto de partida para as reflexões que se desdobrarão ao longo das próximas páginas, pois diz respeito ao tema central desta pesquisa: a difusão, no Brasil, da testosterona como parte de um ‘tratamento’ médico voltado para mulheres, que promete melhoras na sexualidade – mas não apenas! – engendrando novas realidades corporais e subjetivas. O autor é um médico conhecido como o ‘ginecologista das estrelas’ por tratar famosas como Adriane Galisteu, Ana Hickmann e Hebe Camargo. Esta última, hoje falecida, foi a apresentadora que mais tempo permaneceu “no ar” na televisão brasileira (dos anos 1960 até seu falecimento, em 2012, aos 83 anos). Malcolm explica que Hebe Camargo utilizava implantes hormonais e que, durante um programa de televisão, teria lhe mandado o recado reproduzido na epígrafe.

Os implantes de testosterona mencionados na matéria são cápsulas subcutâneas “do tamanho de um grão de arroz”¹ que, em geral, incluem combinações de hormônios, utilizadas com diversas finalidades, com destaque para a gestão contraceptiva e para a ‘reposição’ hormonal no manejo clínico da menopausa. Essa técnica foi desenvolvida por Elsimar Coutinho, médico e pesquisador que desempenhou papel importante na difusão do uso da testosterona para ‘melhorar a sexualidade’ de mulheres, no Brasil.² Publicada há 13 anos, a

¹ Frase que escutei de usuárias e médicos durante o trabalho de campo.

² Já em 1998, ao participar do programa *Roda-viva*, Elsimar afirmava utilizar implantes hormonais com progesterona, estradiol e testosterona há cerca de 30 anos na Bahia e que, desde 1997, havia começado a realizar o procedimento também em São Paulo. Posteriormente, ampliou sua atuação para outras cidades do país, como Rio de Janeiro, Curitiba e Brasília (MANICA, 2009, p.7).

reportagem condensa diversas esferas envolvidas no gerenciamento hormonal do corpo, da sexualidade e da saúde na atualidade e que constituem o panorama no qual a presente pesquisa se insere.

Malcom Montgomery apresenta os implantes hormonais como tecnologias biomédicas capazes de produzir uma descontinuidade entre ‘idade biológica’, ‘psicológica’ e ‘cronológica’: “*Envelhecer é fato, ficar velho uma possibilidade. É o que observo ao atender mulheres há 27 anos. Nem sempre a idade cronológica se encaixa na biológica e psicológica*” (MONTGOMERY, 2003, s/p, grifo nosso). Assim, ‘envelhecimento’ e ‘ficar velho’ tornam-se experiências que não precisam andar juntas graças a uma gestão de si que pode incluir a busca por biotecnologias que produzam efeitos nos próprios processos vitais do organismo. Nessa perspectiva, não “ficar velho” torna-se uma escolha que se realiza através do consumo de serviços biomédicos e do cultivo de um *estilo de vida* saudável.

Hebe incorpora a figura da estrela ciborgue (HARAWAY, 2009), híbrido de organismo e implante farmacêutico, então com 74 anos e esbanjando ‘tesão’. O recurso a uma biotecnologia hormonal que promete ‘tesão’ como parte de um ‘tratamento’ para envelhecer sem ‘ficar velho’ aciona concepções contemporâneas que associam envelhecimento saudável e sexualidade ativa. Autores como Cacchioni (2015), Debert e Brigeiro (2012), Fishman (2003, 2004, 2010), Gupta (2011), Gupta & Cacchioni (2013), Joyce & Mamo (2006), Marshall (2006, 2010, 2011), Marshall e Katz (2002, 2012), Rohden (2011, 2012a, 2012b, 2014, 2015), Tramontano (2012), entre outros, têm analisado a centralidade que a sexualidade passou a ocupar nos discursos médicos e científicos contemporâneos sobre envelhecimento e saúde, a partir do final do século XX. Assim, Barbara Marshall e Stephen Katz (2002, p.43) sublinham que a configuração da velhice como uma etapa da vida na qual a sexualidade deve permanecer ativa é um fenômeno relativamente novo na cultura ocidental. Por meio de uma análise histórica, sustentam que, nas últimas décadas do século XX, mesmo momento em que novos tratamentos biomédicos modificaram as capacidades sexuais masculinas, a velhice começou a ser descrita como um processo dissociado do declínio sexual (que antes era visto como um processo ‘normal’ e foi patologizado como ‘disfunções sexuais’). Marshall (2006, 2010), através dos conceitos de *cultura da virilidade* e *vigilância da virilidade*, argumenta que a saúde sexual se tornou o “canário na mina de carvão”. A imagem refere-se ao uso desse pássaro por mineradores como uma estratégia para monitorar a salubridade na mina de carvão. O canário é sensível a modificações na concentração de oxigênio no ambiente e para de cantar em situações que apresentam risco de vida para os trabalhadores. Marshall sugere que, assim como o canário, a função sexual passou a ser vista, nas últimas décadas, como uma

esfera que deve ser monitorada por ser indicadora da saúde do indivíduo como um todo. Assim, o cultivo de uma *vida sexual* ativa adquiriu um significado mais amplo de busca pela saúde e pela ‘qualidade de vida’. Ou, nas palavras do “ginecologista das estrelas”: “Sexualidade é autoimagem, autoestima e *vida ativa*. Em cada um de nós, a sexualidade tem infância, adolescência e maturidade” (MONTGOMERY, 2003, s/p, grifo nosso). Além disso, essa *cultura da virilidade* coloca o monitoramento da sexualidade como uma responsabilidade dos indivíduos (MARSHALL, 2010, p.214).

A matéria ‘Testosterona e desejo sexual’ toca também em um outro ponto central da biomedicina contemporânea ao propagandar biotecnologias hormonais como ‘tratamento’ para mulheres saudáveis. Em um box que acompanha o texto principal, é possível ler: “O tratamento é eficiente em mulheres saudáveis, com boa sexualidade. Em certas mulheres, de qualquer idade, mas com problemas como traumas, o tratamento não funciona” (MONTGOMERY, 2003, s/p). A ‘reposição’ com testosterona apresenta-se como biotecnologia voltada para o melhoramento das capacidades vitais dos sujeitos e tensiona a lógica binária que opõe saúde e doença. Pode ser compreendida, portanto, como uma “droga de estilo de vida”, destinada não à cura de doenças, mas sim a tornar a vida mais confortável através de um aprimoramento do *self* (FISHMAN, 2003; ROSE, 2007).

Por fim, destaco as concepções associadas ao uso da testosterona que o texto evoca:

[...] O hormônio conhecidamente masculino, mas presente na mulher, é o verdadeiro Viagra³ feminino. [...] A testosterona faz a diferença sim: na memória, na motivação, no desejo sexual, pele e cabelo, nos ossos e músculos e na celulite. [...] A testosterona tem grande poder sobre o desejo sexual feminino. Na idade fértil, o nível deste hormônio na mulher sobe antes da ovulação e *provoca o desejo*. [...] O *desejo depende da testosterona e a lubrificação da vagina depende do estradiol*. [...] Na menopausa, o tratamento é sucesso em 94%. Para jovens com baixa libido, o êxito é menor (60%). (MONTGOMERY, 2003, s/p grifo nosso)⁴

De um lado, Hebe Carmargo refere-se ao seu médico como o responsável pelas ‘turbinas’ que a deixam ‘*caliente*’ e com ‘tesão’. Por outro, Malcom Montgomery apresenta a testosterona como um “hormônio conhecidamente masculino, mas presente na mulher” e que é o “verdadeiro Viagra feminino”.⁵ Os deslizos entre os pares masculino/feminino,

³ Nome comercial do medicamento lançado em 1998 para disfunção erétil, com a substância citrato de sildenafil.

⁴ Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoegente/204/saude/index.htm>. Acesso em 01/05/2016.

⁵ Os ‘hormônios sexuais’ são classificados pela endocrinologia como hormônios esteroides. Eles podem ser androgênicos (ex: testosterona, androstenediona, di-hidrotestosterona, de-hidroepiandrosterona), estrogênicos (ex: estradiol, estriol, estrona) ou progesteronas (ex: progesterona e progestinas). Hormônios sintéticos apresentam pequenas diferenças em sua estrutura química, se comparados aos hormônios que são sintetizados no próprio corpo.

testosterona/estrógenos, desejo/vagina, verdadeiro Viagra®/‘terapias de reposição estrogênica’ também surgiram no trabalho de campo de forma persistente. A atribuição de sexo/gênero às moléculas esteroides e deslizamentos entre binarismos foram recorrentes, como veremos nos próximos capítulos.

Essas concepções aludem à potência semântica dos hormônios que, além de *provocarem* efeitos sobre a materialidade corporal, “carregam” significados que são atribuídos de modo situado, revelando *scripts* culturais de gênero e de sexualidade produzidos em contextos e períodos históricos específicos. Argumentaremos que a testosterona é um ator biológico *material-semiótico* (ROBERTS, 2007; HARAWAY, 1995; MANICA, 2009) que adquire o *status* de uma *tecnologia generificada* (FISHMAN; MAMO, 2001). Ao considerar os hormônios como mensageiros químicos, mas também semânticos, a concepção moderna da materialidade corporal enquanto uma máquina a-histórica e universal abre espaço para uma perspectiva feminista de análise, segundo a qual a distinção entre ‘biológico’ e ‘social’ pode ser reconsiderada para além dos binarismos clássicos da ciência moderna (HARAWAY, 1995; WIJNGAARD, 1997, ROBERTS, 2007).

* * *

Esta tese foi desenvolvida para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva concedido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), no Departamento de Ciências Sociais em Saúde. Contou com a orientação de uma antropóloga especializada em estudos da ciência sexual contemporânea: Jane Russo. Parte do doutorado foi realizada na *San Francisco State University*, mais especificamente no *Health Equity Institute*, sob co-orientação de uma cientista social especialista em sexualidade, biomedicalização e saúde: Laura Mamo. O projeto foi contemplado com financiamento de agências governamentais de fomento à pesquisa⁶ e também da *International Association for the Study of Sexuality Culture and Society* (IASSCS).⁷

Minha atuação como pesquisadora interessada nas conexões entre sexualidade, gênero, biomedicina e sociedade iniciou-se em 2005, no Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro

⁶ Recebi bolsa de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e bolsa do Programa Bolsa Nota 10 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

⁷ Recebi bolsa da IASSCS, através do programa *Emerging Scholars International Research Fellowship*, para a realização de nove meses de trabalho de campo.

(CLAM/IMS/Uerj), instituição na qual atuei desde então em diversos projetos. Em 2008, defendi no IMS uma dissertação de mestrado sobre ‘disfunções sexuais femininas’ (DSF), também sob a orientação de Jane Russo e co-orientado por Alain Giami, pesquisador do *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)*.

No mestrado, investigamos artigos sobre disfunções sexuais publicados no periódico *Archives of Sexual Behavior (ASB)* entre 1971 e 2007. Percebemos que conformações de gênero perpassavam todo o material analisado. Nas publicações dos anos 1970, as disfunções sexuais eram consideradas um problema do casal (a ‘unidade marital’). Os artigos especificamente sobre ‘disfunções sexuais’ em mulheres eram centrados nas dificuldades de obtenção do orgasmo e nas terapias sexuais para casais da sexologia clínica baseadas nas técnicas cognitivo-comportamentais difundidas por William Masters e Virginia Johnson. Os artigos publicados nas décadas de 1980 e 1990 estavam marcados por um crescente interesse pela fisiologia peniana (de forma autônoma em relação à ‘unidade marital’), que contrastava com um número baixo de artigos abordando a sexualidade feminina.⁸ Nos poucos artigos que versavam sobre as disfunções sexuais em mulheres, prevalecia o modelo do período anterior, canalizado para as discussões sobre – e tratamentos para – o casal. Esse quadro alterou-se radicalmente nos primeiros anos da década de 2000. O número de artigos sobre DSF publicados entre 2001 e 2007 (45) foi maior do que a soma de todos os publicados durante as três décadas anteriores. Além disso, os temas eram completamente diferentes: as ‘disfunções orgásticas’ ou ‘anorgasmia’ praticamente desapareceram e, em seu lugar, surgiram artigos voltados sobretudo aos debates sobre classificação diagnóstica, mas também sobre a fisiologia sexual feminina (especialmente da excitação). Interpretamos essa explosão discursiva (FOUCAULT, 1988) em torno da sexualidade feminina como um efeito Viagra – com o perdão pelo trocadilho. O lançamento das drogas para disfunção erétil consolidou a hegemonia da medicina sexual na clínica da sexualidade, direcionando o interesse de pesquisadores e médicos para a fisiologia sexual feminina.⁹ Diante do sucesso do medicamento em pauta, as indústrias buscavam o chamado ‘Viagra feminino’, visando um novo mercado consumidor para seus produtos. Notamos também que debates sobre ‘excessos de medicalização’ surgiram nesse período. Essas críticas questionavam as abordagens médicas da sexualidade *feminina*, ressaltando sua ‘complexidade’ em relação à sexualidade *masculina*. As resistências ao processo de medicalização eram, portanto, generificadas. Analisamos,

⁸ O maior interesse pela sexualidade dos homens era expresso no contraste entre, de um lado, 38 artigos com foco nas disfunções sexuais masculinas e, de outro, dez artigos voltados para as DSFs.

⁹ A relação entre a farmacologização da disfunção erétil e os investimentos nas disfunções sexuais femininas será abordada no capítulo 3.

ainda, as disputas em torno da proposta de reclassificação da ‘dispareunia’ (dor causada por penetração vaginal) como um ‘transtorno de dor urogenital’, feita por Yitzchak Binik, que foi tema de mais da metade das publicações sobre DSF nos anos 2000. Binik fez parte da força-tarefa encarregada de revisar a nomenclatura das disfunções sexuais no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Em 2005, foi publicado no *ASB* o artigo “Should Dyspareunia Be Retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision” (BINIK, 2005) e, no mesmo número, vinte comentários sobre sua proposta, além de um artigo de resposta aos comentários. O DSM-V, lançado em 2013, incluiu entre as disfunções sexuais o ‘transtorno da dor gênito-pélvica/penetração’ (FARO, 2008).

O investimento sobre a reclassificação dos ‘transtornos da dor’ permaneceu como um ponto a ser melhor investigado. Por que, nos anos 2000, teria emergido o debate sobre a reclassificação da ‘dispareunia’ como ‘transtorno da dor urogenital’? A pergunta se justificava sobretudo por haver um consenso entre pesquisadores críticos da medicalização da sexualidade feminina no sentido de que o renovado interesse pelas DSF – característico daquele período – relacionava-se à busca das indústrias por drogas sexuais para mulheres. Tais pesquisadores indicavam que a corrida para angariar fatias do mercado feminino havia ocorrido, inicialmente, via excitação, numa transposição do modelo masculino. Assim, foram realizados ensaios clínicos com o Viagra para ‘tratar’ *excitação sexual* em mulheres, buscando a referida ampliação de mercado. Diante dos resultados desencorajadores dos ensaios clínicos, os fabricantes farmacêuticos teriam modificado o ‘alvo’, passando a investir no desenvolvimento de uma droga voltada para o *desejo sexual* de mulheres (HARTLEY, 2006; FISHMAN, 2004; MOYNIHAN, 2003). De certa forma, por ser o *Archives of Sexual Behavior* o periódico que publicou o artigo de Binik com a proposta de reclassificação da dispareunia (dor vaginal na penetração) no DSM e os comentários à sua proposta, o levantamento que realizei no mestrado indicou os itens ‘excitação’ e ‘dispareunia’ como esferas que vinham recebendo atenção crescente de profissionais médicos e que haviam escapado às críticas realizadas pelos estudos sobre medicalização.¹⁰

Instigada por essas questões, a pesquisa de doutorado aqui apresentada teve como foco a produção e circulação de conhecimento sobre os usos de testosterona visando a sexualidade feminina, no Brasil, na tentativa de investigar sua difusão enquanto terapêutica chancelada

¹⁰ Um dos artigos/comentários, escrito por Leonore Tiefer que, como veremos, é a líder da campanha antimedicalização da sexualidade feminina, tem o seguinte título: “Dyspareunia Is the Only Valid Sexual Dysfunction and Certainly the Only Important One” (TIEFER, 2005).

pela medicina. Nas páginas que se seguem, discutiremos como, no contexto da ginecologia brasileira, a testosterona tem sido utilizada como ferramenta de gestão médica do ‘desejo sexual’ e da ‘libido’. Para tal, realizamos observações etnográficas nos principais congressos de ginecologia do país e entrevistamos médicos participantes dos eventos.¹¹ Ao mesmo tempo, a pesquisa lançou nova luz às inquietações suscitadas na dissertação de mestrado acerca das disputas pela reclassificação dos ‘transtornos da dor sexual’ e pela persistência da divulgação de pesquisas sobre a excitação sexual em mulheres, mesmo com uma mudança do foco da busca das indústrias por drogas sexuais dirigidas para a melhora do ‘transtorno do desejo sexual hipoativo’.

Essa breve contextualização da trajetória cognitiva e institucional que está na base deste trabalho é também uma maneira de *situar* (HARAWAY, 1995) os problemas de pesquisa que aqui apresento. Trata-se de um *olhar* comprometido e conformado pelos estudos de gênero e sexualidade, pelas discussões sobre saúde, diferença e desigualdades, e engajado nos debates sobre biopolítica e (bio)medicalização da sociedade.

* * *

Ao longo dos anos em que este trabalho foi elaborado, o tema sob investigação era, em geral, recebido com surpresa. Quando pessoas da minha rede pessoal de contatos (incluindo pesquisadores/as) me perguntavam sobre o tema da pesquisa, eram recorrentes exclamações do tipo “existe isso?”, acompanhadas de expressões faciais de estranheza e perplexidade em relação ao uso de testosterona para ‘tratar’ desejo sexual. Entre os interlocutores que se espantavam quando eu descrevia minha pesquisa, não havia sequer uma pessoa que não soubesse o que era o Viagra. A relativa invisibilidade do uso de fármacos por mulheres para ‘melhorar’ a sexualidade, revelada nessas interações, contrastava de modo agudo com o *fenômeno Viagra* (TIEFER, 2006b).

A pílula azul tornou-se uma das drogas mais vendidas no mercado mundial e sua divulgação midiática foi ostensiva (GIAMI, 1998). No Brasil, o Viagra tornou-se tema central de debate na mídia durante vários meses após seu lançamento, constituindo o que Brigeiro e Maksud (2009, p.74) chamaram de ‘fato social paradigmático’. Os autores realçam que o fenômeno extravasou o mundo biomédico e farmacêutico, tornando-se um “acontecimento na consciência dos atores sociais” (BRIGEIRO & MAKSUD, 2009, p.84). O uso de testosterona

¹¹ Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-Uerj), CAAE: 30772114.1.0000.5260.

para aumentar o desejo sexual em mulheres, ou ainda a aprovação do Adyi® (flibanserina),¹² em outubro 2015, pela *Food and Drug Administration (FDA)*, jamais receberam o mesmo grau de investimento, seja em termos de cobertura midiática ou de discussões públicas de forma mais ampla.

No início do doutorado, apesar de reportagens na mídia e referências pontuais em etnografias sobre outros assuntos (FELTRIN, 2012; MANICA, 2009; SANABRIA, 2010), não estava claro se o uso da testosterona em mulheres, na interface com o gerenciamento da sexualidade, era amplo o suficiente para “render uma tese”. Essa dúvida seria dissipada logo no início do trabalho de campo, no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em 2013, organizado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

A Febrasgo é a instituição mais importante desta área no Brasil e organiza bienalmente o congresso brasileiro que, em 2013, foi sediado em Salvador, na Bahia. O evento costuma reunir cerca de seis mil participantes, de todo o país. Por meio de conversas com diversos médicos, de diferentes cidades brasileiras, ficou patente que as prescrições de testosterona para ‘aumentar libido’ eram bem mais frequentes do que imaginávamos. Observei diversas apresentações que se dedicaram a esse tema nos congressos e pude constatar evidente interesse da plateia pela prescrição de testosterona. O entusiasmo tornava-se visível pela agitação dos inúmeros celulares, tablets e máquinas fotográficas que se erguiam para fotografar os slides com esquemas terapêuticos da testosterona. Muitas vezes, pedia-se mais tempo na apresentação das telas projetadas, de modo que as informações pudessem ser anotadas ou os slides clicados. Percebi também que os palestrantes, ao final das mesas e simpósios, ficavam cercados por dezenas de ginecologistas (na maioria, mulheres), ávidas por tirar dúvidas sobre os produtos disponíveis no mercado e esquemas de prescrição.

Conforme a pesquisa avançou, foi possível perceber que a difusão de testosterona – especialmente na forma farmacêutica transdérmica (creme ou gel) preparada em farmácias de manipulação – vinha acontecendo de forma intensa nos últimos anos, ainda que não pudesse ser considerada hegemônica. Muitos médicos mostravam-se reticentes em receitar um medicamento que não era fabricado pelos grandes laboratórios farmacêuticos e que não tinha obtido aprovação da agência reguladora de medicamentos americana, a *FDA*. Ao mesmo tempo, muitos outros profissionais relatavam que, nos últimos anos, começaram a receber propaganda de farmácias de manipulação e prescreviam testosterona para suas pacientes. Ainda assim, quando eu abordava participantes dos congressos e perguntava se eles

¹² Primeiro medicamento antidepressivo aprovado para o tratamento do ‘transtorno do desejo sexual hipotivo’ (TDSH), em mulheres.

prescreviam testosterona para ‘baixa libido’, o tom de cautela era notório, sendo comuns respostas do tipo: “prescrevo muito pouco”, “tenho muito poucas pacientes que usam”, “só uso doses baixas”, “ainda é muito controverso”.

Verificou-se, ainda, a diversidade de formas farmacêuticas que o uso de testosterona pode adquirir. O creme ou gel é, sem sombra de dúvida, a opção mais em voga no universo investigado, seguidos dos implantes, já descritos por Manica (2009) e Sanabria (2010; 2016). Alguns médicos afirmavam prescrever também testosterona via oral ou injetável.

O prestígio de cada um destes modos de apresentação varia. O uso oral é, em geral, visto como ultrapassado e descrito como ‘hepatotóxico’. A opção injetável é mencionada como uma opção do cardápio terapêutico, embora seja vista com cautela em função dos efeitos colaterais ‘virilizantes’ que desencadeia e da associação com o uso para fins estéticos, fora da clínica médica. Os implantes são fonte de controvérsias no campo: são muito comuns na Bahia, em função da influência e do laboratório de Elsimar Coutinho, mas são muito criticados por médicos de outros estados.¹³

Além disso, logo na primeira incursão no campo, entendi que a testosterona não é a única substância utilizada pelos médicos brasileiros no manejo bioquímico da sexualidade de suas pacientes. Terapia hormonal com tibolona (um hormônio sintético descrito como tendo ‘ação androgênica’), estrógenos, DHEA (di-hidroepiandrosterona, um hormônio androgênico) e também ansiolíticos (bupropiona), antidepressivos (fluoxetina) e fitoterápicos (*tribulus terrestris*) são algumas das medicações citadas nos congressos e entrevistas, articuladas ao ‘tratamento’ da ‘libido’ e do ‘desejo sexual’.

A variedade de estratégias de manejo bioquímico da sexualidade feminina no plano da clínica médica recolocava o problema de sua relativa invisibilidade entre leigos, apontando para diferenças de gênero no próprio processo de medicalização da sexualidade (GIAMI, 2007, 2009b). Tais discrepâncias projetam-se também no plano político internacional, onde, no entanto, o jogo de visibilidade inverte-se. Grupos ativistas contra a medicalização da sexualidade feminina organizaram-se para impedir a aprovação de drogas que prometem melhorar as DSF, dando visibilidade ao debate na esfera pública, enquanto as perspectivas médicas e os tratamentos farmacológicos da sexualidade masculina não encontraram resistências, sendo, ao invés disso, ovacionadas pelo público em geral.

Alain Giami atribui o contraste entre as resistências ao processo de medicalização da sexualidade feminina e a aceitação acrítica da introdução de novas abordagens conceituais e

¹³ Para uma análise sobre os diferentes modos de administração e de ação dos hormônios, ver Sanabria (2014).

terapêuticas dos transtornos sexuais masculinos à permanência dos estereótipos de gênero na ciência sexual: “[A] própria ideia de uma função sexual feminina orgânica e fisiológica é dificilmente elaborada, na medida em que ela reconsidera as representações tradicionais da sexualidade feminina (este ‘continente negro’)”. Por outro lado, a concepção “de uma função sexual orgânica, simples e natural do homem se inscreve na continuidade das representações dominantes da sexualidade masculina e é objeto de poucas discussões” (GIAMI, 2007, p.302-3).

* * *

A tese está estruturada em três partes. A primeira delas dedica-se a *situar* o problema de pesquisa e o campo analisado nos debates sobre as biopolíticas contemporâneas. No primeiro capítulo, apresentaremos o tema e o recorte da pesquisa a partir do arcabouço teórico mais geral que orienta o projeto, a saber, estudos sobre medicalização, biomedicalização, farmacologização, os debates feministas sobre gênero e ciência, e a análise de Nikolas Rose sobre uma nova epistemologia molecularizada nas ciências da vida. No capítulo 2, acionamos conceitos dos estudos sociais da ciência para situar com ainda mais precisão o campo de pesquisa. Procuramos descrever, no campo analisado, a rede tecnocientífica que produz conhecimentos sobre testosterona, desejo e mulheres. Exploramos o caso do medicamento Intrinsa®, um adesivo à base de testosterona comercializado a partir de 2006, na Europa, para o tratamento do ‘transtorno do desejo sexual hipotativo’ (TDSH) em mulheres na ‘menopausa cirúrgica’.

A segunda parte da tese é uma incursão genealógica inspirada pela noção do “tempo dobrado” na ciência. Tal conceito foi proposto pelo filósofo francês Michel Serrel e explorado por Celia Roberts (2007) em suas análises sobre políticas hormonais na biomedicina. Articulado à perspectiva dos saberes localizados, de Donna Haraway (apresentada no capítulo 1), o tempo dobrado é acionado para pensar nos conhecimentos da ciência contemporânea, como produtos que carregam significados gestados historicamente. Assim, tal conceito permite explicar a persistência na medicina contemporânea de concepções “antigas”, que já foram contestadas pelo próprio campo científico há décadas, como a separação dos hormônios em ‘femininos’ e ‘masculinos’, por exemplo, sem que isso seja visto como resultado de uma “má ciência”. A genealogia dos discursos médicos sobre o corpo hormonal, menopausa e sexualidade possibilita a identificação das continuidades e rupturas observadas em campo. No capítulo 3, recuperamos a história dos hormônios ‘sexuais’, apresentando recortes da

emergência e do desenvolvimento da endocrinologia do sexo no século XX, e também do processo de (bio)medicalização da menopausa. O capítulo 4 examina a clínica da sexualidade, perscrutando a passagem da sexologia clínica à medicina sexual. Esse processo corresponde às transformações nas dinâmicas da medicalização ocorridas sobretudo a partir dos anos 1980, configurando as “biopolíticas moleculares” (ROSE, 2007), em um mundo no qual saberes biomédicos, capital e serviços são cada vez mais co-constituídos (CLARKE et al., 2003, 2010; JASANOFF, 2004).

A última parte do texto tem três capítulos dedicados às análises do material obtido no trabalho de campo. O capítulo 5 é etnográfico, focalizando as dinâmicas dos congressos observados. O capítulo 6 volta-se para as palestras observadas nos congressos, com especial atenção ao tema dos usos da testosterona (ou terapia androgênica) para ‘tratar’ desejo sexual (ou ‘baixa libido’) em mulheres. Finalmente, no capítulo 7, seguiremos o discurso de médicos que participaram dos congressos como ouvintes, explorando as narrativas produzidas por meio de entrevistas, breves (57) ou em profundidade (sete).

* * *

É importante esclarecer as convenções adotadas ao longo das transcrições citadas neste estudo. Assim, as aspas duplas foram adotadas nas reproduções de trechos das narrativas dos informantes, ou no sentido convencional, como no exemplo: *feminismo de segunda “onda”*. Optamos por utilizar aspas simples para designar termos nativos. Entretanto, esta não é uma tarefa simples. Quando o tema da pesquisa é a biomedicina contemporânea, a distinção entre pesquisadores e informantes torna-se precária. Sendo também uma mulher de classe média, que vive na cidade cosmopolita do Rio de Janeiro, consome serviços biomédicos em consultórios particulares e compartilha as culturas biomedicalizadas e moleculares do século XXI, observo que as fronteiras entre o sujeito de conhecimento e o objeto analisado revelam-se ainda mais problemáticas. A rigor, muitas das palavras utilizadas sem aspas são também nativas (como sexualidade, homem, mulher, gênero ou desejo).

Cabe ainda um esclarecimento em relação ao uso da palavra ‘campo’ que utilizaremos ao longo do trabalho não como um conceito (BOURDIEU, 2004), mas como um significante que remete à rede sociotécnica (LAW, 1992; LATOUR, 2000) e ao conceito fleckiano de círculos esotéricos de produção de conhecimento (FLECK, 2010), noções estas que serão apresentadas nos próximos capítulos e que nortearam toda a análise da pesquisa.

PARTE I
Biopolíticas contemporâneas

Assim, como muitas outras feministas, quero argumentar a favor
de uma doutrina e de uma prática da objetividade que privilegie
a contestação, a desconstrução, as conexões em rede
e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento
e nas maneiras de ver.
(Donna Haraway)

O que é novo, talvez, é a centralidade concedida ao soma,
à carne, aos órgãos, aos tecidos, às células, às sequências de genes
e à corporeidade molecular para nossas maneiras
individuais e coletivas de compreender
e gerenciar nós mesmos como seres humanos
(Nikolas Rose)

1. SITUANDO O PROBLEMA DE PESQUISA: BIOPOLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS

Hormônio atua no cérebro. Dá a sensação de bem-estar, disposição, atua nos músculos, tonifica. Também interage com a parte emocional, te dá controle sobre os altos e baixos. Você se sente mais bonita, sexy, tudo: cabelo, pele, corpo, libido, tônus muscular... responde mais rápido à estimulação [...] Então, por que viver sem libido? Sem disposição para a vida?
(Moradora de Salvador/BA)¹⁴

Quando uma concepção penetra suficientemente num coletivo de pensamento, quando invade até a vida cotidiana e as expressões verbais, quando se tornou literalmente um ponto de vista, qualquer contradição parece ser impensável e inimaginável.
(Ludwik Fleck)

1.1 Testosterona como terapêutica da sexualidade feminina no Brasil

As indústrias farmacêuticas não estão autorizadas pelas agências reguladoras a comercializar testosterona para mulheres, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos.¹⁵ Apesar disso, o recurso à testosterona para ‘melhorar’ o desejo sexual em mulheres tem se ampliado nas primeiras décadas do século XXI. Entre 2006 e 2007, há estimativas de dois milhões de prescrições de testosterona para mulheres nos Estados Unidos (BASSON, 2010, p.161; FOOLADI & DAVIS, 2012), enquanto Simes e Snabes (2011) afirmam que, em 2009, este número teria dobrado, chegando a quatro milhões. Na ausência de um produto da *Big Pharma*, o acesso à substância tem se dado de três formas: farmácias de manipulação, produtos já aprovados para o tratamento do hipogonadismo masculino¹⁶ prescritos no modo *off-label* para mulheres¹⁷ e implantes subcutâneos. Em todos os casos, a venda é condicionada à apresentação de prescrição médica.

O consumo de testosterona por mulheres foi apontado em etnografias realizadas no

¹⁴ Em entrevista concedida a Emília Sanabria (2010, p.8).

¹⁵ Nos Estados Unidos, a Food and Drug Administration (*FDA*) negou todos os pedidos de comercialização de produtos à base de testosterona para mulheres. Na Europa, um adesivo de testosterona foi aprovado em 2006, mas foi retirado do mercado pelo próprio fabricante em 2012. Voltaremos a esse caso no capítulo 2.

¹⁶ “O hipogonadismo masculino caracteriza-se pelo comprometimento de ao menos uma das duas funções testiculares fundamentais: a produção de testosterona e a espermatogênese” (CASULARI & PORTO, 2012, p.151). Para além dessa definição médica, remeto aos trabalhos de Lucas Tramontano (2012) e Cristiane da Costa Thiago (2012), que discutem de forma aprofundada as apropriações e controvérsias que o termo suscita.

¹⁷ A prática *off-label* diz respeito ao uso de uma medicação fora das especificações contidas na bula, ou seja, para uma doença diferente, para outro grupo de pacientes ou em dosagem distinta daquela que foi testada e aprovada pelas agências reguladoras (VILHELMSSON; DAVIS; MULINARI, 2016). Médicos são autorizados a prescrever *off-label*, enquanto os fabricantes são proibidos de indicar seu produto para estes casos.

Brasil (MANICA, 2009; FELTRIN, 2012; SANABRIA, 2010, 2016): as antropólogas Daniela Manica e Emilia Sanabria realizaram trabalho de campo em Salvador (BA) e Rebeca Feltrin em Campinas (SP).

Manica tomou como fio condutor de sua tese de doutorado a trajetória de Elsimar Coutinho. E aponta a tecnologia de implantes hormonais subcutâneos como elemento marcante na trajetória deste médico; tais dispositivos adquiriram lugar privilegiado em sua atuação clínica, tornando-se “o carro chefe do atendimento de Coutinho, amplamente divulgado em suas frequentes aparições nos meios de comunicação (televisão, revistas, jornais)” (MANICA, 2009, p.139). O implante hormonal tornou-se o contraceptivo preferido do médico para sua clientela particular (idem, p.5) e é utilizado também para a ‘reposição’ hormonal em mulheres mais velhas. Ao analisar os escritos de Coutinho sobre sexualidade, Manica ressalta que “a diferença no desejo sexual ou no prazer feminino estaria, para Coutinho, diretamente relacionada à quantidade de testosterona” (idem, p.219). Elsimar Coutinho fundou um laboratório farmacêutico de manipulação, denominado Elmeco, no qual fabrica os implantes hormonais em baixa escala e funciona no Ceparh (Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana), em Salvador.¹⁸ Em informe técnico distribuído para médicos que atuam no Ceparh, a testosterona aparece como uma das substâncias disponíveis para ser utilizada nos implantes como complemento para a ‘reposição’ hormonal de mulheres, para tratar “baixa libido, depressão e perda de memória” (MANICA, 2009, p.137).

Emilia Sanabria, ao pesquisar o uso de hormônios sexuais em Salvador, discute como a distribuição de anticoncepcionais pelos diferentes segmentos da população revela lógicas de atendimento bastante distintas. Frente à variedade de tipos de métodos hormonais e modos de administração disponíveis, a escolha por uma ou outra prescrição por parte dos médicos segue uma racionalidade que é diferenciada de acordo com o *usuário configurado*,¹⁹ materializando diferenças sociais e produzindo tipos distintos de cidadania. A pesquisadora acompanhou os mesmos médicos atuando em dois contextos, observando sua conduta em serviços públicos e particulares e pôde, assim, constatar como suas posturas e práticas de prescrição diferenciavam-se em função da clientela atendida. Para ‘cidadãs comuns’, atendidas nos serviços públicos, as prescrições eram massificadas e as decisões reprodutivas construídas “em termos da responsabilidade moral do indivíduo na coletividade de forma mais ampla”

¹⁸ O Ceparh é uma instituição fundada por Coutinho em 1984 e presidida por ele desde então. Oferece serviços de ‘planejamento familiar’ gratuito para a população, mas também de atendimento particular em diversas especialidades, além de ser um centro de pesquisas e local de inserção dos implantes hormonais produzidos no Elmeco (MANICA, 2009, p.6).

¹⁹ Conceito introduzido nos estudos sociotécnicos por Woolgar (1991) e retomado por Oudshoorn (1996) para análise do caso da pílula anticoncepcional.

(SANABRIA, 2010, p.4). Quando distribuídos no Sistema Único de Saúde (SUS), para mulheres de classe popular, era o *background* da demografia e das políticas de planejamento familiar que estava em foco, seguindo o dispositivo da biopolítica clássica de administração das populações. Contraceptivos na forma farmacêutica de injeções trimestrais, disponibilizados nas redes de atendimento, respondiam por mais da metade das prescrições nos serviços observados pela antropóloga. A preferência por este método era justificada em função da vantagem que teriam por eliminar a possibilidade de ‘uso incorreto’, que se supõe ser mais comum entre mulheres com baixa escolaridade, pelo baixo custo da medicação e por sua eficiência em relação à finalidade contraceptiva. Ademais, tanto no caso das medicações injetáveis, quanto no daquelas mulheres que recebiam a indicação para a forma oral da contracepção hormonal, a prescrição era direcionada para o(s) produto(s) oferecido(s) no serviço de saúde. Ou seja, disponibilidade – e não a escolha em função do perfil da usuária – é o fator determinante nas dinâmicas de prescrição. Seguem, assim, o que Oudshoorn (1996) denomina o *modelo do tamanho único*²⁰, segundo o qual há apenas um tratamento disponível para todas as usuárias.

O atendimento padronizado oferecido nos serviços públicos contrasta com esforços no sentido de diferenciar e ‘personalizar’ a atenção médica observados no acompanhamento das consultas particulares. Mulheres de classes média e alta, que se consultam em consultórios particulares, são atendidas segundo o *modelo da cafeteria* (que remete ao cardápio com múltiplas opções a serem escolhidas segundo o gosto do consumidor) (OUDSHOORN, 1996). Ou seja, durante a consulta, são levados em conta o perfil e o estilo de vida da paciente, suas queixas e suas preferências, de modo que a prescrição segue um roteiro pautado nas noções de *autonomia pessoal, escolha individual e melhoramento de si*. Sanabria defende que os hormônios sexuais, nesse caso, fazem parte de um modo individualizado de biopolítica²¹. Nesse sentido, hormônios são adotados como técnicas de elaboração e trabalho sobre o *self* e “centrais para o modo pelo qual indivíduos (sexuais) vêm conhecer e agir sobre suas capacidades corporais e, através destas, sobre o domínio afetivo” (SANABRIA, 2010, p.3). A contracepção figura entre diversos outros efeitos esperados das combinações hormonais, como a supressão da menstruação que possibilitaria também o desaparecimento da ‘tensão pré-menstrual’ incidindo, conseqüentemente, sobre o humor, aumento da disposição, melhora da pele e, ainda, sobre o desejo sexual quando combinados com a testosterona. O que está em

²⁰ No original o termo utilizado é ‘*one-size-fits-all*’.

²¹ Sanabria apoia-se nas formulações de Nikolas Rose (2007) sobre a biopolítica contemporânea (voltaremos a esse ponto adiante, discutindo a perspectiva teórica proposta por Rose).

jogo é uma elaboração sobre a subjetividade, sobre o melhoramento de si e sobre a regulação dos fluxos de afeto (SANABRIA, 2010, p.11). Sanabria argumenta que tal implantação do modelo da cafeteria nas práticas de prescrições personalizadas dos hormônios sexuais se aproxima do que Nikolas Rose (2007) denomina de ‘nova cidadania neuroquímica’ adotada como estratégia de produção de si. A epígrafe traz um exemplo ilustrativo nesse sentido, obtido durante o trabalho de campo de Sanabria.

Ao mesmo tempo, um paradoxo emerge. Sanabria menciona que a busca pelo desejo por mulheres de classe média ocorre em um contexto no qual ‘segurar o casamento’ é um elemento importante para manter um determinado *status* social. De acordo com a autora, “Em Salvador, quando um homem tem um caso extraconjugal, não é incomum ouvir dizer que é culpa da sua mulher por parar de se cuidar ou de manter o tesão no relacionamento” (SANABRIA, 2010, p.8).²² Esta colocação coincide com a visão do próprio Elsimar Coutinho: “a mulher que tem diminuído ou abolido o desejo ou que apresenta dificuldade em alcançar o orgasmo é considerada doente ou, no mínimo, incompleta pelo parceiro, que tende a abandoná-la em busca de outra, que responda satisfatoriamente seus estímulos” (COUTINHO, 1998 apud MANICA, 2009, p.219). Assim, escolha e aprimoramento de si estão lado a lado com a responsabilidade da mulher de se manter atraente e com a sexualidade ativa para manter seus casamentos. Autonomia seria ainda uma palavra apropriada neste caso?

Rebeca Feltrin (2012) conduziu trabalho de campo em um hospital-escola público com o objetivo de investigar a construção de conhecimento científico sobre o corpo de mulheres na menopausa. A pesquisa etnográfica teve lugar no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), no Estado de São Paulo. A autora relata que médicos compreendiam a menopausa através de um modelo de doença no qual ‘perda da libido’ e ‘prazer sexual diminuído’ eram vistos como sintomas fisiológicos, sem qualquer consideração por aspectos sociais ou interpessoais (FELTRIN, 2012, p.11). A abordagem farmacológica para o ‘tratamento’ da menopausa era disseminada nessa instituição, mas as terapias de ‘reposição’ hormonal não incluíam a testosterona. Apesar disso, Feltrin menciona a seguinte fala de um médico do hospital em uma palestra: “[M]uitos usam androgênios [para melhorar o desejo sexual], mas essa não é nossa prática [...] muitos homens tomam viagra [sic] e a mulher está

²² Maral Erol (2014) encontrou um cenário parecido de culpabilização das mulheres que não aderiam às terapias de reposição hormonal em Istambul, na Turquia. A autora pesquisou as concepções sobre sexualidade e pós-menopausa por meio de observação participante em clínicas de ginecologia e obstetrícia e entrevistas com médicos e mulheres que visitavam esses serviços. O artigo de Erol não reporta uso de testosterona. A responsabilização das mulheres apoia-se na ideia de que elas deveriam utilizar as terapias de reposição hormonal para a manutenção da ‘genitália funcional’ visando evitar divórcios ou a busca de uma segunda esposa por seus maridos.

com atrofia vaginal e ele machuca ela [sic]. Outras mulheres têm relação só para agradar o marido” (FELTRIN, 2012, p.48).

Podemos especular se o duplo padrão nos atendimentos da rede de serviços de saúde explorado por Sanabria também se aplicaria aos achados de Feltrin. Quem são as pessoas apontadas pelo médico que usam andrógenos para ‘melhorar a sexualidade’ de mulheres? Médicos que trabalham no setor privado de saúde? Mulheres de classe média que buscam este tipo de tratamento? E qual a motivação para o uso da testosterona? Seria este um recurso mobilizado pelas mulheres para ‘agradar’ seus maridos? Ou esta motivação parte do médico que identifica a ‘falta de desejo’ como um sintoma da menopausa, que *deve* ser tratado bioquimicamente?

Para o estudo desse fenômeno, optamos por uma investigação qualitativa sobre as práticas de prescrição e consumo de testosterona, no Brasil, como ‘tratamento’ voltado para o desejo sexual em mulheres. A metodologia incluiu: 1) observação participante em congressos de biomedicina; 2) entrevistas breves com médicos que participaram dos congressos; 3) realização de entrevistas semiestruturadas com médicos prescritores de testosterona para mulheres.

1.2 Engajamentos teóricos

1.2.1 A medicalização da sociedade

Os tratamentos médicos voltados para a sexualidade, menopausa e envelhecimento são fenômenos que se enquadram em um processo mais amplo de ‘medicalização da sociedade’ (CONRAD, 2007). O conceito de medicalização surgiu na sociologia dos anos 70, e nas décadas seguintes firmou-se como recurso conceitual amplamente utilizado na literatura acadêmica sobre a saúde, doença e processos vitais. Embora não seja possível traçar uma tradição teórica linear e homogênea a ela relacionada, o corpo de trabalhos que utiliza a medicalização como ferramenta conceitual vem sendo chamado de ‘tese da medicalização’ ou ‘teoria da medicalização’ (RISKA, 2010). Irving Zola, em 1972, introduziu o termo relacionando-o à crítica da medicina como instituição de controle social e tem sido apontado como pioneiro neste campo, ao lado de autores como Ivan Illich e Peter Conrad. Este último vem difundindo a definição do termo que se tornou clássica: “‘Medicalização’ descreve um processo pelo qual problemas não médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou transtornos” (CONRAD, 2007, p.4; STULTS

& CONRAD, 2010). Trata-se, portanto, de colocar sob jurisdição médica um domínio que antes não pertencia a seu escopo, transformando determinado aspecto da experiência humana em um problema a ser gerenciado pela medicina. Tal processo se constitui mediante a descrição do fenômeno com o auxílio de uma linguagem médica (CONRAD, 2007, p.5). O foco concentra-se na “criação, promoção e aplicação das categorias médicas (e tratamentos ou soluções) para problemas e eventos humanos” (CONRAD, 2007, p.13).

Conrad sublinha que não se trata de um imperialismo médico, que atribui ativamente categorias a sujeitos passivos, pois envolve – além dos profissionais médicos – movimentos sociais, organizações de pacientes, as indústrias farmacêuticas e as pessoas que usufruem das inovações biomédicas (CONRAD, 2007, p.6). É, portanto, uma forma de *ação coletiva* (CONRAD, 2007, p.9). Traz em si a ambivalência de um aumento do controle médico sobre as mais variadas experiências da vida que convive com um desejo por parte de pessoas leigas por explicações que deem sentido ao seu sofrimento/condição/experiência.²³

Outro aspecto interessante destacado por Conrad diz respeito à individualização do problema/fenômeno em questão, intrínseco ao processo de medicalização. Uma vez delimitado como uma doença, passa a ser concebido como questão do indivíduo, obscurecendo as dinâmicas sociais envolvidas na produção do fenômeno.

Os primeiros trabalhos nesta vertente centraram-se na análise da transformação de comportamentos ou condições, antes compreendidos como desvios morais, em doenças passíveis de intervenção terapêutica (CONRAD & SCHNEIDER, 1992). Como destaca Riska (2010, p.150), o interacionismo simbólico e a teoria dos rótulos, que dominavam o cenário teórico da sociologia médica nos anos 1960, foram influências marcantes neste primeiro momento das teses da medicalização. Mais tarde, o foco deslocou-se para diversos outros domínios não mais centrados no desvio e, pelo contrário, passou a incluir experiências compartilhadas potencialmente por todas as pessoas, como as fases da vida – nascimento, infância, gravidez, envelhecimento e morte –, condições – depressão, menopausa, timidez –, domínios – como a sexualidade ou aprendizagem, e até mesmo queda de cabelo (CONRAD, 2007; ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR., 2014). Tal deslocamento gerou grande

²³ Este aspecto de identificação e alívio por parte dos sujeitos, ao terem sua condição explicada por uma *expertise*, encontra no campo da sexualidade um exemplo interessante nas inúmeras cartas recebidas pelo psiquiatra Krafft-Ebing, quando da elaboração de seu compêndio sobre as perversões sexuais, um livro fundamental do processo de medicalização da sexualidade no século XIX. O quadro nosográfico constituiu um elemento fundamental da medicalização do prazer perverso ocorrida na segunda metade do século XIX. *Psychopathia Sexualis*, do psiquiatra alemão Krafft-Ebing, lançada em 1886, é a maior e mais importante obra deste período pioneiro na medicalização das perversões.

difusão do termo e, conseqüentemente, diversidade de sentidos a ele atribuídos.²⁴ Ao mesmo tempo, a influência do interacionismo simbólico cedeu espaço para a perspectiva da construção social (RISKA, 2010).

Riska propõe que, do ponto de vista do gênero, os estudos da medicalização podem ser divididos em duas fases. A primeira, do início dos anos 1970, embora não tomasse o gênero como questão, sendo aparentemente neutra neste aspecto, investigava sobretudo comportamentos mais próximos das experiências de homens, como alcoolismo. Na segunda fase, a partir de 1975, feministas trouxeram para as teses da medicalização a reflexão sobre o gênero, problematizando o papel dos discursos científicos e médicos no controle social dos corpos femininos bem como nas justificativas para as desigualdades de gênero (RISKA, 2010, p.152).

A partir do momento em que os trabalhos começaram a analisar os processos de medicalização dos corpos femininos, tornou-se evidente que havia uma assimetria de gênero no controle médico sobre os sexos. As mulheres, seus corpos e comportamentos foram muito mais passíveis de controle médico (VIEIRA, 2002). A emergência da ginecologia como a ‘clínica da mulher’, sobretudo a partir do século XIX com seu desenvolvimento e institucionalização, constitui um vetor fundamental deste processo. A mulher foi tomada como um objeto a ser investigado, um ser supostamente ‘delicado’ e ‘mais passível de adoecimento’, um ser ‘estranho’ e que precisa ser compreendido e administrado pela ciência (ROHDEN, 2009).

Michel Foucault (1988) descreveu nos anos 1970 o processo de constituição do *dispositivo da sexualidade* e se tornou um autor central nos estudos sobre medicalização da sexualidade. No entanto, como destacam Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr., é preciso ter em mente que “a medicalização tal como a descreve o autor [Foucault], é um processo historicamente anterior ao que analisam as obras de alguns de seus contemporâneos, como Zola, Illich, Conrad” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR., 2014, p.1861). Enquanto estes últimos dedicaram-se aos processos de medicalização delineados a partir da segunda metade do século XX, Foucault analisou o surgimento da biopolítica no final do século XVIII e no subsequente.

Negando a hipótese *repressiva* que dominava os estudos sobre a história da sexualidade, o autor defende a tese de que nunca antes da passagem do século XVIII ao XIX falou-se tanto em sexo. Enquanto a teoria repressiva concebe o poder como aquele que

²⁴ Sobre os diversos sentidos do termo, ver o esclarecedor artigo de Zorzanelli, Ortega, Bezerra Jr. (2014).

silencia, que torna invisível e tolhe, sua concepção de poder é *positiva* e seu trabalho foca-se sobre o que se produz pelo dispositivo de sexualidade. Analisa a proliferação de discursos sobre a sexualidade em campos tão diversos como o da medicina, da demografia, pedagogia, da medicina legal e da justiça. Foucault descreve a implantação do dispositivo da sexualidade por meio do desenvolvimento de quatro eixos, por meio dos quais os poderes e saberes sobre o sexo se organizaram: o problema da masturbação das crianças, o surgimento da figura do perverso sexual, os saberes e práticas em torno da histeria e o controle da natalidade. Em torno desses temas surgiram dispositivos específicos que envolveram a elaboração e o exercício de saberes e poderes a respeito do sexo (FOUCAULT, 1988, p.99).

Ao mesmo tempo, Foucault analisa a passagem do poder soberano, que faz morrer ou deixa viver, para um outro tipo de poder que toma a vida como ponto de apoio. Esse poder sobre a vida foi conceituado como *biopoder*, expressando-se através de dois polos: 1) tecnologias de produção de corpos disciplinados, cujas habilidades são maximizadas por instituições modernas (escolas, hospitais, universidades, fábricas, asilos); 2) biopolítica das populações, por meio de controles reguladores sobre as condições de vida nas cidades (água, esgoto, comidas), a administração dos nascimentos, da mortalidade, da longevidade e das epidemias e das doenças que atingiam rotineiramente os indivíduos, entre outras ações voltadas para a ampliação da saúde da população (RABINOW; ROSE, 2006).

1.2.2 Biomedicalização

Na primeira década do século XXI, um grupo de autoras propôs o termo biomedicalização para marcar especificidades do contexto contemporâneo em relação aos processos de medicalização tal como formulados pela linhagem teórica de Peter Conrad (CLARKE et al., 2003, 2010). Segundo elas, os anos que se seguiram ao pós-guerra constituíram a ‘era da medicalização’, estendendo-se de 1945 até 1985. Trata-se de um momento de grandes investimentos e de expansão, no qual a medicina estabeleceu-se como um setor institucional político-econômico. A rede de oferta de serviços estava em franco desenvolvimento. A biomedicina desenvolveu-se como ‘complexo médico-industrial’, em alusão ao conceito dos anos 1950, de Eisenhower, de ‘complexo militar industrial’ (CLARKE et al., 2003, p.166-7). Foi também durante este intervalo histórico que as práticas da biomedicina se tornaram objeto de estudo das ciências sociais.²⁵ A ampliação do alcance da

²⁵ O trabalho pioneiro de Ludwik Fleck ([1935] 2010) constitui uma notável exceção. No entanto, não por acaso, sua produção permaneceu esquecida até ser recuperada por Thomas Kuhn, no início dos anos 1950.

medicina esteve relacionada à incorporação dos serviços médicos no cotidiano dos indivíduos. *Checkups* anuais e visitas regulares aos médicos tornaram-se, a partir daquele período, parte da rotina de vida dos cidadãos americanos ou, ao menos, de parte deles (CLARKE, 2010a, p.122). O surgimento dos antibióticos e todos os efeitos simbólicos daí derivados também modelaram o panorama da saúde na ‘era da medicalização’ (CLARKE, 2010a, p.126).

Clarke et al. (2010) defendem que, a partir do ano de 1985 entramos na ‘era da biomedicalização’. O conceito é uma tentativa de sistematização teórica de transformações que incidem sobre os processos de medicalização (CLARKE et al., 2003). Mas o que exatamente operou esta grande transformação na biomedicina? Ainda segundo as autoras, a chave de inteligibilidade está nas complexas interações produzidas pela expansão da tecnociência na medicina ocidental. Nesse sentido, a diversidade de inovações tecnológicas nos mais variados níveis – implementados através de tecnologias computacionais e por biotecnologias – teria provocado mudanças na constituição, organização e nas práticas da biomedicina contemporânea (CLARKE et al., 2010, p.1). Outro aspecto fundamental está condensado no conceito de ‘*Biomedical TechnoService Complex, Inc.*’, acionado pelas autoras, que enfatiza o caráter corporativo e privatizado da pesquisa, dos produtos e dos serviços, configurando a expansão da mercantilização da saúde, que se torna um produto de consumo. Uma das premissas fundamentais da biomedicalização – e que é especialmente relevante para nossa análise – é a de que o conhecimento biomédico, tecnologias, serviços e capital são coconstituídos (CLARKE et al., 2010b, p.1).

Em conjunto, estas transformações teriam delineado uma nova economia biopolítica da medicina (CLARKE et al., 2003, p.167; CLARKE et al., 2010a). Assim, a biomedicalização descreve os processos de medicalização estendidos e reconfigurados pela biomedicina tecnocientífica, alavancada pelo setor privado capitalista do final do século XX, ocorrendo mediante cinco processos-chave interativos:

- 1) Reconstituição político-econômica da biomedicina;
- 2) Foco na saúde e elaboração da medicina de risco, com a expansão da vigilância e da noção de que cada indivíduo é responsável pelo manejo de sua saúde;
- 3) Natureza crescentemente tecnológica e científica da biomedicina;
- 4) Transformação na produção, distribuição, consumo e gestão da informação e do conhecimento biomédico;
- 5) Transformação dos corpos e produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas.

Esta última via é o que justifica de modo mais evidente a transformação terminológica

de medicalização em ‘bio’medicalização. O foco está na biologia, na modificação dos próprios corpos em sua materialidade, em seus processos vitais, em suas potencialidades. Passa-se do *controle sobre* fenômenos, traduzindo-os como biomédicos, para a *transformação* dos próprios fenômenos vitais, possibilitada pela tecnociência (CLARKE & SHIM, 2011, p.173). As autoras indicam ainda um outro significado para o prefixo ‘bio’, no qual ele denotaria a importância, na teoria da biomedicalização, do *biopoder* e da *biopolítica* de Foucault. Vinculam-se também a Nikolas Rose, ao afirmarem que “a mudança da medicalização para a biomedicalização manifesta a mudança epistêmica do olhar clínico iniciado no século XVIII [...] ao emergente olhar molecularizado atual (ROSE, 2007)” (CLARKE et al., 2010b, p.4).²⁶

Uma ressalva importante feita por Clarke consiste em que as delimitações entre essas ‘eras’ não são nítidas, elas “[...] infiltram-se umas nas outras”, [...] processos ou fenômenos em eras diferentes consistem em uma questão de ênfase e não de exclusão. [...] Abordagens mais antigas frequentemente estão presentes e disponíveis em algum outro lugar” (CLARKE, 2010a, p.108).²⁷ É importante destacar que a teoria da biomedicalização foi desenvolvida com o foco quase que exclusivamente sobre o contexto norte-americano. Entretanto, os processos descritos por Clarke et al. não se limitam aos Estados Unidos, mesmo porque a influência norte-americana em nível global é inegável e ocorre em diversos planos: pela difusão de teorias biomédicas e tecnologias produzidas naquele país, na elaboração de manuais diagnósticos como o da *American Psychiatric Association (APA)* e de documentos de consenso em medicina que são utilizados em todo o mundo ou ainda através do poder da agência reguladora de medicamentos americana, que dita as regras do mercado farmacêutico global. Clarke (2010a, p.381) chama atenção para as dinâmicas de transnacionalização que fazem com que a biomedicalização “viaje” para outros territórios, impondo a urgência de pesquisas empíricas que analisem particularidades locais. A presente pesquisa atende a esse apelo, investigando a biomedicalização do ‘desejo’, no Brasil.²⁸

1.2.3 Biopolíticas moleculares

²⁶ “The shift from medicalization to biomedicalization manifests the epistemic shift from the clinical gaze initiated in the eighteenth century (Foucault, 1973) to the emergent molecular gaze of today (Rose, 2007)” (CLARKE et al., 2010b, p.4).

²⁷ “[...] bleed into one another. [...] processes or phenomena in different eras are matters of emphasis, not exclusion. [...] Older approaches are usually available somewhere” (CLARKE, 2010a, p.108).

²⁸ Alguns trabalhos apontaram especificidades da biomedicalização em nível nacional, como a pesquisa já mencionada de Sanabria (2010; EDMONDS & SANABRIA, 2016). Esforços nesse sentido podem ser encontrados no número especial do periódico *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, intitulado ‘A biomedicalização de corpos no Brasil: perspectivas antropológicas’, publicado em 2016 (v.23, n.1).

Em diálogo com a argumentação de Clarke e colegas, Nikolas Rose (2007) entende as transformações operadas na biomedicina contemporânea das últimas décadas do século XX como correlatas da implantação de uma nova biopolítica molecular. Segundo Rose, a biotecnologia estaria mudando não apenas o que é ser humano, mas o que é ser biológico. Partindo da obra de Michael Foucault, Nikolas Rose cartografa as *políticas vitais* do presente, analisando as novas configurações na biopolítica contemporânea. Em sintonia com a teoria da biomedicalização, Rose descreve as modificações ocorridas nas últimas três décadas do século XX, sobretudo a tecnologização e capitalização da medicina como grandes vetores que transformaram o espaço médico em *tecnomedicina*, cada vez mais dependente de equipamentos. A cartografia de Rose identifica cinco eixos que se interconectam e produzem os contornos de novas políticas da vida: 1) passagem epistemológica do olhar clínico a um olhar *molecularizado* na biomedicina; 2) um novo foco em técnicas de *otimização*; 3) novas formas de subjetivação que envolvem uma *ética somática*; 4) emergência de novos experts sobre a existência somática; 5) *bioeconomia* que surge como um novo espaço econômico (ROSE, 2007).

Destaco, especialmente, o primeiro eixo como fundamental para nossas discussões. As novas políticas da vida operam a partir da preeminência de um olhar molecularizado na biomedicina. A molecularização do olhar médico corresponde à passagem de uma epistemologia da *profundidade* e do olhar clínico, descritos por Foucault no livro *O nascimento da clínica*, para uma epistemologia do achatamento, de *superfície* (ROSE, 2007, p.10). Apoiando-se na sociologia da ciência de Ludwik Fleck,²⁹ Rose define a visão molecular da vida como um novo estilo de pensamento da biomedicina que concebe a vida a partir do plano molecular. Trata-se de um olhar que opera no nível das interações entre entidades moleculares, e que busca identificá-las e isolá-las. Isso envolve uma série de manipulações e recombinações moleculares que transformam a própria normatividade vital (ROSE, 2007, p.5-6).

As biotecnologias de manipulação genética, hormonais, de reprodução assistida são alguns exemplos de como a vida passa a ser trabalhada na dimensão molecular: identificadas, isoladas, manipuladas e recombinadas, criando novos corpos e criaturas, produzindo efeitos tão heterogêneos como uma ovelha clonada, um *Oncomouse*³⁰ ou corpos agenciados por hormônios produzidos em galpões industriais, a partir de urina de éguas criadas especialmente

²⁹ No capítulo 2, discutiremos a sociologia do conhecimento proposta por Fleck.

³⁰ Ver Haraway (1997).

para esse fim.

Para além da saúde e da doença, a ampliação da jurisdição da medicina envolve, segundo o autor, novas tecnologias de manejo das doenças crônicas, de gestão dos riscos e de elaboração de técnicas de otimização de corpos saudáveis (ROSE, 2007, p.10-11). Os efeitos são múltiplos: os processos vitais tornaram-se oportunidades para a geração de capital e exploração econômica, surgiram novas disputas políticas e éticas sobre o controle da vida, além da produção de novas formas de subjetividade e movimentos identitários em torno das biotecnologias e procedimentos diagnósticos.

Rose resgata o clássico *O normal e o patológico*, de Canguilhem, para sustentar seu argumento de que há um novo foco sobre a vida no sentido de sua otimização, utilizando técnicas que visam a ampliar as normatividades dos processos vitais (ROSE, 2007, p.84-87). Canguilhem definiu a saúde como a capacidade do organismo de restaurar uma normatividade que foi comprometida pelo processo de adoecimento. O papel da medicina seria o de intervir no sentido de recuperação da normatividade, mesmo que nem sempre seja possível um retorno às normas que vigoravam antes da intervenção terapêutica. Para Rose, as estratégias de otimização desenvolvidas na contemporaneidade desafiam essas concepções tradicionais da medicina e da saúde. A otimização é pensada em termos de suscetibilidade e de melhoramento.

O tratamento do risco é, para Rose, uma das dimensões que escapa ao modelo de Canguilhem. Trata-se de todo um conjunto de intervenções cujo intuito é agir sobre as suscetibilidades dos organismos no presente, de modo a produzir uma melhora na vitalidade do indivíduo no futuro. São técnicas voltadas para o tratamento de sujeitos assintomáticos, identificados por meio de cálculos de risco epidemiológicos como pertencentes a grupos que são mais propensos a desenvolver determinadas doenças no futuro. Essas ações tomam como alvo não as doenças, mas a gestão de riscos calculados, ou pré-doenças, e tornaram-se centrais nas políticas da vida do século XXI.³¹

Rose ressalta que, na era do genoma, a gestão dos riscos envolve também promessas de ‘individualização do tratamento’ a partir das diferenças corporais tomadas em nível molecular. Há uma busca por variações no genoma individual ou de grupos que pudessem identificar suscetibilidades através de testes genéticos. Nessa mesma direção, as políticas contemporâneas da vida envolvem a esperança de que a indústria farmacêutica passe dos

³¹ Sobre a gestão dos riscos e as pré-doenças, ver também Aronowitz (2009), Schwartz (2008), Greene (2007) e Dumit (2012), Debora Lupton (2003, 2013).

blockbusters aos *minibusters*, ou seja, uma individualização da prescrição de fármacos com base em testes genéticos, de modo a atenuar os efeitos colaterais e aumentar a eficácia e aderência aos tratamentos.

Rose menciona que já há, em diversos ensaios clínicos, coleta de sequências de DNA com o intuito de correlacionar informação genética e respostas diferenciadas aos medicamentos. No entanto, sugere cautela frente a essas promessas, ao mesmo tempo em que toma tais expectativas sobre as políticas da vida como objeto de análise de sua cartografia do presente. Esse tipo de *esperança* orienta as políticas da vida na contemporaneidade, guia investimentos financeiros em pesquisas que tomam o nível molecular como seu espaço de investigação e está na base dos esforços de formação de bancos de dados genéticos (ROSE, 2007, p.86-91).

Um ponto importante para nossas discussões diz respeito a uma reconstrução do próprio objeto que é foco dos estudos e das pesquisas no momento em que um novo estilo de pensamento se impõe como hegemônico. Assim, Nikolas Rose enfatiza que os objetos de análise das ciências da vida são recriados na passagem do olhar clínico para o olhar molecularizado: “eles aparecem de uma nova forma, com novas propriedades e com novas relações e distinções com outros objetos” (ROSE, 2007, p.12). A molecularização da vida não ocorre apenas no plano discursivo. A experimentação ganhou lugar de destaque nas ciências da vida ao longo do século XX, produzindo novas formas de vida e novos arranjos moleculares por meio de técnicas sofisticadas (ROSE, 2007, p.13).

1.2.4 A indústria farmacêutica

As transformações descritas pelo grupo de Clarke e Rose estão intrinsecamente relacionadas à expansão da indústria farmacêutica. Enquanto no período de 1960 a 1980 não houve grandes mudanças no percentual do Produto Interno Bruto americano em relação às vendas de medicamentos, entre 1980 e 2000 esse percentual triplicou, passando a ser um dos negócios mais lucrativos daquele país (ANGELL, 2010, p.19). Como apropriadamente esclarece Marcia Angell – médica que trabalhou por cerca de 20 anos no *New England Journal of Medicine* e autora do livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos* –, o vertiginoso crescimento do setor não deve ser atribuído a um suposto aumento da qualidade dos medicamentos produzidos. A eleição de Ronald Reagan, em 1980, e as políticas do governo para favorecer o empresariado foram alguns dos fatores mais relevantes para este aceleração (ANGELL, 2010, p.21-22). A lei Bayh-Dole nos Estados Unidos, por exemplo,

foi um marco, pois possibilitou que universidades e pequenas empresas tivessem direito a patentear as descobertas provenientes de pesquisas financiadas pelo National Health Institute, sendo permitida ainda a transferência da patente para as indústrias farmacêuticas e cobrança de *royalties* (ANGELL, 2010, p.23). Assim, o *ethos* das universidades de medicina foi intensamente reconfigurado, transformando tais instituições de pesquisa em parceiras da indústria (ANGELL, 2010, p.24).

Estudos estimam que, já nos anos 1980 e 1990, entre 23% e 28% dos investigadores acadêmicos envolvidos em pesquisas biomédicas recebiam financiamento do setor industrial nos Estados Unidos (BEKELMAN; LI; GROSS, 2003, p.456). Debates sobre as consequências práticas e as implicações éticas deste fenômeno levaram ao desenvolvimento da noção de *conflito de interesses*. Este conceito aponta para o “conjunto de condições nas quais o julgamento do profissional em relação a um interesse primário (como o bem-estar do paciente ou a validade de uma pesquisa) tende a ser indevidamente influenciado por um segundo interesse (como um ganho financeiro)” (THOMPSON, 1993, p.573).

Sobretudo nas duas últimas décadas, uma literatura crítica vem sendo desenvolvida sobre a produção e consumo de medicamentos. Ray Moynihan cunhou o termo *disease mongering* para referir-se à atuação conjunta da indústria e de lideranças médicas, a primeira desenvolvendo determinado fármaco dirigido a determinado(s) diagnóstico(s) e a segunda fornecendo o respaldo científico para a constituição e a difusão de tais diagnósticos (MOYNIHAN, 2002). É possível afirmar que o lançamento e marketing do remédio são, com frequência, conjugados ao lançamento e marketing de patologias (MOYNIHAN & CASSEL, 2005; HEALY, 1997, 2006; LAKOFF, 2007).

Mais recentemente, foi formulado o conceito de *farmacologização*. Williams, Martin e Gabe (2011) referem-se à farmacologização como um processo sociotécnico heterogêneo e dinâmico que seria parte do que se poderia chamar de ‘regime farmacêutico’, referente às redes de instituições, organizações, atores e artefatos, bem como às estruturas cognitivas associadas à criação, produção e uso de novas terapêuticas. Uma das dinâmicas chave desse regime é sua contínua expansão comercial, clínica e geográfica.

O uso de fármacos para otimizar ou aprimorar algum atributo físico ou mental tem aumentado de modo exponencial, ao passo que a inovação farmacêutica, sob a forma de novas drogas que ofereçam avanço terapêutico reconhecido, tem declinado nos últimos 15 anos (ABRAHAM, 2010, p.614-5). Tanto a reconfiguração de diagnósticos já existentes (ou o lançamento de novos) quanto a modificação dos limiares de ‘normalidade’ (articulado ao discurso médico sobre ‘qualidade de vida’) formam a base para a fluidez de fronteiras entre

tratamento e aprimoramento, que, por sua vez, se expressa no consumo das chamadas ‘drogas de estilo de vida’ (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011; FOX & WARD, 2008).

A ênfase na responsabilização individual sobre o próprio bem-estar acoplada à relativa autonomia do paciente-consumidor nas suas escolhas de consumo levam ao aumento da relevância do (e dos gastos em) marketing farmacêutico (DUMIT 2012; ANGELL, 2010). Apesar disso, a indústria não consegue operar de modo independente, fora do controle de governos e da medicina (WILLIAMS & MARTIN; GABE, 2011). É necessária a aprovação dos medicamentos ‘descobertos’ ou redefinidos pelas agências governamentais, que exigem a chancela científica de pesquisadores médicos para essa aprovação, além de exigir que o medicamento tenha uma indicação precisa.

Desde 1962, é obrigatório, nos Estados Unidos, o cumprimento de um protocolo de pesquisas para comercialização de medicamentos que demonstre, via ensaios clínicos (EC), sua eficácia e segurança no tratamento de uma doença ou condição específica (HEALY, 2012). Os ECs randomizados duplo-cego, nos quais os efeitos de uma substância são comparados aos obtidos com o uso de placebo, tornaram-se a partir de então o ‘padrão-ouro’ da pesquisa em medicamentos (HEALY, 1997). Pressupõe-se que o método de escolha da amostra, a comparação com o placebo e o tratamento estatístico cada vez mais sofisticado garantam a determinação da eficácia (ou não) do futuro medicamento. Recentemente, um novo grupo emergiu neste domínio, formado por organizações transnacionais privadas (*contract research organizations*) especializadas na organização dos ECs (PETRYNA, 2006). Os dados produzidos pelas *contract research organizations* (CROs) são em geral analisados por estatísticos das companhias farmacêuticas. Os resultados são publicados em periódicos e assinados por médicos renomados, que também os apresentam em congressos biomédicos locais e internacionais.

O ‘padrão-ouro’ vem sendo problematizado por autores que discutem como tais ensaios são construídos e os propósitos a que servem (DUMIT, 2012; HEALY, 2004; 2012; LAKOFF, 2007; SISMONDO, 2009; TIMMERMANS, 2011). Nessa linha, Dumit (2012) argumenta que a indústria farmacêutica visa não apenas o lucro, mas também o crescimento, em uma incessante busca pela expansão do mercado consumidor que molda a forma como os ECs são pensados e conduzidos. O autor demonstra como, no caso das chamadas doenças crônicas, uma pequena alteração nos parâmetros que medem taxas (glicose no sangue, pressão

arterial, índice de massa corporal, etc.) inclui ou exclui grande número de pessoas na população a ser tratada e, portanto, de consumidores da droga.³²

A reconfiguração de diagnósticos, implicando a redefinição de suas fronteiras (ou seja, quem deve ou não ser classificado como possuidor de determinado transtorno ou doença) tem, na maior parte das vezes, levado ao seu alargamento e a um conseqüente aumento do número de sujeitos potencialmente classificáveis e, portanto, do número de consumidores de determinado medicamento (HEALY, 1997; SCOTT, 2006; DUMIT, 2012). Como os especialistas chegam a tais parâmetros e obtêm consenso sobre eles? Quais grupos organizam, financiam e quem é convidado a participar das reuniões de consenso entre pesquisadores/cientistas sobre tais definições? Como são estabelecidas as definições prévias do transtorno/doença/deficiência a ser tratado e como os resultados são mensurados na realização do EC? Essa análise crítica dos fundamentos das pesquisas com medicamentos, que vem sendo elaborada nos estudos supracitados, não é comum na área biomédica.

A publicação de artigos com os resultados dos ECs realizados em revistas reconhecidas pela comunidade científica é parte crucial desse processo. A utilização de periódicos científicos para promover produtos da indústria farmacêutica no meio médico é uma prática antiga. Já nos anos 1920, a indústria farmacêutica era uma das fontes mais importantes de informações sobre drogas na Europa e nos Estados Unidos (OUDSHOORN, 1994, p.86). A inclusão de propagandas de medicamentos em revistas científicas constitui a estratégia mais explícita nesse sentido, mas não é a única. Como será discutido no segundo capítulo, os próprios artigos podem ser – e são – utilizados como plataforma de difusão e estabilização de concepções e “informações” relevantes na legitimação dos produtos farmacêuticos (SMITH, 2005). Funcionam como locais de produção de *argumentos de autoridade* (LATOURE, 2000, p.56).

1.2.5 Conhecimentos localizados e os hormônios como atores material-semióticos

A partir dos anos 1960, o feminismo de segunda “onda”³³ se organizou enquanto um movimento político de luta por condições mais igualitárias entre homens e mulheres. Nesse contexto, a separação entre sexo e gênero, colocou o gênero – mas não o sexo – no centro dos

³² Para uma análise das mudanças nos limiares desses marcadores no período de 1972 a 1996, ver Schnittker (2009).

³³ A primeira “onda” do feminismo ocorreu no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, lutando por direito à educação e ao voto.

debates feministas.³⁴ A famosa frase de Simone de Beauvoir sobre o “tornar-se mulher” é emblemática nesse sentido, ao postular que nascemos com um sexo, mas não com o gênero. O “tornar-se mulher” seria um processo de elaboração cultural que produz o gênero a partir de um sexo dado pela natureza.

Tal separação foi uma estratégia política cujo objetivo era desestabilizar a ideia de que a opressão e a subordinação social vividas pelas mulheres resultavam de alguma materialidade sexuada de seus corpos.³⁵ Assim, gênero foi concebido como aquilo que é produzido pela cultura e, portanto, passível de mudança, enquanto o sexo permaneceu como a base para a construção do gênero, como domínio naturalizado (FAUSTO-STERLING, 2001/2002; KELLER, 1987). O resultado não previsto desta distinção foi um reforço da divisão de tarefas entre ciências sociais e ciências biomédicas, cabendo às primeiras o estudo do gênero, enquanto o sexo, pensado em termos anatômicos, hormonais ou genéticos, permaneceria como objeto exclusivo das últimas [ciências biomédicas] (OUDSHOORN, 1994, p.2). Fausto-Sterling acrescenta que “[a]o renunciar ao território do sexo físico, as feministas ficaram expostas a ataques renovados com base na diferença biológica” (2001/2002, p.17).

A partir do final dos anos 1970, as feministas dedicaram-se a analisar os efeitos das redes de saber/poder (FOUCAULT, 1988) que constituem a ciência e a biomedicina (LYKKE, 1996). Apoiando-se em um quadro de referências, compartilhado entre estudos de ciência e tecnologia e estudos culturais, elas se voltaram para o questionamento da ciência como atividade neutra, desinteressada, pautada por uma racionalidade objetiva de um observador neutro que descobre verdades de ‘objetos’ do mundo (LYKKE, 2008; KELLER, 1987). Para tanto, focalizaram não apenas as concepções e ideias que permeiam a construção do conhecimento (sobre corpo, sexualidade, sexo), mas também as relações políticas, econômicas e institucionais que se estabelecem entre os diferentes grupos que atuam na produção científica (FAUSTO-STERLING, 1985).

A constituição desse campo de estudos – gênero e ciência – teve dois efeitos que nos interessam em especial. Um deles foi o investimento em pesquisas e reflexões sobre o sexo enquanto uma categoria que, tal como o gênero, carrega valores socialmente compartilhados

³⁴ O conceito de gênero tem suas origens na psicologia, sendo Robert Stoller, John Money e Anke Ehrhardt alguns dos principais nomes ligados à sua difusão. No entanto, o sentido atribuído a gênero e os propósitos para os quais foi acionado são radicalmente diferentes do projeto feminista de gênero. Para uma discussão detalhada dos usos normativos do gênero por aqueles autores, sobretudo John Money e Anke Ehrhardt, ver Wijngaard (1997), Jordan-Young (2010), Fausto-Sterling (2000) e Nucci (2012).

³⁵ Para análises das teorias médicas que ancoravam no corpo feminino uma suposta inferioridade das mulheres ver Laqueur (2001), Schiebinger (2004, 1986), Rohden (2009) e Nucci (2010).

tendo, portanto, uma história. Nessa empreitada, a distinção sexo/gênero se mostrou precária (LAQUEUR, 2001, p.23).³⁶

Outro efeito foi a problematização mais radical do projeto da ciência moderna. As análises feministas apontaram os postulados androcêntricos da ciência moderna como intrinsecamente ligados ao posicionamento daqueles que a constituíram: homens brancos ocidentais que pretendiam ser observadores ‘não marcados’³⁷ de *objetos* de conhecimento.³⁸ Assim, os estudos feministas foram além de uma crítica dos discursos médicos e científicos sobre as mulheres e seus corpos, apontando as ideologias de gênero incorporadas na própria estruturação conceitual de base do projeto da ciência moderna (SARDENBERG, 2002, p.8).

Apoiado no pensamento cartesiano dualista, o pensamento científico herdeiro do Iluminismo estruturou-se a partir de uma série de pares de opostos que se edificam a partir da lógica binária. Um ponto fundamental das ideologias de gênero que moldam a ciência moderna reside na forma de conceber o mundo utilizando dualismos que se expressam em diferentes planos – em geral, envolvendo hierarquias.

A lógica binária opõe diversos “[...] pares de conceitos, objetos ou sistemas de crenças opostos [...]” (FAUSTO-STERLING, 2001/02, p.60), tais como homem/mulher, sujeito/objeto, objetividade/subjetividade, cultura/natureza, ativo/passivo, razão/emoção, real/construído, pênis/vagina. As análises feministas chamaram a atenção para a lógica de gênero implícita nesses pares.

Tabela 1 – Dualismos em duelo

Razão	Natureza
Macho	Fêmea
Mente	Corpo
Senhor	Escravo
Liberdade	Necessidade (natureza)
Humano	Natural (não humano)

³⁶ Destacam-se os trabalhos de Laqueur (2001), Oudshoorn (1994), Wijngaard (1997), Fausto-Sterling (1985), Bleier (1988), Haraway (1989), Butler (1993). No capítulo 3, discutiremos a dimensão histórica do sexo.

³⁷ Haraway utiliza o termo para referir-se ao ideal de um observador que não traz marcas históricas, de classe, raça, gênero, entre outras (HARAWAY, 1995).

³⁸ Alguns exemplos: Harding (1986), Hubbard (1990), Fausto-Sterling (1985), Keller e Longino (1996). Para um mapeamento do campo, ver Sardenberg (2002) e Nucci (2015), quando se reconstitui o panorama sobre os estudos de gênero e ciência até a contemporaneidade.

Civilizado	Primitivo
Produção	Reprodução
Eu	Outro

Fonte: Adaptado de Fausto-Sterling (2001/02)

Os conceitos que estruturam os princípios da ciência moderna são aqueles tradicionalmente associados ao ‘masculino’: sujeito, ativo, objetividade, razão (ver Tabela 1). Seus pares dicotômicos emoção, subjetividade, passividade e natureza são, por sua vez, considerados atributos de ‘feminilidade’, e menos valorizados (SARDENBERG, 2002; FAUSTO-STERLING, 2001/2).

As feministas posicionaram-se de diferentes maneiras em relação ao problema da objetividade na ciência. Donna Haraway, em 1991, propôs uma saída para o que via como dois polos que teriam capturado o feminismo até aquele momento. De um lado, a perspectiva da construção social radical teria uma tendência a caracterizar a ciência como arte retórica, como um projeto de produção discursiva, encarando a objetividade e o método científico como “péssimos guias” (HARAWAY, 1995, p.10). Todo saber torna-se elaboração discursiva produzida culturalmente sobre um mundo destituído de agência e materialidade. De forma bem-humorada, Haraway critica essa abordagem, dizendo que “esta é uma visão aterrorizante da relação entre corpo e a linguagem para aqueles de nós que ainda gostam de falar a respeito da realidade com mais confiança do que a que atribuímos à discussão da direita cristã e a salvação deles em meio à destruição final do mundo” (HARAWAY, 1995, p.12). No outro polo, ela localiza o “empirismo crítico feminista” ou “projetos de ciência sucessora”, para os quais o feminismo teria como tarefa construir uma ciência mais verdadeira, capaz de se livrar dos vieses androcêntricos e de conhecer melhor o mundo (HARAWAY, 1995, p.12). A autora formula uma saída para essa “tentadora dicotomia”, elaborando uma versão feminista da objetividade (HARAWAY, 1995, p.13).

Haraway elabora uma objetividade feminista que abre mão, não da busca de conhecimento, mas do mito da “visão de toda parte”, uma visão infinita que se traduz como um “truque de Deus” (HARAWAY, 1995, p.24). Ela propõe uma doutrina de objetividade corporificada, dos saberes localizados, argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação. A visão é acionada enquanto metáfora, pois toda visão é, ao mesmo tempo, corporificada e posicionada. Um microscópio, um telescópio ou um olho orgânico veem o mundo de formas diferentes, mas nenhuma delas é menos verdadeira do que a outra: “A

objetividade não pode ter a ver com a visão fixa quando o tema de que trata é a história do mundo” (HARAWAY, 1995, p.30). No lugar da universalidade, a parcialidade torna-se pré-requisito de todo o conhecimento, a partir da ótica feminista por ela proposta: “a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo” (HARAWAY, 1995, p.30). A objetividade dos saberes localizados leva a sério a posição daquele que pesquisa: Quem fala, em que momento histórico e guiado por quais problemas e a favor de quais políticas? No momento em que o sujeito que tudo vê de modo desinteressado sai de cena, abre-se espaço para a responsabilização:

Por exemplo, conhecimentos locais também têm de estar em tensão com as estruturas produtivas que obrigam traduções e trocas desiguais – materiais e semióticas – no interior das redes de conhecimento e poder. As redes podem ter a propriedade de sistematicidade, até de sistemas globais centralmente estruturados, com longos filamentos e gavinhas tenazes no tempo, no espaço e na consciência, a dimensão da história do mundo. A responsabilidade feminista requer um conhecimento afinado à ressonância, não às dicotomias. Gênero é um campo de diferença estruturada e estruturante, no qual as tonalidades de localização extrema, do corpo intimamente pessoal e individualizado, vibram no mesmo campo com as emissões globais de alta tensão. A corporificação feminista, assim, não trata da posição fixa num corpo reificado, fêmeo ou outro, mas sim de nódulos em campos, inflexões em orientações e responsabilidade pela diferença nos campos de significado material-semiótico. (HARAWAY, 1995, p.29)

No próximo capítulo, voltaremos a atenção para as redes de conhecimento do campo analisado nesta pesquisa, buscando mais apoio teórico para pensar nos sistemas globais que ressoam localmente nos congressos analisados e nos discursos dos médicos e médicas entrevistadas. Por enquanto, desejo ainda destacar um último, mas não menos importante aspecto da epistemologia feminista de Haraway: os objetos de conhecimento como agentes e atores.

Com base no conceito de atores material-semióticos, a materialidade de corpo é recuperada e reinscrita nos projetos de conhecimento feministas. Tomando a distinção sexo/gênero como exemplo, Haraway tenta escapar de uma apropriação do sexo pelo gênero, de uma visão para a qual “a natureza é apenas a matéria-prima da cultura, apropriada, [...] tornada flexível para ser utilizada pela cultura na lógica do colonialismo capitalista” (HARAWAY, 1995, p.35). Pensar as entidades do mundo enquanto atores material-semióticos retira as explicações científicas da lógica da ‘descoberta’, estabelecendo-as como ‘conversas’ carregadas de poder e produzidas em rede (HARAWAY, 1995, p.37):

Quero traduzir as dimensões ideológicas ‘faticidade’ e ‘orgânico’ numa entidade desajeitada chamada ‘ator material-semiótico’. Este termo pesado tem a intenção de enfatizar o objeto de conhecimento como um eixo ativo, gerador de significado, do aparato da produção corporal, sem nunca implicar a presença imediata de tais objetos ou, o que dá na mesma, sua determinação final ou única do que pode contar como conhecimento objetivo numa conjuntura histórica específica. [...] os corpos como objetos de conhecimento são nódulos generativos material-semióticos. Suas fronteiras se materializam na interação social. Fronteiras são desenhadas através de práticas de mapeamento; ‘objetos’ não preexistem enquanto tais. Objetos são projetos de fronteiras. Mas fronteiras oscilam desde dentro; fronteiras são muito enganosas. O que as fronteiras contêm provisoriamente permanece generativo, produto de significados e de corpos. Assentar (atentar para) fronteiras é uma prática muito arriscada. (HARAWAY, 1995, p. 37)

Seguindo Celia Roberts (2007) e Daniela Manica (2011), conceituamos aqui os hormônios como atores material-semióticos, no sentido proposto por Haraway.

Todo esse panorama teórico é operacional para situar o problema de pesquisa: nossa proposta é pensar o consumo de hormônios como um fenômeno que se produz em um período histórico marcado por processos de biomedicalização, molecularização e farmacologização. Ao acionar a objetividade feminista de Donna Haraway, abrimos espaço para o problema de pesquisa não apenas em sua face ‘objeto’, mas também enquanto um projeto de produção de conhecimento. Os conceitos apresentados neste capítulo e a trajetória apresentada na “Introdução” servem, assim, como uma espécie de ‘declaração de conflito de interesse’. A construção da pesquisa, de seus problemas e das redes investigadas já revelam um *modo de ver* que se produz a partir de coletivos como os da saúde coletiva, dos estudos de biopolítica, gênero e sexualidade, das políticas e epistemologias feministas, bem como dos marcadores sociais da diferença carregados pela pesquisadora.

2. SITUANDO O CAMPO: ENTRE EXPERTS, ARTIGOS E CONGRESSOS MÉDICOS

Mas o fato é que, como não estamos na ponta da lança, a gente apenas aplica aquilo que foi estudado; a gente não tem como responder a essas perguntas. Existe um método de pesquisa, o pesquisador e o médico que aplica o conhecimento, né? Eu sou um aplicador de conhecimento.
(*Médico prescritor de testosterona*)

Falarei sobre a finalidade da terapia hormonal em 2013, por enquanto, porque terapia hormonal muda muito rápido. Nossas aulas se repetem em dois anos [...], porque as evidências mudam muito rápido, né?
(*Médico palestrante*)

2.1 Congressos biomédicos e atualização científica

A noção de que o saber na biomedicina é transitório e que está em constante mudança em função da produção de novas pesquisas e de inovações tecnológicas é parte do senso comum entre os médicos. Diante das rotinas atarefadas destes profissionais, a produção incessante de conhecimento em biomedicina torna a questão da atualização especialmente relevante (CAMARGO JR., 2003).

Camargo Jr. investigou de que forma professores de duas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro selecionam informações científicas que consideram confiáveis e relevantes para suas práticas clínicas. Foram incluídos na pesquisa apenas professores que figuram entre os mais renomados e respeitados nas instituições em que lecionam. De forma surpreendente, a pergunta que indagava sobre os critérios utilizados na triagem das informações relevantes para o exercício atualizado da profissão gerou as situações mais desconfortáveis nas entrevistas. As respostas foram elaboradas com hesitações e falta de palavras, como se os entrevistados estivessem “correndo em círculos”.

Para Camargo Jr, a ausência de critérios explícitos na busca por atualização sugere que as estratégias por eles utilizadas na seleção de informações relevantes operam em um registro intuitivo (CAMARGO JR., 2003, p.1.170). As respostas indicaram três fontes principais de obtenção de conhecimentos às quais os médicos recorrem, e segundo uma hierarquia. A mais valorizada foi a experiência pessoal, seguida da informação textual (artigos de revistas, manuais de referência e internet) e, por fim, os congressos, simpósios, palestras ou

encontros similares.

Os congressos médicos surgiram, portanto, no discurso dos médicos entrevistados por Camargo Jr. como fonte de obtenção de conhecimento válida e confiável, ainda que menos valorizada do que a experiência clínica e os artigos científicos. A pesquisa indica o quanto os congressos são espaços privilegiados para a comunicação das inovações em saúde àqueles médicos que não participam da produção de conhecimento mas precisam de atualização constante para orientar suas decisões clínicas. Tais eventos são estratégicos para as indústrias farmacêuticas promoverem seus produtos e as pesquisas que as mesmas financiam, bem como para o estabelecimento e reforço de laços sociais com prescritores.

A distinção entre pesquisadores que estão ‘na ponta da lança’ e médicos clínicos que ‘aplicam o conhecimento’ surgiu em uma das entrevistas com médicos prescritores e é útil para pensar nas dinâmicas em jogo nos congressos analisados. Tal distinção pode ser comparada à descrição do círculo esotérico de Ludwik Fleck (2010), pioneiro nos estudos sociais da ciência. Para ele, a ciência – como para outras comunidades que compartilham uma ‘formação do pensamento’ (religiosas ou artísticas, por exemplo) – é uma atividade social coletiva que possui pequenos círculos esotéricos e grandes círculos exotéricos que compõem um *coletivo de pensamento* e compartilham um *estilo de pensamento* (FLECK, 2010, p.157). O círculo esotérico é formado por um grupo restrito de indivíduos especializados em determinado(s) tema(s) e que estão envolvidos na produção dos saberes relacionados àquele coletivo de pensamento. São os experts: produtores e porta-vozes do conhecimento. Já o círculo exotérico é formado por “leigos mais ou menos instruídos” que não se confundem com os especialistas e pesquisadores. Em relação ao coletivo de pensamento da medicina moderna, Fleck separa dois setores de importância nos círculos esotéricos: o dos profissionais especializados e dos profissionais gerais (FLECK, 2010, p.165). No presente estudo, este último grupo abrangeria aqueles que o médico citado na epígrafe denominou de ‘pesquisadores da ponta da lança’ e ‘aplicadores de conhecimento’.

Nos congressos, os saberes sobre as terapias de reposição hormonal e sexualidade produzidos na ‘ponta da lança’ são apresentados aos médicos prescritores. Este capítulo tem como objetivo uma análise teórica sobre as redes de produção de conhecimento em jogo no campo dos congressos biomédicos. A partir de Fleck (2010), conceituamos os congressos como espaços de interação e tráfego de conhecimento entre o círculo esotérico especializado e o círculo esotérico generalista. O material foi obtido em observações participantes em três congressos: 1) Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, organizado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2) Congresso Paulista de Ginecologia e

Obstetrícia, promovido pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) e 3) Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa, organizado pela Associação Brasileira de Climatério (Sobrac).³⁹

2.2 Círculos especializados e redes da tecnociência: saberes, tecnologias e capital

2.2.1 Redes heterogêneas e a sócio-lógica

Seguindo Fleck na conceituação do conhecimento como um produto social, os estudos sociotécnicos desenvolveram, sobretudo a partir dos anos 1980, a imagem da rede como ferramenta analítica.⁴⁰ A teoria ator-rede propõe que o conhecimento é um efeito, um produto que emerge a partir de interações entre elementos heterogêneos, articulados em rede. Tais estudos utilizam os termos ‘sociotécnico’ ou ‘tecnociência’ para destacar a impossibilidade de traçar fronteiras que distingam produção de conhecimento das etapas de desenvolvimento de tecnologias. O caráter heterogêneo da rede é central, há entre seus componentes atores humanos e não humanos: pessoas e máquinas, objetos e cobaias, textos, financiamentos, instituições, procedimentos, moléculas, computadores e outros elementos que podem parecer muito distantes do que se concebe como ‘científico’ no senso comum.

John Law, uma das principais referências nos estudos sociotécnicos, fornece um exemplo simples, mas ilustrativo: “se você retirar meu computador, meus colegas, minha mesa, meu telefone, eu não seria um sociólogo escrevendo artigos, apresentando palestras e produzindo ‘conhecimento’” (1992, p.384). A partir dessa perspectiva, os estudos sociotécnicos têm como missão identificar os elementos que compõem determinada rede e os efeitos de poder que nela operam. Ao mesmo tempo, o caráter heterogêneo da rede comporta a proposta de Haraway (1995) de tomar os ‘objetos’ de conhecimento como atores dotados de agência. A rede articula entidades humanas e não humanas abarcando também a imprevisibilidade que emerge de elementos cuja agência escapa à produção discursiva humana.

Bruno Latour (2000, p.330-1) destaca que os estudos das redes sociotécnicas devem descartar a oposição entre ‘conhecimento lógico’ e ‘crenças ilógicas’, buscando ao invés disso uma ‘sócio-lógica’. Para tal, Latour sugere que se busque as respostas para as seguintes

³⁹ A descrição de cada congresso encontra-se no capítulo 5.

⁴⁰ Para uma lista com as principais referências dos estudos iniciais da teoria ator-rede, ver Law (1992, p.379-380).

questões: Quais são as cadeias de associação que constituem a sócio-lógica de determinada rede? Como são feitas as atribuições de causas e efeitos e quais as controvérsias que daí emergem? Quais pontos estão interligados, como e com qual intensidade? Quem são os atores considerados como os legítimos porta-vozes do conhecimento?

John Law aponta as apresentações de congresso como uma das diferentes formas pelas quais o ‘conhecimento’ se materializa em rede, assim como os artigos científicos. Ao mesmo tempo, nos congressos é possível investigar as esferas apontadas nas perguntas da sócio-lógica latouriana.

2.2.2 Mapeando círculos esotéricos no campo

Nos termos de Fleck, o campo de práticas e produção de saberes biomédicos sobre testosterona, desejo e mulheres pode ser esquematizado como composto por: 1) *círculos esotéricos*, com profissionais envolvidos na produção e aplicação de conhecimentos biomédicos sobre testosterona para mulheres com fins de manejo terapêutico da sexualidade. *Círculos esotéricos especializados* ocupam seu centro, com profissionais especializados, que participam da produção tecnocientífica⁴¹ da testosterona para mulheres, no contexto da clínica biomédica. Inclui especialistas que atuam dentro e fora das indústrias farmacêuticas em atividades como idealização e realização de ensaios clínicos, de pesquisas e que as apresentam em comunicações orais, em artigos de jornais biomédicos e livros sobre o tema. Há ainda os *círculos esotéricos generalistas*, com os profissionais que não estão em relação direta com a produção de conhecimento sobre um tema específico, mas ainda assim são especialistas. É o caso dos médicos ginecologistas, sejam eles prescritores de testosterona ou não, que não são pesquisadores, mas sim *consumidores de conhecimentos* (CAMARGO JR., 2003, p.1167) produzidos nos círculos esotéricos especializados; 2) *Círculos exotéricos* formados por pessoas que não têm qualquer formação biomédica, por leigos que interagem com os saberes, biotecnologias e práticas elaborados pelo círculo esotérico por meio da mídia, de livros de autoajuda científica,⁴² ou de suas experiências em torno do corpo, saúde e doença.

Os experts de diversas áreas da medicina compõem o círculo esotérico especializado de produção de saberes sobre testosterona, desejo e mulheres, com destaque para a medicina

⁴¹ Em oposição à ilusão de um espaço entre ciência e tecnologia, Haraway propõe o abandono do “benefício do hífen” nos estudos de ciência e tecnologia e a adoção do termo tecnociência, que sublinha o esfumaçamento de fronteiras entre tais domínios (HARAWAY, 1997).

⁴² Rohden discute a constituição de um mercado voltado para a disseminação do conhecimento científico com fins de autoajuda, a partir da noção de coprodução de Jasanoff (ROHDEN, 2012a).

sexual, ginecologia, urologia e a endocrinologia. Nutrologia e homeopatia são especialidades médicas que têm utilizado as terapias de testosterona em suas práticas clínicas, mas não estão envolvidas no círculo esotérico analisado neste trabalho. A sexologia, enquanto campo que deu origem à medicina sexual e que interage de modo intenso com a ginecologia, deve ser considerada como importante produtora de saberes e pesquisas sobre este tema.

Nosso trabalho de campo incluiu observação participante nos dois maiores congressos de ginecologia e obstetrícia do país (brasileiro e paulista) e um congresso brasileiro de menopausa e climatério que contou com a presença majoritária de ginecologistas. Isso significa que, em termos disciplinares, tomamos contato com círculos esotéricos compostos, majoritariamente, por ginecologistas. Havia ainda, em todos os eventos, mesas-redondas e cursos sobre sexualidade com profissionais da sexologia clínica e da medicina sexual. Assim, os experts ligados a essas disciplinas compõem também os círculos esotéricos especializados sobre testosterona, desejo e mulheres no campo da ginecologia.

Os ginecologistas formaram gerações de sexólogos. Ginecologistas e psicólogos figuram entre os pioneiros da sexologia no Brasil e a própria institucionalização da sexologia teve seus primeiros passos nas associações médicas de ginecologia e obstetrícia. Nos anos 1980, a sexologia foi integrada de modo formal nos quadros de associações profissionais de ginecologia. O Núcleo de Sexologia – fundado na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (Sgorj) – foi o primeiro caso. Médicos atuantes neste núcleo participaram da fundação da Comissão Nacional Especializada em Sexologia, na Febrasgo, em 1982. Quatro anos mais tarde, também a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul ganharia um núcleo de sexologia (RUSSO et al., 2011). Em 1986, a criação da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (Sbrash), em encontro nacional de sexologia organizado pela Febrasgo, foi um movimento importante na autonomização da sexologia em relação à ginecologia (RUSSO et al., 2011). A criação da Abei (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência), em 1987, por médicos em maioria de urologias, pode ser interpretada como um primeiro passo de outro processo de autonomização, desta vez da medicina sexual em relação à sexologia clínica. A Abei – mais tarde rebatizada de Abeis⁴³ – tornar-se-ia a principal divulgadora da medicina sexual no país (RUSSO et al., 2011, p.50).

⁴³ Em 2003, a Abei foi passou a se chamar Associação Brasileira para o Estudo das Inadequações Sexuais (Abeis), em sintonia com as modificações na nomenclatura da International Society for Impotence Research (ISIR), fundada em 1982, que passou a se chamar International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR), em 2000 e International Society for Sexual Medicine (ISSM), em 2004. A medicina sexual corresponde a um terceiro momento da ciência sexual e se tornou o centro irradiador de conhecimentos hegemônicos sobre sexualidade, a partir do final dos anos 1990 (RUSSO, 2013). A autonomização da medicina sexual em relação à sexologia está sugerida no título de um livro assinado por Sidney Glina e Cila Anker (2013), que coloca lado a lado os dois termos: *Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia*.

A Comissão Nacional Especializada em Sexologia da Febrasgo continua ativa e ao longo dos últimos 24 anos articulou profissionais da sexologia e da ginecologia no Brasil. Há, portanto, familiaridade e pontos de sobreposição entre os estilos de pensamento da ginecologia e da sexologia.

Apenas apontar as disciplinas acadêmicas que compõem os círculos esotéricos sobre nosso tema obscurece a atuação do setor farmacêutico nas redes de produção de conhecimento biomédico. Será necessário recorrer, aqui, ao idioma da coprodução⁴⁴ (JASANOFF, 2004) para dar conta da caracterização do círculo esotérico da testosterona como terapêutica para o desejo de mulheres.

Utilizando a referência de Jasanoff (2004), Clarke et al. listam, entre os processos geradores da biomedicalização, a implantação de uma “nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, do viver e do morrer, que forma uma arena cada vez mais densa e elaborada na qual saberes biomédicos, tecnologias, serviços e capital são ainda mais coconstituídos”⁴⁵ (CLARKE et al., 2010, p.1, tradução nossa). Jennifer Fishman (2004), uma das autoras da biomedicalização, a partir de trabalho etnográfico sobre as disfunções sexuais, analisa como o lançamento de novos produtos no mercado envolve articulações entre ciência, mercado, clínica médica e agências governamentais reguladoras de medicamentos. A autora discute o papel de pesquisadores acadêmicos vinculados a universidades e hospitais renomados que colaboram com as indústrias nesse processo. Eles funcionam como mediadores entre os produtores (as indústrias farmacêuticas e seus funcionários) e os consumidores (usuários e também os próprios médicos prescritores). Os mediadores são chamados de ‘líderes de opinião’ no jargão das indústrias e estão posicionados entre os fabricantes e três outros grupos: agências reguladoras, profissionais da comunidade médica e consumidores potenciais do novo medicamento. É importante ressaltar que há também médicos e pesquisadores nos quadros de funcionários da indústria farmacêutica. As fronteiras da atuação desses atores nem sempre são claras, na medida em que eles atuam em conjunto em certas atividades (como realização dos ensaios clínicos e produção de artigos). Entretanto, a filiação dos mediadores a instituições de excelência na produção de saberes científicos – em geral, universidades americanas, europeias ou australianas – é o grande diferencial entre os

⁴⁴ Jasanoff (2004, p.2-3) utiliza o conceito de coprodução para se referir à produção de conhecimentos como um processo que ocorre a partir de práticas sociais, envolvendo instrumentos, instituições, convenções, normas, discursos, entre outros elementos. A autora enfatiza que o modo como conhecemos e representamos o mundo é inseparável da forma como vivemos e nos organizamos nele. O conhecimento é entendido como sendo, ao mesmo tempo, produto que emerge a partir das instâncias sociais e produtor de novas formas de vida.

⁴⁵ No original: “a new biopolitical economy of medicine, health, illness, living, and dying which forms an increasingly dense and elaborate arena in which biomedical knowledges, technologies, services, and capital are ever more co-constituted”.

dois grupos.

A coconstituição de tecnologias, saberes biomédicos e mercado transformou as instituições e práticas de produção de saber científico – tais como os congressos e a realização e publicação de ensaios clínicos – em uma arena de elaboração de marketing da *Big Pharma*. Geração de lucro e prestígio acadêmico andam de mãos dadas quando o conhecimento se torna uma mercadoria capaz de impulsionar a geração de lucro da indústria por meio da produção de bens científico-culturais (MIGUELOTE & CAMARGO JR., 2010, p.191). Como comerciantes de biotecnologia, as empresas farmacêuticas não apenas dependem dos conhecimentos científicos para desenvolver seus produtos, mas também precisam da autoridade médica para comercializá-los. Além disso, a lógica (capitalista) da necessidade incessante de expansão de mercado requer investimentos maciços no marketing para alcançar suas metas (DUMIT, 2012; ANGELL, 2010).

Andrew Lakoff, a partir de etnografia e entrevistas com profissionais que trabalham em empresas do ramo farmacêutico, identifica duas estratégias de marketing utilizadas para aumentar o número de prescrições de um medicamento. A primeira consiste nas visitas de representantes farmacêuticos a médicos prescritores. Nestes encontros, os representantes distribuem amostras grátis dos produtos, pôsteres e livretos com informações sobre os medicamentos (e também sobre doenças), bem como uma série de cortesias, que podem incluir canetas e blocos com a logotipo da corporação, almoços, convites para jantares. A segunda estratégia inclui dinâmicas mais sutis, quando trocas diretas e negociações explícitas não são comuns. O intuito primário deste tipo de investimento é o de desenvolver alianças com médicos bastante conhecidos e que são considerados formadores de opinião em função de sua posição influente no campo.

Para além do uso da influência para aumentar prescrições de um medicamento, os próprios passos necessários para o desenvolvimento e aprovação para comercialização de uma nova droga pressupõem pesquisas que tornam indispensável as interações colaborativas entre indústria e médicos (HEALY, 2012). Os ensaios clínicos (EC) materializam este trabalho conjunto de modo mais evidente. Os resultados dos ECs são publicados em periódicos e assinados por médicos renomados, que também os apresentam em congressos biomédicos locais e internacionais. Os artigos são publicados em periódicos prestigiosos como o *New England Journal of Medicine* e *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, e muitas vezes são escritos pelo *staff* das indústrias, os *ghost writers*, embora sejam assinados por médicos que conferem legitimidade ao conteúdo ao mesmo tempo em que se oculta a

motivação comercial do texto.⁴⁶ Esse tipo de artigo inclui não apenas os ECs, mas também meta-análises e revisões de literatura, resultados de encontros de consenso, estudos epidemiológicos e pesquisas de laboratório (SISMONDO, 2009, p.171). Portanto, para além da divulgação dos ECs, os artigos científicos são utilizados como plataforma de difusão e estabilização no meio médico de concepções e ‘informações’ relevantes para a legitimação dos produtos farmacêuticos (SMITH, 2005). Todo o processo é orientado por equipes de “planejadores de publicações” das indústrias que valorizam o potencial de marketing das revistas médicas (SISMONDO, 2009, p.172).

Os médicos autores/palestrantes ou ‘líderes de opinião’, como são chamados pelas empresas, são figuras dotadas de prestígio e respeitabilidade no meio médico e que são escolhidos pelas indústrias pelo seu potencial de influenciar clínicos prescritores (LAKOFF, 2006, p.146). Eles são componentes-chave nas engrenagens do marketing farmacêutico (MOYNIHAN, 2012). As interações entre representantes farmacêuticos e os médicos com alto poder de influenciar seus colegas são construídas ao longo de anos, e envolvem mais do que apenas recompensas financeiras (OLDANI, 2004). A relação não é de exclusividade: um mesmo líder de opinião alia-se, em geral, a diversas empresas. Os artigos científicos publicados nos periódicos mais destacados do campo são um exemplo do tipo de status e visibilidade que estes médicos obtêm das alianças com as empresas. Além disso, os ‘líderes de opinião’ viajam pelo mundo difundindo informações sobre os novos fármacos em conferências, congressos e cursos de formação médica continuada, por vezes até antes mesmo antes que estes sejam comercializados, preparando o mercado consumidor (FISHMAN, 2004, p.194). Seu papel principal do ponto de vista das empresas farmacêuticas é o de influenciar a prática de clínicos do círculo esotérico generalista, que “*não* estão envolvidos com a produção de acordo com as práticas institucionais da ciência, e são consumidores de conhecimentos produzidos alhures” (CAMARGO JR., 2003, p.1.167).

O trecho a seguir, obtido por meio de entrevista realizada por Lakoff com uma gerente de produção de uma empresa farmacêutica europeia, sintetiza a missão dos ‘líderes de opinião’ de modo preciso e inequívoco:

Nós trabalhamos com médicos com alto poder prescritivo, médicos com muito prestígio, que podem estabelecer tendências no uso de psicofármacos seja porque eles têm muitos pacientes ou porque são muito conhecidos, eles são “*speakers*” [em inglês]. Ou porque decidem sobre compras em hospitais, por exemplo, ou participam em alguma instituição importante ou nas associações de psiquiatria, então esses médicos são aqueles que nos permitem – através de um bom e fluido contato e da

⁴⁶ Para estratégias de publicação da indústria, ver Sismondo (2009), Healy (2006) e Michaels (2008), entre outros.

relação com esse médico – ter a mensagem que nós precisamos levada aos médicos que seguem suas tendências. (LAKOFF, 2005, p.147, tradução nossa)⁴⁷

Dumit utiliza o termo *persuasão factual* para referir-se ao uso das instituições, atores e veículos de difusão da ciência pelo marketing farmacêutico ou, como aponta a entrevistada de Lakoff, para fazer chegar aos médicos as mensagens que precisam divulgar. Dumit analisou propagandas de medicamentos dirigidas ao público e também o periódico *Pharmaceutical Executive*, que traz publicações sobre estratégias de marketing no setor farmacêutico, dirigidas ao público e aos médicos. O autor reporta que em um seminário realizado pelo *Pharmaceutical Executive*, em 2002, os profissionais envolvidos na elaboração das estratégias de propaganda nomearam essa tarefa como “*Pharma’s challenge to convert science into marketing*” (2012, p.57). Na avaliação de Healy, a medicina tornou-se a morada do marketing mais sofisticado do planeta (HEALY, 2012, p.18).

O círculo esotérico especializado que se forma em torno das práticas e saberes sobre o uso de testosterona para mulheres, na interface com a sexualidade, inclui também produtores de tecnologias farmacêuticas e os médicos mediadores ou ‘líderes de opinião’. As discussões sobre testosterona surgiram nos congressos, ora nas apresentações da sexologia clínica e medicina sexual (disfunção sexual feminina / transtorno do desejo sexual hipotativo), ora nas que abordavam terapias de reposição hormonal (TRH), em especial no climatério e pós-menopausa, mas também anticoncepcionais. É, portanto, a partir de redes que já existem e que articulam profissionais clínicos, indústrias e consumidores que a testosterona desponta como terapêutica da sexualidade nos congressos. Produtores e ‘líderes de opinião’ que atuam nas TRH ou na medicina sexual são atores que compõem também o círculo esotérico especializado sobre testosterona e desejo. Assim, a produção de conhecimento sobre testosterona deve ser entendida a partir de um contexto no qual as indústrias farmacêuticas (equipes de marketing, representantes farmacêuticos, gerentes de venda, bem como médicos e pesquisadores formalmente contratados) e os ‘líderes de opinião’ têm atuado no sentido de transformar a função sexual em domínio privilegiado da equação custo/benefício das TRH.⁴⁸

O círculo esotérico generalista que configura o campo observado nos congressos é composto em sua maioria por médicos ginecologistas e obstetras. Seguindo Fishman (2004) e

⁴⁷ No original: “We work with doctors with high prescriptive power, very prestigious doctors, who can establish some trend in the use of psychopharmaceuticals, either because they have a lot of patients or because they are well known, for example, they are “speakers” [in English]. Or because they decide on purchases, for example in hospitals, or they participate in some important institution or in the psychiatric associations, so these doctors are those that enable us – through a good, fluid contact and relation with this doctor – to get the message we need out to the doctors who follow his trends”.

⁴⁸ Desdobramos esse argumento nos próximos capítulos.

Camargo JR. (2003), caracterizo este grupo de clínicos como consumidores dos conhecimentos (e produtos) produzidos pelo círculo esotérico especializado, ou seja, por fabricantes, ‘líderes de opinião’ e pesquisadores biomédicos.

2.3 Ressonâncias globais: o caso Intrinsic⁴⁹

Donna Haraway (1995), ao elaborar a perspectiva dos saberes localizados, contrapõe versões de autoridade científica que se apoiam no ideal da racionalidade universal à objetividade feminista posicionada. A autora apresenta um quadro esquematizado de forma dicotômica para mapear as diferenças entre essas abordagens.

Figura 1 – Mapa de tensões e ressonâncias entre os finais fixos de uma dicotomia forte das políticas e epistemologias da objetividade corporificada

racionalidade universal	etnofilosofias
linguagem comum	heteroglossia
<i>novum organum</i>	desconstrução
teoria do campo unificado	posicionamento oposicional
sistema mundial	conhecimentos locais
teoria magistral	explicações em rede

Fonte: HARAWAY, 1995, p.29

No entanto, Haraway (1995, p.29) chama a atenção para o fato de que um esquema dicotômico representa mal as posições da objetividade corporificada. Isso ocorre porque o quadro induz uma ilusão de simetria segundo a qual uma posição se apresenta como alternativa mutuamente exclusiva em relação à que constitui seu par. Propõe, então, que se tome o esquema como “Um mapa de tensões e ressonâncias entre os finais fixos de uma dicotomia forte [que] representa melhor as poderosas políticas e epistemologias da objetividade corporificada [...]”.

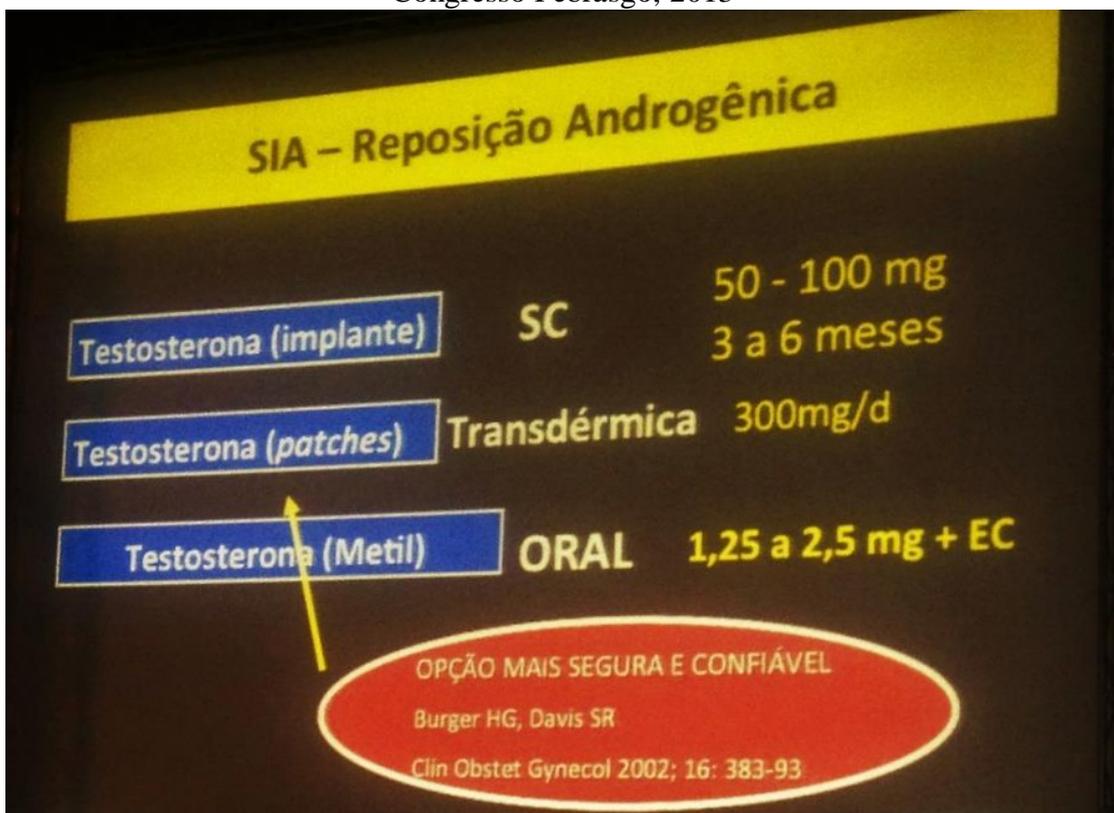
O par ‘sistema global/conhecimentos locais’ apontado no quadro da Figura 1 e destacado no trecho acima é de especial interesse para a discussão que propomos a seguir. Como vimos no capítulo anterior, a autora pensa as redes de conhecimento e poder em seus aspectos locais, mas aponta que elas podem ter também a propriedade de sistematicidade, e

⁴⁹ A discussão que apresento neste item foi submetida previamente à conclusão desta tese ao periódico Horizontes Antropológicos, tendo sido aceita com previsão de publicação para janeiro de 2017.

mesmo de “sistemas globais centralmente estruturados, com longos filamentos e gavinhas tenazes no tempo, no espaço e na consciência, a dimensão da história do mundo” (HARAWAY, 1995, p.29).

Abordaremos o caso do medicamento Intrinsa® – um adesivo à base de testosterona, cujo propósito é o aumento do desejo sexual de mulheres –, examinando cinco artigos publicados em periódicos científicos, quatro dos quais reportam resultados de ensaios clínicos. Pretendemos com isso contextualizar o caso Intrinsa como um foco de produção de conhecimentos sobre testosterona, desejo e mulheres capaz de produzir ressonâncias mundo afora. Assim, ainda que não haja, no Brasil, nenhum produto à base de testosterona voltado especificamente para mulheres que seja comercializado pelas indústrias farmacêuticas, os saberes produzidos no processo de lançamento do Intrinsa no mercado internacional se fazem presentes nos congressos biomédicos analisados nesta pesquisa. Conforme discutiremos no capítulo 6, eles são referidos pelos palestrantes como ‘pesquisas’ (e não ECs), vinculados aos autores que assinaram os artigos (e não aos fabricantes) que reportam os resultados obtidos nos ECs em periódicos biomédicos. São utilizados como ‘evidências’ que legitimam o uso da testosterona para ‘melhorar’ o desejo e a libido, mas também servem como referências que embasam suas afirmações e perspectivas teóricas sobre desejo sexual.

Figura 2 – Slide ‘Síndrome da Insuficiência Androgênica – Reposição Androgênica’, Congresso Febrasgo, 2013



Fonte: A autora, 2016

Ao mesmo tempo, o caso Intrinsic condensa diversos pontos que tratamos até aqui, como a coconstituição entre mercado e saberes biomédicos, a atuação dos ‘líderes de opinião’ junto às indústrias, periódicos biomédicos como espaços de elaboração da persuasão factual e a busca pela expansão do mercado consumidor dos medicamentos.

Demonstraremos o modo como fabricantes de medicamentos constroem a ampliação do escopo de atuação de um fármaco inicialmente voltado para uma parcela bastante reduzida da população através de alianças com médicos ‘líderes de opinião’, de modificações no design dos ensaios clínicos e de publicações em periódicos de reconhecida notoriedade no meio médico.

2.3.1 Testosterona para mulheres e as estratégias das indústrias de expansão das prescrições

Em 1999, a empresa Procter & Gamble (P&G), em parceria com o laboratório Watson Pharmaceuticals, Inc., deu início à fase II⁵⁰ de testes do Intrinsic (FISHMAN, 2004, p.192). O medicamento consiste em um adesivo que fornece testosterona pela via cutânea (transdérmica) para mulheres com menopausa cirúrgica, ou seja, como consequência da retirada dos ovários e útero. Partindo da suposta associação entre testosterona e desejo sexual, o Intrinsic foi pensado como uma medicação a ser incorporada no “pacote” da reposição hormonal com estrógenos. Diversos ECs foram conduzidos pela P&G em parceria com centros biomédicos e *contract research organizations* (CROs).

O Intrinsic teve seu pedido de autorização para comercialização depositado na *FDA* (*Food and Drug Administration*) pela P&G, em junho de 2004, dirigido a uma população bastante específica: mulheres com menopausa cirúrgica (histerectomia e ooforectomia bilateral), submetidas à terapia com estrógeno e com diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipotivo (TDSH).⁵¹ Esse pedido foi negado em dezembro de 2004, em reunião que se

⁵⁰ Os ensaios clínicos necessários para a venda de um medicamento com a licença da *FDA* são divididos em fases. Na Fase I, um pequeno número de pessoas saudáveis recebe a medicação para o estabelecimento de dosagens, avaliação da segurança e identificação de efeitos-colaterais (nesse ponto não se sabe ainda se a droga tem qualquer eficácia); na Fase II, testa-se o medicamento para determinar sua eficácia e segurança, e o número de pessoas envolvidas pode chegar a algumas centenas; na Fase III, testa-se de novo o medicamento para confirmação de sua eficácia, segurança, compará-lo a outros tratamentos e monitorar efeitos-colaterais; o número de pessoas que toma o medicamento varia de centenas a dezenas de milhares; a Fase IV ocorre depois da droga ter sido lançada no mercado, para avaliação de segurança do uso a longo prazo e seus efeitos em diferentes populações, (ANGELL, 2010, p.43).

⁵¹ A definição de TDSH utilizada nos ensaios clínicos segue a formulação do DSM-IV. Na agência reguladora europeia, consta a seguinte definição: “*A deficiency or absence of sexual fantasies and sexual desire for sexual*

tornou histórica, marcada pela presença de ativistas feministas da *New View Campaign*,⁵² contrárias à aprovação do produto da P&G. Somou-se à pressão exercida por ativistas o impacto da divulgação, em 2002, de resultados desfavoráveis de uma pesquisa envolvendo a reposição hormonal em mulheres (WASSTHEIL-SOMOLLER, 2005).⁵³ Desde então, a *FDA* nunca aprovou sua comercialização nos Estados Unidos (ao menos até 2016). Na Europa, o produto foi aprovado pela *European Medicines Agency (EMA)* e comercializado entre 2006 e 2012.⁵⁴

Demonstraremos o modo como a população visada pelos ECs do *Intrinsa* foi sendo paulatinamente expandida, de modo a englobar um número cada vez maior de mulheres. Essa *démarche* pressupôs rearranjos na maneira de definir a disfunção e sua possível causa subjacente. Para tal, analisaremos cinco textos publicados entre 2000 e 2008, que incluem o primeiro artigo com resultados dos ensaios clínicos da P&G, outros três artigos, publicados na *geração seguinte* à rejeição do adesivo de testosterona na *FDA* e à sua aprovação pela *EMA*, além de um artigo publicado por uma das autoras dos anteriores, mas que não explicita nenhuma relação direta com a indústria farmacêutica.⁵⁵

2.3.2 Estratégias de expansão do mercado: os artigos

Os primeiros ECs conduzidos pela P&G em parceria com o laboratório *Watson Pharmaceuticals, Inc.* tiveram como objetivo testar a eficácia do uso de testosterona em determinada população: mulheres com menopausa induzida por cirurgia que faziam a reposição com estrógenos via oral e diagnosticadas com transtorno do desejo sexual hipoativo (SHIFREN et al., 2000). Os resultados do estudo foram publicados em 2000, no *The New England Journal of Medicine* e referem-se a ECs de Fase II, conduzidos entre 1999 e 2000. Entre os autores do estudo é possível identificar Jan L. Shifren (autora principal), Glenn

activity. The disturbance must cause marked distress or interpersonal difficulty and must not be better accounted for by another psychological disorder or condition” (EMA apud OSBORNE et al., 2010).

⁵² Sobre a campanha, ver Tiefer (2001).

⁵³ Em 2002, a pesquisa *Women’s Health Initiative (WHI)* foi finalizada antes do tempo previsto, em função do número de casos de câncer de mama na amostra. O caso teve ampla repercussão, levando a uma queda brusca nas vendas. Voltaremos a esse ponto adiante.

⁵⁴ O *Intrinsa* foi retirado do mercado a pedido do próprio fabricante (que na época não era mais a P&G), conforme discute Cacchioni (2015).

⁵⁵ A noção de *geração seguinte* de Latour (2000, p.67) refere-se ao “período necessário para a publicação de outra rodada de textos que fazem referência aos primeiros [textos], ou seja, de dois a cinco anos”.

Braunstein,⁵⁶ John Buster e Raymond Rosen, pesquisadores que seguiram trabalhando com a P&G (e também outras empresas farmacêuticas) durante o período posterior à rejeição do Intrinsic pela *FDA*. No final do artigo, há um agradecimento a Susan Davis, endocrinologista e uma das principais ‘líderes de opinião’ da P&G nesta área, autora principal dos ECs publicados alguns anos depois pela P&G.

A justificativa para que a testosterona fosse utilizada como um medicamento direcionado a esse subgrupo específico de mulheres com TDSH partia da suposição de que há uma ligação entre testosterona e desejo sexual. Argumentava-se que a menopausa cirúrgica reduziria os níveis de testosterona, uma vez que parte deste hormônio é de origem ovariana: “Perda de testosterona ovariana pode contribuir para o desenvolvimento de TDSH depois da ooforectomia” (DAVIS et al., 2006, p.338, tradução nossa).⁵⁷ Dizia-se também que a reposição hormonal com estrógeno (procedimento comum após na menopausa cirúrgica) diminuiria ainda mais os níveis de testosterona. Isso ocorreria porque a ingestão de estrógeno pela via oral estimula a produção de uma proteína que impede a ação da testosterona, denominada globulina ligadora de hormônio sexual (SHBG).⁵⁸ Esses dois fenômenos embasavam a literatura que defendia o uso da testosterona em mulheres na menopausa cirúrgica e justificava a intervenção farmacológica.

Quando a *EMA* autorizou a comercialização do Intrinsic na Europa (2006), um primeiro e importante passo havia sido dado. Mesmo sem o aval da *FDA*, o medicamento já estava aprovado e, via internet, as vendas não se restringiriam aos países nos quais o Intrinsic passou a ser comercializado (França, Alemanha, Irlanda, Itália, Espanha e Reino Unido). Além disso, mesmo que tenha sido aprovado oficialmente para tratar uma condição relativamente rara, o uso *off-label* permite a prescrição fora desse escopo. De fato, uma análise conduzida com 756 mulheres que receberam a prescrição de Intrinsic na Inglaterra demonstrou que apenas 219 (29%) utilizavam o medicamento segundo as recomendações do fabricante. As mulheres histerectomizadas e submetidas à ooforectomia bilateral representavam menos da metade da amostra (48,1%) e o uso concomitante aos estrógenos correspondia a 29,4% (222) das prescrições (OSBORNE et al., 2010).

Resumindo, a *EMA* aprovou o Intrinsic para mulheres que precisavam de três

⁵⁶ Braunstein é autor do artigo “Androgen insufficiency in women”, publicado em 2006 no periódico *Growth Hormone & IGF*. Este artigo foi mencionado diversas vezes nos congressos biomédicos que analisamos nesta pesquisa, nas palestras sobre ‘androgenioterapia’.

⁵⁷ No original: “Loss of ovarian testosterone production may contribute to the development of HSDD after oophorectomy”.

⁵⁸ A testosterona circula no sangue de duas formas: ligada a uma proteína, ou ‘livre’. No primeiro caso, dependendo da proteína à qual está associada, a testosterona não é capaz agir, porque não consegue se ligar ao receptor que desencadeará os efeitos androgênicos nas células-alvo.

características para receber a prescrição: 1) menopausa cirúrgica; 2) reposição com estrógeno e 3) TDSH. Modificar esses critérios implicaria no aumento do número de candidatas ao tratamento com o Intrinsic. O mercado seria ainda maior caso não fosse necessário o diagnóstico de TDSH para a utilização do adesivo. A seguir, veremos como os artigos assinados por médicos em cooperação com as empresas farmacêuticas exploram todas estas possibilidades de ampliação do mercado consumidor.

2.3.3 Da menopausa pós-cirúrgica à menopausa natural

A busca pela modificação do *status de menopausa* associado ao medicamento ocorreu através da apresentação dos resultados de outros ECs da P&G com o Intrinsic. Foi o caso da pesquisa denominada INTIMATE NM1, publicada em 2006, no periódico *Menopause* (da Sociedade Norte-americana de Menopausa). ‘NM’ é uma abreviação de *natural menopause*. Participaram do estudo 549 mulheres, entre 40 e 70 anos, recrutadas em 58 centros de três países (Estados Unidos, Canadá e Austrália). A primeira autora é novamente Jan Shifren, do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Geral de Massachusetts. A equipe compõe-se também de Susan Davis, da Universidade de Monash (Austrália) e outros 13 autores, entre eles três empregados formais da P&G (Kathryn Wekselman, Aksahay Buch e Cynthia Rodenberg), nomes vinculados a CROs (QUEST Research Institute) e clínicas voltadas para a realização de ECs (The Center for Marital and Sexual Health, Inc., por exemplo).⁵⁹ Curiosamente, a titulação da maior parte da equipe é de MD e, entre os quatro pesquisadores com doutorado,⁶⁰ estão três empregados da indústria. Vale sublinhar que apesar do EC ser inteiramente financiado pela P&G (SHIFREN et al., 2006, p.770), a correspondência deve ser endereçada à autora principal, evidenciando a importância de se legitimar a pesquisa por meio da vinculação a um nome e endereço acadêmicos.

Diferentemente de outros hormônios sexuais reduzidos de modo drástico durante a

⁵⁹ Segue a lista completa das instituições que aparecem vinculadas aos nomes dos autores, seguindo a ordem em que aparecem na sequência de autoria: Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital (Boston, MA); Department of Medicine (CECS), Monash University (Melbourne, Australia); Montreal Clinical Study Center (Montreal, Quebec, Canada); Downtown Women’s Health Care (Denver, CO); Clinique RSF Inc. (Quebec, Canada); Johns Hopkins Center for Sexual Health and Medicine (Lutherville, MD); St. Michael’s Hospital Health Center (Toronto, Ontario, Canada); Phase II Center for Women’s Health (Salt Lake City, UT); QUEST Research Institute (Southfield, MI); Betty Byrne Henderson Women’s Health Research Centre, Royal Brisbane and Women’s Hospital (Brisbane, Australia); The Center for Marital and Sexual Health, Inc. (Beachwood, OH); Procter and Gamble Pharmaceuticals (Mason, OH); Women’s Clinical Research, (Seattle, WA).

⁶⁰ A sigla MD significa “medical doctor”, que em português traduziríamos por “médico”. Já PhD é a sigla indicativa, nos países de língua inglesa, de alguém que tem *também* o doutorado, além do MD.

menopausa (como o estrógeno), os níveis de testosterona não sofrem alteração diretamente relacionada a esta etapa. A inclusão de mulheres com ‘menopausa natural’ no estudo impôs, portanto, uma nova justificativa para a reposição de testosterona, já que não era mais possível atribuir os baixos níveis de testosterona à menopausa cirúrgica. Observa-se, então, um deslizamento no argumento. No lugar da associação com a *menopausa*, a queda da testosterona passou a ser explicada como consequência do *envelhecimento*: “Mulheres exibem uma diminuição progressiva dos níveis de androgênios conforme envelhecem”⁶¹ (SHIFREN et al., 2006, p.771, tradução nossa). A referência de normalidade deixou de ser o estado anterior à menopausa (cirúrgica) e se deslocou para a juventude: “Embora evidências argumentem contra um declínio perimenopausal na produção androgênica, a concentração total de testosterona sérica observada entre mulheres depois dos 50 anos é aproximadamente metade da de mulheres entre 20 e 30 anos” (SHIFREN et al., 2006, p.771, tradução nossa).⁶² O corpo jovem passou a ser o padrão de comparação a partir do qual os níveis de testosterona são avaliados e a aplicação em mulheres na pré-menopausa passa a ser uma possibilidade lógica.⁶³

Os resultados do estudo foram descritos como bastante favoráveis, indicando que houve “melhora estatisticamente significativa no desejo sexual comparada com o placebo” (SHIFREN et al., 2006, p.775, tradução nossa),⁶⁴ com diminuição do ‘sofrimento pessoal’ (*personal distress*) relacionado ao baixo desejo e que: “O aumento no número total de orgasmos [...] e do número total de episódios sexuais [...] também foi significativamente maior do que o placebo” (SHIFREN et al., 2006, p.775, tradução nossa).⁶⁵ No entanto, em termos numéricos, o aumento na frequência de ‘episódios sexuais satisfatórios’ por mês (quatro semanas) foi de 2,1 (desvio padrão 0,28) no grupo que recebeu o medicamento e 0,5 (desvio padrão 0.23) no grupo placebo. Isso significa que, se uma mulher tinha uma frequência de dois ‘eventos sexuais satisfatórios’ a cada quatro semanas, depois do tratamento com o *patch* de testosterona, ela passou a ter, considerando o desvio padrão, entre 3,82 e 4,38 ‘eventos sexuais satisfatórios’ em média. Já no grupo placebo, ela teria aumentado de 2 para algo entre 2,27 e 3,27 ‘eventos satisfatórios’ por quatro semanas. Em outras palavras, o aumento foi, em

⁶¹ “Women exhibit progressively lower androgen levels as they age”.

⁶² “Although evidence argues against an abrupt perimenopausal decline in androgen production, the total serum testosterone concentrations observed among women after age 50 are approximately half those of women in their 20s.”

⁶³ Um artigo de 2003 já colocava como população-alvo as mulheres na pré-menopausa, mas se tratava de um EC de outro produto à base de testosterona, um creme transdérmico (GOLDSTAT et al., 2003).

⁶⁴ “[...] a statistically significant enhancement of sexual desire compared with placebo.”

⁶⁵ “The increase in total number of orgasms [...] and total number of sexual episodes [...] was also significantly greater than placebo at 24 weeks.”

média, de um a dois episódios a cada quatro semanas com o adesivo de testosterona, ou aumento entre zero e um – ou eventualmente mais de um – no grupo placebo. No processo de rejeição de comercialização pela *FDA*, argumentou-se que esta diferença, embora seja significativa do ponto de vista da estatística, pode não ser relevante do ponto de vista da clínica.

A relação entre os resultados com mulheres na menopausa natural e o alargamento do mercado consumidor é apontado de forma sutil: “Estes achados são potencialmente de grande significação clínica, uma vez que a maioria das mulheres entra na menopausa naturalmente” (SHIFREN et al., 2006, p.777, tradução nossa).⁶⁶ É interessante perceber que o plano de expansão de mercado já estava em curso mesmo antes da avaliação do pedido de comercialização pela *FDA* e *EMA*, pois este EC foi conduzido entre 2002 e 2003.⁶⁷

2.3.4 Do estrógeno oral ao estrógeno transdérmico

Outra via de expansão do mercado consumidor consistiu em um trabalho sobre sua associação com a administração concomitante de estrógenos, até então um pré-requisito para o uso do *Intrinsa*. Os primeiros ECs da P&G foram realizados com mulheres em menopausa cirúrgica tratadas com estrógeno via oral. Como vimos, o efeito deste hormônio sobre a proteína SHBG era mobilizado a favor da defesa da terapia de testosterona. No ano em que o *Intrinsa* recebeu a autorização de comercialização da *EMA*, outro artigo foi publicado no periódico *Menopause* com os resultados de um EC com o *Intrinsa*. Assim como nos primeiros ensaios, a P&G testou o adesivo de testosterona em mulheres com menopausa cirúrgica e com TDSH. No entanto, desta vez o EC focalizava a produção de dados que dessem suporte à associação com estrógeno por *via transdérmica*. Os autores do estudo argumentavam que “Nenhum estudo até agora, no entanto, examinou especificamente a eficácia e segurança deste adesivo de testosterona em mulheres recebendo estrógeno transdérmico” (DAVIS et al., 2006, p.388, tradução nossa).⁶⁸ A segunda novidade é que a amostra consistiu em mulheres europeias, escolha justificada pelos autores da seguinte forma: “Além disso, a avaliação [anterior] deste adesivo foi limitada a estudos exclusiva ou predominantemente de mulheres

⁶⁶ “These findings potentially are of great clinical significance, as the majority of women enter menopause naturally.”

⁶⁷ Os ensaios clínicos de fase III da P&G foram publicados somente após a submissão à *FDA*, em dezembro de 2004 (MOYNIHAN, 2004).

⁶⁸ “No study to date, however, has specifically examined the efficacy and safety of the testosterone patch in women receiving transdermal estrogen.”

recrutadas na América do Norte” (DAVIS et al., 2006, p.388, tradução nossa).⁶⁹

Os resultados são relatados como positivos e sugerem melhoras que extrapolam a esfera do desejo: “Nós demonstramos que o tratamento com adesivo de 300- μ g/dia de testosterona nesta população melhorou significativamente o desejo sexual, excitação, orgasmo, responsividade, autoimagem e reduziu as preocupações sexuais e o sofrimento pessoal associados” (DAVIS et al., 2006, p.394, tradução nossa).⁷⁰

Note-se que o estudo começou em 2000 e durou um ano. Os resultados, no entanto, só foram relatados em 2006. Assim, ao mesmo tempo em que o EC fornecia dados que legitimavam sua aprovação na *EMA*, por trazer resultados relativos a uma amostra europeia, embasava o uso também entre mulheres que utilizavam o estrógeno pela via transdérmica (e não pela via oral, que diminuiria os níveis de testosterona ‘biodisponível’⁷¹). Ao propor uma nova forma de administração do estrógeno, buscava-se uma maneira de aumentar a credibilidade das terapias de reposição hormonal em um momento pós-*WHI*, no qual estas estavam sendo contestadas publicamente.

2.3.5 Do estrógeno transdérmico ao uso sem associação com estrógenos

Em 2008, um novo desenho de EC foi publicado pela P&G. Desta vez, a pesquisa recebeu o sugestivo nome de Aphrodite, sigla que designava o estudo: “A Phase III Research Study of Female Sexual Dysfunction in Women on Testosterone Patch without Estrogen” (DAVIS et al., 2008). Este EC já apresenta uma expansão do público-alvo por meio do status da menopausa: incluiu mulheres na menopausa cirúrgica e natural. Além disso, desvincula o uso do adesivo da necessidade de reposição com estrógeno, não apenas ampliando bastante o universo de mulheres que poderiam utilizar o adesivo, mas também retirando o Intrinsic do campo de controvérsias relacionado ao estrógeno. Susan Davis é a autora principal em uma extensa lista de colaboradores que inclui, mais uma vez, empregados formais da P&G que são mais qualificados academicamente (únicos com doutorado) em relação ao restante da equipe.

A dosagem do adesivo de testosterona ganhou nova versão: além da tradicional concentração de 300 μ g/dia, que também foi testada no ensaio, um segundo grupo foi incluído,

⁶⁹ “Furthermore, evaluation of this testosterone patch has been limited to studies either exclusively or predominantly of women recruited in North America”.

⁷⁰ “We have demonstrated that treatment with the 300- μ g/day testosterone patch in this study population significantly improved sexual desire, arousal, orgasm, responsiveness, and self-image, and reduced sexual concerns and associated personal distress.”

⁷¹ Termo que se refere à testosterona na forma ativa (quando está ligada à SHBG não é capaz de produzir efeitos).

ao qual foi aplicado um *patch* de 150µg/dia, ambos comparados ao grupo placebo. A pesquisa contou com a participação de 814 mulheres de 65 centros de diversos países: Estados Unidos, Canadá, Austrália, Reino Unido e Suécia. Um total de 464 completaram 52 semanas de pesquisa e 179 aceitaram continuar no EC por mais um ano. O objetivo da P&G com a extensão do estudo era produzir dados sobre a segurança do medicamento.

Os resultados indicaram que apenas o adesivo com a concentração maior de testosterona produziu aumento estatisticamente significativo de ‘episódios sexuais satisfatórios’. Os resultados são similares aos obtidos com ECs anteriores e são qualificados pelos autores como “numericamente modestos” (DAVIS et al., 2008, p.2013). O benefício alcançado pelas mulheres que utilizaram o adesivo de 300µ/dia foi o de 2,1 ‘episódios sexuais satisfatórios’ a mais por mês em relação ao que relataram antes do início do tratamento. Soma-se a isso o fato de que o aumento só ocorreu, em média, depois de dois meses de tratamento (DAVIS et al., 2008, p.2.013).

Ao discutirem a literatura anterior sobre o tema, os autores sugeriram que a associação do Intrinsa com o estrógeno tinha sido proposta por “[...] preocupação de que sem a terapia de estrógeno simultânea, a testosterona exógena poderia ser inativa ou ter efeitos colaterais nos níveis lipídicos, no metabolismo de glicose ou nas mamas” (DAVIS et al., p.2013, 2008, tradução nossa).⁷² Na pesquisa realizada, os efeitos colaterais relatados incluem casos de inflamação no local de aplicação, crescimento de pelos, aumento de acne, alterações na voz, câncer de mama (4), sangramento vaginal, aumento do clitóris (4), entre outros. Entretanto, para os autores, estes eventos não são preocupantes. A atitude positiva frente aos efeitos colaterais é expressa de forma clara na ponderação sobre os casos de câncer de mama:

O excesso de casos de câncer de mama nas mulheres tratadas com testosterona *pode ser devido ao acaso. No entanto*, a possibilidade de relação causal deve ser considerada. Alguns estudos epidemiológicos mostraram que a testosterona endógena e exógena é associada ao risco de câncer de mama, *mas outros não*. Alguns dados sugerem que a inclusão de testosterona em regimes de estrógeno mais progestina *podem melhorar* os efeitos estimulantes dos hormônios nas mamas. Dados de longo prazo de grandes ensaios clínicos com testosterona são escassos. (DAVIS et al., p.2015, 2008, tradução e grifos nossos).⁷³

O trecho em destaque demonstra como as informações são encadeadas de modo a

⁷² “[...] primarily because of concern that without concurrent estrogen therapy, exogenous testosterone might be ineffective³⁶ or have adverse effects on lipid levels, glucose metabolism, or the breast”.

⁷³ “The excess of cases of breast cancer in women treated with testosterone may be due to chance. However, the possibility of a causal relationship must be considered. Some epidemiologic studies have shown that endogenous and exogenous testosterone is associated with the risk of breast cancer, but others have not. Some data suggest that the inclusion of testosterone in regimens of estrogen plus progestin may ameliorate the stimulating effects of hormones on the breast.^{41,42} Long-term data from large clinical trials of testosterone use are lacking.”

atenuar os resultados negativos obtidos, posicionando as pesquisas sobre risco de câncer de mama par a par com pesquisas que apontam o efeito inverso, no sentido de uma melhora associada à terapia de testosterona. Os dados divergentes são, por fim, utilizados como justificativa para a necessidade de novos ECs, de longa duração.

A conclusão do artigo aponta para a autonomização do tratamento com testosterona em relação à reposição hormonal com estrógenos: “Estes achados indicam que estrógenos exógenos ou estrógenos combinados com progestina não são requeridos para que a testosterona seja efetiva no tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo” (DAVIS et al., p.2015, 2008, tradução nossa).⁷⁴

2.3.6 Da testosterona para transtorno do desejo sexual à testosterona para o bem-estar

Artigo publicado em 2006 indica outro campo de investimentos em torno da testosterona para o público feminino. O texto traz resultados de uma pesquisa financiada pelo National Health and Medical Research Council da Austrália que tinha como objetivo investigar a relação entre androgênios e ‘bem-estar’. Na declaração de conflito de interesses, constam as informações de que Susan Davis havia recebido uma concessão de apoio ilimitado à pesquisa das empresas Procter & Gamble, Servier, Solvay e Wyeth e que é membro do conselho de assessoria ou pesquisadora da Cellergy, Acrux, Procter & Gamble, Servier e Organon (BELL et al., 2006, p.70).

O objetivo da pesquisa foi verificar a relação entre níveis androgênicos endógenos (produzidos pelo próprio corpo), ‘humor’ e ‘bem-estar’, utilizando questionários e quantificações hormonais. Os resultados, no entanto, não corroboraram esta associação. Participaram da pesquisa 1.224 mulheres, na faixa etária entre 18 e 75 anos.

Podemos especular que a investigação guarda vínculos com a busca de novos usos da testosterona. Caso fosse encontrada uma relação direta entre ‘bem-estar’ e ‘níveis androgênicos’, os medicamentos à base de testosterona ganhariam nova e expressiva fatia de mercado: mulheres com ‘bem-estar’ diminuído.

O artigo dá pistas de que esta não é uma suposição fantasiosa: “Considerando o difundido uso de Dhea (di-hidroepiandrosterona)⁷⁵ e o uso crescente de terapia de testosterona em mulheres, um entendimento mais claro dos efeitos dos níveis endógenos destes esteroides

⁷⁴ “These findings indicate that exogenous estrogen or combined estrogen and progestin are not required for testosterone to be effective in the treatment of hypoactive sexual desire disorder.”

⁷⁵ Hormônio precursor da androstenediona que é, por sua vez, precursor da testosterona e dos estrógenos estrona e estradiol.

é requerido” (BELL et al., 2006, p.65, tradução nossa).⁷⁶ Outra indicação da pertinência dessa suposição relaciona-se às mulheres que foram selecionadas para o estudo: mulheres na pré-menopausa foram comparadas a mulheres na pós-menopausa. Como vimos, os níveis de androgênios não sofrem impacto da menopausa, mas sim uma gradual diminuição ao longo do processo de envelhecimento. Desse modo, agrupar as mulheres a partir do critério reprodutivo não se justifica, a princípio, pelos objetivos da pesquisa. No entanto, estas são as categorias a partir das quais todas as pesquisas com o Intrinsic foram realizadas, em conformidade com as orientações da própria FDA.⁷⁷ Assim, a categorização das mulheres em função do *status* de menopausa e não a partir de critério etário facilitaria a proposta de expansão do uso do medicamento, pois estaria ‘comprovado’ que mulheres na pós-menopausa (a primeira população alvo do Intrinsic), com baixos níveis de testosterona, poderiam também ser beneficiadas com o Intrinsic para melhorar o ‘bem-estar’. A classificação das mulheres em função de seu *status* reprodutivo é um exemplo da coconstituição dos conhecimentos, no sentido da articulação entre produção de saberes biomédicos e protocolos de pesquisa estabelecidos pelas das agências reguladoras de medicamentos. Ou seja, a forma como os saberes são elaborados está relacionada ao modo como vivemos e nos organizamos no mundo.

2.3.7 Periódicos biomédicos, persuasão factual e expansão do mercado do Intrinsic

A análise de ECs publicados em periódicos biomédicos permite identificar três caminhos distintos de ampliação do mercado consumidor para o Intrinsic.

A primeira via significou uma ampliação baseada na alteração do *status* de menopausa ao qual o medicamento estava vinculado. Com base em novos estudos, a empresa farmacêutica poderia, através de ‘líderes de opinião’, educar os médicos sobre o uso *off-label* também para mulheres com menopausa natural e não apenas em mulheres com menopausa

⁷⁶ “These findings indicate that exogenous estrogen or combined estrogen and progestin are not required for testosterone to be effective in the treatment of hypoactive sexual desire disorder.”

⁷⁷ Um roteiro foi publicado pela FDA no ano de 2000 com recomendações para o desenvolvimento de ensaios clínicos com medicamentos dirigidos às disfunções sexuais femininas. Nele havia uma orientação para que os medicamentos fossem testados em populações específicas, que incluía a divisão de acordo com o *status* de menopausa, entre outros fatores: “Study populations for such trials may focus on or be limited to one of the following subgroups if it is anticipated that response to therapy may differ across these subgroups: premenopausal women, naturally menopausal women, surgically menopausal women, women taking hormone-containing products for hormone replacement therapy (e.g., estrogen and/or estrogen-progestin containing products), women taking hormone-containing products for contraception [...]”. Disponível em: <http://www.fda.gov/ScienceResearch/SpecialTopics/WomensHealthResearch/ucm133202.htm>.

cirúrgica (indicação aprovada na *EMA*). Poderia também submeter à *EMA*, como de fato fez, um pedido de modificação na comercialização de modo a incluir mulheres com menopausa natural nas indicações do produto.⁷⁸

Ao vincular a terapia de testosterona ao envelhecimento e não mais exclusivamente à menopausa cirúrgica, a lógica da reposição hormonal com testosterona passou a se basear em um contínuo declínio androgênico (e não em uma queda abrupta ocasionada pela remoção dos ovários). Os níveis desejáveis de testosterona passaram a ser aqueles do período da juventude: “a concentração total de testosterona sérica observada entre mulheres depois dos 50 anos é aproximadamente metade da de mulheres entre 20 e 30 anos” (SHIFREN et al., 2006, p.771, tradução nossa).⁷⁹ Deste modo, abriu-se a possibilidade de intervenção em corpos que estivessem fora do padrão hormonal considerado ideal (entre 20 e 30 anos).

A literatura biomédica produzida pela P&G atua exatamente no campo de valorização do corpo jovem e sexualmente ativo e reforça a associação entre esses hormônios, juventude, sexualidade, saúde e bem-estar (ROHDEN, 2012b; SENNA, 2009, FISHMAN; FLATT; SETTERSTEN, 2015). Aliás, os esforços têm também o efeito de produção de novos corpos a partir desses valores, uma vez que o *Intrinsa* cria uma nova possibilidade material para os corpos femininos: mulheres mais velhas com níveis androgênicos de mulheres mais jovens. Dito de outra forma, pelo referencial do corpo reprodutivo: “Com o tratamento de testosterona, os níveis médios de testosterona biodisponíveis permaneceram na faixa normal para mulheres na idade reprodutiva” (SHIFREN et al., 2006, p.775, tradução nossa).⁸⁰ Assim, Nely Oudshoorn, já em 1994, apontou a necessidade de não apenas estudar como os fatos científicos são entranhados na cultura e na sociedade, mas também de estarmos atentas ao poder criativo envolvido na produção de novos sentidos e práticas sobre o corpo (OUDSHOORN, 1994, p.11). Na mesma linha, Ian Hacking (1989) afirma que “Ciência de laboratório [...] envolve a criação de fenômenos [...] não a construção de fatos como fatos (metaforicamente falando), mas a chamada à existência de eventos e regularidades” (HACKING apud OUDSHOORN, 1994, p.41, tradução nossa).⁸¹ E, seguindo Clarke e colegas, um dos cinco domínios principais do fenômeno da biomedicalização se refere às

⁷⁸ O pedido foi retirado pelo próprio fabricante antes de ser avaliado. Pouco depois, o medicamento seria retirado do mercado. O motivo da desistência de comercialização não foi revelado. Especula-se que as baixas vendas e reações alérgicas frequentes possam ter sido determinantes (CACCHIONI, 2015).

⁷⁹ “The total serum testosterone concentrations observed among women after age 50 are approximately half those of women in their 20s.”

⁸⁰ “With testosterone treatment, median levels of free and bioavailable testosterone remained within the normal range for reproductive age women.”

⁸¹ “Laboratory science... involves the creation of phenomena [...] not the construction of facts as facts (metaphorically speaking), but the calling into existence of events and regularities.”

intervenções tecnocientíficas que produzem efeitos nos próprios corpos. Tomada por este prisma, a produção material de corpos envolvida no uso do Intrinsic caracteriza-se como típico processo de biomedicalização. O mesmo tema é tratado nas análises sobre a biopolítica molecular de Rose (2007), que ressalta a ênfase atual das ciências da vida na busca por tecnologias que otimizem as potencialidades vitais.

A segunda via de expansão da população potencial consumidora do Intrinsic operacionalizou-se através de estudos que demonstraram que o medicamento poderia ser utilizado com estrógenos administrados pela via cutânea ou mesmo totalmente dissociado da terapia com estrógenos. Esta estratégia permitiria com um só movimento aumentar as prescrições e desvincular o produto dos constrangimentos associados à terapia de reposição hormonal com estrógenos.

Convém salientar que o panorama relacionado ao uso de estrógenos teve uma reviravolta exatamente no período em que o Intrinsic estava sendo testado. Isso ocorreu a partir da divulgação dos resultados da pesquisa *Women's Health Initiative (WHI)*, em 2002, que, como veremos no capítulo 3, alterou o curso da prática médica em relação à terapia de reposição hormonal em mulheres. Durante a sessão de avaliação do painel da *FDA*, os resultados daquele estudo foram apresentados tanto por membros da agência quanto por ativistas contrários à comercialização do medicamento. Desta forma, livrar-se da associação com o estrógeno (e em especial pela via oral, que foi a utilizada no *WHI*) tornou-se muito conveniente para que novas tentativas de aprovação do Intrinsic na *FDA* tivessem possibilidade de sucesso.

Sugerimos ainda que uma terceira via de aumento do mercado consumidor do Intrinsic pode estar relacionada com a diversificação das indicações, através da vinculação ao melhoramento do 'bem-estar'. No entanto, diferentemente das outras duas linhas de expansão, essa se mostrou menos avançada. Não se tratava de um EC, mas de um estudo preliminar, com participação de uma das principais 'líderes de opinião' na área. O estudo não foi apresentado no periódico como financiado por empresas, mas a declaração de conflito de interesse revela que Davis tem vínculos com diversas companhias farmacêuticas, incluindo a P&G. Isso demonstra como a agenda de pesquisa é modelada pelos interesses da indústria farmacêutica de maneiras nem sempre diretamente explicitadas.

A não aprovação do adesivo de testosterona como medicamento para mulheres que supostamente sofrem de TDSH, que estejam na menopausa, ou que desejam apenas rejuvenescer, não impediu a difusão do uso da testosterona entre mulheres. Na maioria das vezes por meio de fórmulas produzidas em farmácias de manipulação, a testosterona aparece

como uma substância valorizadíssima, ao contrário dos chamados “hormônios femininos”, que permaneceram tendo seu uso problematizado após a divulgação da pesquisa *WHI*. A testosterona vem sendo utilizada tanto entre homens quanto entre mulheres com um sem número de objetivos (desde aumento de massa muscular até “baixa libido”). Apesar disso, o *Intrinsa* não se transformou em um *blockbuster* na Europa e foi retirado do mercado.

Essa análise buscou discutir, por meio de um estudo de caso, alguns dos efeitos da estreita articulação entre a produção científica na medicina e a produção e comercialização de biotecnologias farmacêuticas. O financiamento e a realização dos ECs relatados nos artigos aqui examinados decerto exigiram fortes investimentos não apenas financeiros, mas também em termos de recursos humanos e de tempo de todos os envolvidos, incluindo as mulheres testadas. Estas tiveram ainda que se submeter ao risco de introduzir em seus corpos uma substância cuja segurança ainda não estava estabelecida.

O objetivo de provar a eficácia do adesivo de testosterona para mulheres na menopausa (ou na perimenopausa, ou pós-menopausa) foi atingido? Os resultados obtidos, qualificados pelos próprios fabricantes como ‘modestos’, evidenciam que a associação entre desejo e testosterona não é tão direta como se costuma supor.

Entretanto, podem ser apontados outros efeitos subjacentes aos esforços despendidos, tanto pela indústria quanto por um sem número de médicos, pesquisadores, trabalhadores em Saúde de um modo geral e pelas mulheres. Em primeiro lugar, a publicação dos resultados em revistas científicas cria um campo de discussão em que determinados temas, ao serem repetidos em pesquisas posteriores, acabam sendo tomados como dados *a priori*, caracterizando o que Bruno Latour (2000) chamou de *caixa preta*, isto é, “fatos” sobre o corpo da mulher e sua sexualidade aparentemente corroboradas pela pesquisa científica tomados como “verdades”.

Tais fatos produzem (ou sustentam), através de sua difusão no meio médico e entre leigos, um ideal de juventude e plenitude sexual que leva mulheres já não tão jovens a buscar a ‘reposição’ de algo que supostamente lhes faltaria. Chama a atenção o fato de que aquilo que deveria ser ‘reposto’ é algo em geral visto como o “hormônio masculino”. Deste modo, a ideia normalmente aceita de que à mulher faltam o vigor e a força típicos do homem encontra sua materialização “científica” na necessidade de reposição da substância que define esse vigor e essa força. E, como as pesquisas estão demonstrando,⁸² essa necessidade se torna cada vez mais abrangente, atingindo não apenas as mulheres mais velhas, em risco de

⁸² Ver por exemplo Cacchioni (2015), Manica (2009) e Fallon (2008).

desvalorização no mercado afetivo e sexual, mas também as jovens que desejam transformar para melhor seu desempenho, na vida sexual e na vida em geral.

PARTE II

Genealogias: o corpo hormonal e as dobras da ciência

Conhecimentos situados, então, precisam ser também genealógicos em um sentido foucaultiano: nós precisamos conhecer a história dos hormônios para ver como esta história está dobrada na ciência endocrinológica e biomédica atual.
(*Celia Roberts, tradução nossa*)

Se, no século XIX, tínhamos uma insistência nas diferenças anatômicas e fisiológicas atribuídas aos corpos de homens e mulheres, com o passar dos anos, temos a transferência do interesse para os hormônios. [...] A ideia de que haveria hormônios masculinos e hormônios femininos, embora questionada já a partir da década de 1920, permanece até hoje como explicação legítima para distinções, inclusive no que se refere ao comportamento e às capacidades cognitivas.

Aos hormônios é designado um papel imprescindível no processo de diferenciação cerebral, ajudando a converter o cérebro no novo núcleo de substancialização da diferença.

O foco desta substancialização pode variar. Mas a referência a algum tipo de materialização do gênero permanece intacta, ou melhor, parece ir se aprimorando a cada descoberta científica.

(*Fabiola Rohden*)

3. HORMÔNIOS SEXUAIS, SEXUALIDADE E DIFERENÇA

Reivindicando direitos iguais [...], ignora, entretanto, a mulher, que o ciúme do macho que transforma o homem nesta odienta figura de porco chauvinista, nada tem de cultural e resulta, pura e simplesmente de manifestações do instinto sexual, que governam o comportamento reprodutivo do macho de qualquer espécie animal. Instinto que é ativado pelo hormônio masculino, de tal modo que suas manifestações não podem deixar de ser encaradas, pura e simplesmente, como uma função da secreção da gônada masculina. Quanto maior a secreção de hormônio, maior o ciúme e a agressividade que tornam suas vexatórias manifestações tão pouco civilizadas.
(*Elsimar Coutinho*)

[...] a mulher – ela é muito mais emotiva – é muito mais sentimental do que o homem. [É] aquela brincadeira que o pessoal fez lá: que a mulher é uma máquina de vários botões e o homem um fogo a gás que você ligou, acendeu, né?
(*Gastão, médico prescritor de testosterona*)

[...] claro que a testosterona [dos implantes usados em mulheres], sem dúvida, tem um efeito bioquímico aí da melhora [sobre o desejo]. Tanto é que os homens aí são à base de testosterona e só pensam em sexo, a grande maioria, que está no topo lá da testosterona.
(*Dra. Bárbara, prescritora de testosterona*)

As assertivas transcritas nas epígrafes acima fornecem alguns exemplos de como os discursos médicos sobre o corpo, hormônios, sexualidade e comportamentos se expressam em narrativas sobre as diferenças de sexo/gênero. Daniela Manica (2009 p.206), ao analisar os livros e artigos de Elsimar Coutinho, ressalta o quanto suas falas – que misturavam descrições fisiológicas e hormonais a “narrativas humorísticas impregnadas de sexismos” – soavam *anacrônicas* ao leitor familiarizado com os estudos de sexualidade e feminismo. De forma análoga, Celia Roberts (2007, p.57) comenta que mover-se das críticas feministas da tecnociência para os manuais de fisiologia e endocrinologia é uma “estranha jornada”, que envolve a passagem da incerteza declarada às verdades aceitas, esquematizadas em desenhos e diagramas coloridos. Sua análise dos conhecimentos hegemônicos sobre fisiologia e endocrinologia na contemporaneidade revela o domínio dos tropos presença/ausência,⁸³ ativo/passivo, além de uma visão bastante simplista de ‘social’, que muitas vezes se reduz a uma referência meramente retórica. Essas concepções contrastam com conhecimentos

⁸³ Por exemplo: a presença do cromossomo Y e de hormônios androgênicos como o que define o desenvolvimento de corpos masculinos, enquanto corpos femininos seriam um resultado da ausência daqueles fatores biológicos. Sobre esse ponto, Fausto-Sterling (2012) discute como a ênfase nessa dicotomia obscureceu os processos envolvidos na expressão dos cromossomos XX, bem como dos estrógenos na diferenciação sexual dos corpos considerados femininos.

produzidos no próprio campo da neuroendocrinologia. Praticamente todos os cientistas que trabalharam na elaboração da teoria organizacional do cérebro – segundo a qual homens e mulheres nascem com cérebros diferenciados pela ação pré-natal de hormônio – “negligenciaram evidências bem estabelecidas de que o cérebro e o sistema neuroendócrino [...] não são fundações a partir das quais o comportamento e o desenvolvimento emergem, mas desenvolvem-se e mudam em uma constante dialética com *inputs* materiais e sociais [...]” (JORDAN-YOUNG, 2010, p.237).⁸⁴ E, como assinala Fabíola Rohden (2012a, p.248), “A ideia de que haveria hormônios masculinos e hormônios femininos, embora questionada já a partir da década de 1920, permanece até hoje como explicação legítima para distinções, inclusive no que se refere ao comportamento e às capacidades cognitivas”.

Celia Roberts (2007) propõe a noção de *tempo dobrado*, do filósofo da ciência Michel Serres, para pensar a permanência na ciência contemporânea de concepções que seguem de forma persistente nos discursos médico, científico e leigo, mesmo que “evidências científicas” apontem para outras direções. Buscando uma alternativa à noção clássica do tempo geométrico da progressão linear, Serres descreve o tempo de uma forma topológica, segundo o *modelo do lenço*. E propõe um exercício de pensamento no qual um lenço é estendido em uma superfície plana. Se traçarmos um círculo nesse lenço e assinalarmos no seu interior diversos pontos, será possível identificar proximidades e distâncias entre eles. No entanto, ao amassar ou dobrar o mesmo lenço para colocá-lo no bolso, pontos que antes estavam separados tornam-se próximos e, às vezes, sobrepostos. Se uma parte do lenço se rasga, separam-se pontos que antes estavam perto. O tempo topológico do modelo do lenço (com montanhas, vales e fendas) é proposto como ferramenta para a leitura das histórias científicas.

Roberts combina o *tempo dobrado* de Serres com a perspectiva dos *saberes localizados* de Donna Haraway para pensar na permanência de concepções dualistas presentes nos discursos médicos contemporâneos. Os entendimentos culturais, no caso sobre as diferenças entre homens e mulheres, surgem *dobrados* ou *incorporados* nos saberes científicos. No entanto, isso não deve ser visto como critério para classificar tais saberes como resultantes de uma ‘má ciência’. Sendo localizados, os conhecimentos trazem sempre as marcas de uma posição e se constituem por meio de articulações entre as redes da tecnociência (como as descritas por Latour) e outras redes de significação cultural, como as literárias, políticas ou religiosas. A autora enfatiza ainda que os estudos de sexo/gênero têm

⁸⁴ No original: “[...] neglect well-established evidence that the brain and the neuroendocrine system [...] are not stable foundations from which behavior and cognition emerge, but develop and change in a constant dialectic with social and material ‘inputs’ [...]”.

demonstrado como os discursos médicos e científicos sobre as diferenças sexuais foram sempre misturados a outras redes – incluindo aquelas da sexologia, psicanálise, feminismo, religião, literatura e política – e não seguem uma narrativa progressiva e linear (ROBERTS, 2007, p.48). Vale assinalar que nos termos de Jasanoff (2004), são *coproduzidos*.

Assim, este capítulo e também o próximo têm como objetivo apresentar alguns recortes genealógicos sobre os saberes biomédicos sobre o corpo hormonal, menopausa, sexualidade e desejo. Seu propósito é o de possibilitar o mapeamento das dobras e ressonâncias nos/dos saberes contemporâneos sobre testosterona e desejo.

3.1 Diferenças sexuais: contrastes e persistências

Os hormônios, enquanto entidades químicas que dão origem a características sexuais, foram conceituados nas primeiras décadas do século XX, modificando concepções existentes sobre o corpo e as diferenças de sexo/gênero.

De acordo com o historiador Thomas Laqueur, até o final do século XVIII, a relação entre corpos femininos e masculinos era interpretada de forma radicalmente diferente da que estamos habituados a pensar. Ele sustenta que noções culturais e da medicina sobre o corpo eram baseadas na ideia de que havia apenas um sexo entre os seres humanos, embora o gênero pudesse ter duas ou mais possibilidades de expressão. Como enfatiza Oudshoorn (1994, p.6), “para nossas mentes pós-modernas é difícil imaginar que por dois mil anos corpos femininos e masculinos não fossem conceituados em termos de diferença”. O trabalho de Laqueur demonstrou que o modelo do dimorfismo radical foi uma produção que destronou antigos valores quando “Uma anatomia e fisiologia da incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem” (LAQUEUR, 2001, p.17).

Para Laqueur, o *modelo do sexo único* compreendeu o longo período desde a Grécia Antiga até o final do século XVIII, focalizando a similaridade dos corpos femininos e masculinos. Suas diferenças anatômicas eram entendidas como resultantes de especificidades do grau de desenvolvimento em cada caso. A partir de uma lógica hierárquica, os corpos masculinos eram vistos como aqueles que atingiram a maturação completa. Já no caso das mulheres, teria faltado ‘calor vital’ durante sua gestação, elemento tomado como essencial para a maturação corporal e para o alcance da ‘perfeição metafísica’. Assim, o resultado da falta de calor seria o desenvolvimento incompleto, visto como uma característica dos corpos das mulheres. Partes do corpo que hoje vemos como específicas do sexo feminino, como vagina, ovários e útero correspondiam, nesse modelo, respectivamente, a ‘pênis interno’,

testículos e escroto. Os órgãos femininos não teriam conseguido chegar ao mais perfeito estado de maturação, permanecendo internos e invertidos. Não havia, portanto, razão para receberem nomes distintos. Ou, dito de outro modo, “a linguagem marca essa visão da diferença sexual” (LAQUEUR, 2001, p.16). Para Laqueur, o sexo era um epifenômeno, enquanto o gênero, que no modelo seguinte tornar-se-ia uma categoria cultural, era primário.

Laqueur sugere que, no século XIX, homens e mulheres passaram a ser descritos pela ótica da incomensurabilidade, como tendo corpos de tipos diferentes. Os ovários foram descritos como a sede da feminilidade e os testículos como a essência da masculinidade. Neste *modelo dos dois sexos*, impera a distinção entre dois sexos estáveis e opostos. A biologia tornou-se fundamento epistêmico das afirmações sobre a ordem social (LAQUEUR, 2001, p.18).

A passagem de um modelo ao outro não pode ser explicada apenas pelas ‘descobertas’ da ciência, pela acumulação do saber. O surgimento de novas interpretações sobre o corpo foi, para Laqueur, decorrente de transformações epistemológicas e políticas. No plano epistemológico, o corpo deixou de ser visto como um microcosmo de uma ordem maior, englobado pela metafísica da hierarquia. A visão laica da ciência postulava um novo corpo e uma nova biologia. O modelo dos dois sexos se configura em um momento de aprofundamento da divisão entre corpo e espírito, sendo o primeiro tomado como a fundação para o gênero (WIJNGAARD, 1997, p.2). O sexo como fundamento biológico do feminino e do masculino seria uma consequência desta nova epistemologia. E, no plano político, a afirmação da igualdade pela Revolução Francesa colocara a necessidade de novas explicações para as posições subordinadas ocupadas pelas mulheres. Laqueur (2001, p.23) é enfático sobre a relação intrínseca entre sexo e gênero, reforçando a importância da tarefa de colocar os saberes sobre o sexo em análise: “quase tudo que se queira dizer sobre sexo [...] já contém em si uma reivindicação sobre o gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder”.

Em um mundo ocidental pós revolução francesa, no qual as mulheres começavam a reivindicar sua emancipação com base no ideal da igualdade, a medicina tornou-se um importante vetor de reafirmação das diferenças entre homens e mulheres. Estudos como o de Laqueur (2001), Schiebinger (1998) e Rohden (2009), no Brasil, sugerem como modificações nos planos político e social, que incluem as demandas feministas de primeira “onda”, mas não se esgotam nelas, exigiram novas respostas que dessem sentido e, portanto, legitimassem as desigualdades de gênero.

A medicina vitoriana elaborou um volumoso conjunto de teses sobre as diferenças entre corpos femininos e masculinos. A essência de uma ‘natureza feminina’ passou a ser entendida como sendo originada em seus órgãos sexuais e reprodutivos, especialmente os ovários, e se expressaria na materialidade de todo o seu corpo, até mesmo em sua estrutura óssea. Essas diferenças seriam uma “prova” de que sua função social de procriadoras e cuidadoras da prole era uma consequência da ‘natureza’ de seus corpos (SCHIEBINGER, 1998). Seu lugar na sociedade e também seu comportamento e suas potencialidades seriam dados pela biologia de seus corpos.

Os ovários, considerados ‘órgãos de crise’, foram caracterizados como instáveis e determinantes das particularidades da ‘natureza’ das mulheres: “a predominância do emocional sobre o racional; sua capacidade para a afeição e a atitude na criação das crianças; sua preferência pela esfera doméstica e sua pureza ‘natural’ e sensibilidade moral” (SCULL & FAVREAU, 1986, p.243, tradução nossa).⁸⁵ Assim, não apenas sua saúde física, mas também toda a esfera mental era vista como resultado do funcionamento dos órgãos genitais (ROHDEN, 2009). Os hormônios e as explicações bioquímicas comuns ao estilo de pensamento molecularizado hegemônico nos dias de hoje não haviam se configurado ainda no horizonte dos saberes médicos. Esse momento é marcado por uma concepção sobre os nervos e a anatomia do corpo. A correlação entre o plano físico e o moral era explicada pela conexão entre os órgãos reprodutivos e o cérebro, através do sistema nervoso central. Acreditava-se que alterações genitais poderiam provocar excitação do sistema nervoso e desencadear perturbação mental.

Neste contexto, a sexualidade feminina considerada ‘normal’ era aquela do âmbito do casamento heterossexual, responsiva às investidas do marido, a serviço da reprodução e dissociada do prazer (GRONEMAN, 1995, p.223; JUTEL, 2010, p.1.085). A falta de disposição para o sexo tornava-se questão médica apenas em casos extremos de aversão, em geral como queixa trazida pelo marido, sendo lida como ‘frigidez’. Ademais, com a emergência do modelo dos dois sexos, o orgasmo feminino, que até então era visto como fundamental para a geração de “calor” necessário à concepção, deixou de ser percebido pela medicina como condição para a procriação (LAQUEUR, 2001).

Os discursos sobre as patologias da sexualidade na sexologia da época foram condição de possibilidade para a difusão da compreensão do ‘excesso’ sexual como perversão sexual.

⁸⁵ No original: “(...) peculiarities of her nature: the predominance of the emotional over the rational; her capacity for affection and aptitude for child rearing; her preference for the domestic sphere and her “natural” purity and moral sensibility” (SCULL & FAVREAU, 1986, p.243).

Dominada pela psiquiatria, a primeira “onda” da sexologia centrou-se na definição e gestão médica das ‘aberrações’ da sexualidade, associando-as à teoria da degenerescência (FOUCAULT, 1988).⁸⁶ A ‘ninfomania’ era uma das perversões sexuais descritas em *Psychopathia Sexualis*, clássico compêndio das patologias sexuais do psiquiatra alemão Dr. Krafft-Ebing. O desejo ‘excessivo’ passou a ser encarado como um perigo não só para as mulheres que, em decorrência de seu ‘desvio’ poderiam enlouquecer, mas também para as próximas gerações, devido à crença de que a degeneração seria transmitida pela hereditariedade, degradando a população e, por consequência, a nação.

A figura da boa esposa, que é também mãe zelosa e amável, foi estruturante nos discursos da medicina da mulher durante o século XIX. No contexto da produção de conhecimento marcada pelo tripé perversão / hereditariedade / degenerescência (FOUCAULT, 1988), a sexualidade era vista como um perigoso domínio.

No caso das mulheres, isso significava que os comportamentos sexuais poderiam não apenas desvirtuar a honra feminina, mas também provocar todo tipo de doenças, inclusive a loucura. Vieira (2002, p.41), comentando o ideário do século XIX em relação à sexualidade feminina, aponta como sua característica principal a “potencialidade patológica relacionada aos desvios das normas que restringiam o papel da mulher ao papel de reprodutora”.

Comportamentos que fugissem ao propósito da reprodução ganhavam, com a implantação do dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 1988), qualidade patológica. A masturbação, o desejo erótico e mesmo adultérios seriam sinais de ‘excesso sexual’ e, portanto, doentios. A histeria e a ninfomania são algumas das categorias que o discurso médico mobilizou na gestão do ‘desejo excessivo’ nas mulheres.

3.2 Hormônios como mensageiros químicos do sexo

A palavra *hormônio* foi utilizada pela primeira vez em 1905 e diferentes disciplinas se ocuparam do gerenciamento dessas substâncias.⁸⁷ Em um primeiro momento, pensava-se que

⁸⁶ Eram consideradas perversões sexuais a ‘ninfomania’, a ‘onania’, ‘pederastia’, ‘bestialidade’, ‘violação de cadáveres’, relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (‘inversão sexual’), ‘masoquismo’, ‘sadismo’, entre outras.

⁸⁷ Oudshoorn (1994) fez um estudo detalhado sobre as interações – nas primeiras décadas do século XX – entre três grupos principais: fisiologistas, ginecologistas e laboratórios farmacêuticos. Celia Roberts (2007) aponta que a ideia de que ‘secreções internas’ eram produzidas pelas gônadas foi elaborada por Claude Bernard já em 1855. Entretanto, como assinalou Georges Canguilhem, como as noções de ‘ambiente interno’ e ‘homeostase’ eram centrais na medicina até os anos 1890, bem como a perspectiva de que o sistema nervoso regulava o corpo por meio de estímulos nervosos, a abordagem dessas substâncias enquanto mensageiros químicos não tinha lugar em termos cognitivos. Assim, Roberts enfatiza que a passagem das ‘secreções internas’ aos hormônios não foi imediata, tendo se concretizado apenas em 1910. Pensar o surgimento dos hormônios como uma ‘descoberta’

eram dois hormônios, classificados como ‘hormônio feminino’ e ‘hormônio masculino’. De acordo com essa formulação inicial, dois hormônios específicos, opostos e antagônicos, secretados pelas gônadas, determinariam o desenvolvimento das diferenças entre os sexos de um modo antagonista. Ou seja, estimulariam o desenvolvimento de características sexuais de um sexo e suprimiriam as características do outro. Essa primeira abordagem estava conformada à visão biomédica vigente do modelo dos dois sexos. Ao mesmo tempo, trazia a novidade do entendimento das diferenças entre homens e mulheres como produzidas por substâncias que seriam os mensageiros químicos da feminilidade e da masculinidade (OUDSHOORN, 1994).

No entanto, ao longo da década de 1920, cientistas começaram a encontrar ‘hormônios femininos’ nos corpos masculinos e vice-versa. Essas ‘descobertas’ foram recebidas com grande surpresa e resistência pelos pesquisadores, que tentaram acomodar os relatos à teoria da especificidade dos hormônios. Em 1934, um artigo na *Nature* reportou que a urina de cavalos era fonte melhor de hormônios femininos do que a de éguas. Quando os estrógenos e a testosterona foram isolados, respectivamente a partir da urina de cavalos, em 1929, e da urina de homens, em 1931, percebeu-se que eram moléculas muito similares. Esses achados geraram confusão entre os atores envolvidos nas redes de produção de conhecimento sobre hormônios, pois provocavam o dualismo químico, impondo a necessidade de revisão da concepção de diferenciação sexual. (OUDSHOORN, 1994; ROBERTS, 2007).

No final dos anos 1930, é possível identificar um novo modelo na endocrinologia do sexo, com a introdução de uma *teoria quantitativa do sexo*:

A ideia de que cada sexo poderia ser caracterizado por seu próprio hormônio sexual foi transformada na ideia de especificidade sexual relativa. Endocrinologistas do sexo sugeriram que, embora hormônios sexuais femininos fossem mais importantes para as mulheres (especialmente durante a gravidez) do que para homens, sua potência era a mesma em ambos os sexos. Hormônios sexuais masculinos foram pensados como sendo de grande importância para o fenótipo interno e externo dos homens, mas isto era considerado apenas uma diferença de grau. (OUDSHOORN, 1994, p.37, tradução nossa)⁸⁸

A teoria quantitativa do sexo desafiou o dualismo sexual radical, pois a partir de então

obscurece, portanto, o fato de que um ‘achado científico’ é sempre interpretado a partir dos recursos cognitivos que se produzem em rede (ROBERTS, 2007, p.29-50).

⁸⁸ No original: “The idea that each sex could be characterized by its own sex hormone was transformed into the idea of relative sexual specificity. Sex endocrinologists suggested that, although female sex hormones were more important for women (especially during pregnancy) than for men, their potency was the same in both sexes. Male sex hormones were thought to be of greater importance for the internal and external phenotype of men, but this was regarded as only a difference of degree.”

era possível conceber qualquer organismo como possuidor de características femininas e masculinas, uma vez que eram portadores dos mensageiros químicos do sexo ‘oposto’. As diferenças sexuais tornaram-se, do ponto de vista da endocrinologia, uma questão de quantidades relativas e não essências absolutas. Explicações sobre a homossexualidade foram buscadas nas quantidades hormonais tornando-se possível a ideia de que poderia ser ‘tratada’ via hormonal. O modelo do *continuum* entre homens e mulheres tornou-se dominante na endocrinologia na década de 1940 (OUDSHOORN, 1994; ROBERTS, 2007; IRNI, 2016).

Nos anos 1930, a ‘descoberta’ de outros hormônios, os gonadotróficos (secretados pela glândula pituitária) atribuiu uma renovada importância ao cérebro, por meio da conceituação do sistema complexo de *feedback* cérebro-gônadas. Oudshoorn destaca que a noção quantitativa do corpo hormonal e o sistema de *feedback* produziram uma ruptura radical nas visões hegemônicas sobre a ‘essência’ da feminilidade e da masculinidade que, historicamente, eram vistas como alocadas nas gônadas (e no útero, no modelo do sexo único). O sexo tornou-se uma entidade que pode existir fora de qualquer lugar fixo no corpo. Algo que pode ser identificado, isolado e manipulado no plano molecular.

3.3 Os primeiros produtos hormonais

O uso de poções feitas a partir das gônadas tornou-se tema de debate no meio médico em 1889, quando Charles Brown-Séquard, um fisiologista francês com 72 anos, injetou em si próprio ‘preparados de testículos de animais’, descrevendo depois efeitos de rejuvenescimento, vigor, mais atividades mentais e maior contratilidade na bexiga e intestino (McCREA, 1983, p.112; ROBERTS, 2007, p.33).⁸⁹ Reportou também o uso de extratos de ovários de porcos-da-índia para tratar histeria, problemas uterinos e debilidades decorrentes do envelhecimento em mulheres (OUDSHOORN, 1994, p.18).⁹⁰ Este evento é tido como o precursor dos tratamentos hormonais e da endocrinologia do sexo (ROBERTS, 2007). Porém, o método proposto por Brown-Séquard, que ficou conhecido depois como organoterapia, foi

⁸⁹ Relatos de uso de extratos de testículos e ovários de animais para o tratamento de doenças e mesmo como estimulantes sexuais podem ser encontrados em diversos períodos da história e estão relacionados à antiga associação entre masculinidade e testículos. Gregos e romanos utilizavam testículos de cabra e lobos como estimulantes sexuais e a farmacopeia oficial do London College of Physicians, de 1676, incluía extratos feitos com órgãos reprodutivos para o tratamento de diversas doenças e também como estimulantes sexuais. Estas práticas foram postas temporariamente de lado a partir do século XVIII, interpretadas como charlatanismo, e no século XIX não mais constavam das farmacopeias oficiais (OUDSHOORN, 1994, p.18).

⁹⁰ Nos anos seguintes, surgiram outras descrições de uso de extratos de ovários, como a do cientista francês Regis de Bordeaux, em 1893 – ele teria tratado um caso de ‘insanidade’ na menopausa –, e do médico alemão Theodore Landau, que reporta tratamento dos sintomas da menopausa, em 1896.

mal recebido no meio médico e descreditado como prática de charlatanismo (McCREA, 1983, p.112).

Nas primeiras décadas do século XX, a partir do desenvolvimento da endocrinologia, a sombra do charlatanismo em torno do uso dos extratos de gônadas (e mais tarde, dos hormônios sexuais) foi pouco a pouco dissipada. Ainda nos anos 1890, o laboratório Merck passou a produzir o hormônio Ovarriin, a partir de ovário de vacas, indicado para tratamento da menopausa, que permaneceria no mercado até 1932 (SEAMAN, 2005, p.219). Diversas estratégias foram utilizadas para legitimar tais práticas, sendo um exemplo a fundação do periódico científico *Het Hormoon* (O Hormônio), pelo diretor médico do laboratório farmacêutico Organon, em 1931. A publicação, de início restrita à Holanda, logo passou a ser distribuída gratuitamente em mais de dez países europeus (OUDSHOORN, 1994, p.86). O laboratório Organon informava os médicos sobre o uso de hormônios como medicamentos por meio de uma publicação científica supostamente independente do produtor da droga, difundindo ideias que legitimassem seu uso e deslocando os produtos da associação com o charlatanismo.

Os preparados de hormônios sexuais começaram a ser utilizados para tratar patologias, em um processo que envolveu três grupos principais: cientistas bioquímicos, ginecologistas e a indústria farmacêutica (OUDSHOORN, 1994). Ernest Laqueur, cientista da Universidade de Amsterdã e o laboratório Organon representavam, na Holanda, a aliança entre pesquisadores e indústria, testando seus produtos com a ajuda de ginecologistas.

O potencial econômico da comercialização dos hormônios sexuais femininos foi prefigurado bem cedo por Ernest Laqueur, ao qualificar a parceria entre seu laboratório e a Organon como “a busca pela Deusa da Fortuna” (OUDSHOORN 1994, p.87). Entretanto, não se sabia ao certo como estes novos compostos poderiam ser utilizados. Esta tentativa de encontrar uma aplicação comercial para tais substâncias levou Oudshoorn a caracterizar os hormônios sexuais como “drogas em busca de doenças” (OUDSHOORN 1994, p.107).

Em 1925, a Organon colocou no mercado seu primeiro preparado de hormônio sexual feminino, o Ovarnon, e uma campanha de marketing do produto foi iniciada antes que qualquer ensaio clínico fosse concluído.⁹¹ Assim, não eram ainda conhecidos seus efeitos

⁹¹ Este é um momento em que a regulamentação da produção de medicamentos ainda inexistia. Para se ter uma ideia, o ‘preparado de hormônio sexual feminino’ foi testado em duas mulheres e três homens, todos da equipe do Pharmacotherapeutic Laboratory, em Amsterdã, incluindo o próprio Laqueur. Oudshoorn situa a decisão de colocar o Ovarnon no mercado antes dos resultados dos ensaios clínicos como uma estratégia no contexto de uma marcada disputa pelas indústrias farmacêuticas pelo mercado dos novos hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994, p.88).

(desejáveis ou não), e as propagandas não mencionavam nenhuma indicação específica para o produto. Em 1926 foram iniciados ensaios clínicos que testaram o Ovaron para o tratamento da amenorreia (ausência total de menstruação). Os resultados não foram favoráveis. Laqueur e a Organon elaboraram então um novo preparado, qualificado como o ‘primeiro hormônio sexual feminino padronizado’, o Menformon, uma junção de *mensis* e *formare*, que em latim significam ‘mês’ e ‘fazer’ respectivamente, sugerindo sua capacidade de produzir a menstruação (OUDSHOORN, 1994, p.88). Em seu lançamento, em 1927, pela primeira vez as propagandas, que circularam em mais de 30 países, explicitavam indicações terapêuticas, recomendando seu uso para todas as anomalias atribuídas à função ovariana, tais como distúrbios menstruais, infertilidade e menopausa. Com o lançamento do Menformon, houve uma primeira extensão da sua indicação em ensaios clínicos. Além de testá-lo em casos de amenorreia, os ginecologistas foram aconselhados a utilizá-lo também em outros transtornos menstruais (como polimenorreia e hipermenorreia). O próximo passo estendeu as pesquisas à clínica psiquiátrica e ensaios clínicos foram promovidos para o tratamento de esquizofrenia e melancolia. Finalmente, em 1929, a extensão atingiu outros ramos da medicina, com a indicação do uso para doenças dermatológicas e das articulações (OUDSHOORN, 1994, p.93). Em 1932, foram desenvolvidos ensaios clínicos cujo propósito era investigar os efeitos do Menformon sobre um conjunto de sintomas atribuídos à menopausa. Neste mesmo ano, Antoine Lacassagne, do Instituto Pasteur, realizou um experimento com ratas e constatou o desenvolvimento de câncer mamário ao administrar estrógenos (SEAMAN, 2005, p.220).

Durante os anos 1930, a noção de que as doenças que acometiam mulheres mais velhas estavam associadas com a queda da produção de hormônios sexuais começou a ser difundida. A menopausa vista como uma *deficiência* começava a ganhar força, justamente no contexto da promoção dos produtos destinados a tratá-la, iniciando um processo que em três décadas tornar-se-ia hegemônico.

Conforme declara E. Laqueur:

Preparações hormonais e de órgãos são empregadas principalmente em casos de deficiência de uma ou outra substância: como terapias substitutivas. A indicação de hormônios sexuais, no entanto, é muito desfavorável. A seriedade da doença causada pela deficiência destes hormônios não é, em geral, tamanha a ponto de envolver perigo de morte ou de se poder salvar vidas pela administração dos hormônios sexuais, como no caso da insulina... A deficiência de hormônios sexuais, no entanto, causa sintomas muito desagradáveis, e o número de pessoas que sofre sem estar na realidade doente [...] é muito maior do que o daquelas que estão tristes por estarem doentes (LAQUEUR, 1937, apud OUDSHOORN, 1994, p.163, tradução nossa)⁹²

⁹² “Organ and hormone preparations are mostly applied in cases of a deficiency of one or the other substance: as substitute-therapy. The indication for sex hormones, however, is quite unfavorable. The seriousness of the

Entretanto, é importante sublinhar que, até o final dos anos 1930, a produção dos extratos hormonais era limitada em função da dificuldade de obtenção de matérias-primas: gônadas e urina. No início dos anos 1920, eram necessárias toneladas de gônadas de animais para a produção de ‘extratos puros’, mas no final da mesma década foram desenvolvidas técnicas que utilizavam a urina de mulheres grávidas, mas foi somente a partir do final dos anos 1930 que a produção em larga escala se tornou viável, quando urina de éguas prenhas passou a ser utilizada como matéria-prima. Por outro lado, em 1938, Charles Dodds publicou, no periódico *Nature*, a fórmula de um estrogênio sintético (diethylstilbestrol – mais tarde conhecido como DES).⁹³ Meses depois, dezenas de laboratórios farmacêuticos passaram a fabricar produtos com o DES (HOUCK, 2005; SEAMAN, 2005; OUDSHOORN, 1994).

Produtos hormonais foram comercializados também para o público masculino, seguindo o dualismo sexual. Em 1939, a holandesa Organon Company fundiu-se à americana Roche-Nutley tornando-se Roche-Organon. Seu primeiro produto no mercado americano foi o Neo-Hombreol®, à base de andrógenos (HOBERTMAN, 2005). Ao mesmo tempo, foi lançada uma campanha educativa para informar os médicos sobre o ‘climatério masculino’. Em carta enviada à comunidade médica, pela Roche-Organon, afirmava-se que o propionato de testosterona poderia ter o mesmo papel em homens que a terapia de estrógenos na menopausa (HOBERTMAN, 2005). O material promocional do Neo-Hombreol enfatizava a relação entre envelhecimento masculino e declínio sexual, muscular e bem-estar (HOBERTMAN, 2005). Contudo, os esforços para criar um mercado semelhante ao dos ‘hormônios femininos’ fracassaram.

Tal ‘fracasso’ pode ser explicado de diversas formas. De um lado, deve ser considerado que sexualidade e envelhecimento, naquele momento, eram tomados como domínios incompatíveis (MARSHALL, 2007, 2006; MARSHALL & KATZ, 2002). Além disso, pode-se ponderar o peso da desconfiança no meio médico frente a promessas de rejuvenescimento, em função da associação com as denúncias de charlatanismo que sofreu Brown-Séguard ao defender uso de extratos de testículos, no final do século XIX (OUDSHOORN, 1994; HOBERTMAN, 2005). Assim, uma vez que as mulheres eram vistas

disease caused by deficiency of these hormones is usually not such that danger to life is involved and one could save patients by administration of sex hormones, as in the case of insulin... A deficiency of sex hormones, however, causes very unpleasant symptoms, and the number of people suffering from this without being actually sick [...] is much larger than those who are said to be really ill.”

⁹³ Hormônio que fora prescrito para prevenir abortos ‘espontâneos’, mas que causava diversos efeitos colaterais graves, como o aumento do risco das crianças e das mães de desenvolverem mais tarde cânceres de diversos tipos – fetos masculinos frequentemente nasciam com genitália fora dos padrões considerados normais. Sobre esse ponto, ver Bell (1995) e Jordan-Young (2010).

como seres mais passíveis de adoecimento, a ênfase da atuação dos novos produtos não estava exclusivamente voltada para os efeitos de rejuvenescimento e sobre a sexualidade, como no caso dos homens. Nelly Oudshoorn (1994) destaca como fator central a ausência de uma clínica médica destinada especificamente aos homens, como era o caso da ginecologia, para as mulheres, enquanto Roberts (2007) aponta questões de gênero como importantes na resistência à medicalização dos corpos masculinos. Nesse sentido, a medicalização dos corpos masculinos envolve uma espécie de ‘desempoderamento’, uma vez que “articular reivindicações a partir de uma posição generificada [...] significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. Perderiam assim a posição de representantes universais da espécie e arriscariam [...] suas prerrogativas na hierarquia de gênero” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p.672).

Deve ser considerado também que o consumo de medicamentos não era (ainda) uma prática tão arraigada na cultura ocidental e que o estilo de pensamento dominante na medicina não era molecularizado. Como veremos adiante, mesmo no caso da terapia de ‘reposição’ hormonal para a menopausa havia grande resistência do meio médico às prescrições. Desse modo, na ausência de uma “clínica do homem”, os medicamentos não tinham “em si” um apelo suficiente para capturar a atenção do público. Como resultado de todas essas forças, o ‘climatério masculino’, ou ‘andropausa’, não se institucionalizou enquanto foco de uma clínica voltada para os problemas que seriam exclusivos dos homens enquanto seres generificados.⁹⁴

3.4 Hormônios e desejo sexual feminino nas primeiras décadas do século XX

Rohden sublinha que, na passagem do modelo biológico (anatômico e nervoso), do século XIX, ao entendimento bioquímico do corpo, a relação entre comportamentos femininos e órgãos reprodutivos pela via dos ovários foi reafirmada, mas a partir de uma inversão: “Saímos de uma lógica do excesso a ser coibido para uma lógica da falta que precisava ser suprida – perspectiva que permanece ainda hoje governando as ideias sobre as diferenças entre os gêneros e em especial sobre a sexualidade de homens e mulheres” (ROHDEN, 2008, p.145). É importante destacar que, embora os ovários e os hormônios tenham sido articulados à manutenção do desejo sexual de mulheres nesse período, as indicações para os extratos de hormônios sexuais femininos não destacavam efeitos sobre a ‘libido’.

⁹⁴ No fim do século XX, no contexto da biomedicalização da sexualidade e do envelhecimento, se fizeram notar novos investimentos no sentido da criação de uma categoria similar à menopausa para homens, como veremos no próximo capítulo.

A vinculação entre ‘libido’ e hormônios foi sugerida no início dos anos 1940, na esteira do desenvolvimento de produtos à base de testosterona (HOBERTMAN, 2005; PERSKY et al., 1982). A produção dos ‘hormônios masculinos’ e sua disponibilização para uso clínico foi apropriada pela medicina para o tratamento de determinadas condições em mulheres. O médico Robert Greenblatt, da Escola Médica da Geórgia, foi um defensor da terapia de andrógenos para tratar patologias diversas em mulheres, como sangramento uterino, desconforto pélvico, dores no peito e também para ‘restaurar a libido’ (HOBERTMAN, 2005, p.114). Ele publicou, a partir de 1942, artigos no *JAMA* e em periódicos de endocrinologia nos quais, explicitamente, postulou a ligação entre andrógenos e desejo sexual feminino. Greenblatt (1942, 1943) relatou a administração de testosterona em 55 mulheres e sugeriu a relação do andrógeno com o orgasmo e retorno do ‘prazer no coito’ (SEAMAN, 2005, p.222). Em 1942, afirmou que o “propionato de testosterona vai restaurar a libido das mulheres que um dia já a experimentaram, mas a perderam” (GREENSBLETT apud HOBERTMAN, 2005, p.114).⁹⁵

Udall Salmon e S. Geist, em 1943, publicaram no *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* um caso no qual o desejo sexual de uma mulher que teve seus ovários retirados teria sido recuperado pela terapia com andrógenos. Situações similares aparecem na literatura médica sobre uso dos andrógenos em pacientes com metástase de câncer de mama (HOBERTMAN, 2005, p.89). Vale enfatizar que havia desconforto por parte dos médicos em relação a esses efeitos. Na primeira metade do século XX, eram frequentes na literatura sobre andrógenos para mulheres o emprego de expressões como ‘aumento patológico do desejo sexual’, ‘aumento patológico da libido’ ou ‘intensificação anormal do desejo’ (HOBERTMAN, 2005, p.115). Tais observações demonstram que os efeitos sobre a sexualidade eram vistos como efeitos colaterais e não como o objetivo do uso dos hormônios.

Nos anos 1940 e 1950, estudos na área da endocrinologia tentaram estabelecer a relação entre estrógenos e comportamento sexual feminino (PERSKY et al., 1982, p.305). Nesse momento havia uma correlação estabelecida entre ‘reposição’ de testosterona em homens⁹⁶ e aumento do comportamento sexual (PERSKY et al., 1982, p.305). Por analogia, pesquisadores procuraram nos ‘hormônios femininos’ alguma explicação para o comportamento sexual das mulheres. No entanto, o fato de existirem mulheres sexualmente ativas na menopausa, período em que há uma redução brusca nos níveis de estrógenos, foi

⁹⁵ No original: “testosterone propionate will restore libido in women who once have known libido but have lost it”.

⁹⁶ A ‘reposição’ era indicada para homens com hipogonadismo, condição na qual a produção hormonal é comprometida.

evocado como prova de que o ‘hormônio feminino’ não seria determinante para o comportamento sexual nas mulheres. Neste momento, surgiu a hipótese de que a ‘libido feminina’ também estaria ligada aos androgênios (GREENBLATT; MONTARA; TORPIN, 1942; GREENBLATT, 1943; WAXENBERG; DRELLICH; SUTHERLAND, 1959). Desde então, é possível encontrar relatos do uso de andrógenos no tratamento da ‘frigidez’ (HOBBERMAN, 2005, p.91-92).

Apesar da postulação na endocrinologia da hipótese da influência da testosterona e outros andrógenos sobre o desejo sexual feminino, a utilização desses hormônios como ‘tratamento’ para a sexualidade em mulheres (e em homens) não se popularizou nas décadas subsequentes. E mesmo no caso da utilização dos ‘hormônios femininos’ no manejo clínico da menopausa, ao longo de todo o século XX, a articulação com a sexualidade foi pouco destacada em seu aspecto ‘ativo’, sendo mais enfatizados seus efeitos sobre a ‘receptividade’ sexual (SEAMAN, 2005). Nas últimas décadas do século XX, as teorias da sexologia clínica, da neuroendocrinologia e a emergência da medicina sexual – em um contexto marcado pela biopolítica molecular, pelos processos de biomedicalização e pela chamada ‘revolução sexual’ – seriam decisivos para que fosse retomada a hipótese da relação entre androgênios e libido.

3.5 Neuroendocrinologia e os cérebros sexuais

3.5.1 Modelo do sexo único nas pesquisas da neuroendocrinologia (1959-1971)

As classificações dos comportamentos como ‘femininos’ ou ‘masculinos’ atravessaram a produção de conhecimentos na neuroendocrinologia e foram modificadas ao longo do tempo (JORDAN-YOUNG, 2010; NUCCI, 2012; WIJNGAARD, 1997). O período de 1959 até o início dos anos 1970 corresponde à postulação da teoria organizacional e sua aceitação praticamente irrestrita entre pesquisadores desse campo.

Em 1959, Phoenix, R. Goy, A. Gerall e W. Young apresentaram resultados de pesquisas com roedores do tipo *guinea pigs*. De acordo com os autores, hormônios andrógenos, quando administrados em fêmeas antes de seu nascimento, tinham o efeito de ‘masculinizar’ seus cérebros e alterar de modo permanente seus comportamentos na vida adulta, tornando-os também ‘masculinos’. Por comportamento masculino, entendia-se o ato de montar em outro animal, enquanto o comportamento feminino resumia-se em arquear o corpo para a frente, ato denominado *lordoses* e interpretado como sinal de receptividade (passiva, portanto) ao macho. Nessa hipótese, o cérebro feminino foi considerado como o

estado básico, primário, ao qual algo deveria ser acrescentado para resultar num macho. Ressoava, portanto, o tropo dualista presença/ausência articulado ao par feminino/masculino. Wijngaard sugere que os primeiros anos da teoria organizacional correspondem a um monismo da masculinidade que, nos termos de Thomas Laqueur, podem ser traduzidos como um *modelo do sexo único* (WIJNGAARD, 1997).

Wijngaard (1997) sublinha que a hipótese organizacional chegou a ser sugerida nos anos 1930, quando pesquisadores indicaram possíveis efeitos permanentes no cérebro quando se administravam hormônios no período pré-natal. Nesta época, o modelo quantitativo do corpo hormonal comportava a possibilidade de efeitos organizacionais de estrógenos e andrógenos. Entretanto, em 1959, o papel dos estrógenos no comportamento não foi investigado, algo que se articula às concepções decorrentes de um campo composto quase exclusivamente por médicos e cientistas homens.

A produção científica sobre os hormônios pré-natais foi, durante os anos 1960, um empreendimento majoritariamente realizado por homens, fato que explica em parte o foco das pesquisas no comportamento masculino e as concepções de feminilidade nelas difundidas. A teoria organizacional reforçou a separação dualista que havia sido relativizada desde os anos 1930, embora nunca abandonada: estrógenos como hormônios femininos e andrógenos como masculinos (WIJNGAARD, 1997).

O artigo pioneiro de 1959 teve ampla aceitação no meio científico e diversos pesquisadores dedicaram-se a investigar se a teoria organizacional seria válida para outras espécies, chegando por fim nos seres humanos. Entre as décadas de 1960 a 1980, observa-se que sua rápida aceitação a tornou um ponto de passagem obrigatório para cientistas serem reconhecidos. Sobretudo a partir do final dos anos 1960, a teoria foi aplicada no contexto clínico da gestão do que, alguns anos mais tarde, seria chamado de intersexualidade. A teoria organizacional e seus desdobramentos, ao mesmo tempo em que reforçaram imagens da função sexual específica e oposta dos hormônios sexuais e dos comportamentos associados à feminilidade e masculinidade, produziram a imagem de um fundo biológico cerebral capaz de explicar diferenças entre os sexos. Comportamentos atribuídos à masculinidade iam desde montar a fêmea (visto como o elemento ativo do ato sexual), comportamentos ativos de forma geral, bem como de dominação e agressividade. Aos machos era atribuída ainda maior inteligência, maior habilidade espaço-temporal e, no caso de humanos, habilidades atléticas, desejo de investir em uma profissão e maior inclinação para as ‘exatas’ na opção entre as diferentes carreiras. De acordo com a literatura, as fêmeas se comportavam de maneira passiva, eram receptivas, menos inteligentes e, no caso de seres humanos, eram-lhe atribuídas

preferências por determinadas roupas, por brincadeiras com bonecas na infância e fantasias com a maternidade e casamento (WIJNGAARD, 1997).

A teoria organizacional forneceu explicação para questões que atravessavam os campos da psicologia, psiquiatria, neurologia e da pesquisa biomédica de forma mais geral. Ela operou uma unificação destes domínios em torno dos efeitos provocados pelos hormônios no comportamento. Além disso, a teoria organizacional forneceu uma base conceitual aos campos da endocrinologia e da embriologia que realizavam experimentos sem uma teoria que articulasse aspectos de forma unificada. Ao mesmo tempo, ela inspirava confiabilidade por apoiar-se em conhecimentos já aceitos no meio científico sobre os hormônios. A função sexual específica atribuída aos hormônios sexuais e seu papel de transmissores de masculinidade e feminilidade foram determinantes para a consolidação da teoria como ponto obrigatório de passagem dos pesquisadores interessados na investigação do comportamento feminino e/ou masculino. A teoria apresentou ainda a conveniência de ser uma possível explicação para a homossexualidade que, nessa época, produzia embates políticos crescentes. Na década de 1960, as bases do movimento homossexual estavam sendo estruturadas. Seguiram-se numerosas pesquisas em busca de alterações hormonais em homossexuais ao longo das décadas seguintes (WIJNGAARD, 1997).

3.5.2 Anos 1970, feministas e modelo dos dois sexos

Nos anos 1970, diversos artigos chamaram a atenção para a importância do estudo do comportamento sexual das fêmeas. Além disso, nesse período, pesquisadores publicaram resultados sobre a conversão cerebral de andrógenos em estrógenos, um dado que ia na contramão das ideias de função sexual específica dos hormônios.

Os cientistas que defendiam a hipótese da conversão indicavam que a ação de andrógenos no cérebro era mediada por sua conversão metabólica em estrógenos. Estas informações não tiveram a mesma aceitação que a teoria organizacional, pois concepções dualistas da função dos hormônios engendravam resistências a esta ideia. Enquanto a hipótese da conversão demorou em torno de quinze anos para ser aceita no meio científico, a teoria organizacional em cinco anos já era bastante reconhecida (WIJNGAARD, 1997).

Na década de 1970, mulheres deixaram de ser exceção no âmbito acadêmico e laboratorial, modificando a rede de produção de conhecimentos da neuroendocrinologia. Elas contribuíram para que as perguntas dos experimentos fossem modificadas no sentido de direcionar a atenção para os comportamentos femininos. Isso gerou a demanda por novo

vocabulário e levou à elaboração de uma série de novos conceitos. Passou-se do monismo masculino ao *modelo dos dois sexos* (WIJNGAARD, 1997).

Cientistas mulheres do campo da endocrinologia destacaram a relevância dos estudos sobre o comportamento feminino, mas não realizaram uma crítica mais profunda sobre a ciência, como fariam as ‘feministas biólogas’ alguns anos mais tarde. Feministas da segunda “onda”, por terem estabelecido a separação entre sexo/gênero, não estavam preocupadas com as pesquisas sobre aspectos biológicos das diferenças entre os sexos durante os anos 1960 e o início da década seguinte. Inspiradas em Margareth Mead e Simone de Beauvoir, consideravam que apenas fatores socioculturais eram importantes para as diferenças de gênero, excluindo referências aos saberes ‘biológicos’ relacionados ao ‘sexo’.

No entanto, isso se modificou em meados da década de 1970 e se intensificou ao longo da próxima, quando as ‘feministas biólogas’ começam a se interessar pelos conhecimentos biomédicos sobre diferenciação sexual, como Ruth Hubbard, Ruth Bleier, Anne Fausto-Sterling e Lynda Birke. Nesse processo, parte dos estudos feministas questionou as imagens dualistas sobre feminilidade e masculinidade.⁹⁷ Suas *críticas metodológicas* às pesquisas da biologia evolucionista, da neurologia e da endocrinologia ressaltavam que aspectos sociais eram negligenciados através do foco unidirecional em fatores biológicos. Elas chamaram a atenção para as características de passividade ou de inferioridade atribuídas às mulheres e a consequente naturalização de sua posição social de subordinação. Outro ponto criticado diz respeito à extrapolação para seres humanos dos resultados de experimentos dos efeitos da administração de hormônios em animais de laboratório (WIJNGAARD, 1997).

Wijngaard ressalta que as considerações sobre sexo-gênero levaram os atores desta rede de produção de conhecimentos aos debates sobre a oposição natureza / cultura. Duas formas diferentes de inteligibilidade sobre esta questão foram identificadas nos trabalhos analisados por ela: o modelo aditivo e o modelo interativo. O primeiro concebe o comportamento como resultado da adição de fatores culturais a fatores biológicos. Assume-se, por exemplo, que animais e humanos nascem com cérebros femininos ou masculinos e fatores culturais o afetam posteriormente, resultando no comportamento. A fórmula *Nature + Nurture = Comportamento* sintetiza este modelo. Já o segundo teria sido proposto por feministas como uma resposta às dificuldades encontradas em isolar os aspectos naturais dos culturais e como resultado da crítica à ciência e seus dualismos estruturantes. Este modelo concebe o comportamento como uma combinação dialética entre elementos ambientais e biológicos que

⁹⁷ Para um mapeamento do campo feminista, incluindo as posições que reforçavam os dualismos pela defesa de uma ‘natureza’ feminina, ver Sardenberg (2002).

estão em constante interação e transmutação. A contribuição original do feminismo está em sua proposta de um modelo alternativo para a compreensão dos comportamentos, que já não são mais entendidos como o produto final de interações de fatores sociais e biológicos. Passa-se a admitir que o comportamento também transforme tais fatores, sendo a separação entre eles relativizada, ou mesmo descartada. Classificar um aspecto como social ou biológico é, em si, um projeto de estabelecimento de fronteiras, que se dá de modo situado.

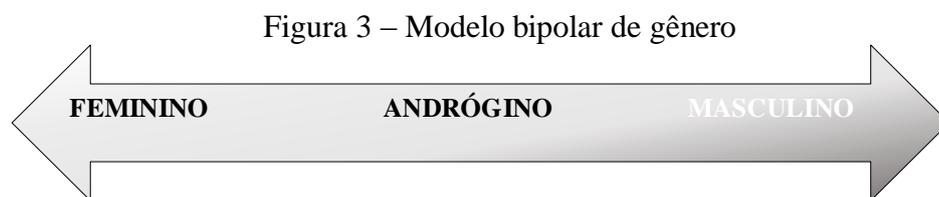
3.5.3 Do modelo bidimensional ao octogonal na neuroendocrinologia da sexualidade

Jordan-Young (2010, p.113) ressalta que a maioria dos pesquisadores da teoria organizacional do cérebro usou o termo *sexualidade feminina* por mais de quatro décadas sem problematizá-lo, como se fosse autoevidente e não problemático. No entanto, o que era considerado tipicamente feminino ou masculino, em termos de sexualidade, mudou de modo drástico ao longo do tempo nesses estudos. A autora sinaliza que tais transformações parecem não terem sido notadas pelos próprios pesquisadores. Por terem sido tomadas como categorias autoexplicativas, à medida que as modificações no plano cultural alteravam as normas de gênero, as pesquisas transformavam seus critérios classificatórios sem que houvesse uma conceituação dessas mudanças. Seu argumento central é o de que as mudanças impactaram de modo significativo a sexualidade feminina, pois aspectos até então considerados sinais de ‘masculinização’ passaram a ser tidos como normais. Entretanto, nenhum dos aspectos antes considerados femininos passaram a ser vistos como parte integrante do repertório “normal” da sexualidade masculina (JORDAN-YOUNG, 2010, p.110).

A partir de 1968, foi desenvolvida a articulação entre a teoria da organização cerebral e a sexualidade humana, inicialmente com pesquisas realizadas de John Money e sua equipe, com mulheres com hiperplasia adrenal congênita (HAC). Nessa condição, a síntese do hormônio cortisol fica afetada, resultando em uma produção ‘elevada’ de testosterona e outros hormônios androgênicos. Há diversos tipos de HAC, e estas condições estão associadas a diferentes graus de ‘masculinização’ da genitália externa de fetos femininos. Jordan-Young analisou como os problemas de pesquisa eram construídos, quais hipóteses eram testadas e como se avaliava se o comportamento sexual de indivíduos com supostas diferenças cerebrais decorridas de exposição a hormônios pré-natais era ‘feminino’ ou ‘masculino’.

A autora demonstrou que as definições e as formas de medir ‘masculinidade’ e ‘feminilidade’ das pesquisas sobre a teoria organizacional cerebral podem ser divididas em dois períodos. De 1959 até 1980, seguiam um modelo unidimensional. Feminino e masculino

correspondem a polos opostos de um *continuum*, em que quanto mais se caminha em uma das direções, mas se afasta da outra. Os comportamentos e expressões sexuais eram classificados a partir de binarismos: iniciador / receptivo; versátil / conservador; focado na genitalidade / difuso. O primeiro termo nos pares era considerado como indicador de masculinidade, enquanto o segundo seria típico da sexualidade feminina. Jordan-Young ironiza, ao denominar a sexualidade feminina configurada nestas pesquisas como expressões do ‘modelo da bela adormecida’: sentimental, romântica, dependente de um (único) parceiro (amado), receptiva, devagar para ser acordada e com baixa ‘libido’.



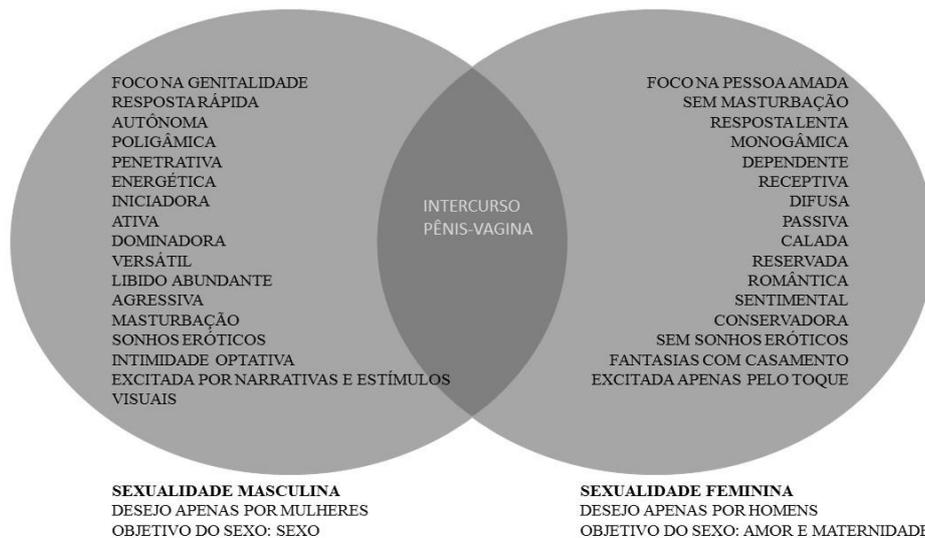
Fonte: Adaptado de JORDAN-YOUNG, 2010, p.119

No modelo bipolar de sexo / gênero, a sexualidade masculina era caracterizada, acima de tudo, pelo desejo sexual *por mulheres*. Além disso, era vista como ativa e energética, iniciadora, dominante, penetrativa, intensa, frequente e focada na genitalidade. Seu propósito é exclusivamente sexual, desvinculado de sentimentos e de expectativas de casamento. Assim, padrões de relacionamento, idade de iniciação sexual, preferência por posições sexuais e o número de parceiros(as) sexuais eram utilizados como critérios para distinguir entre comportamentos masculinos e femininos. ‘Feminilidade’ correspondia a poucos parceiros sexuais (homens), sexualidade associada a sentimentos de amor e fantasias de casamento, ausência de masturbação, iniciação sexual tardia. ‘Masculinidade’ equivalia a *mais* relações sexuais, *mais* excitação com estímulos visuais, *mais* libido e pouco ‘componente sentimental’. Para Jordan-Young, o termo ‘libido’ era implicitamente considerado uma diferença crucial entre as sexualidades femininas e masculinas, pois explicava diversos outros aspectos: “(...) sob a designação de ‘libido’, investigadores discutiram o número de parceiros, a ‘versatilidade’ *versus* ‘conservadorismo’ nas posições sexuais, o ser passivo ou receptivo *versus* ativo e iniciador, e até mesmo ser orgástico *versus* anorgástico” (JORDAN-YOUNG, 2010, p.130).⁹⁸

⁹⁸ “This is apparent from the fact that under the heading of “libido,” investigators discussed number of partners, “versatility” versus “conservatism” in sexual positions, being passive and receptive versus active and initiating, and even being orgasmic versus nonorgasmic [...]”

Dessa forma, ‘libido’ era um aspecto masculino em essência e, no modelo bidimensional, tornava-se uma característica necessariamente afastada e oposta ao que se considerava feminino.

Figura 4 – Sexualidade segundo o modelo bipolar de gênero na teoria organizacional cerebral (1967 a 1980)



Fonte: Adaptado de Jordan-Young, 2010, p.130

Jordan-Young (2010) identifica nos anos 1980 a consolidação da passagem do modelo bidimensional ao modelo ortogonal do gênero nas pesquisas da endocrinologia. Esse modelo foi sugerido, em 1974, pela psicóloga Sandra Bem, mas se tornou hegemônico na década seguinte. A sexualidade feminina passou a ser conceituada como um fenômeno mais ativo e corporal. ‘Libido alta’, múltiplos parceiros e um repertório variado e frequente de relações sexuais foram incorporados nas pesquisas como comportamentos ‘normais’ que compõem a sexualidade feminina. De acordo com o modelo ortogonal, ‘libido’ passou a ser uma categoria que pode ocupar um espaço que é compartilhado pela sexualidade ‘feminina’ e ‘masculina’. Outros aspectos que antes eram classificados no modelo de gênero passaram a ocupar a posição de ‘nem masculino, nem feminino’, como o tempo da iniciação sexual. A sexualidade feminina deixou de ser entendida como sendo ‘ausência’ de comportamentos sexuais, ou definida (apenas) pela receptividade. Passou a ter um conteúdo sexual considerado típico de mulheres ‘normais’.

Figura 5 – Modelo ortogonal de gênero



Fonte: Adaptado de Jordan-Young, 2010, p.130

Figura 6 – Sexualidade feminina e masculina nos estudos da neuroendocrinologia a partir dos anos 1980



Fonte: Adaptado de Jordan-Young, 2010, p.141

3.6 (Bio)medicalização da menopausa

A medicalização da menopausa se estabeleceu e se institucionalizou durante o século XX (HOUCK, 2005). Houck (2005, p.199) aponta a publicação de uma monografia sobre este tema por Currier, em 1897 (supostamente a primeira no assunto nos Estados Unidos) como marco inaugural do que identifica como o primeiro período da medicalização da menopausa. Situado entre 1897 e 1940, Houck o caracteriza como uma fase em que este fenômeno passou a se constituir como assunto de maior interesse para a medicina, promovendo um novo nível de envolvimento médico na gestão dessa etapa da vida das mulheres.

Isso não significa que a menopausa não tenha sido objeto de consideração médica em períodos históricos anteriores. Na França do início do século XIX, textos médicos associaram a menopausa a doenças físicas e psíquicas e no final do século houve forte tendência a vinculá-la a determinadas neuroses. Em 1805, L. Jallon, professor da Faculdade de Medicina de Paris, chamara a atenção dos médicos para o fim da menstruação como uma “idade crítica” na vida das mulheres. Note-se, no entanto, que esta etapa da vida não era descrita como sendo em si mesma patológica (SENNÁ, 2009, p.45-46). Como bem destacam Löwy e Gaudillière (2006, p.49), com a emergência da endocrinologia, a menopausa mudou de ‘natureza’ e a cessação da menstruação passou a ser uma manifestação secundária de um fenômeno mais primordial: a interrupção do funcionamento dos ovários e a consequente ‘carência’ dos hormônios sexuais.

A cronologia proposta por Houck parece fazer sentido também para o contexto brasileiro. Rohden, ao analisar as teses de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro publicadas entre 1833 e 1940, encontrou apenas uma monografia no século XIX, de 1898, cujo tema principal era a menopausa (ROHDEN, 2009, p.134) e três teses nas décadas seguintes. Esse número é extremamente baixo quando consideramos o total de 1.593 teses publicadas sobre reprodução e sexualidade naquela universidade (ROHDEN, 2009, p.111). Quando surgia em teses que tratavam de outros temas era referida pelo que Jallon chamou de ‘época crítica’. Rohden demonstra que os médicos brasileiros a caracterizaram como um processo de decadência, envelhecimento, perda da beleza e do próprio propósito que a ‘natureza’ destinou a estes seres. Eram frequentes as referências aos ovários atrofiados, aos incômodos causados por esse ‘delicado momento’ e à noção de que a vida da mulher teria perdido o sentido. O seguinte trecho, retirado de uma das teses de medicina analisadas pela autora, explicita tais representações:

Assim como na puberdade, a sua economia sofre na idade crítica uma espantosa revolução; porém quão diversa daquela! Sim, aquela é o indício do brilhante papel, que ela deve preencher na sociedade; o pródromo da sua fortaleza, que tem por base a fraqueza; esta porém é o *precursor de uma idade desgostosa, de uma enjoativa velhice, de uma tristeza contínua, de uma mágoa sem fim!* A idade crítica muito a propósito denominada inferno das mulheres, fazendo-as passar de uma estação de gozos, e de alegria a uma *época de terríveis padecimentos, as submerge por todo o resto de sua vida em um vasto golfo de penalidades, e aflições.* Todas as suas belezas desaparecem como por encanto; a nitidez de sua lisa pele foge; seu formoso, e imberbe rosto cobre-se de alguns pelos no mento, e lábios; a grande abundância de tecido celular subcutâneo some-se; os seus músculos murcham; e suas arredondadas formas tornam-se rugosas, e ásperas. (FIRMINO JUNIOR apud ROHDEN, 2009, p.135, grifos nossos)

Emily Martin analisou as metáforas presentes na literatura médica sobre a menopausa e a menstruação. A autora apoiou-se no trabalho de Laqueur para contrastar dois conjuntos diversos de imagens utilizadas nas descrições sobre estes fenômenos. Assim, ela argumenta que, durante a vigência do modelo do sexo único, o corpo era entendido como um sistema de entradas e saídas cujas partes interligavam-se por mecanismos compensatórios. Sangue, sêmen, leite e qualquer outro fluido corporal eram compreendidos a partir de uma “economia corpórea geral de fluidos e órgãos” (LAQUEUR, 2001, p.51). Nesta lógica, era comum a ideia de que o sangue que fluía para o exterior do corpo na menstruação fosse, a partir da menopausa, convertido em gordura. Os calores, ou fogachos, eram vistos como um mecanismo compensatório que garantiria o equilíbrio entre entradas e saídas, em um momento intermediário no qual o corpo não havia ainda estabelecido a capacidade de converter o sangue em gordura (MARTIN, 2006, p.78). A menstruação era vista como um processo saudável, ainda que o sangue fosse considerado impuro. Expelir o sangue, ou convertê-lo em gordura, seriam funções necessárias e não patológicas (MARTIN, 2006, p.71-72). Segundo Laqueur, “a menstruação nas mulheres tinha equivalentes funcionais, não reprodutivos, que permitiam que ela fosse vista como parte de uma fisiologia comum com os homens” (LAQUEUR, 2001, p.52). Martin sugere que, com a emergência do modelo dos dois sexos, quando determinados fenômenos passaram a ser descritos como exclusivamente femininos, se abriu um caminho para denegri-los. Teria entrado em cena uma nova abordagem sobre a menstruação, vista não mais como um processo necessário e positivo de dinâmica de fluxos, mas como um fenômeno completamente patológico (MARTIN, 2006).

As imagens do corpo como sistema de interações dinâmicas cederam lugar a metáforas econômicas, empregando “imagens de perdas e ganhos comerciais para descrever processos fisiológicos” (MARTIN, 2006, p.76). Inúmeras metáforas que comparavam o corpo às fábricas são descritas no estudo de Martin, incluindo a do corpo feminino enquanto fábrica de

produção de bebês. A estrutura hierárquica da fábrica transportava-se para as descrições sobre a estrutura vertical que subordinava a produção ovariana às estruturas cerebrais, através do sistema nervoso. Menstruação e menopausa foram descritas como processos que remetiam ao fracasso do empreendimento (gravidez), para o horror que constitui para o modelo capitalista a “fábrica fechada, o negócio falido, a máquina parada” (MARTIN, 2006, p.92). Ainda hoje a expressão “falência ovariana” é empregada no meio médico, como pude observar nos congressos, nas entrevistas com os médicos prescritores e na literatura científica. Em resumo, Emily Martin enfatiza que foi justamente com o modelo dos dois sexos, no momento em que menstruação e menopausa passam a ser considerada como funções de um corpo feminino (e não mais como fenômenos de regulação de fluxos) que a literatura médica passou a concebê-las a partir do prisma de valoração negativo, em termos de doença, falha, perdas e falências.

Löwy e Gaudillière (2006, p.49) ressaltam que, historicamente, as opiniões de médicos sobre a menopausa nunca foram homogêneas. De fato, nesse sentido Martin fornece alguns exemplos levantados no século XIX. As visões negativas dominantes conviviam com relatos positivos sobre o período pós-menopausa, por vezes descrito como uma ‘bonança’ na vida da mulher. Martin (2006) ironiza, ao sugerir que tais abordagens constituíam uma ‘aparente anomalia’ nas visões médicas da menopausa e do climatério:

[A menopausa] é meramente um processo conservador da natureza que proporciona uma fase mais elevada e mais estável da existência, um distanciamento econômico de uma função não mais necessária, que prepara o indivíduo para formas diferentes de atividade, mas que de maneira alguma é patológica. Ela não significa uma decrepitude física ou sexual, mas pertence à idade do revigoramento, marcando a plenitude de energias corporais e mentais. (TAYLOR apud MARTIN, 2006, p.78)

Esta (inesperada) concepção positiva foi também encontrada em algumas teses analisadas por Fabíola Rohden. Nelas, a menopausa traria uma ‘felicidade tranquila’, a merecida recompensa quando “cumpriu-se enfim a missão da mulher sobre a terra, isto é, a conservação da espécie” (ABREU apud ROHDEN, 2009, p.136). Note-se que, mesmo nestes relatos, a complacência com as mulheres ‘menopausadas’ é relativa. Abreu (1855), o mesmo médico que descreve a ‘felicidade tranquila’, utiliza imagens que dizem por si só: “parece uma rainha destronada, ou antes uma divindade secundária, que não possui adoradores; tornam-se pelo contrário para o homem o símbolo de sua veneração, sua amiga e consolação, seu apoio (...) a depositária de todos os seus segredos” (ABREU, apud ROHDEN, 2009, p.136).

Em suma, até a virada para o século XX, é possível afirmar que a menopausa era vista

de modo geral por um prisma negativo, uma vez que assinalava a ‘falência’ do corpo feminino enquanto reprodutor da espécie. As representações médicas dominantes associavam-na ao declínio, à decadência e à perda de beleza, mas não a consideravam como uma doença em si.

3.7 Décadas de 1940 e 1950: cautela frente às terapias de reposição hormonal

Dos anos 1930 aos anos 1950, os produtos com estrógenos integraram-se à clínica médica. De acordo com a cronologia de Houck (2005), o segundo período da medicalização da menopausa estende-se de 1941, quando o DES recebeu aprovação da *FDA* e passou a ser prescrito como tratamento da menopausa, até o início da década de 1960.

Entretanto, a ideia de que o climatério e a pós-menopausa deveriam ser tratados com os novos hormônios sexuais foi recebida com parcimônia pela comunidade médica americana. Prevalcia, nesse período, uma visão moderada em relação ao uso dos estrógenos como terapêutica da menopausa. Médicos partiam do pressuposto de que a maior parte das mulheres passava por essa etapa da vida sem grandes problemas e, para aquelas que os procurassem com queixas relacionadas à menopausa, o aconselhamento era a prática mais comum. Os clínicos orientavam suas pacientes em relação às mudanças típicas deste período indicando modificações de estilo de vida. As prescrições incluíam, entre outros conselhos, evitar estresse, dieta balanceada e o estímulo a viagens com a família. Nos casos resistentes ao aconselhamento, passava-se à segunda possibilidade terapêutica com a prescrição de sedativos, que poderiam ajudar na insônia e no ‘nervosismo’. Finalmente, os hormônios eram cogitados em última hipótese, se as queixas ainda persistissem (WATKINS, 2007; HOUCK, 2005).

A cautela frente aos hormônios refletia-se em publicações biomédicas sobre os “usos e abusos” dos estrógenos. Em 1939, um editorial no *JAMA* chamava a atenção dos médicos para este tema, intitulado “Estrogen Therapy: a warning”. Esse tipo de artigo seria recorrente na literatura americana e europeia durante as próximas duas décadas. O uso de estrógenos era aconselhado dentro de alguns parâmetros, durante um período de tempo restrito e com sua retirada gradual o mais cedo possível. Além disso, o uso profilático era desaconselhado. As preocupações em relação aos efeitos dos estrógenos incluíam temor de que as mulheres se ‘viciassem’ na droga ou desenvolvessem cânceres, ainda que as opiniões fossem divergentes. Edgar Allan e Edward Dousy, que trabalharam juntos no isolamento químico dos estrógenos, publicaram um artigo no *JAMA*, em 1940, alertando para os perigos do uso desses hormônios, em função de seu potencial cancerígeno. O que fica claro pela análise da literatura biomédica

americana dos anos 1940 é que a terapia com estrógenos era concebida como um recurso *paliativo* e de *curta duração*. Em suma, a abordagem clínica das mulheres na menopausa seguia um modelo em três fases: primeiro, aconselhamento, depois, sedativos e, se nada funcionasse, hormônios por tempo limitado (WATKINS, 2007).

3.7.1 O sistema endócrino reprodutivo como “calcanhar de Aquiles” do sistema endócrino

Ao longo dos anos 1940 e, sobretudo, 1950, algumas vozes minoritárias nos Estados Unidos começaram a promover a TRH para a gestão do envelhecimento durante todo o período de vida ‘pós-menopausa’. Esses médicos caracterizaram o envelhecimento da população como um problema de Saúde Pública que poderia ser endereçado com as TRH. William Masters, que ficou famoso por suas pesquisas sobre sexualidade realizadas com Virginia Johnson, foi um dos médicos que atuou no sentido de recomendar a terapia de reposição hormonal (TRH). Watkins (2007) resgata essa parte esquecida da carreira de Masters, destacando sua importância para a história das TRH.

Em 1945, Masters e colegas iniciaram a administração de hormônios em pequenos grupos de mulheres que residiam em um hospital municipal destinado a indigentes e idosos, em St. Louis (EUA). Três anos mais tarde, Masters publicaria no *Journal of Gerontology* o primeiro relato dos resultados de suas pesquisas. Já nesse artigo é possível ver esboçada uma premissa central que seria por ele propagada ao longo de toda a próxima década: a de que os hormônios sexuais teriam a capacidade de postergar determinados aspectos do envelhecimento. Outro pressuposto de seu trabalho, que foi inclusive título de dois artigos publicados em 1955, era o ‘terceiro sexo’, ou ‘gênero neutro’. Segundo Masters, os indivíduos desenvolveriam um ‘gênero neutro’ em determinada etapa da vida, em geral em torno dos 60 anos, com a ‘falência’ do sistema endócrino reprodutivo (referido como o ‘calcanhar de Aquiles’ do sistema endócrino). No entanto, para os homens o ‘gênero neutro’ somente se estabeleceria, em média, 15 anos mais tarde do que nas mulheres, ou seja, por volta dos 85 anos. Assim, ainda que a TRH fosse, a princípio, pensada por Masters como sendo útil também para homens, a diferenciação do tempo do desenvolvimento do ‘terceiro sexo’ justificava sua ênfase nas mulheres (WATKINS, 2007; MASTERS & BALLEW, 1955).

Apesar de diversos problemas metodológicos na amostragem não randomizada, incluindo o viés da população estudada, Masters extrapolou os resultados de sua pesquisa como se estes fossem válidos para todas as mulheres, concluindo que a combinação de estrógeno e testosterona teria efeitos físicos e psíquicos benéficos sobre o envelhecimento.

Em 1951, mais de cem pessoas já haviam recebido a TRH. Nesse mesmo ano, depois de seis anos de pesquisa, Masters anunciou publicamente o que via como as implicações sociais mais amplas de sua pesquisa, a saber, a capacidade ‘revolucionária’ da TRH para a transformação do papel social da população americana em envelhecimento. Masters acreditava que as TRH ajudariam as pessoas a viverem mais felizes, ‘melhor ajustadas’ e tendo uma velhice mais ‘útil’. Seu foco permaneceu nas mulheres que, para ele, representariam um problema mais grave para a Saúde Pública, em função de sua maior expectativa de vida (e também de seu *timing* para o ‘gênero neutro’). Durante a década de 1950, suas ideias e pesquisas foram apresentadas em vários encontros médicos e, em 1959, foram citadas de forma favorável no *JAMA*, indicando as mudanças de atitude em relação às TRH que estavam em curso no meio médico (WATKINS, 2007).

Além de Masters, outros médicos também começavam a promover, nessa década, o uso indefinido da TRH. Kost Shelton, professor de clínica médica na Universidade da Califórnia (EUA), defendia que as mulheres que utilizassem as TRH de forma contínua seriam capazes de manter atitudes positivas, aparência jovem e casamentos felizes. Shelton enfatizava as mudanças na vagina provocadas pela menopausa como motivo de desentendimentos familiares e sentimentos de insegurança e inadequação das pacientes, uma vez que tais mudanças dificultariam a manutenção do intercuro sexual. Para Shelton, o objetivo da vida da mulher era não apenas arrumar um marido, mas também ‘segurá-lo’. O estrógeno seria a solução para a feminilidade e para se manter atraente do ponto de vista sexual. Masters e Shelton defenderam a TRH continuada em conferências médicas, artigos em periódicos científicos e também foram tema de reportagens em revistas para o público leigo (WATKINS, 2007).

3.8 1962-2002: difusão do modelo da doença da menopausa e das TRH para uso contínuo

O modelo da menopausa como doença se fortaleceu a partir dos anos 1960, e a concepção do uso contínuo das TRH tornou-se hegemônica na ginecologia. Entre 1966 e 1972, o número de prescrições de estrógenos praticamente dobrou nos Estados Unidos, saltando de 15,5 para 28 milhões anuais (KENNEDY et al., 1985). Premarin, medicamento oral à base de estrógeno, produzido pela Ayerst’s Labs, estava entre as cinco drogas mais vendidas no mercado americano em 1975. Entendida como uma doença em si, e crônica, a cessação da menstruação tornou-se aos olhos médicos um ‘sintoma’ que necessitava de

tratamento de forma contínua (FAUSTO-STERLING, 1985).

Para Houck (2005), o período que vai de 1962 a 1975 corresponde à terceira etapa da medicalização no século XX, da consolidação da menopausa enquanto ‘síndrome da deficiência estrogênica’. Em 1962, Allan C. Barnes, editor do *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, argumentou de modo explícito no artigo intitulado “A menopausa é uma doença?”⁹⁹ que esse período é um fenômeno patológico, que precisa de tratamento contínuo, comparando-a ao caso da insulina para o diabetes. Tal qual William Masters, seu esquema terapêutico incluía a combinação de estrogênio e testosterona. Nesse mesmo ano, Robert Wilson publicou seu primeiro artigo sobre TRH (WATKINS, 2007, p.47).

3.8.1 Robert Wilson: homem é homem até o fim, ‘mulheres castradas’ são dessexualizadas

Os anos 1960 são marcados pela influência do médico Robert Wilson que, trabalhando com suporte financeiro das indústrias farmacêuticas, tornou-se conhecido entre o público leigo pela publicação de *Feminine Forever*, obra lançada em 1966. Anne Fausto-Sterling sugere que poucos livros influenciaram a vida de tantas mulheres quanto *Feminine Forever*, que foi apresentado com destaque pela mídia, com reportagens em revistas como *Vogue* e *Newsweek*. Tornou-se um *best seller*, com cem mil exemplares vendidos nos primeiros sete meses após o lançamento (FAUSTO-STERLING 1985, p.110).

Assim como os Masters e Shelton, Wilson também acionava o argumento do impacto econômico causado à nação por milhões de mulheres ‘cronicamente incapacitadas’ após a menopausa (WATKINS, 2007). E afirmava que as mulheres na pós-menopausa não eram ‘normais’, eram seres ‘castrados’ que não ‘vivem’ mais, apenas ‘existem’ (WILSON & WILSON apud WATKINS, 2007, p.47). Ele atribuía à ‘deficiência de estrogênios’ o desenvolvimento de diversas doenças, como hipertensão, osteoporose e depressão. Além disso, disseminou a ideia de que a menopausa envolve a ‘perda da feminilidade’, que implicaria em uma ‘dessexualização’ com consequências catastróficas para a vida das mulheres. A atrofia genital foi associada à perda de ‘atratividade física’. Essa perda do gênero, que já havíamos visto nos artigos de Masters, é reelaborada como sendo um processo específico dos corpos femininos:

A intragável verdade de que todas as mulheres pós-menopausadas são castradas deve ser enfrentada. Há uma variação em grau, mas não em fatos. Os homens não vivem tanto quanto o chamado sexo frágil. No entanto, eles envelhecem de modo

⁹⁹ Título original: “Is menopause a disease?”

proporcional O eixo pituitário-adrenal e a tireoide permanecem relativamente intactos até uma idade bastante avançada. As gônadas se esvaem gradualmente, mas não há nenhuma paralisação repentina. [...] do ponto de vista prático; o homem permanece homem até o final. A situação com a mulher é muito diferente. Seus ovários tornam-se inadequados relativamente cedo. Ela é a única mamífera que não pode continuar a se reproduzir depois da meia idade (WILSON; WILSON, 1963, p.347).¹⁰⁰

Em sua incansável defesa pela difusão da TRH (com o consumo do Premarin) como forma de evitar a ‘obsoleta menopausa’,¹⁰¹ Wilson sublinhava seus efeitos sobre a ‘aparência’, ‘disposição’ e na manutenção da capacidade de ser ‘atraente sexualmente’, o que estava relacionado com os efeitos hormonais sobre a vagina (WATKINS, 2007). Sua atuação aprofundou as descrições das TRH enquanto um miraculoso antídoto para o envelhecimento e a perda da ‘feminilidade’ (BELL, 1987; McCREA, 1983; ROBERTS, 2007, p.138).

Percebemos, portanto, que Wilson aprofunda as diferenças de sexo/gênero em seus escritos sobre menopausa e envelhecimento. Reforçava-se, por meio da ideia do declínio gradual dos homens, a patologização dos – instáveis e cíclicos – corpos femininos, contrastando-os com a suposta estabilidade dos corpos masculinos.

É importante ressaltar, ainda, que a TRH propalada a partir de Wilson não incluía a testosterona. Durante a década de 1950, as fabricantes farmacêuticas Ayerst e Schering faziam propagandas de produtos como estrógeno e testosterona, combinação que era prescrita por Masters e Barnes. No entanto, Wilson defendia o uso composto de estrógeno combinado com progesterona.

Como o uso de estrógeno é associado à proliferação uterina, preconiza-se que a ‘reposição’ seja acompanhada de outro hormônio que ‘proteja’ o útero. A progesterona tornou-se o hormônio de preferência para este fim. No entanto, a testosterona também serviria ao mesmo propósito, mas foi preterida pelas indústrias e pelos médicos durante as últimas décadas do século XX. Ademais, Irni (2016) recupera artigos médicos dos anos 1960 que ressaltavam que a ação anabólica dos hormônios androgênicos melhorava a ‘condição geral’ do corpo, bem como a ‘frigidez’, com a vantagem de não provocar sangramentos indesejados e outros efeitos colaterais associados aos estrógenos – como náuseas e reações alérgicas. Irni destaca que o potencial provocador dos androgênios em relação ao binarismo sexual – tais

¹⁰⁰ “The unpalatable truth must be faced that all postmenopausal women are to castrates. There is a variation in degree but not in fact. Men do not to leave as long as the so-called weaker sex. However, they age, if free from serious disease, in a proportional manner. The pituitary-adrenal axis and thyroid are relatively intact until very old age. The gonads fade gradually, but there is no sudden shutdown. (...) from a practical point of view, a man remains a man until the end. The situation with a woman is very different. Her ovaries become inadequate relatively early in life. She is the only mammal who cannot continue to reproduce after middle age”.

¹⁰¹ Título de um dos artigos de Wilson (1963).

como ‘engrossamento’ da voz, aumento do clitóris e crescimento de pelos – deve ser considerado como crucial na sua exclusão das TRH pós-1960.

Roberts (2007, p.138) pontua que dos anos 1960 a meados de 1980, as TRH foram também propagandeadas como tratamento para sintomas de atrofia vaginal e afirma que “A habilidade de desfrutar do intercuro heterossexual e manter uma atitude emocionalmente favorável e feliz no casamento heterossexual foi pensada como um importante resultado do uso de TRH”.¹⁰²

3.8.2 Passagem do tratamento dos sintomas à prevenção e manutenção de sexo/gênero

As transformações nas percepções e práticas relacionadas ao manejo bioquímico da menopausa não devem ser reduzidas à atuação individual de médicos como os que apresentamos até aqui. Eles foram, sem dúvida, peças fundamentais nesse processo, pois suas pesquisas e artigos forneceram a legitimação médica para a difusão das TRH enquanto terapêuticas de tratamento de sintomas, de prevenção de doenças e de manutenção da beleza, juventude e feminilidade. Entretanto, é importante recorrer também aos demais elementos das redes sociotécnicas e das redes de significação cultural envolvidas nessa passagem.

Quais outros vetores *coproduziram* as TRH de longa duração para prevenção de doenças? Watkins destaca três deles. O primeiro diz respeito ao marketing farmacêutico. Em parte, Ayerst alcançou o sucesso de vendas com o Premarin através de mudanças nas propagandas, que passaram a ressaltar as vantagens do uso ininterrupto das TRH. Porém, foi somente quando a noção do uso contínuo estava já bem estabelecida no meio médico, que o marketing se voltou para usuárias na pós-menopausa e para os efeitos de prevenção de doenças. O segundo vetor relaciona-se à introdução, a partir do pós-guerra, de novos medicamentos como os antibióticos, anti-histamínicos e tranquilizantes. A esperança de efeitos em relação a estes artefatos (por vezes “milagrosos”!), disseminava-se mundo afora. Por fim, o terceiro vetor refere-se à decisiva aprovação de contraceptivos hormonais, em 1960, uma vez que esta propalou práticas de intervenção hormonal sobre corpos femininos de forma ininterrupta, reforçando também o ideário de mediação farmacêutica nas consultas ginecológicas (WATKINS, 2007). Este período corresponde à reconfiguração de processos de medicalização, que culminariam com a biomedicalização e as biopolíticas moleculares (CLARKE et al., 2010; ROSE, 2007). Ressaltamos, ainda, que, no plano cultural, o pós-

¹⁰² “The ability to enjoy heterosexual intercourse and to maintain an emotionally supportive and happy attitude within heterosexual marriage was figured as an important outcome of HRT-taking.”

guerra é um momento de valorização da juventude.

Como vimos, os argumentos dos médicos pró-TRH de longa duração envolviam promessas antienvelhecimento. Pouco mais tarde, os anos 1960 foram palco dos movimentos de ‘contracultura’, com organização do ativismo feminista e homossexual, e de exaltação da sexualidade, a chamada ‘revolução sexual’. Nesse contexto, foi potencializado o apelo de uma droga que ao mesmo tempo continha o envelhecimento, ‘melhorava’ a ‘aparência’ e garantia a manutenção do lugar feminino de objeto sexual ‘atraente’.

Alguns estudos observacionais indicavam que a reposição hormonal poderia diminuir o risco de doenças cardíacas e da osteoporose. Estes dados estimularam médicos a prescrever a reposição para um número crescente de mulheres (WASSERTHEIL-SMOLLER, 2005, p.184). Em 1985, o Premarin, da Wyeth-Ayerst, recebeu a aprovação da *FDA* para ser comercializado como medicação preventiva para osteoporose. Dezenas de estudos observacionais conduzidos até os anos 1990 haviam sugerido que TRH estrogênicas reduziam o risco de doenças coronarianas. Nesse período, o laboratório Wyeth-Ayerst tentou uma extensão de indicação do Premarin como terapêutica de prevenção de doenças cardiovasculares, mas o pedido foi rejeitado pela *FDA*. Ainda assim, foi prescrita durante as últimas décadas do século XX, não apenas para alívio de sintomas, mas também como prevenção de doenças. O estrógeno tornou-se a droga mais prescrita nos Estados Unidos, nos anos 1980 e 1990, e o Premarin atingiu o posto de medicamento mais vendido naquele país em 1992, posição que manteve nos anos subsequentes (KATZ, 2003). Em parte, o sucesso da Wyeth-Ayerst frente aos genéricos do mercado adveio de campanhas que argumentavam que seus concorrentes não eram ‘bioequivalentes’, pois não continham a mesma fórmula ‘original’ do Premarin com cerca de dez tipos de estrógenos conjugados, produzidos a partir da urina equina. Em 1995, o mesmo fabricante obteve a licença da *FDA* para comercializar o Prempro, ‘irmão’ do Premarin, que incluía estrógenos e progesterona em uma única pílula. Em 1991, a *FDA* retirou os genéricos do mercado, alegando questões relacionadas à segurança e eficácia. (WATKINS, 2007, p.246).

3.9 *WHI* e o retorno ao modelo das TRH de curta duração

Até 2002, estava difundida a concepção de que os estrógenos (sozinhos ou combinados com progesteronas) poderiam evitar a manifestação futura de diversas doenças, em especial as cardiovasculares. Isso ocorreu mesmo que algumas pesquisas, no final dos anos 1990, tivessem obtido resultados que iam de encontro a tais percepções. O mais famoso

desses resultados foi o primeiro EC randomizado com estrógeno e progesterona, que investigou a prevenção secundária¹⁰³ de doenças cardiovasculares. Um grupo de pesquisadores de San Francisco, na Califórnia (EUA), submeteu pedido de financiamento da pesquisa ao governo federal americano, mas não recebeu a verba. A indústria Wyeth-Ayerst ofereceu patrocínio, com a garantia de que os pesquisadores permaneceriam autônomos em todo o processo, desde condução do EC até as análises. A pesquisa intitulada *Hearth and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS)*, teve duração de quatro anos e envolveu 2.763 mulheres. O propósito do estudo era determinar se a TRH reduzia o risco de doença coronariana. Esperava-se uma comprovação do efeito profilático. Os resultados foram inesperados: eles indicavam que a TRH não apenas não protegia, como quase triplicava o risco de provocarem eventos tromboembólicos. Estes dados foram recebidos com cautela e suspeita, tanto no meio médico quanto pela mídia (WATKINS, 2007, p.267-8).

As prescrições de TRH continuavam a crescer em 1998 e 1999. Decidiu-se continuar o estudo com as mesmas participantes do *HERS* em um *follow up*, que ficou conhecido como *HERS-II*. Depois de quase sete anos, nenhum efeito de prevenção de doenças cardíacas coronarianas foi encontrado (KATZ, 2003; WATKINS, 2007).

Foi apenas em 2002, a partir dos resultados da pesquisa *WHI (Women's Health Initiative)*, que o curso da prática de TRH foi alterado. A pesquisa, financiada pelo National Health Institute, dos Estados Unidos, incluía um EC que comparava estrógeno (Premarin) a placebo, em mulheres histerectomizadas, e outro com estrógeno associado a progesterona (Prempro), também duplo-cego, ambos randomizados. Iniciada em 1993, envolveu 161.809 mulheres saudáveis, na pós-menopausa, em projeto que era bem mais amplo sobre estratégias de prevenção primária, incluindo outros ensaios clínicos: dietas pobres em gordura, cálcio e suplementação com vitamina D. A pesquisa abarcava investigações sobre prevenção de câncer, doenças cardíacas e osteoporose em mulheres na pós-menopausa (WASSERTHEIL-SMOLLER, 2005, p.181; HOUCK, 2005; KRIEGER et al., 2005; KATZ, 2003).

O EC com estrógenos e progesterona foi interrompido três anos antes da previsão de conclusão, com pouco mais de cinco anos, por recomendação do comitê de monitoramento de segurança. Os resultados preliminares revelaram aumento de câncer de mama no grupo que recebeu estrógeno e progesterona que superava a relação risco/benefício considerada tolerável em pesquisas, levando à interrupção prematura do estudo, em julho de 2002 (KATZ, 2003). Mamografias anormais foram mais comuns do que no grupo placebo, houve sugestão de

¹⁰³ A amostra incluía mulheres que já tinham algum problema cardiovascular. O objetivo era investigar se o uso de TRH ajudaria na prevenção de eventos cardiovasculares futuros.

associação a câncer de ovário, aumento de casos de demência, de trombose venosa, embolia pulmonar, isquemia e, contrariando diversos estudos publicados antes, verificou-se aumento de 24% de doenças cardíacas (WASSERTHEIL-SMOLLER, 2005, p.184-7).

A paralisação da pesquisa *WHI* teve ampla cobertura midiática e um profundo impacto nas vendas de TRH. Nos Estados Unidos, em apenas um ano, as prescrições de Prempro caíram 33%, Premarin 66% e, considerando o mercado total de HRT, houve um redução de um terço das prescrições. As ações da Wyeth desvalorizaram-se em mais de 24% (WATKINS, 2007).

3.9.1 ‘Individualização’ da TRH e ‘qualidade de vida’

Katz, um ano após a publicação do *WHI*, identificou, entre as diferentes respostas às TRH, argumentos que sustentavam a importância de ‘individualizar’ a terapêutica. É o caso do médico Morris Notelovitz, o qual, no mesmo ano concedeu uma entrevista publicada no portal *Medscape*¹⁰⁴ com o título: ‘Por que é crucial individualizar a terapia hormonal: colocando os resultados do estudo *WHI* em perspectiva’.¹⁰⁵

O artigo enfatiza que o termo TRH seria equivocado, uma vez que as mulheres teriam uma ‘deficiência’, mas não um ‘esgotamento’ hormonal. Com isso, estabelecia-se um novo critério: o grau da ‘deficiência’ hormonal, que seria determinante para avaliar “se ela precisa ou não de terapia hormonal *para fins de qualidade de vida*” (NOTELOVITZ, 2002, s/p, grifo nosso).¹⁰⁶ O médico aponta ser fundamental distinguir entre ‘mulheres menopausadas sintomáticas’ e ‘assintomáticas’ e que fatores de risco devem ser ponderados individualmente. Ele postula que as TRH são seguras desde que prescritas de acordo com uma lógica ‘customizada’:

O problema – por razões que me escapam – é que no que se refere ao tratamento da mulher menopausada, todas as mulheres são consideradas como sendo iguais, e muitas mulheres estão sendo tratadas genericamente – ou seja, com a mesma dosagem e, em grande medida, com o mesmo tipo de terapia hormonal. Isto é exemplificado pelo ensaio do *WHI*. Mais de 8000 mulheres foram randomizadas para receber Prempro [...] Prempro é apenas uma das muitas formulações da terapia hormonal. Isto deve ser levado em consideração quando nos confrontamos com o informe do *WHI* de risco aumentado de eventos adversos. Também deve ser enfatizado que os riscos relativos e não os riscos absolutos estão sendo divulgados na mídia. Além disso, o que não é medido de modo algum no estudo *WHI* é a

¹⁰⁴ Ver em: <http://www.medscape.com>.

¹⁰⁵ No original: “Why Individualizing Hormone Therapy Is Crucial: Putting the Results of the WHI Trial into Perspective.”

¹⁰⁶ “[...] determine whether or not she needs hormonal therapy for quality-of-life purposes.”

qualidade de vida das mulheres na terapia hormonal vs mulheres no placebo, e é por isso que a maioria das mulheres menopausadas escolhem tomar hormônios. A questão é que nós precisamos customizar a terapia para a paciente; [...] Portanto, a mensagem que eu gostaria de transmitir é esta: *Terapia hormonal se indicada, se individualizada e se monitorada, é segura* (NOTELOVITZ, 2002, s/p.).¹⁰⁷

Alguns anos mais tarde, Celia Roberts (2007) mapeia dois tipos de respostas da biomedicina diante das complexidades das TRH pós-*WHI*. De um lado, remete a posições como a que vimos acima, cuja orientação se volta para a ‘individualização da paciente’, acrescentando a ênfase na noção de responsabilidade pessoal das usuárias nas decisões de adesão ou rechaço às TRH. De outro, envolve a ‘esperança’ de que novos produtos possam ser mais seguros e produzir menos efeitos colaterais. Trata-se de uma busca pelos hormônios ‘ideais’. A autora vê tais discursos, que configuram a mulher como uma consumidora ativa e informada, como problemáticos. Nesse modelo liberal, que se baseia na ideia de escolha individual, ignora-se que tais decisões ocorrem sempre de modo situado, em contextos constituídos por relações de força. Assim, o ideal de que todas as mulheres, em todas as partes do globo poderiam ter ações ‘informadas’ e deliberar sobre seu tratamento é uma forma de reeditar, com o uso da linguagem da individualização, um modelo que se pretende universal, ou seja, válido para qualquer contexto, em todos os lugares e momentos históricos.

¹⁰⁷ “The problem – for reasons that escape me – is that when it comes to treatment of the menopausal woman, all women are regarded as being equal, and most women are being treated generically – that is, with the same dosage and, to a large extent, with the same type of hormone therapy. This is exemplified by the WHI trial. More than 8000 women were randomized to receive Prempro [...] Prempro is only one of many formulations of hormone therapy. This must be taken into account when one is confronted with the WHI report of increased risk of adverse events. It also must be emphasized that relative and not absolute risks are being publicized in the media. Moreover, what is not measured at all in the WHI study is the quality of life of women on hormone therapy vs women on placebo, and this is why the majority of menopausal women elect to take hormones. The point is that we need to tailor the therapy to the patient; [...] So, the message I would like to convey is this: Hormone therapy, if indicated, if individualized, and if monitored, is safe.”

4. DESEJO SEXUAL, SEXOLOGIA E MEDICINA SEXUAL

A fisiologia do desejo sexual não foi ainda delineada de forma precisa. Parece que a testosterona é necessária para o funcionamento dos centros de apetite sexual tanto em homens quanto em mulheres.
(*Helen Kaplan, 1977, tradução nossa*)

Alta T [testosterona] é normalmente relacionada ao comportamento desafiador, acasalamento, sexualidade e agressão [...] Isso pode ser chamado ‘pré-teoria’, que se refere a suposições que são implícitas e largamente não declaradas e que, no entanto, guiam as pesquisas – neste caso com suposições sobre masculinidade que norteiam pesquisas sobre T [...] Os números de mulheres e de homens que reportam baixo desejo não são tão diferentes. Bloqueadores de T usados em homens saudáveis tiveram efeitos variados sobre o desejo sexual – às vezes nulo e às vezes diminuindo [...]. Em mulheres, contraceptivos hormonais diminuem a T endógena, mas somente às vezes diminuem o desejo sexual. Além disso, mulheres com baixo desejo sexual não têm baixa T concomitantemente. Embora pareça que alguns pesquisadores apontem os efeitos da T sobre o desejo sexual em mulheres, o contexto social media profundamente esse aspecto. Às vezes, mulheres com baixo desejo sexual apresentam taxas mais elevadas de T do que outras mulheres.
(*Sari M. van Anders, tradução nossa*)

Se o androgênio aumenta a libido? Não precisa de ninguém fazer estudo, discutir em congresso. Dá toneladas de androgênio, qualquer mulher vai ter libido.
(*Médico ginecologista palestrante*)

Pretendemos fazer recortes genealógicos de outras redes que se articulam àquelas seguidas até agora, a saber, as da sexologia clínica e da medicina sexual, com foco no desejo.

4.1 A segunda “onda” da sexologia clínica

As chamadas ‘perversões sexuais’, embora persistam nas classificações psiquiátricas até os dias de hoje, passaram a ocupar uma posição periférica nos discursos da sexologia no século XX, cedendo lugar a outro núcleo de investimento, centrado nas ‘inadequações’ ou ‘disfunções’ sexuais. A clínica sexológica voltada para a vida sexual dos casais heterossexuais consolidou-se a partir das décadas de 1960 e 1970.

A passagem da sexologia vitoriana à sexologia clínica está separada por quase um século. A partir das primeiras décadas do século XX, assistiu-se a uma progressiva

valorização do prazer sexual, primeiramente com a afirmação de seu papel nas relações conjugais. Os manuais de casamento tornaram-se uma literatura popularizada a partir do entreguerras e discutia técnicas sexuais com o intuito de manter casamentos felizes (IRVINE, 2005). Este processo foi lento e não possui uma única determinação. Conforme discuti em trabalho anterior, diversos processos sociais alteraram de modo profundo as relações de gênero, gerando, em consequência, mudanças no domínio da sexualidade (FARO, 2008). Estas transformações ocorreram em diversos níveis, além daqueles que delineamos no capítulo anterior.

A teoria da degeneração chegou a seu extremo nas políticas eugênicas de extermínio nazista e, com o pós-guerra, perdeu força na medicina. Na primeira metade do século XX, a psicanálise difundiu-se nos países ocidentais, conferindo à sexualidade e à ‘libido’ lugar central nas descrições das dinâmicas psíquicas. Sobretudo no contexto da formação psiquiátrica americana, sua incorporação foi maciça (RUSSO & VENANCIO, 2006; ANGEL, 2010). Ademais, a sexologia se transformou graças à influência de Havelock Ellis e Alfred Kinsey. Estes autores, durante o século XX, transformaram a sexualidade considerada ‘normal’ em objeto de pesquisas, favorecendo uma visão positiva da sexualidade (ROBINSON, 1977; BÉJIN, 1987; RUSSO, 2004).

A progressiva ocupação de espaços antes restritos aos homens e a atuação do movimento feminista, a disponibilização de métodos contraceptivos a partir das décadas de 1950 e 1960, que modificou a relação entre sexualidade e reprodução (BULLOUGH, 1994, p.185) e o movimento de contracultura, nas décadas de 1960 e 1970, com seus efeitos de incentivo à ‘liberação sexual’, tudo isso conformou o panorama das transformações na esfera da sexualidade ao longo do século XX, nos países ocidentais. A satisfação sexual tornou-se uma dimensão privilegiada para a busca da felicidade (e, a partir dos anos 1980, da saúde). Como consequência, dificuldades no desempenho sexual constituíram-se em questões merecedoras de atenção e tratamento.

O contexto sociocultural era, portanto, propício à emergência de uma nova profissão, a de terapeuta sexual (BULLOUGH, 1994, p.196). E esta atmosfera explica o grande êxito da sexologia clínica durante a década de 1970, em especial nos Estados Unidos. E esse sucesso se estendeu a países da Europa e, em menor escala, da América Latina (GIAMI; DE COLOMBY; GRUPO EURO-SEXO, 2006; ALCÁNTARA & SZASZ, 2013; BRIGEIRO & FACUNDO, 2013; GOGNA; JONES; IBARLUCÍA, 2011; 2013; RUSSO et al., 2011; GIAMI & RUSSO, 2013; SALAZAR & CÁCERES, 2013).

4.1.1 William Masters e Virginia Johnson

William Masters e Virginia Johnson são atores centrais da história da medicalização da sexualidade no século XX, influenciando a produção de saberes científicos sobre a sexualidade até os dias de hoje. Os dois são considerados pioneiros da sexologia clínica (ou da segunda “onda”) e, de fato, seu impacto no campo foi colossal.¹⁰⁸ Seus trabalhos ofereceram um arcabouço teórico que favoreceu o desenvolvimento de um ramo da sexologia bastante empenhado na procura de uma base empírica para a sexualidade. Este campo, chamado por Irvine (2005) de “sexologia científica”, daria origem mais tarde à medicina sexual.¹⁰⁹

Em 1954, um ano após a publicação de *Sexual Behavior in the Human Female*, de Kinsey, o casal iniciou uma investigação sobre a anatomia e fisiologia da ‘resposta sexual humana’, na Universidade de Washington, nos Estados Unidos. O objetivo era, desde o início, produzir material de relevância clínica para o tratamento das ‘inadequações sexuais’ (BULLOUGH, 1994, p.196). Com eles, a sexualidade de humanos entrou no laboratório científico e tornou-se alvo de observações *in vivo*.¹¹⁰ Para descrever a ‘resposta sexual humana’, os pesquisadores escrutinavam a atividade sexual por meio de uma série de instrumentos tecnológicos. A parafernália do laboratório incluía o uso de termômetros, eletrodos, equipamentos de filmagem e câmeras fotográficas, entre outros.

Masters e Johnson cunharam também o ‘coito artificial’, que consistia em pedir que os sujeitos de pesquisa mantivessem relações sexuais com vaginas e pênis de plástico que continham uma câmera fotográfica em miniatura acoplada, permitindo realizar fotografias das alterações anatômicas e fisiológicas durante o coito (SENA, 2010, p.224; BULLOUGH, 1994, p.200). A pesquisa durou 11 anos e os resultados oriundos da observação de 694 pessoas em atividades sexuais¹¹¹ foram publicados em 1966, no livro *Human Sexual Response*. A obra

¹⁰⁸Angel (2012, p.540) relativiza este pioneirismo, enfatizando que eles não foram tão inovadores, pois alguns trabalhos anteciparam sua empreitada. De qualquer forma, nenhum dos anteriores teve a repercussão de Masters e Johnson.

¹⁰⁹A principal instituição da sexologia científica, a International Academy of Sex Research, foi fundada em meados de 1970, pouco depois do periódico *Archives of Sexual Behavior*, de 1971, que se tornou a publicação oficial da entidade. Sobre as diferentes vertentes da sexologia, ver Irvine (2005), Potts (2002); sobre o *Archives of Sexual Behavior*, ver Faro (2008).

¹¹⁰Kinsey já havia filmado atividades sexuais antes, mas seu foco era o comportamento sexual, não tendo, portanto, se preocupado com uma investigação laboratorial da sexualidade (ROBINSON, 1977, p.100). Fishman (2003) indica uma série de iniciativas nesse sentido que antecede a empreitada de Masters e Johnson, ainda que nenhuma delas tenha tido impacto similar na sexologia.

¹¹¹As atividades sexuais poderiam ser coito heterossexual, ‘coito artificial’ ou masturbação.

concebia a sexualidade como função sexual, realizada pelo ‘ciclo da resposta sexual’. O ciclo seria composto por quatro fases sucessivas de respostas à estimulação sexual: excitação, platô, orgasmo e resolução. Cada fase foi caracterizada por vários eventos fisiológicos e anatômicos específicos.¹¹² Embora a amostra fosse composta de maioria branca, heterossexual, da elite americana, o livro apresenta o ‘ciclo da resposta sexual’ como fenômeno universal.¹¹³ Note-se que havia uma ênfase nas similaridades entre homens e mulheres, algo que ia de encontro com a tradição dualista da neuroendocrinologia.

Três anos depois, em 1970, foi lançado o *Human Sexual Inadequacy*, e ali Masters e Johnson descreveram as expressões clínicas dos problemas do ‘ciclo da resposta sexual’ e propuseram as técnicas de terapia sexual para casais. São listadas no livro as seguintes ‘inadequações sexuais’: disfunção primária e secundária do orgasmo¹¹⁴, dispareunia (dor na relação sexual) e vaginismo, no caso da mulher; ejaculação precoce e impotência, para homens. Mas o foco do livro é a ‘unidade marital’. Não há indivíduo do ponto de vista do tratamento (ROBINSON, 1977, p.159). O alvo a ser tratado é a relação do casal, ou o casamento sexualmente disfuncional (BULLOUGH, 1994, p.203; GIAMI, 2009a). A ênfase foi colocada nas explicações relacionais e psicológicas para as ‘inadequações sexuais’, contrastando com a direção adotada no livro anterior, destinado aos aspectos corporais da resposta sexual.¹¹⁵ A proposta de intervenção era calcada nas técnicas da psicologia comportamental (SENA, 2010, p.229) e boa parte do programa consistia em apresentar informações sobre a resposta sexual humana.

‘Desejo’ não aparece nem como fase do ciclo da resposta sexual, nem como disfunção sexual. Essa ausência talvez tenha sido uma escolha para marcar o afastamento em relação à teoria psicanalítica. Descolado da noção de libido freudiana, o enquadramento conceitual de Masters e Johnson conferiu ao orgasmo lugar central (ROBINSON, 1977, p.132), como o objetivo máximo da função sexual, independente da origem (se clitoriana ou vaginal), constituindo o que Béjin (1987) chama de *imperativo orgástico* da sexologia clínica. O orgasmo simultâneo dos parceiros foi eleito como o grande objetivo a ser atingido, e foi em

¹¹² Tais como: vasocongêstões, contrações musculares, hiperventilação, taquicardia, alterações na pressão sanguínea, reações sudoríparas, lubrificação e ejaculação (SENA, 2010, p.227); no registro anatômico, buscaram identificar modificações na uretra, bexiga, reto, útero, região peitoral, entre outros (SENA, 2010, p.226).

¹¹³ Para uma crítica detalhada sobre a metodologia das pesquisas de Masters e Johnson, ver Robinson (1977).

¹¹⁴ A disfunção seria primária caso a pessoa nunca tivesse experimentado o orgasmo.

¹¹⁵ Entre as principais preocupações da nova clínica sexual estão a falta de comunicação entre os parceiros, ansiedades e medos em relação à performance e ignorância em relação ao funcionamento e às práticas sexuais (ROBINSON, 1977, p.11).

torno deste alvo que as técnicas foram estruturadas (ROBINSON, 1977).

Destaca-se a importância conferida ao estímulo do clitóris para a excitação e orgasmo nas mulheres. A masturbação, que no século XIX era vista como causa de todo tipo de patologia e sinal da degeneração, adquiriu o status de elemento terapêutico, uma ferramenta para ensinar às mulheres como atingir o orgasmo e, aos homens, como estimular corretamente o clitóris.

A posição de Masters e Johnson em relação ao orgasmo ‘clitoriano’ é um bom exemplo de como eles constituíram seu projeto em franca oposição às abordagens psicanalíticas. A transferência da zona erógena do clitóris à vagina era, para Freud, um importante componente do desenvolvimento psíquico. Sob influência da psicanálise, nos anos 1930, a ‘frigidez’ foi definida como incapacidade de atingir orgasmo vaginal ou como ausência de desejo (ANGEL, 2010). Jordan-Young (2010) destaca o quanto essa teoria conferia ao erotismo feminino considerado ‘maduro’ uma posição passiva no coito heterossexual, enquanto atribuía ao prazer ‘ativo’ obtido pela estimulação do clitóris um caráter ‘infantil’ e patológico.

Masters e Johnson transitavam entre as explicações anatomofisiológicas, estabelecidas pela pesquisa de laboratório, e abordagens psicológicas. Como alerta Robinson, argumentos materialistas misturavam-se a uma tendência compulsiva à psicologização (ROBINSON, 1977, p.181). Suas discussões sobre inadequação sexual e, especificamente, sobre a ‘frigidez’, encontram-se no polo da psicologização.¹¹⁶

É importante para nossa discussão frisar que a frigidez é por eles interpretada como disfunção orgástica, e não falta de desejo. Frente a casos de anorgasmia que não apresentavam nenhuma etiologia psicológica aparente, a dupla admitia, não sem alguma resistência, que poderia existir uma ‘frigidez fisiológica’, mas com a ressalva de que estes casos eram bastante raros na prática clínica (ROBINSON, 1977, p.183-184). Durante os anos 1970, a ‘frigidez’ ainda figurava na literatura da sexologia, em geral como sinônimo de falta de orgasmo, mas sem a antiga distinção vagina/clitóris. Pouco a pouco desapareceu da literatura especializada (embora ainda circule entre leigos e mesmo entre médicos, como pude observar no trabalho de campo), cedendo lugar à nova nomenclatura das disfunções sexuais.

4.1.2 Sexologia clínica e endocrinologia: primeiras aproximações

¹¹⁶ Masters e Johnson apresentam os problemas em atingir o orgasmo como resultado de etiologias psicológicas bastante heterogêneas, que incluem medo, ansiedade, uma infância superprotegida, decepções no casamento, educação marcada pelo incentivo à repressão dos sentimentos sexuais e problemas na comunicação com o parceiro.

Após formar-se na University of Rochester School of Medicine and Dentistry, em 1938, W. Masters integrou a equipe do laboratório de George W. Corner, médico e pesquisador que atuava no campo emergente da endocrinologia da diferenciação sexual desde a década de 1930 (BULLOUGH, 1994, p.196-197). Como vimos no capítulo anterior, durante a década de 1950, Masters foi defensor das terapias de ‘reposição’ hormonal para mulheres em envelhecimento (MASTERS, 1953, 1956, 1957) como tratamento de longa duração para prevenção de osteoporose, doenças cardiovasculares e senilidade (WATKINS, 2007).

Quando Masters iniciou a pesquisa com Virginia Johnson, em 1954, a endocrinologia já gozava de legitimidade, em boa medida pelo aprofundamento das pesquisas sobre fisiologia da reprodução e dos hormônios sexuais. A descrição do ciclo menstrual foi central para a consolidação da endocrinologia do sexo. O projeto de Masters apoiou-se nessa trajetória bem-sucedida da endocrinologia para legitimar a nova perspectiva que desenvolveu na sexologia. Ao mesmo tempo, seu projeto foi original, marcando importantes rupturas.

Podemos estabelecer algumas aproximações entre sexologia e endocrinologia operadas pelo empreendimento que Masters idealizou.¹¹⁷ Os esforços para descrever a fisiologia da resposta sexual, por exemplo, são similares àqueles realizados na fisiologia da reprodução pela endocrinologia. O recurso à noção de *ciclo* da resposta sexual, caracterizado por *fases* sucessivas, alude à descrição do *ciclo* menstrual, também composto por *fases* que se repetem; a sexualidade foi definida como *função sexual* assim como a reprodução já era compreendida como *função* do aparelho reprodutor. Ademais, Masters trouxe o modelo de investigação laboratorial da sua experiência com os estudos sobre hormônios na pesquisa endocrinológica. Podemos considerar que a sexologia clínica pós-Masters e Johnson assimilou parcialmente os estilos cognitivos (FLECK, 2010) da endocrinologia e da psicologia comportamental, fornecendo uma gramática favorável à emergência e consolidação, nos anos 1980 e 90, da visão contemporânea da sexualidade. Por ainda se tratar de um momento de transição do olhar clínico ao olhar molecularizado (ROSE, 2007), a psicologia comportamental apresentava-se como uma abordagem possível para a construção de uma clínica da sexualidade, decerto mais próxima do estilo de pensamento da endocrinologia do que a psicanálise.

4.1.3 Desejo em cena: ‘nova terapia sexual’ e o DSM-III

¹¹⁷ Virginia Johnson foi recrutada por Masters; ele já tinha seu projeto estabelecido e procurava uma parceira para executá-lo.

A categoria de ‘desejo sexual inibido’ foi descrita na literatura médica em 1977, por Harold Leif e Helen Kaplan, ambos sexólogos que trabalhavam de modo independente (IRVINE, 2005, p.165; KAPLAN, 1995).¹¹⁸ Em *Disorders of Sexual Desire*, de 1979, Kaplan¹¹⁹ propôs uma reconceituação do ciclo da resposta sexual de Masters e Johnson, que passou a ser concebido como composto pelas fases do desejo, excitação e orgasmo. Segundo a autora, nos primeiros anos de aplicação do método de Masters e Johnson foi possível observar muitos casais resistentes à terapia. A análise destes casos a teria feito compreender que o tratamento focado nos problemas orgásticos e de impotência falhara em reconhecer que muitas vezes estes eram distúrbios secundários, causados pela ausência de desejo ou motivação. Ela e sua equipe do Programa de Sexualidade Humana do New York Hospital-Cornell Medical Center teriam, então, desenvolvido uma abordagem terapêutica específica para o desejo sexual, a partir dos primeiros anos da década de 1970 (KAPLAN, 1995). A ‘nova terapia sexual’, como era chamada, apoiava-se no modelo já empregado por sua equipe antes e combinava técnicas psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais, mas trazia “estratégias diretas de otimização da libido” que envolviam um trabalho sobre as ‘fantasias sexuais’, ‘materiais eróticos explícitos’ e ‘métodos intensificados de manipulação genital’ (KAPLAN, 1995, p.7). Assim, o desejo ganhou novo status ao ser dimensionado como um estágio da resposta sexual humana e impulsionou o desenvolvimento de uma ‘nova terapia sexual’. Esse momento corresponde ao auge do tratamento sexológico *à la* Masters e Johnson, mas algo novo despontava, como sugere o título do artigo de Leif: ‘What’s new in the sex research? Inhibited sexual desire’ (LEIF, 1977).

A contribuição de Helen Kaplan e Harold Leif foi decisiva para a difusão do novo diagnóstico em função da participação de ambos na força-tarefa para a elaboração da terceira versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM)*, da *American Psychiatric Association (APA)*, lançado em 1980.¹²⁰ Sua influência no resultado final do

¹¹⁸ No mesmo ano de 1977, foi criado, nos Estados Unidos, o Sex and Love Addicts Anonymous, grupo semelhante ao Alcoólicos Anônimos, retomando a questão do ‘excesso sexual’, mas desta vez inteiramente deslocada do contexto da sexologia. O ‘excesso sexual’ passou a ser descrito como ‘adição ao sexo’ pelos próprios sujeitos que se identificavam como portadores da compulsão ao sexo e por profissionais experts em adições. O desejo sexual inibido e a adição ao sexo foram, assim, moldados por atores sociais bastante diferentes e com pouca comunicação entre si. Para Irvine, havia uma hostilidade velada entre os grupos, em função de ideologias e formas de tratamento conflitantes (IRVINE, 2005, p.166-167).

¹¹⁹ Helen Kaplan tornou-se sexóloga renomada depois de estudar medicina (com formação em psicanálise como era costumeiro no contexto psiquiátrico americano) e psicologia.

¹²⁰ As outras ‘disfunções psicosssexuais’ listadas são: ‘excitação sexual inibida’, ‘orgasmo feminino inibido’, ‘orgasmo masculino inibido’, ‘ejaculação precoce’, ‘dispareunia funcional’, ‘vaginismo funcional’, ‘disfunção psicosssexual atípica’ (FARO, 2008). Note-se a ênfase na noção de inibição e funcionalidade.

manual, no que tange à sexualidade, pode ser percebida de duas formas: 1) o novo grupo das ‘disfunções psicosssexuais’ veio acompanhado por um texto sobre o ciclo da resposta sexual, com o desejo figurando como característica principal de sua primeira fase; 2) a categoria ‘desejo sexual inibido’ foi incluída, seguida pelas disfunções descritas por Masters e Johnson (com algumas modificações na nomenclatura).¹²¹

A adoção no DSM-III da nomenclatura e do modelo proposto por Helen Kaplan trazia, de forma implícita, determinadas concepções organicistas sobre o desejo. Em um momento de hegemonia das explicações psicológicas e relacionais na sexologia, Kaplan introduzia uma leitura da base biológica do desejo. Ainda que nesse momento o tratamento fosse centrado em técnicas psicológicas, segundo a autora: “Desejo é um apetite que tem sua localização no cérebro; excitação e orgasmo envolvem reflexos autônomos dos genitais” (KAPLAN, 1977, p.3).¹²² O impulso estaria a serviço da função biológica de sobrevivência da espécie e a nomenclatura ‘inibido’ corresponderia à noção de desativação do sistema neural específico do desejo (IRVINE, 2005, p.170). Ao adotar o modelo da resposta sexual tal como formulado por Kaplan, torna-se evidente o embasamento teórico privilegiado pela *APA*.

Durante os últimos anos da década de 1970, podemos ver, em forma embrionária, o processo que levaria à construção da medicina sexual durante a década de 1980 e sua institucionalização nos anos 1990 e 2000. De forma mais explícita, o alinhamento com as abordagens organicistas no DSM-III está colocado pelo entendimento da sexualidade como função sexual universal realizada pelo ciclo de respostas fisiológicas e pelo uso dos termos médicos ‘inibição’ e ‘deficiência’ para caracterizar uma ‘disfunção’.

É notável que, justamente nesta edição, cuja proposta política era elaborar um manual a-teórico, tenha surgido pela primeira vez um embasamento teórico para a sexualidade, expresso pela descrição do ciclo da resposta sexual. Este fato demonstra o quanto a empreitada de Masters e Johnson foi eficaz em produzir um modelo para a sexualidade que parece universal, fruto da constatação empírica e desprovido de ideologia.¹²³ Consolida o

¹²¹ Até então, o DSM-I e o DSM-II, lançados em 1952 e 1968, respectivamente, seguiam uma lógica completamente diferente, com influência notável da psicanálise – a vertente hegemônica na psiquiatria americana. As patologias relacionadas à sexualidade constituíam o subgrupo dos ‘desvios sexuais’ (antigas perversões sexuais do século XIX), que faziam parte dos ‘transtornos da personalidade sociopática’. No DSM-III, os ‘transtornos da sexualidade’ foram autonomizados e subdivididos em três grupos: as parafilias (versão ampliada dos desvios sexuais), as disfunções psicosssexuais e os transtornos da identidade de gênero (RUSSO, 2004; RUSSO & VENANCIO, 2006).

¹²² No original: “Desire is an appetite that has its locus in the brain; excitement and orgasm involve autonomic reflexes of the genitals”.

¹²³ Para uma análise dos pressupostos ideológicos e dos problemas metodológicos das pesquisas de Masters e Johnson, ver Robinson (1977) e Tiefer (1996).

declínio da hegemonia da psicanálise na psiquiatria e no campo dos estudos médicos sobre a sexualidade e desejo. Como o DSM-III passou a ser utilizado em todo o mundo, a nova ‘patologia’ difundiu-se globalmente.

A tendência biologizante não foi exclusiva das patologias da sexualidade. A virada do DSM-III reflete uma mudança mais ampla nas concepções da psiquiatria sobre os transtornos mentais, no sentido de uma ênfase na biologia, com influência da escola neo-Kraepeliana (HEALY, 1997, p.37; RUSSO & VENANCIO, 2006). Situa-se no contexto do crescimento acelerado da indústria farmacêutica, que culminou com a constituição do setor tal como o conhecemos hoje. Todos esses processos devem ser compreendidos como parte das transformações mais gerais discutidas no capítulo 1.

4.2 Anos 1980 e o resgate da hipótese androgênios / libido em mulheres

Não por acaso, justo na década de 1980 é possível mapear um resgate pela sexologia da hipótese que, na década de 1940, ligara androgênios e desejo sexual em mulheres. Isso aconteceu graças às pesquisas que passaram a investigar a relação entre sexualidade e hormônios androgênios utilizando o arcabouço teórico desenvolvido pela sexologia clínica.

Um artigo publicado em 1982, no periódico *Psychosomatic Medicine*, dá pistas sobre esse processo. Trata-se de uma pesquisa realizada pela equipe de Dr. Harold Persky.¹²⁴ O estudo investigou a relação entre níveis plasmáticos de androgênios e comportamentos e atitudes sexuais em mulheres. Na revisão da literatura, os autores afirmam que, embora o papel dos hormônios sobre o comportamento sexual em homens já tivesse sido definido de forma clara, sendo a influência da testosterona bem conhecida, no caso das mulheres isso ainda não teria ocorrido. Esse descompasso foi explicado pelo fato de que pesquisadores teriam, “por analogia” com o par homens/androgênios, investigado o papel de estrógenos sobre a sexualidade feminina, mas nenhuma correlação teria sido encontrada. Nesse ponto, os artigos publicados na década de 1940, incluindo os de Greenblatt (ver capítulo anterior), são resgatados: “A possibilidade da libido feminina ser andrógeno-dependente ao invés de estrógeno-dependente tem sido sugerida nas últimas quatro décadas” (PERSKY et al., 1982, p.305).¹²⁵ Persky et al. qualificam a metodologia utilizada por essas pesquisas como

¹²⁴ Psiquiatra com Phd em bioquímica, filiado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade da Pensilvânia e ao The Marriage Council of Philadelphia.

¹²⁵ No original: “The possibility that female libido is androgen- rather than estrogen-dependent has also been suggested over the past four decades”.

inadequada e referem-se a outro artigo, dessa vez publicado em 1978, que seria mais “apropriado”.¹²⁶ A pesquisa da equipe de Persky incorporou concepções da teoria de Masters e Johnson e de Helen Kaplan e técnicas oriundas de pesquisas de laboratório da endocrinologia. Embora focalizasse as mulheres, incluiu casais heterossexuais, os quais foram acompanhados por vários meses. Realizaram-se análises hormonais, entrevistas semiestruturadas sobre comportamento sexual e ‘experiências maritais relacionadas’, bem como avaliações com questionários psicológicos (escalas para medir ansiedade, depressão, entre outros) e psicosssexuais (oriundos da sexologia científica). A questão principal do artigo consistia em “[...] estabelecer determinantes da sexualidade feminina humana, de forma semelhante às nossas avaliações dos determinantes masculinos” (PERSKY et al., 1982, p.316). Para tal, buscou-se correlacionar níveis plasmáticos dos hormônios estrogênicos e androgênicos ao ciclo da resposta sexual, frequência e satisfação sexual. Os resultados teriam indicado uma relação entre andrógenos – androstenediona e testosterona – e desejo sexual, enquanto nenhuma vinculação teria sido estabelecida entre estrógenos e a resposta sexual (PERSKY et al., 1982, p.316).

O tipo de empreendimento realizado pelo grupo de Persky oferece um bom exemplo de como as teorias sexológicas de segunda “onda” foram articuladas aos estudos hormonais. A pesquisa já havia sido apresentada, em 1978, em um Congresso da Sociedade Internacional de Psiconeuroendocrinologia, em Dublin, bem como no encontro anual da Sociedade para Pesquisa em Terapia Sexual, em Nova York. Parte dos resultados também havia sido publicada em uma coletânea intitulada *Progress in Sexology*, de 1977. Essas informações revelam como tais ideias transitavam tanto no campo da sexologia clínica, quanto no meio médico, especificamente ligado à endocrinologia, sendo um reflexo deste cruzamento. Os autores recorrem a trabalhos da sexologia (Kinsey, Masters e Johnson, Kaplan, Derogatis e LoPiccolo são citados) e da endocrinologia do sexo (dos anos 1940 e 50). O desenho da pesquisa e a rede na qual ela circulou ilustram o modo como o desejo sexual passou a ser mapeado na interseção entre sexologia clínica e endocrinologia, pavimentando o caminho da emergente medicina sexual. De modo similar, ao longo dos anos 1980, Barbara Sherwin começou a publicar uma série de artigos sobre hormônios estrogênicos e androgênicos, comportamento sexual, menopausa cirúrgica e pós-menopausa (SHERWIN, 1985; SHERWIN & GELFAND, 1985).

¹²⁶ A referência do artigo é: Carney A, Bancroft J, Mathews A. Combination of hormonal and psychological treatment for female sexual unresponsiveness: A comparative study. *Br J Psychiatry*, v. 133, p.339-346, 1978.

Em 1987, uma nova versão do DSM modificou a nomenclatura da disfunção sexual do desejo, que passou a ser chamada ‘transtorno do desejo sexual hipoativo’. Parte da definição do transtorno também foi alterada. Onde se lia, no DSM-III, “Inibição persistente e dominante do desejo sexual”, o DSM-III-R introduziu a seguinte especificação: “Deficiência ou ausência persistente e recorrente de fantasias sexuais e desejo pela atividade sexual”. Esta conceituação permaneceu no DSM-IV, de 1994, que vigorou até 2013.

A noção de ‘deficiência’ que passou a caracterizar o transtorno do desejo sexual hipoativo remete ao vocabulário das terapias de reposição hormonal. Um artigo de Kaplan e Owett, publicado um ano antes do DSM-IV, em 1993, intitulado ‘The Female Androgen Deficiency Syndrome’, ajuda a entender melhor o que estava envolvido na mudança de nomenclatura. No artigo de 1993, Kaplan e Owett argumentam que embora a testosterona seja tradicionalmente considerada um hormônio masculino e o estrógeno como feminino, estudos recentes teriam demonstrado que ambos eram importantes no desenvolvimento embrionário e no comportamento/funcionamento sexual de mulheres e homens.¹²⁷ Citando estudos da neuroendocrinologia (McEWEN, 1984; 1991), sugerem que “estes novos achados são consistentes com a percepção emergente de que T [testosterona] não é um hormônio exclusivamente masculino e que andrógenos têm papel vital na sexualidade feminina também” (KAPLAN & OWETT, 1993, p.4-5). Nas mulheres, um equilíbrio entre hormônios femininos e andrógenos seria necessário para se “estabelecer e manter um nível normal de desejo sexual e responsividade” (p.5). A testosterona é apresentada como o hormônio da “libido” (entre aspas no texto), tanto em mulheres quanto em homens, com base em cinco “linhas de evidência”: 1) mulheres normais produzem testosterona; 2) receptores de testosterona foram encontrados no cérebro feminino e concentrados em áreas envolvidas com sexo e emoções; 3) deficiência androgênica está associada a perda de libido em mulheres; 4) testosterona restaura a libido em mulheres com deficiência androgênica. Em relação a este último item, a autora esclarece que não há estudos duplo-cego realizados, mas que “são impressionantes relatos de inúmeros pesquisadores e clínicos que descobriram que reposição de T melhora os sintomas de inadequação sexual e restaura a libido em mulheres pós-menopausadas com deficiência de andrógeno” (KAPLAN & OWETT, 1993, p.7). Ao apresentar a terceira linha de suporte a seu argumento, ou seja, a associação entre deficiência androgênica e perda de libido em mulheres, Kaplan e Owett citam um estudo de 1959 com mulheres com câncer de mama que tiveram seus ovários retirados e relataram perda posterior

¹²⁷ Essa colocação demonstra como, apesar da especificidade dos hormônios sexuais ter sido relativizada nos anos 1920, ela persistiu durante muitas décadas como saber hegemônico.

de libido. Para eles: “Estes novos achados fascinantes forneceram uma fundação biológica para o conceito de que a T [testosterona] está envolvida na modulação da motivação sexual em ambos os gêneros” (KAPLAN & OWETT, 1993, p.7).

Contudo, essa ainda não era uma visão hegemônica na sexologia. Irvine, ao descrever as teorias sexológicas sobre o desejo, no início dos anos 1990, vê o campo como heterogêneo e em desacordo. Observa-se a continuação da tendência a adotar modelos multidimensionais, com ênfase nos fatores cognitivos, psicológicos e relacionais, tal como Masters e Johnson propuseram (IRVINE, 2005, p.171-174). Havia nesse momento uma divisão do trabalho implícita no campo de estudo das disfunções sexuais. Assumia-se que as disfunções sexuais poderiam ser ‘orgânicas’ ou ‘psicogênicas’ e, por esta razão, uma equipe multidisciplinar seria a mais apropriada para compor uma investigação.¹²⁸ Como demonstrei anteriormente ao analisar as publicações da sexologia científica (FARO, 2008), esta suposição materializava-se nas alianças entre departamentos das universidades, sobretudo as norte-americanas. Em geral, um departamento de medicina unia-se a um departamento de psicologia ou psiquiatria, ou a um centro de terapia sexual. Ao longo dos anos 1980, as publicações passaram a refletir uma grande preocupação com o ‘diagnóstico diferencial’, que teria como função estabelecer a etiologia da disfunção sexual. Esta era uma prática mais frequente para a impotência e contrasta com a década anterior que, sob a hegemonia das concepções de Masters e Johnson, descartava das pesquisas sobre disfunção sexual os casos que possuíam articulação clara com outras patologias orgânicas.¹²⁹ Durante a década de 1980, o interesse pela impotência na interface com outras doenças, como diabetes e doenças cardiovasculares, é outro indicador do avanço das leituras médicas sobre a sexualidade.

4.3 Conceituação da disfunção erétil: redes da farmacologização da sexualidade

No momento em que as perspectivas moleculares sobre o desejo sexual passaram a compor as teorias da sexologia clínica, o mesmo processo em relação à impotência já estava ocorrendo há vários anos. Desde a década de 1960, diversas moléculas foram testadas para o

¹²⁸ Leonore Tiefer (1996), em artigo que se tornou clássico dos estudos sobre medicalização da sexualidade, discutiu a distinção entre disfunções sexuais ‘orgânicas’ e ‘psicogênicas’ a partir de uma análise sobre a incorporação do modelo médico no campo da sexualidade ao longo da década de 1980 e início dos anos 1990.

¹²⁹ Como o tratamento baseava-se na ideia de que a disfunção era do casal, e de que fatores relacionais e psicológicos eram o cerne do problema, as disfunções sexuais que pudessem ser devidas a complicações orgânicas seriam um ruído, atrapalhando as avaliações de eficácia do tratamento. Em geral, os sujeitos das pesquisas passavam por uma triagem para identificar e excluir os casos que se aproximassem de uma etiologia orgânica.

tratamento da impotência, embora sem grandes resultados.¹³⁰ Em 1980, o endocrinologista Richard Spark e colegas publicaram no *JAMA* um artigo cujo título dá o tom do que viria a acontecer nas próximas décadas: ‘Impotência não é sempre psicogênica: Novos *insights* sobre a disfunção hipotalâmica-pituitária-gonadal’ (SPARK; DWHITE; CONNOLLY, 1980, tradução nossa).¹³¹ Os autores questionaram a afirmação de que mais de 90% dos casos de impotência seriam causados por fatores psicológicos, uma estimativa que ninguém sabe a origem empírica, mas constantemente citada na bibliografia da sexologia clínica (FISHMAN, 2010).

Em 1982, um cardiologista francês observou a indução de ereções penianas com a administração de uma injeção de papaverina (GIAMI, 2009a). Neste mesmo ano, funda-se a *International Society for Impotence Research (ISIR)*. Conforme apontado no capítulo 2, a instituição foi rebatizada como *International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR)*, em 2000 e, em 2004, *International Society for Sexual Medicine (ISSM)*. Em uma piada involuntária, o propósito declarado da instituição era “estabelecer uma sociedade científica que irá promover *critérios mais elevados* para a prática, a formação e a pesquisa no domínio da impotência” (GIAMI, 2009a, p.646, grifo nosso). Tais transformações na nomenclatura da sociedade indicam como os estudos sobre impotência foram importantes na configuração da medicina sexual. A institucionalização deste campo tem a ver com a entrada em cena de um novo grupo: os urologistas.

Em 1987, a formulação da ação do óxido nítrico (NO₂) foi mais um passo determinante para a leitura fisiológica da impotência. Esta molécula atua no relaxamento dos músculos lisos, processo que media a vascularização peniana e, portanto, também a ereção. A partir de então, um novo campo de ação se abria para a urologia (GIAMI, 2009a, p.640; FISHMAN, 2010) que, até este momento, era caracterizada sobretudo como uma especialidade cirúrgica. Como demonstrou Tramontano (2012), a passagem da cirurgia à clínica na urologia envolveu uma mudança de status, pois a atividade cirúrgica sempre foi, historicamente, menos valorizada em relação à clínica. Todavia, a forma como a impotência era concebida pela sexologia clínica privilegiava suas dimensões psicológicas e relacionais. Foi necessária uma nova conceituação que ressignificasse os problemas com a ereção como questão médica a ser tratada pela urologia.

¹³⁰ Para uma revisão das moléculas testadas para impotência nos anos 1960, ver Cooper (1971). Kilmann e Auerbach (1979) fazem uma revisão das abordagens terapêuticas disponíveis, apresentando diversas referências a estudos com medicamentos para impotência desde o início dos anos 1970.

¹³¹ No original: “Impotence is Not Always Psychogenic: Newer insights into Hypothalamic-pituitary-gonadal Dysfunction”.

A estratégia bem-sucedida de incorporação da disfunção sexual masculina pela urologia envolveu a mudança de nomenclatura da ‘impotência’ para ‘disfunção erétil’ (FISHMAN, 2010). Este empreendimento foi capitaneado por urologistas que ficaram conhecidos como ‘grupo de Boston’, e publicaram suas ideias principalmente em revistas médicas.¹³² Como ressaltara Alain Giami (2009a), a primeira defesa do uso do termo ‘disfunção erétil’ apareceu no *New England Journal of Medicine*, em 1989.¹³³ A disfunção erétil (DE) foi aí definida da seguinte forma:

Incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual. O grau de DE é variável [...] Esta definição é limitada à capacidade erétil do pênis e não inclui problemas de libido, distúrbios de ejaculação ou do orgasmo (KRANE et al., *apud* GIAMI, 2009a, p.641).

Promoveu-se, assim uma leitura centrada na fisiologia da ereção, desprovida de referências à psicologia e que reforça a separação entre problemas de excitação e de desejo (note-se, no entanto, que o termo utilizado é ‘libido’). Aliás, em 1983, a performance do médico Giles Brindey que, em encontro da American Urological Association injetou fenoxibenzamina no próprio pênis e exibiu sua ereção para a plateia, já havia pavimentado o caminho para a dissociação entre desejo e excitação. Este caso anedótico da história da impotência é com frequência assinalado como divisor de águas na transformação da impotência – uma condição psicológica – em desempenho fisiológico (FISHMAN, 2010, p.295).

Além da produção de diversos artigos acadêmicos, os urologistas recorreram a outra estratégia para legitimar suas novas propostas para a conceituação das disfunções sexuais: a organização de ‘conferências de consenso’. Estes encontros são comuns na medicina e apresentam-se como locais estratégicos para a redefinição de nomenclaturas e critérios diagnósticos das doenças. Por esta razão, têm sido locais privilegiados de atuação da indústria farmacêutica para moldar as categorias da forma mais conveniente para seus interesses. A história das disfunções sexuais a partir dos anos 1990 é repleta destas conferências cada vez mais patrocinadas pelas companhias farmacêuticas.

A estabilização da nova abordagem para a impotência pode ser inferida pelo aval do National Institute of Health (NIH), dos Estados Unidos, que organizou uma ‘conferência de consenso’ sobre a impotência, em 1992. Em geral, as decisões tomadas nestes eventos são

¹³² Conforme observou Giami (2009a), periódicos da sexologia científica foram preteridos em favor das revistas médicas. Tramontano (2012) interpreta este fato como estratégia de reserva de mercado da urologia em relação à sexologia.

¹³³ Mesmo ano em que a ISIR lança sua publicação oficial, o *International Journal of Impotence Research*, mais tarde, renomeado *Journal of Sexual Medicine*.

publicadas em periódicos científicos e passam a funcionar como protocolos e diretrizes de manejo clínico. Neste caso, o *International Journal of Impotence Research* e o tradicional *JAMA* foram os eleitos para a veiculação das recomendações que incluíam a nova nomenclatura de disfunção erétil. Outra dimensão crucial para a construção das noções contemporâneas sobre a disfunção erétil é a ideia de que ela não está fadada à velhice (MARSHALL, 2006, p.350; FISHMAN, 2010, p.299). Esta concepção, que já vinha sendo promovida pela gerontologia e pela sexologia, com discursos positivos sobre esta faixa etária, seria reforçada pelos participantes do consenso: “embora a disfunção erétil aumente progressivamente com a idade, não é uma consequência inevitável do envelhecimento” (NIH *apud* FISHMAN, 2010, p.299, tradução nossa).¹³⁴

O lançamento do Viagra (citrato de sildenafil), pela Pfizer, marcou a entrada definitiva da indústria farmacêutica na clínica sexual e a consolidação das perspectivas organicistas, transformando a emergente medicina sexual em grupo hegemônico no campo. Ou, como diria Latour (2000), tornaram-se os porta-vozes legítimos do conhecimento sobre sexualidade.

A farmacologização da disfunção erétil favoreceu a visão de que outros eventos da esfera da sexualidade também poderiam ser objeto de uma terapia medicamentosa. Na realidade, a própria noção da sexualidade enquanto uma ‘função sexual’ que pode ser regulada por medicamentos é que se consolidava no imaginário sociocultural e nos meios especializados da produção biomédica. O impacto simbólico da possibilidade de melhorar a performance sexual com um fármaco foi um dos efeitos desse ‘fato social paradigmático’ (BRIGEIRO & MAKSUD, 2009) que se tornou o lançamento de drogas para a DE.

O uso do Viagra não se restringiu a homens com disfunção erétil severa. Segundo Riska, “o homem Viagra é uma representação de um homem cuja performance sexual normal e masculinidade podem ser restauradas ou mesmo aprimoradas” (RISKA, 2010, p.161). Seu uso para melhorar a ‘qualidade erétil’ levou autores a classificar o medicamento como ‘droga de estilo de vida’, ressaltando seu caráter de aprimoramento (FISHMAN, 2003, p.12). A introdução desta biotecnologia criou um ‘corpo aprimorado pelo Viagra’ e reconfigurou noções como as de ‘ereção normal’ ou ‘envelhecimento normal’ (LOE, 2001; FISHMAN, 2010).¹³⁵

Outro efeito desse processo foi a busca da expansão do mercado de drogas sexuais.

¹³⁴No original: “although erectile dysfunction increases progressively with age, it is not an inevitable consequence of aging”.

¹³⁵Para uma análise sobre o acionamento desses conceitos no marketing farmacêutico das drogas voltadas para a DE ver Faro et al. (2013). Sobre o Viagra enquanto uma tecnologia generificada, ver Fishman e Mamo (2001).

Assim, foram alocados recursos para o desenvolvimento de medicamentos destinados a outros ‘transtornos sexuais’, como a ejaculação precoce e as disfunções sexuais femininas, bem como a reedição da ‘andropausa’, renomeada de Daem (Distúrbio androgênico do envelhecimento masculino) (MARSHALL, 2006; ROHDEN, 2011; TRAMONTANO, 2012; THIAGO, 2012).

Fabíola Rohden (2011) analisou a construção de um mercado consumidor para a terapia de testosterona dirigida a homens com distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (Daem). Assim como no caso das disfunções sexuais femininas, também foi após o lançamento do Viagra que as indústrias farmacêuticas se empenharam em rebatizar a antiga e esquecida categoria da andropausa como Daem com o intuito de associá-la às terapias com testosterona. Rohden demonstra como o número de artigos biomédicos sobre Daem aumentou de modo exponencial a partir de 2001. Outra semelhança refere-se à ampliação dos potenciais consumidores das terapias de testosterona ao associar o Daem a idades mais jovens, como ocorreu no caso das mulheres. De início, os artigos apontavam que o distúrbio afetaria cerca de 30% dos homens entre 50 e 60 anos. Pouco a pouco, a ênfase recaiu sobre grupos mais jovens. Um artigo publicado em 2002, na *Veja* (revista semanal de grande circulação no Brasil), por exemplo, sugere que homens a partir dos 35 anos já poderiam sofrer os efeitos da queda hormonal. Estas reportagens trazem relatos de médicos líderes de opinião e fornecem informações sobre o Nebido, injeção de testosterona comercializada pela Bayer. Estes discursos incentivam os homens a realizarem a dosagem de testosterona e envolvem a “promoção de modelos de comportamento centrados na valorização do corpo jovem, saudável e sexualmente ativo” (ROHDEN, 2011, p.163).

4.4 Sexualidade feminina ‘pós-Viagra’

Em contraste com a história que acabamos de mostrar, até a última década do século XX havia pouco investimento nos estudos dos aspectos orgânicos das disfunções sexuais femininas (DSFs). Era sobretudo dentro do paradigma do casal que a sexualidade feminina era concebida e tratada, com ênfase nos aspectos comportamentais e psicológicos. A partir do lançamento do Viagra, em 1998, é possível identificar um aumento exponencial dos discursos sobre sexualidade feminina. Este renovado interesse pode ser atestado tanto pelo aumento de artigos nos periódicos científicos, quanto na mídia (FISHMAN, 2004; ANGEL, 2012; FARO, 2008).

Assim como no caso da disfunção erétil, as conferências de consenso foram acionadas como *loci* de produção de nomenclaturas e definições mais compatíveis com tratamentos farmacológicos.¹³⁶ As primeiras conferências de consenso que tiveram como tema as DSFs ocorreram no final dos anos 1990 e foram organizadas e patrocinadas por diversos laboratórios farmacêuticos. Nesses encontros, profissionais de renome no meio acadêmico e na urologia estabeleceram pontos de consenso em torno das DSFs, à semelhança do que ocorreu com as disfunções sexuais masculinas. O artigo que reporta os resultados de um destes encontros (realizado a portas fechadas apenas com ‘experts’ convidados pelas indústrias farmacêuticas, em 1998) foi publicado em 2000, no *Journal of Urology*, fato que aponta para a importância da rede sociotécnica da urologia na promoção das DSFs. O documento, amplamente citado na literatura biomédica produzida mais tarde, foi assinado por 19 autores(as), 18 dos quais declararam conflito de interesses devido às articulações com os laboratórios farmacêuticos. Além de consensos sobre as definições e classificações das DSFs, o encontro estabeleceu as necessidades e prioridades das futuras pesquisas, a saber: pesquisas epidemiológicas, estudos anatômicos, mecanismos biológicos e neurofisiológicos da resposta sexual feminina, efeitos da idade e da menopausa no funcionamento sexual feminino, desenvolvimento de aparelhos de medida e instrumentos para avaliação de aspectos fisiológicos da resposta sexual feminina. Encorajaram também ensaios clínicos com agentes vasoativos e terapias à base de esteroides (BASSON et al., 2000, p.890-1).

4.4.1 Consenso de Princeton

A conferência de consenso realizada em Princeton (New Jersey, EUA), no ano de 2001, tornou-se importante marco no campo, referência constante nos artigos da medicina sexual e também nos congressos observados na presente pesquisa. A principal conferência até aquele momento havia sido a de 1998 (BASSON et al., 2000) que redefiniu a classificação para ‘disfunções sexuais femininas’. A novidade da conferência de Princeton consiste na mudança de estratégia classificatória, ao propor a ‘síndrome da insuficiência androgênica’. Além disso, a ‘receptividade’ que até esse momento fazia parte do jargão da endocrinologia, mas não do da sexologia, é incorporada no jargão das disfunções sexuais (femininas, claro).

O termo ‘insuficiência androgênica feminina’ foi proposto como uma *nova descrição ou termo diagnóstico* para ser aplicado em circunstâncias específicas descritas a seguir.

¹³⁶ Para uma análise detida das conferências de consenso sobre disfunções sexuais femininas, ver Tiefer (2001) e Fishman (2003).

Diretrizes para a avaliação e diagnóstico da insuficiência androgênica em mulheres foram consideradas em detalhe, e desenvolvido um novo guia diagnóstico ou algoritmo. Recomendações específicas para testagens laboratoriais foram propostas¹³⁷ (BACHMANN et al., 2002, p.661).

Além da mudança na nomenclatura, a categoria ‘bem-estar’ ganhou destaque. Enquanto o artigo que reporta a conferência de 1998 não menciona em nenhum momento ‘bem-estar’, em Princeton a relação deste com os androgênios surge como questão fundamental: “a conseguinte declaração foi desenvolvida em relação ao papel dos andrógenos na saúde e bem-estar das mulheres” (BACHMANN et al., 2002, p.661).¹³⁸

Os autores propuseram uma definição da síndrome que consideram ‘conservadora’, em função das limitações dos exames laboratoriais. Por ‘conservadora’ eles se referem ao diagnóstico que combina três tipos de critério: sintomas clínicos reportados pela paciente, resultados laboratoriais de mensuração da testosterona livre¹³⁹ e que se aplica apenas nos casos de mulheres ‘estrogenizadas’. São listados três sintomas clínicos: 1) senso de bem-estar diminuído ou humor disfórico; 2) fadiga sem explicação, persistente; e 3) mudanças na função sexual, incluindo libido diminuída, *receptividade sexual* e prazer. São citados também outros sinais e sintomas potenciais: perda óssea, força muscular diminuída, mudanças na cognição e memória. Segundo os especialistas, estes sintomas são ‘não específicos’, sendo necessário outros parâmetros para fechar o diagnóstico. O segundo critério proposto refere-se à necessidade de a ‘paciente’ estar ‘estrogenizada’. Isso significa que o diagnóstico de ‘síndrome da insuficiência androgênica’ somente se aplica a mulheres que ainda menstruam com regularidade ou às que estão na menopausa e submetidas à reposição hormonal com estrogênio. Qual a justificativa para o estabelecimento deste pré-requisito? Os autores mencionam os efeitos do estrogênio no humor, no bem-estar psicológico e na função sexual: “[...] posto que os efeitos dos estrógenos são fortemente ligados ao humor, bem-estar psicológico e função sexual em mulheres, um diagnóstico de insuficiência androgênica somente deve ser feito em mulheres que estão adequadamente estrogenizadas”

¹³⁷ No original: “The term ‘female androgen insufficiency’ was proposed as a new descriptive or diagnostic term to be applied in specific circumstances described below. Guidelines for assessment and diagnosis of androgen insufficiency in women were considered in detail, and a new diagnostic guide or algorithm was developed. Specific recommendations for laboratory testing were proposed”.

¹³⁸ No original: “On the basis of the evidence presented, the following consensus statement was developed concerning the role of androgens in women’s health and well-being”.

¹³⁹ Os exames laboratoriais de testosterona medem os níveis séricos deste hormônio em duas formas: livre e ligada a uma proteína, que pode ser a globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG) ou albumina. Quando a testosterona se encontra ligada à SHBG, ela não pode entrar nos tecidos, perdendo sua ação androgênica. É chamada de testosterona biodisponível a soma da testosterona livre e da testosterona ligada à albumina (BRAUNSTEIN, 2006, p.S110). Voltaremos a esse ponto no capítulo 7.

(BACHMANN et al., 2002, p.663).¹⁴⁰ Não há nenhuma explicação adicional além desta justificativa um tanto vaga, apenas o direcionamento para dois artigos do suplemento que acompanha o número no qual foi publicado o consenso. Estariam eles sugerindo que não é possível distinguir entre sintomas decorrentes da síndrome da insuficiência androgênica e da ausência de estrogênios?¹⁴¹

Por fim, o último fator a ser considerado para compor o quadro diagnóstico refere-se aos resultados dos exames laboratoriais. Destacam-se as dificuldades técnicas com os métodos disponíveis para a mensuração de andrógenos, bem como a ausência de limiares estabelecidos para a composição da síndrome. Desta forma, os autores fazem uma sugestão, adjetivada por eles próprios como ‘arbitrária’, de considerar como limiar para o diagnóstico os casos em que o valor da testosterona livre é igual ou menor do que o quartil inferior da faixa considerada normal para a idade reprodutiva, entre 20 e 40 anos. Estabelece-se, portanto, um corpo hormonal jovem que deve ser mantido como referência ideal para todas as faixas etárias da vida da mulher adulta.

Em suma, o consenso de Princeton forneceu um novo diagnóstico cujo potencial de aplicação é gigantesco. Os sintomas clínicos são difusos e coincidem com características da velhice, ou mesmo de uma vida estressante. O ponto de corte para os resultados dos exames laboratoriais inclui 25% do que é considerado a faixa de normalidade para mulheres entre 20 e 40 anos. Ou seja, nos casos das mulheres na idade reprodutiva, passa a ser considerado uma insuficiência aquilo que convencionalmente é classificado como normal. Nos casos de mulheres mais velhas, estabelece um novo padrão, baseado na idade reprodutiva. Em ambos os casos, trata-se da produção de uma nova norma. A lista das etiologias surpreende ao considerar o uso de contraceptivos orais e a própria reposição hormonal com estrogênios causa da insuficiência, tornando o mercado potencial de consumidores ainda mais ampliado.

Em *Endocrinologia feminina e andrologia: Manual prático para endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e médicos com interesse na área*, de Fernandes et al. (2012), há um capítulo intitulado ‘Uso de andrógenos em mulheres’ que define a ‘síndrome da deficiência androgênica’:

¹⁴⁰ No original: “[...] since estrogen effects are also strongly linked to mood, psychological well-being, and sexual function in women, a diagnosis of androgen insufficiency should only be made in women who are adequately estrogenized”.

¹⁴¹ Nos tecidos, a testosterona pode se ligar a um receptor androgênico, desencadeando sua ação androgênica, ou pode se transformar em outros hormônios como a di-hidrotestosterona (DHT) ou ao estradiol, pela ação de enzimas (5-alfa-redutase e aromatase, respectivamente). A DHT também se liga aos receptores androgênicos e é ‘mais potente’ que a testosterona, enquanto o estradiol se liga aos receptores estrogênicos (BRAUNSTEIN, 2006, p.S110). Na prática, isso significa que a ação da testosterona pode desencadear efeitos estrogênicos, através da sua conversão prévia em estrógenos.

A síndrome da insuficiência androgênica na mulher (SIA) tem despertado inúmeras discussões e controvérsias. O estado de deficiência androgênica se manifesta insidiosamente por diminuição da função sexual, do bem-estar e de energia, por fadiga, emagrecimento, instabilidade vasomotora, alterações na composição corporal e perda de massa óssea. Entretanto, esses sintomas são potencialmente atribuíveis a diferentes etiologias, dificultando um diagnóstico adequado. O diagnóstico da SAI parece ser essencialmente clínico, não havendo evidências atuais da necessidade de realização de exames laboratoriais para sua comprovação. (FERNANDES et al., 2012, p.347)

4.4.2 Produtos e medicamentos para as disfunções sexuais femininas

Ensaio clínico com o citrato de sildenafila para o tratamento de ‘disfunção da excitação’ em mulheres foram conduzidos pela Pfizer após o lançamento do Viagra, em 1998 (FISHMAN & MAMO, 2001). Não é de se estranhar que, depois de ter sido aprovado para a disfunção erétil, o Viagra tenha sido testado para a categoria ‘equivalente’ nas mulheres.¹⁴² Antes mesmo da conclusão dos ensaios clínicos com mulheres, a Pfizer iniciou uma campanha não oficial para incentivar médicos a prescreverem Viagra para mulheres (FISHMAN, 2004). Indicar um medicamento para uma categoria diagnóstica diferente daquela para a qual foi aprovado – o uso *off-label* – é permitido aos médicos no contexto norte-americano. Note-se, no entanto, que às indústrias produtoras fica proibido o marketing direto ao público para outras indicações diferentes da que foi, por assim dizer, ‘cadastrada’ na *FDA*. Ou seja, os médicos podem prescrever *off-label*, mas as indústrias não podem propagandar este uso diretamente aos consumidores.

Uma forma utilizada pela Pfizer para contornar esta proibição consistiu em estabelecer alianças com profissionais de grande projeção midiática que pudessem estimular o uso de seu produto entre o público consumidor. Esses especialistas, como vimos, são denominados pelas indústrias ‘líderes de opinião’ (LAKOFF, 2006). As irmãs Jennifer e Laura Berman, urologista e psiquiatra, respectivamente, foram as médicas escolhidas pela Pfizer para divulgar o uso do Viagra entre mulheres. Elas atuaram de forma intensa na promoção do uso *off-label* da pílula azul para disfunções sexuais femininas enquanto a Pfizer conduzia os ensaios clínicos visando ampliar, junto ao *FDA*, a indicação para comercialização. Sua

¹⁴²A disfunção erétil é um transtorno que era, à época, definido no subgrupo das disfunções da excitação. Segundo a versão do ciclo da resposta humana disponível no DSM-IV, excitação corresponderia, na mulher, à “vasocongestão da pélvis, lubrificação e expansão vaginal e inchaço da genitália externa [...] e sensação subjetiva de prazer sexual” (APA, 1995).

atuação se deu no meio médico, na grande mídia, e mesmo por meio de um livro dirigido ao público leigo (MOYNIHAN & MINTZES, 2010).

Os resultados dos ensaios clínicos mostraram que o Viagra não diferiu tanto assim do placebo em mulheres, colocando em evidência uma importante questão, a saber, o papel dos médicos nas estratégias de marketing de um medicamento antes que sua ‘eficácia’ tivesse sido testada, contornando a legislação vigente. As fronteiras entre prática médica e interesses de mercado mostram-se esfumaçadas, imprecisas ou mesmo inexistentes: uma ficção.

Ao mesmo tempo em que o Viagra estava sendo testado em mulheres, outros produtos foram desenvolvidos visando às disfunções sexuais femininas. Foram conduzidos ensaios clínicos testando medicamentos com testosterona (nenhum deles obteve a aprovação da *FDA* para a comercialização até a presente data)¹⁴³ e um curioso aparelho mecânico denominado Eros-CTD®¹⁴⁴ foi aprovado pela *FDA* como terapêutica para as DSFs, em abril de 2000.

O *website* de divulgação do Eros-CTD¹⁴⁵ descreve seus efeitos em linguagem médica, prometendo melhorar o fluxo sanguíneo no clitóris e na genitália por meio de sucções, garantindo um aumento da excitação e da satisfação sexuais. Em um vídeo de divulgação do produto,¹⁴⁶ seu uso foi cuidadosamente construído como forma de tratamento e não como meio para obtenção de prazer, conforme já apontaram Fishman e Mamo (2001, p.188). Essas autoras analisaram as propagandas do Eros-CTD e concluíram que o produto foi colocado no mercado como uma ‘tecnologia generificada’, uma vez que *scripts* culturais normativos de sexualidade feminina (e masculina) eram acionados e reforçados nos materiais de marketing. A estimulação pelo Eros deveria ser feita de forma privativa e destituída de caráter sexual. A estratégia de configurar a estimulação do clitóris como terapia enfatizava que o propósito do aparelho era ‘preparar’ a mulher para a relação sexual heterossexual, esta sim apresentada como situação apropriada para obtenção do prazer. As mensagens promoviam o Eros-CTD como um dispositivo que não deveria substituir a relação com penetração, sendo seu uso prolongado estimulado como um meio para obtenção da ‘habilidade melhorada’ de alcançar o orgasmo *com o parceiro*. Fishman e Mamo assinalam que o material de propaganda do Eros veicula representações da mulher como *responsável* por se apresentar disponível para a realização da ‘potência masculina’. É interessante perceber que o aparelho – que continua

¹⁴³ No próximo capítulo, analisaremos os artigos que reportaram os resultados dos ensaios clínicos com o Intrinsa, um adesivo de testosterona que foi comercializado na Europa.

¹⁴⁴ CTD é a abreviação de *clitoral therapy device* (FISHMAN & MAMO, 2001).

¹⁴⁵ Disponível em: <http://eros-therapy.com>. Acesso em 25/04/2016.

¹⁴⁶ O vídeo está disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=N9c3fv6vfeg>. Acesso em 19/01/2014.

sendo comercializado em 2016 – não se tornou um *best seller*, permanecendo quase desconhecido nos Estados Unidos (e, no Brasil, totalmente).

Tão logo as indústrias farmacêuticas começaram a desenvolver produtos voltados para a sexualidade feminina, foi fundado o ‘Grupo de Trabalho sobre uma Nova Visão dos Problemas Sexuais de Mulheres’,¹⁴⁷ em 2000. Trata-se de um movimento formado por ativistas feministas cujo propósito declarado é “desafiar as mensagens distorcidas e simplificadas sobre sexualidade que a indústria farmacêutica necessita para vender suas novas drogas”.¹⁴⁸ O grupo reúne pesquisadoras acadêmicas que contribuíram com a produção de artigos, teses e livros que exploram os dilemas das leituras médicas da sexualidade, entre as quais se destaca Leonore Tiefer, principal porta-voz do grupo.¹⁴⁹ A campanha atuou intensamente junto à *Food and Drug Administration (FDA)* com o intuito de impedir a comercialização de fármacos para mulheres, argumentando sobre a falta de uma compreensão mais complexa da sexualidade feminina, apontando a falta de evidência de eficácia das drogas e seus efeitos colaterais e chamando a atenção para os interesses econômicos envolvidos no empreendimento. O ativismo junto à *FDA* foi exitoso, postergando o lançamento do primeiro medicamento voltado para as DSFs por mais de uma década. A comercialização do *Intrinsa* foi negada pela primeira vez em 2004. O mesmo aconteceu com o *Addyi*, um antidepressivo com a substância flibanserina, também dirigido ao TDSH em mulheres, que falhou em obter a permissão da *FDA* em 2010 e em 2013 (DUSENBERY, 2016).

Como contrapartida, os laboratórios farmacêuticos articularam-se a profissionais da medicina sexual e lançaram, em 2013, a campanha *Even the Score* – este nome traz a ideia de ‘compensar o placar’, uma alusão à assimetria no número de drogas pró-sexuais aprovadas para homens e mulheres. No *website*, a seção intitulada ‘sobre nós’ exhibe a seguinte descrição: “Uma campanha para a equidade sexual de mulheres foi criada para dar voz às mulheres americanas que acreditam ter chegado o tempo de nivelar o campo de ação no tratamento das disfunções sexuais de mulheres” (tradução nossa).¹⁵⁰ Note-se que a linguagem do feminismo foi acionada como o argumento principal da campanha. A esse respeito, Fausto-Sterling ironiza, qualificando o emprego da noção de ‘equidade de gênero em saúde sexual’

¹⁴⁷ No original: “The Working Group on A New View of Women's Sexual Problems”.

¹⁴⁸ No original: “The New View Campaign was formed in 2000 as a grassroots network to challenge the distorted and oversimplified messages about sexuality that the pharmaceutical industry relies on to sell its new drugs”. Disponível em: <http://www.newviewcampaign.org/>. Acesso em 16/01/2014.

¹⁴⁹ Parte deste material está disponível no *website* do grupo: www.newviewcampaign.org.

¹⁵⁰ No original: “A campaign for women’s sexual health equity was created to serve as a voice for American women who believe that it’s time to level the playing field when it comes to the treatment of women’s sexual dysfunction.” Disponível em: www.eventhescore.org. Acesso em 21/04/2016.

no *lobbying* farmacêutico como um “sequestro bem-sucedido das preocupações feministas com a saúde das mulheres” (FAUSTO-STERLING, 2015).

Em 2015, o Addyi finalmente obteve a licença da *FDA* e tornou-se o primeiro medicamento aprovado para o tratamento do desejo sexual nos Estados Unidos. O caso Addyi, que não analisaremos aqui, tem sido controverso. Questiona-se, sobretudo, sua eficácia e segurança. Em um dos EC da droga, denominado BEGONIA, dois instrumentos foram utilizados para a avaliação de sua eficácia para aumentar o desejo e a quantidade de atividades sexuais. Em relação a este último aspecto, entre 9% e 14% das mulheres que receberam a droga reportaram uma média de 4,4 episódios ‘sexualmente satisfatórios’ contra 3,7 no grupo que recebeu placebo. Para o restante do grupo com o medicamento, algo compreendido entre 86% e 91%, não houve diferenças em relação ao grupo placebo na frequência de atividades sexuais ‘satisfatórias’. Os resultados foram similares em relação aos efeitos sobre o desejo, avaliados por meio de um questionário especialmente desenvolvido para o ensaio clínico.¹⁵¹ Entre os efeitos colaterais, há especial preocupação com o fato de que, quando combinado com álcool, aumenta o risco de pressão baixa sanguínea severa e desmaios. Há ainda problemas de interações similares com diversos medicamentos de uso comum, como determinados antifúngicos. No dia seguinte à aprovação na *FDA*, Sprout – a indústria que obteve a permissão da *FDA* para fabricar o Addyi – vendeu a patente do medicamento para a Valeant Pharmaceuticals por um bilhão de dólares e participação futura nos lucros (FAUSTO-STERLING, 2015, p.2).

Fausto-Sterling aponta a *Even the Score*, campanha em parceria com a National Organization for Women e com a Society for Women’s Health Research, como o fator preponderante na mudança da postura da *FDA* e consequente aprovação do Addyi. O argumento básico da campanha era o de que havia 26 drogas sexuais aprovadas para homens, enquanto para as mulheres a *FDA* teria dificultado a comercialização, resultando em ‘desigualdade de gênero’. Aprovar ou não o medicamento tornou-se, publicamente, uma questão de ‘equidade de gênero’ e a *FDA* foi acusada de discriminar as mulheres, negando-lhes a possibilidade de tratamentos sexuais. Fausto-Sterling (2015, p.3) conclui, com certa ironia: “Quem poderia questionar isso?”¹⁵²

¹⁵¹ Fausto-Sterling (2015) alerta para o fato de que em ensaios clínicos anteriores que testaram o medicamento, foram utilizados ‘diários’ e não questionários para avaliar os resultados em relação ao desejo e não houve diferença estatisticamente significativa em relação a este aspecto na comparação com o grupo placebo. Esse ‘pequeno detalhe’ revela a influência do desenho do ensaio clínico nos resultados obtidos.

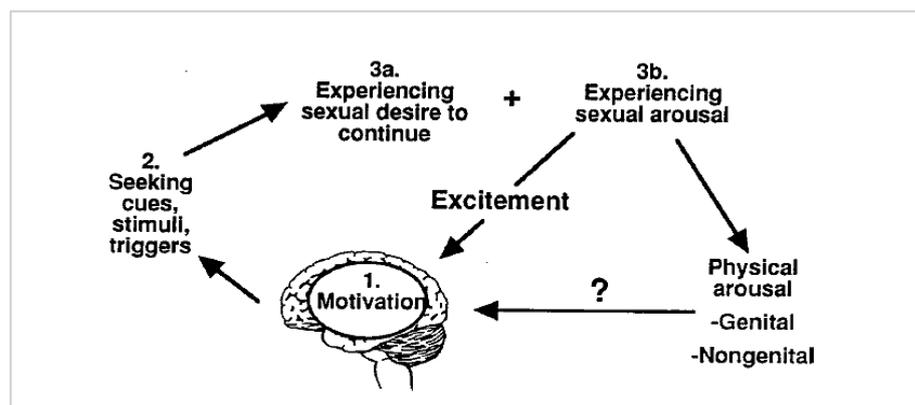
¹⁵² No original: “Who could stand up in the face of that?”

4.4.3 Generificando o ciclo da resposta sexual humana e o desejo

Rosemary Basson, no mesmo ano em que assinou como primeira autora o artigo da conferência de consenso realizada em 1998, publicou um artigo que se tornaria a principal referência sobre o ciclo da resposta sexual em mulheres na medicina sexual. Seu argumento principal é o de que as versões de Masters e Johnson e Kaplan seriam apropriadas para caracterizar o *início de um relacionamento*, mas insuficientes para descrever as experiências sexuais de mulheres em relações de *longa duração*. Basson (2000) propôs, então, um modelo alternativo no qual a resposta sexual das mulheres foi concebida como sendo mais ligada a ‘necessidades de intimidade’ do que à ‘necessidade por excitação sexual física’ (BASSON, 2000, p.51).

De acordo com a autora, muitas mulheres são satisfeitas sexualmente, mas não têm ‘desejo sexual espontâneo’, elas teriam ‘desejo responsivo’. O novo ciclo parte da premissa de que algumas mulheres apresentam ‘neutralidade’ em relação ao desejo, mas são ‘responsivas’ nas situações em que há uma ‘oportunidade sexual’ com ‘estímulo’. As ‘oportunidades sexuais’ seriam as investidas de um parceiro (ou parceira) ou ainda motivações de outra ordem, como ‘benefícios potenciais’ e ‘recompensas’. Basson enfatiza a importância de determinados ‘componentes’ para a sexualidade feminina, como confiança, intimidade, respeito, comunicação, afetividade, prazer no toque, entre outros aspectos não exclusivamente sexuais (BASSON, 2000, p.52). Trata-se de um processo cognitivo, um modelo que atribui ao cérebro um papel central. No artigo de Basson, uma figura cujo título é ‘componente motivacional do desejo de mulheres’ exhibe o desenho de um cérebro com um círculo desenhado em seu interior no qual se lê a palavra ‘motivação’.

Figura 7 – O componente motivacional do desejo de mulheres, segundo Rosemary Basson



Basson compara as definições de desejo sexual hipotivo segundo o DSM-IV e aquela proposta no consenso de 1998, destacando que a principal diferença entre elas reside na introdução do conceito de ‘receptividade’ na conferência de consenso. Em 1998, o transtorno do desejo sexual hipotivo (TDSH) foi definido como deficiência (ou ausência) recorrente ou persistente de fantasias sexuais, pensamentos, desejo para atividade sexual (só ou com o parceiro) e incapacidade para responder aos convites sexuais que poderiam desencadear o desejo sexual responsivo. Esses ‘sintomas’ deveriam causar ‘sofrimento pessoal’ para caracterizar uma disfunção (BASSON, 2000, p.55). A autora chama a atenção para a importância de despatologizar as mulheres com o ‘desejo responsivo’. O TDSH passava a ser conceituado como apropriado apenas para os casos em que o ‘desejo espontâneo’ e o ‘responsivo’ estivessem comprometidos, causando ‘sofrimento’ a essa mulher. Daí deriva a importância da distinção entre ‘desejo sexual responsivo’ e ‘desejo sexual espontâneo’.

A assimilação do esquema de Basson significou um retorno aos modelos que privilegiam as diferenças de sexo/gênero na sexualidade. Destaca-se também a incorporação do conceito de ‘receptividade’. Essa ideia que fora tão comum no campo da endocrinologia, como vimos no capítulo anterior, não fora até então reeditada na sexologia clínica, ainda que Masters tenha tido estreita relação com aquele campo.

4.4.4 DSM-V: desejo apenas para homens

Em 2013, a APA lançou a quinta versão do DSM, com modificações em relação às ‘disfunções sexuais’. É especialmente relevante para nossa análise a substituição do TDSH pelo ‘Transtorno da Excitação/Interesse Sexual Feminino’ (TEISF) e a introdução da noção de ‘receptividade’. Um primeiro aspecto a ser destacado é que o TDSH permaneceu no manual enquanto um diagnóstico aplicável apenas aos homens e o novo transtorno surge como especificamente feminino: “Por definição, o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino aplica-se somente às mulheres” (APA, 2013, p.436).

De acordo com o DSM-V, o diagnóstico de transtorno da excitação/interesse sexual aplica-se nos casos em que mulheres relatem pelo menos três de uma lista com seis ‘indicadores’ especificados no critério A, por um período de no mínimo seis meses (critério B), que causem ‘sofrimento clinicamente significativo’. E o critério D postula ainda quatro situações nas quais os sintomas do critério A não deveriam ser diagnosticados como TEISF, a saber, quando ‘a disfunção sexual’ é mais bem explicada como um transtorno mental não

sexual ou quando é uma consequência de ‘perturbação grave do relacionamento’ como ‘violência do parceiro’, se deriva de outros ‘estressores importantes’ ou se é um efeito provocado pelo uso de alguma substância ou medicamento.

Alyson Spurgas (2013, p.188) analisou a trajetória das categorias diagnósticas relacionadas ao desejo, alertando para o novo foco na ‘receptividade feminina’ embutido no TISEF do DSM-V.

Tabela 2 – Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, DSM-V

Crítérios diagnósticos
A. Ausência ou redução significativa do interesse ou da excitação sexual, manifestada por pelo menos três dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência ou redução do interesse pela atividade sexual. 2. Ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas. 3. Nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente, ausência de receptividade às tentativas de iniciativa feitas pelo parceiro. 4. Ausência ou redução na excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75% a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos). 5. Ausência ou redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer indicações sexuais ou eróticas, internas ou externas (p.ex., escritas, verbais, visuais). 6. Ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75% a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).
B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de cerca de seis meses.
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento (p.ex., violência do parceiro) ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Fonte: APA, 2013

A autora procura demonstrar as formas pelas quais as representações generificadas sobre a sexualidade são (re)produzidas e reforçadas nos esquemas diagnósticos, nos protocolos de tratamento das DSFs e nos paradigmas de pesquisa relacionados ao manejo do desejo. Assim, aponta que a literatura clínica sobre DSF tem caracterizado o desejo sexual feminino como mais passivo, receptivo, responsivo e complexo, enquanto para homens o desejo é caracterizado como mais espontâneo, dirigido, iniciativo e constante. A autora está particularmente preocupada com o que chama de uma “obsessão cultural” com a sexualidade feminina vista como desviante de um modelo linear, atribuído aos homens e com as consequências de se conceber apenas a sexualidade feminina como complexa e não linear. Para Spurgas, as concepções que permeiam as pesquisas científicas configuram um movimento retrógrado nas relações sexuais e de gênero (SPURGAS, 2013, p.191-5).

As disfunções sexuais listadas no DSM-V incluem ‘ejaculação retardada’, ‘transtorno erétil’, ‘transtorno do orgasmo feminino’, ‘transtorno do interesse / excitação sexual feminino’, ‘transtorno da dor gênito-pélvica / penetração’, ‘transtorno do desejo sexual masculino hipoativo’, ‘ejaculação prematura (precoce)’, ‘disfunção sexual induzida por substância / medicamento’, ‘outra disfunção sexual especificada’ e ‘disfunção sexual não especificada’.

Um aspecto a ser destacado em relação ao DSM-V diz respeito a um pequeno texto geral que abre a seção das disfunções sexuais, e que as define como sendo formadas por um “[...] grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (APA, 2013, p.423). Assim, dois tipos de perturbação são especificados, *capacidade de responder sexualmente* ou de *experimentar prazer sexual*. Essa definição inicial, quando analisada em conjunto com a generificação dos transtornos, e com a literatura que embasa o diagnóstico, abre espaço para ser interpretada como sendo uma oposição entre transtornos femininos e masculinos.

4.5 Libido/desejo e testosterona: entre a caixa-preta e as incertezas dos dados disponíveis

Com os recortes genealógicos até aqui delineados, percebemos que a ‘libido’ foi vista, no campo da neuroendocrinologia, como uma característica masculina até os anos 1980. Na sexologia clínica, a formulação de Masters e Johnson do ciclo da resposta sexual não tratava dessa questão, focalizando, ao invés disso, o orgasmo. No final dos anos 1970, quando, na neuroendocrinologia, a sexualidade feminina começava a ser investigada nas pesquisas como tendo um conteúdo (e não apenas a ausência de comportamentos sexuais ou pela passividade), a sexologia clínica incorporou o desejo como uma das fases do ciclo da resposta sexual. A vinculação entre a libido e os androgênios, inclusive a testosterona, embora tenha sido apontada desde os anos 1940, permaneceu pouco explorada até pelo menos os anos 1980.

No contexto da biomedicalização, impulsionada pelo impressionante sucesso dos medicamentos voltados para a disfunção erétil, a ligação entre sexualidade feminina e testosterona difundiu-se tanto no meio médico, quanto entre o público leigo.

Vale destacar que pesquisadoras neurofeministas da rede *NeuroGenderings*¹⁵³ têm demonstrado a complexidade das interações entre testosterona e comportamentos.

¹⁵³ Para uma excelente cartografia da rede *NeuroGenderings*, ver Nucci (2015).

Apontamos, na epígrafe desse capítulo, o contraste entre a perspectiva que toma a associação entre testosterona e desejo como um fato científico inquestionável e aquelas que observam as inconsistências produzidas pelos saberes científicos e biomédicos a esse respeito. Em especial Sari Anders (Van ANDERS; STEIGER; GOLDEY 2015), citada na epígrafe, têm investigado a relação entre comportamentos e testosterona e têm elaborado novos modelos que possam reconceituar as articulações entre os planos que tradicionalmente opomos como ‘biológicos’ ou ‘social’. Apoiadas nas críticas feministas à ciência, estas estudiosas vêm desenvolvendo pesquisas ‘básicas’, ‘de laboratório’, procurando evitar as posições dualistas que caracterizam a ciência moderna.

Entretanto, mesmo Rosemary Basson, personagem central da medicina sexual contemporânea, dá algumas pistas de como essa vinculação é menos óbvia do que se supõe:

Dado que a perda de desejo sexual em homens em conjunto com a perda de ereções noturnas, o volume da ejaculação e a facilidade em obter um orgasmo estão todos relacionados a níveis de testosterona sérica bastante abaixo do limite normal mais baixo, é razoável considerar se a falta de testosterona em mulheres modula seu desejo e função sexual. *Nós não temos evidência científica sólida de que isso seja assim. Os níveis séricos de testosterona não se correlacionam com a função sexual das mulheres segundo amplos estudos epidemiológicos [...].* Têm-se suposto que dois empecilhos têm impedido a demonstração da associação entre baixa testosterona e disfunções sexuais em mulheres. O primeiro são as dificuldades com os testes disponíveis que foram originalmente projetados para medir a variação masculina da testosterona. Esperava-se que os estudos que usam os testes mais sensitivos ‘padrão ouro’, ou seja, aqueles que empregam a espectrometria de massa, demonstrassem a correlação entre a função sexual de mulheres e a testosterona sérica assim medida. No entanto, um estudo recente com 121 mulheres com TDSH e 124 mulheres do grupo controle *não achou diferença em termos de testosterona sérica medida por espectrometria de massa [...].* O segundo empecilho foi a inabilidade de medir a testosterona intrácrina até a última década. Estudos têm demonstrado uma grande variação nos metabólitos andrógenos em mulheres, mais notadamente androsterona glicuronídea (ADT-G), seja qual for o grupo etário dado [...]. Estes metabólitos refletem a atividade total dos andrógenos, ou seja, ovariana mais intrácrina. O declínio esperado nos metabólitos andrógenos com a idade foi confirmada. Recentemente, os níveis de ADT-G foram comparados em 121 mulheres com TDSH e em 124 mulheres sem, *e nenhuma diferença entre os grupos foi achada [...].* (BASSON, 2010, p.158, grifo nosso, tradução nossa).¹⁵⁴

¹⁵⁴ “Given the loss of sexual desire in men along with the loss of nocturnal erections, ejaculate volume and ease of obtaining an orgasm are all associated with serum levels of testosterone well below the lower limit of normal, it is reasonable to consider whether testosterone lack in women modulates their sexual desire and function. We do not have sound scientific evidence that this is so. Serum levels of testosterone do not correlate with women’s sexual function according to large epidemiological studies [...]. It has been assumed that two confounds have precluded showing an association between low testosterone and women’s sexual dysfunction. The first has been the difficulties with a available assays that were originally designed to measure male range of testosterone. Studies using the more sensitive ‘gold standard’ assays that is, those employing mass spectrometry, were expected to show a correlation between women’s sexual function and serum testosterone so measured. However, a recent study of 121 women with HSDD and 124 control women found no group difference in terms of mass spectrometry-measured serum testosterone [...]. The second confound was the inability to measure intracrine testosterone until the last decade. Studies have now shown a wide range in androgen metabolites, most notably androsterone glucuronide (ADT-G), among women of any given age group [...]. These metabolites reflect the total androgen activity, that is, ovarian plus intracrine. The expected decline in androgen metabolites with age

A falta de consenso sobre a relação entre os níveis séricos de testosterona e a função sexual foi também apontada por Braunstein (2006), em artigo amplamente referenciado nos congressos observados na presente pesquisa. A autora citou oito estudos que teriam encontrado correlação entre níveis de testosterona, atividade sexual, impulso sexual (*sex drive*), excitabilidade, frequência de masturbação e de relações sexuais (*intercourse*) e sete artigos que falharam em demonstrar tal associação. Curiosamente, os artigos por ela citados são mais antigos, a maior parte publicada na década de 1980 (oito), alguns nos anos 1990 (cinco) e o mais recente de 2002 (BRAUNSTEIN, 2006, p.S110). Como os médicos brasileiros, em especial ginecologistas e profissionais vinculados à medicina sexual têm concebido a associação entre testosterona, desejo e libido? Como as diferenças de gênero são elaboradas nos discursos sobre a sexualidade feminina?

Passemos, pois, aos dados etnográficos.

PARTE III
Articulações em campo

Tem ficado claro que toda versão de um “outro”, onde quer que seja encontrada, é também a construção de um “si” e fazer textos etnográficos [...] tem sempre envolvido um processo de “auto-modelamento” [...]. *Poesis* cultural – e política – é a reconstrução de nós e de outros através de exclusões, convenções e práticas discursivas específicas.
(*James Clifford, tradução nossa*)

5. CONGRESSOS MÉDICOS: ENTRE ‘AULAS’ E O SHOW DO INTERVALO

5.1 Chegada no campo: entre ‘aulas’ e o show do intervalo

O trabalho de campo desta pesquisa iniciou-se na 55ª edição do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia realizado em novembro de 2013, com quatro dias de duração. O congresso é bienal e organizado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a maior instituição desta área no Brasil, fundada em 1959. O evento aconteceu no Centro de Convenções da Bahia, em Salvador (com 57.000 m² de área construída). Não obtive acesso ao número de participantes, mas sei que a edição de 2015 contou com 5.747 inscritos.¹⁵⁵

Após receber na secretaria do evento o crachá e os materiais de praxe distribuídos nestes encontros (programação, folhetos variados e uma bolsa com a logotipo do evento), adentrei o portal de acesso ao congresso. O primeiro piso era inteiramente destinado ao espaço denominado como ‘área de exposição’ no livreto com conteúdo programático do evento.¹⁵⁶

Os estandes variavam em relação ao tamanho e sofisticação, sendo a maior parte os das indústrias farmacêuticas. Havia também estandes de associações profissionais, de outras empresas de biotecnologia, de livrarias especializadas e alguns destinados à venda de pacotes de turismo. Todos concentrados no primeiro andar. Os outros dois pisos destinavam-se à ‘programação científica’, que acontecia em salas, auditórios e na área de exposição dos pôsteres.¹⁵⁷

A distinção entre uma área reservada aos ‘expositores’ e outra à ‘programação científica’ configura a oposição descrita por Ravelli entre o *espaço das marcas* e o *espaço das moléculas* (RAVELLI, 2012, p.139). O autor realizou, na França, a etnografia de congressos de infectologia. Essa distinção ocorre em função de normatizações do setor, as quais proíbem

¹⁵⁵ Nem mesmo após diversos contatos com a Febrasgo e com a empresa que organizou o evento consegui a informação sobre o número de inscritos.

¹⁵⁶ Já no segundo evento observado, o Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa, os estandes eram listados em uma sessão do livreto com a programação cujo subtítulo era ‘expositores/patrocinadores’, uma expressão mais precisa para a participação das indústrias nos congressos.

¹⁵⁷ No térreo não havia atividade, apenas o acesso às escadas rolantes (que não funcionaram durante o evento) ou aos elevadores, os quais não davam conta da demanda, gerando filas de espera que podiam ser bastante demoradas nos horários de maior movimento. Tal dinâmica despertava comentários impacientes dos médicos e médicas em relação à precariedade da organização e da estrutura do evento. O mesmo ocorria em relação à refrigeração que não dava conta de aliviar o calor escaldante típico do mês de novembro na capital baiana.

as apresentações médicas de se referirem aos medicamentos pelo nome comercial. Nas palestras, os fármacos são designados pelo nome das moléculas, enquanto nos estandes seus nomes comerciais aparecem em destaque, em geral ao lado da nomenclatura química. Tal organização espacial se repetiu também nos demais congressos observados nesta pesquisa.

Congressos científicos são eventos comuns para quem pretende uma trajetória profissional engajada em pesquisas acadêmicas. Transito em geral em congressos das áreas de saúde coletiva, ciências sociais e psicologia e, como pesquisadora no projeto Sexualidade, Ciência e Profissão no Brasil, participei de congressos de sexologia e de medicina sexual, que contavam com estandes da indústria farmacêutica (RUSSO et al., 2011; ROHDEN & RUSSO, 2011; FARO et al., 2013). Ainda assim, a chegada ao Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia proporcionou-me um estranhamento antropológico típico de uma *arrival scene* (PRATT, 1986, p.35).

Figura 8 – ‘Área dos expositores’, Congresso Febrasgo, 2013



Fonte: A autora, 2016

O pavilhão em si, pelas proporções (7.000 m², com pé direito de mais de 6 m, distribuídos por quatro pisos, além do térreo) e a presença de escadas rolantes, lembrava a arquitetura típica de um shopping center. Tal semelhança era reforçada pela estética dos estandes dos fabricantes, o que conferia ao espaço o espírito mesmo de um shopping. Em especial a luminosidade dos letreiros e dos telões, as vitrines (que ora serviam para a exposição dos medicamentos, ora dos brindes ofertados aos médicos) e também o aspecto de

praça de alimentação¹⁵⁸ conferido pelos estandes que ofereciam bebidas e comidas. Tudo isso dava àquele pavilhão ar de consumo e entretenimento. Conforme eu caminhava sobre o longo tapete vermelho, contemplava, impressionada, o que parecia ser um grande parque de diversões montado pelas empresas de biotecnologia para os ‘doutores’.

Figura 9 – ‘Área dos expositores’, Congresso Sogesp, 2014



Fonte: Sogesp, s/d¹⁵⁹

Estranhamento semelhante foi reportado por Rogério Azize (2010, p.67-68) na observação etnográfica de um congresso de psiquiatria. Ele afirma que não foi sem alguma ansiedade que deu os primeiros passos entre os estandes, e também compara o ambiente a “uma espécie de shopping center”. O autor pondera que, por se tratar de evento científico, a comparação com um centro de compras pode soar como crítica moral, mas conclui que essa era a imagem mais próxima que lhe vinha à mente em termos comparativos.

Ravelli descreve o espaço das marcas (área dos expositores) como uma tradução etnográfica do conceito de mercado como estrutura social. O mercado de farmacêuticos, em geral representado de forma abstrata por cifras numéricas, surge encarnado em um mercado real: os produtos são onipresentes, apresentados em formato publicitário e em estandes que combinam serviços comerciais e espaços de sociabilidade (RAVELLI, 2012, p.140).

¹⁵⁸ Alguns estandes mimetizavam a disposição de um café, com balcão e bancos, poltronas e sofás, outros, de restaurantes, com mesas, cadeiras, ombrelones e mesmo árvores decorativas.

¹⁵⁹ Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/congresso/2014/cobertura-completa/fotos>. Acesso em 12/04/2016.

5.2 Congresso de Climatério e Menopausa da Sobrac, 2014

A segunda observação aconteceu entre os dias 15 e 17 de maio de 2014, no VIII Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa. O evento é organizado a cada dois anos pela Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) – instituição fundada em 1986 e que agrega cerca de três mil associados. Publica, desde 2011, o *Jornal Sobrac* e produz documentos de consensos e diretrizes, como o Consenso Terapia Hormonal e Câncer de Mama, elaborado em parceria com a Sociedade Brasileira de Mastologia e distribuído gratuitamente no congresso de 2014.

A orientação da Sobrac é estritamente médica, como fica claro tanto na descrição que consta em seu *website* quanto na observação do referido congresso. No *site* da associação, ainda que seu caráter multidisciplinar seja destacado,¹⁶⁰ um diagrama que acompanha o texto aponta as diferentes disciplinas que interagem no âmbito da associação (Figura 10). Nota-se que a multidisciplinaridade seria melhor descrita como uma “multiespecialidade” médica.

O congresso foi realizado em um shopping da cidade de São Paulo, em andar destinado à produção de eventos. O local das inscrições localizava-se em frente ao hall dos elevadores e, pela estrutura da secretaria, logo percebi que o evento era de pequenas proporções se comparado ao da Febrasgo, com cerca de 800 inscritos. Recebi um crachá com três informações: meu nome e as especificações ‘congressista’ (palestrantes eram diferenciados) e ‘não prescritor’. Assim como no congresso da Febrasgo, depois do portal havia a ‘área dos expositores’ e não era possível acessar as salas nas quais aconteciam as “aulas” sem passar pelos estandes. Havia duas salas onde aconteciam as comunicações orais, situadas no final da área de exposição, uma à direita e uma ao fundo do salão.

Nove empresas produtoras de medicamentos estavam presentes na área dos expositores: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda, Besins Healthcare Brasil Comercial e Distribuidora de Medicamentos Ltda, Biolab Sanus Farmacêutica Ltda, Evidence (Farmácia de Manipulação), GlaxoSmithKline Brasil Ltda, Libbs Farmaceutica Ltda, MSD (Merck Sharp & Dohme), Sanofi Aventis Comercial e Logística Ltda e Teva Farmacêutica Ltda. Havia também estandes da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), de uma livraria especializada em livros médicos, da TV MED (empresa que filma e vende as comunicações

¹⁶⁰ “Tem a Sobrac uma singularidade que as sociedades de especialidade não têm, qual seja, de abrigar os diferentes especialistas envolvidos com o tema” (SOBRAC, s/d). Disponível em: <http://www.sobrac.org.br/historia.html>. Acesso em 13/10/2015.

no formato de DVDs) e ainda um pequeno estande que vendia produtos feitos em pedra sabão.

Figura 10 – “As inter-relações da Sobrac”



FONTE: Sobrac, s/d ¹⁶¹

Por se tratar de um evento pequeno, os estandes eram mais modestos do que os dos outros congressos observados, mas a estrutura básica era a mesma: oferta de brindes, comidas, espaços de sociabilidade (banquetas, pufes, poltronas), letreiros luminosos, nomes dos produtos apresentados sob a forma publicitária, fôlderes e separatas de artigos distribuídos de graça e abordagens semelhantes dos funcionários frente aos prescritores (ou potenciais prescritores, como é o caso de estudantes).

Figura 11 – Estande da TEVA, Congresso Sobrac, 2014



¹⁶¹ Disponível em: <http://www.sobrac.org.br/historia.html>. Acesso em 13/10/2015.

Fonte: Sobrac, s/d ¹⁶²

A configuração espacial privilegiava os estandes e tornava periférica a área destinada à apresentação de pôsteres que, não por acaso, ficava sempre vazia.

Figura 12 – Área destinada aos pôsteres, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: A autora, 2016

Um dos expositores do congresso Sobrac era o Grupo Evidence, único que divulgava um produto com testosterona e, segundo seu *website*, única farmácia de manipulação que participou do congresso Sobrac em toda sua história:

Na ocasião [do congresso Sobrac], o Grupo Evidence, única farmácia de manipulação a participar do evento em toda a sua história, apresentou para a comunidade médica o Biolípídeo B2®, um sistema nanoestruturado transdérmico para *delivery* de fármacos. O Biolípídeo B2®, produto exclusivo do Grupo Evidence, testado e aprovado em seres humanos, com patentes no Brasil, Europa e EUA, possui processos e metodologias na sua produção, o que garante replicabilidade padronizada para cada produto final customizado. (FARMÁCIA EVIDENCE, s/d)¹⁶³

Os dois fôlderes distribuídos nesse estande tinham a logomarca com o nome Evidence – Farmácia de Manipulação com um tubo de ensaio e o slogan “Amor por você, paixão pela sua vida!”. Constavam nos folhetos o endereço da matriz (Fortaleza) e de outras três filiais, duas mais em Fortaleza e uma em São Paulo. No entanto, no letreiro havia outra logomarca com o nome Grupo Evidence.

¹⁶² Disponível em: <http://www.menopausa2014.com.br/album>.

¹⁶³ Disponível em: <http://www.farmaciaevidence.com.br/?p=400>. Acesso em 30/04/2016.

Este mesmo estande foi montado também no terceiro congresso observado, organizado pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), onde pude conversar com um dos idealizadores do produto, então professor de uma universidade privada localizada em Natal, Rio Grande do Norte, onde coordenava o mestrado de Biotecnologia, com foco no desenvolvimento de fármacos. O profissional relatou que desde 2003 um grupo de pesquisadores da referida Universidade tem desenvolvido estudos de segurança e eficácia de uma nova tecnologia de reposição hormonal transdérmica, os “medicamentos com nanotecnologia”. Ele relatou que os pesquisadores buscaram uma parceria com o grupo farmacêutico Evidence – grupo composto por várias empresas, incluindo uma farmácia de manipulação, de mesmo nome. O intuito era obter apoio para a realização duração de cinco anos de um ensaio clínico com 122 mulheres. O grupo Evidence forneceu o medicamento a baixo custo e a partir dessa junção de esforços foi possível a realização do ensaio clínico.

Ainda que o material de marketing da Evidence fosse voltado para a testosterona, esta farmácia de manipulação comercializa diversos hormônios. Deduzo, então, que o foco na testosterona surge do simples fato de este ser o único produto que poderia despertar o interesse dos médicos, uma vez que todos os outros hormônios são vendidos pelos concorrentes produzidos pela Big Pharma.¹⁶⁴

O estande da Evidence esteve sempre cheio nos dois congressos, demonstrando a demanda dos médicos pelos produtos à base de testosterona. Quando perguntei como surgiu o foco específico na testosterona, sua resposta foi pouco esclarecedora neste sentido, mas revela concepções acerca da relação entre libido, mulheres, papéis sociais e hormônio na contemporaneidade:

Então, a testosterona [...] veio [...] porque a maioria desse corre-corre determina uma baixa libido na mulher. Essas preocupações do dia a dia, essa coisa de trabalhar, de ter que fazer tudo ao mesmo tempo, determina uma queda da testosterona. Não só da mulher, como do homem. [...] a libido é uma das coisas que faz com que a mulher possa, vamos dizer assim, se revestir e se preparar pra ter o filho. E não só de filho, mas também na vida sexual, que [...] faz parte [...] de um dos pilares da vida moderna. Se você não tiver uma vida sexual normalmente, você vai ficar irritada, você vai ficar de mau humor. [...] a maioria dos médicos que vem aqui falar com a gente, todos eles relatam que têm uma grande parcela da população, feminina principalmente, que relata problemas de baixa libido. A mulher não quer mais fazer sexo, né? (ANÔNIMO, entrevista, grifos nossos)

As representações acionadas em sua justificativa para a baixa libido reproduzem as

¹⁶⁴ Nas entrevistas com os prescritores, a preferência por produtos das indústrias farmacêuticas era sempre explicitada. Há uma desconfiança generalizada em relação à qualidade dos medicamentos produzidos nas farmácias de manipulação por parte dos médicos.

alternativas farmacológicas para problemas sociais. As demandas de um cotidiano atarefado são apontadas como determinantes para a queda dos índices de testosterona. Assume-se uma relação diretamente proporcional entre libido e testosterona. Além disso, a ‘libido’ surge relacionada com a reprodução, em primeiro lugar, como algo que ‘reveste’ a mulher e a prepara para ‘ter filho’. E, quando a libido é vinculada à ‘vida sexual’, a articulação é feita não com a noção de prazer, mas com a saúde mental. Ou seja, quando ele afirma que a ‘vida sexual’ é um ‘pilar da vida moderna’ e que pode acarretar problemas de humor quando não exercida ‘normalmente’, o que está em jogo é a noção de *vigilância da virilidade* (MARSHALL, 2010). Por fim, destaco o modo com as diferenças entre a sexualidade feminina e masculina aparecem. Embora os homens sejam apresentados como passíveis de ter ‘queda de testosterona’, a ‘baixa libido’ parece ser um problema de “uma grande parcela da população, *feminina principalmente*” (grifo nosso). A partir de suas afirmações, o produto oferecido em seu estande é enquadrado como uma solução destinada a mulheres que “não querem mais fazer sexo”, mas que devem ter uma ‘vida sexual’ para preservar a saúde mental e a capacidade de reproduzir a espécie.

Figura 13 – Estande Grupo Evidence, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: Sobrac, s/d ¹⁶⁵

¹⁶⁵ Disponível em: <http://www.menopausa2014.com.br/album>. Acesso em 25/01/2016.

5.3 Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia da Sogesp, 2014

A última observação de campo realizou-se de 04 a 06 de setembro de 2014, no XX Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, organizado pela Sogesp e sediado no Transamerica Expo Center, em São Paulo.

Ao chegar no local do evento, fiquei impressionada com o número de participantes que parecia – e de fato era – maior do que o do congresso brasileiro da Febrasgo (cerca de seis mil em Salvador e 8.534 em São Paulo). Além disso, a qualidade da organização do evento era notoriamente superior à da Bahia, aspecto evidente já no livreto com conteúdo programático: enquanto o da Febrasgo era bastante simplório, com 50 páginas, layout e design gráfico quase amadores, com diversos erros de impressão, o da Sogesp era completo, de alto padrão, com 368 páginas e acompanhado de uma versão reduzida “de bolso”. Havia também um aplicativo de celular para *download* gratuito com a programação e uma função ‘agenda’, onde o congressista podia selecionar os eventos de seu interesse e salvá-los para consulta posterior.

Minha primeira impressão era a de que aquele congresso tinha todas as características de um evento nacional. Conforme discutiremos no capítulo 7, no Congresso da Sogesp aproveitei as filas que se formavam nos estandes para realizar uma breve entrevista com os médicos. Conversei com 57 congressistas e, apenas nesta pequena amostra, encontrei profissionais de quase todos os estados do Brasil: São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Bahia, Ceará, Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Pará e Amazonas.

Em uma conversa informal, um médico confirmou minha percepção de que aquele parecia ser um congresso nacional:

Cada vez mais o congresso de São Paulo está se tornando o brasileiro. Isso já é sabido entre os médicos. Pela qualidade das exposições, qualidade científica, pela estrutura. É em São Paulo que gira o conhecimento, os melhores professores, as melhores universidades. Por questões estruturais e técnicas. O brasileiro é obrigado a abrigar professores do Brasil inteiro, não tem como garantir a qualidade. Aqui só tem paulista, e é aqui que gira a medicina, a qualidade é maior. (Médico congressista, congresso Sogesp, 2015)

No *site* da Sogesp, a instituição apontava o crescimento no número de inscritos – 4.560, em 2009, subindo para 8.534, em 2014 –, ressaltando a importância do evento não

apenas no país: “Tocoginecologistas do Brasil e de diversas partes do mundo reconhecem cada vez mais, e ano a ano, a importância do Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia no cenário da medicina atual” (Sogesp, s/d).¹⁶⁶

5.4 Congressos e o tráfego de conhecimento intracírculo esotérico

As apresentações dos congressos biomédicos observados tinham características de cursos de atualização médica e dinâmicas típicas do modelo tradicional da aula expositiva. Essa estruturação acentuava o caráter dos congressos enquanto espaços de comunicação de saberes entre os componentes dos círculos esotéricos especializados e generalistas.¹⁶⁷

Desde as primeiras etnografias conduzidas no contexto da pesquisa Sexualidade, Ciência e Profissão (RUSSO et al., 2011), observamos que o termo nativo utilizado pelos médicos quando se referem às apresentações dos congressos é ‘aula’, percepção que foi corroborada nesta pesquisa (ROHDEN; RUSSO, 2011, p.726). Espera-se que as ‘aulas’, ministradas por profissionais altamente respeitados e sempre mediadas por projeções tipo *powerpoint*, forneçam de modo sintético as mais recentes atualizações, protocolos e informações relevantes sobre determinado tema. Além disso, a participação em eventos científicos conta pontos para a emissão do Certificado de Atualização Profissional, mecanismo criado para incentivar a formação médica continuada no Brasil. Esse documento é emitido desde 2006 pela Comissão Nacional de Acreditação da Associação Médica Brasileira, com validade de cinco anos – entre 2006 e 2012 foi obrigatório na ginecologia para a revalidação do título de especialista, ou do certificado de área de atuação. Atualmente é facultativo.

Uma característica compartilhada por todos os congressos observados dizia respeito aos títulos das apresentações, com frequência formulados como perguntas. Isso reforça a ideia de que as apresentações dos congressos médicos cumprem um papel de atualização que segue o formato de uma aula tradicional orientada para a prática médica. ‘Androgênios, quando e como?’, ‘Como tratar a hipoatividade do desejo sexual?’, ‘Terapia androgênica: Indicações e esquemas terapêuticos’ são alguns exemplos de títulos diretivos cuja orientação pragmática é evidente. A análise dos programas dos congressos indica que esse estilo predomina em todas

¹⁶⁶ Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/congresso/2015/o-evento/resultado-da-edicao-2014>. Acesso em 12/03/2016.

¹⁶⁷ Os conceitos de círculo esotérico generalista e círculo esotérico especializado, de Ludwik Fleck (2010), foram mencionados no capítulo 2 deste estudo para caracterizar o campo pesquisado nos congressos.

as áreas, não apenas nas apresentações que observei. O caráter prático e de atualização que segue o formato de aula foi expresso por uma das palestrantes da seguinte forma:

Eu queria, claro, reforçar [...] que a gente não vai conseguir esgotar o tema terapia androgênica aqui, nesse momento, até pela dificuldade do tempo, mas a gente vai se concentrar nos principais aspectos, de forma que vocês saiam daqui entendendo e respondendo pra que pacientes a gente vai indicar a terapia androgênica [...] Entendida então essa parte da fisiologia? Porque é importante pra gente dar sequência à aula. (Palestrante do congresso da Febrasgo, 2013)

A orientação pragmática como algo mais valorizado do que “a parte mais teórica” ficou patente na apresentação ‘Estrogênios e o risco de câncer de mama: Mito ou realidade?’. O palestrante julgou ser necessário expor o motivo da parte inicial de sua apresentação ser “mais teórica”, uma vez que muitos na plateia poderiam ficar “meio bravos”:

Na verdade, eu vou começar falando um pouco... uma parte um pouco mais teórica. Alguns aí podem ficar meio bravos, porque, lógico, a gente que está no dia a dia do consultório, a gente quer a parte mais prática, mas como o tema é ‘mito ou verdade’, então justifica que a gente tente recordar um pouco alguns aspectos teóricos desse assunto. (Palestrante do congresso da Febrasgo, 2013)

Diferentemente de congressos de ciências sociais e humanas, nos quais é comum a apresentação e discussão de reflexões ou de pesquisas elaboradas pelos próprios palestrantes, com a valorização do aspecto autoral dos trabalhos, as ‘aulas’ dos congressos de medicina seguem um modelo de apresentação muito mais padronizado. São aulas expositivas que na maior parte se assemelham a uma revisão de literatura que deve evitar a marca do palestrante. As apresentações têm um ar professoral e seguem um *script* muito semelhante, orientado pelo pragmatismo. As doenças são apresentadas a partir das definições dos grandes manuais estatísticos, como o DSM, e dos consensos médicos. Dados epidemiológicos são revisados. As ilustrações esquemáticas que representam o corpo humano e seus eventos fisiológicos são recorrentes. Análises estatísticas (sobre riscos ou resultados de ensaios clínicos, por exemplo) são apresentadas em gráficos e tabelas, reforçando a objetividade como valor. As informações são na maior parte retiradas de artigos publicados em periódicos científicos, mas também de livros, e as referências constam, via de regra, nos slides.

Os resultados de ensaios clínicos são apresentados como *pesquisas* (e não como ensaios clínicos), sem que se mencione o contexto de produção dos dados. Deste modo, os artigos que as equipes de publicações das indústrias farmacêuticas produzem em parceria com

os médicos *mediadores*¹⁶⁸ transformam-se em ferramentas que estabilizam fatos científicos também nas apresentações dos congressos: “esta pesquisa publicada no *JAMA* mostrou que...”. Ao ser referido como “pesquisa”, inviabiliza-se qualquer reflexão crítica acerca dos dados serem oriundos de ensaios clínicos conduzidos por uma indústria como um dos requisitos para a comercialização de seu produto.

Os slides são um elemento crucial nessa dinâmica e estão presentes em todas as apresentações. Pensando nos congressos como eventos de produção e/ou circulação de conhecimento intracírculo, os slides são um dos elementos heterogêneos que compõem essa rede. Eles são, ao mesmo tempo, instrumentos que estruturam as apresentações e aquilo que os congressistas podem “levar pra casa”, uma vez que a prática de fotografar as lâminas com *smartphones* e *tablets* é amplamente disseminada. Nos slides, costuma-se indicar, no canto direito inferior, a referência que sustenta a informação projetada na área central da tela. A maioria das citações é de artigos publicados em periódicos internacionais. O título do artigo é suprimido, de modo que as informações visualizadas registram o nome do autor, o periódico e as indicações de volume, página e ano da publicação.

Os congressos tornam-se uma poderosa vitrine de exposição do conhecimento biomédico publicado em periódicos para os experts generalistas. A regra metodológica de Latour materializa-se nas apresentações dos mesmos: “Para determinar a objetividade ou subjetividade de uma afirmação, a eficiência ou a perfeição de um mecanismo, não devemos procurar por suas qualidades *intrínsecas*, mas por todas as transformações que ela sofre *depois*, nas mãos dos outros” (LATOUR, 2000, p.421). Ou seja, o futuro das afirmações feitas em artigos científicos depende do que será feito delas em outros artigos, mas também nos congressos (tanto nas ‘aulas’ como nos pôsteres produzidos pelas indústrias farmacêuticas). O valor de determinada afirmação está no modo como será retomada (ou não) pelo coletivo envolvido na produção de saberes de determinado campo e os congressos são momentos-chave neste processo. São lugares privilegiados para se promover determinadas concepções e autores, para torná-los referência em um campo, e também para se estabelecer o que já deve ser considerado como ultrapassado, equivocado ou mesmo ilegítimo. Ao mesmo tempo, os congressos fornecem a oportunidade de interações sociais, promovem encontros, alianças, e também podem tornar visíveis eventuais controvérsias.

Tais características fazem dos congressos médicos ferramentas absolutamente essenciais no processo de influência em medicina. Como salienta Ravelli, para que se

¹⁶⁸ Conforme discutimos no capítulo 2, o conceito de médicos mediadores foi proposto por Fishman (2004).

compreenda o significado estratégico dos congressos torna-se crucial um entendimento dos mecanismos de influência que interligam produtores, líderes de opinião, pesquisadores e médicos prescritores (RAVELLI, 2012, p.125-159).

5.5 Estandes: serviços comerciais e espaços de sociabilidade

Os congressos propiciam um raro momento em que médicos de diferentes cidades estão reunidos em um mesmo local, durante vários dias consecutivos e afastados de suas rotinas. Como os médicos, em geral, estão em seus consultórios ou nos hospitais, entretidos com as tarefas cotidianas da clínica, isso dificulta o acesso dos representantes farmacêuticos, pois eles precisam agendar um horário de visita ou aguardar uma brecha entre as consultas. Há ainda profissionais que se recusam a recebê-los.¹⁶⁹ Os congressos médicos são ideais para o estabelecimento ou reforço dos laços sociais com os prescritores. Por esta razão (mas não apenas), as indústrias farmacêuticas incentivam os médicos a participarem de congressos por meio do pagamento da inscrição, do custeio – parcial ou mesmo completo – da viagem. O financiamento da ida aos congressos pelas empresas é comum, como apontou Wazana (2000). A autora revisou 29 artigos que analisaram as relações entre médicos e representantes farmacêuticos e classifica os presentes oferecidos pelas indústrias em sete categorias: 1) presentes, que conforme descreve Oldani (2004) podem ser canetas, canecas, blocos, vale-cafés, garrafas de vinho entre outros;¹⁷⁰ 2) amostras de medicamentos; 3) comidas; 4) financiamento de viagens para participação em simpósios educacionais; 5) palestras pagas pela indústria;¹⁷¹ 6) patrocínio de programas de educação médica continuada; 7) financiamento de pesquisas. Podemos acrescentar à lista de Wazana o financiamento de congressos médicos organizados pelas associações profissionais.¹⁷²

¹⁶⁹ Para uma discussão sobre os médicos que optam por não receber os representantes farmacêuticos, ver Oldani (2009).

¹⁷⁰ Moynihan e Mintzes (2010, p.94-95) descrevem táticas mais ousadas utilizadas por representantes farmacêuticos do Viagra nos Estados Unidos. Estas incluíam excursões a clubes de golfe, ingressos de futebol e beisebol e repetidos convites para os 25 maiores prescritores da Flórida se divertirem em *strip clubs*. Tais práticas renderam um processo judicial à Pfizer.

¹⁷¹ Vale destacar que, desde 2000, quando Wazana publicou o artigo, houve mudanças com a regulamentação da relação entre indústrias e médicos. A organização de eventos educativos pelas indústrias não é mais permitida, assim como os presentes.

¹⁷² O financiamento pode ser direto ou indireto. Cobrar valores dos ‘expositores’ para montar os estandes e realizar simpósios patrocinados constitui uma forma de financiamento indireto. No ‘caderno de comercialização’ do congresso da Sogesp de 2014, os valores pagos variavam em função do tipo de estande (A, B ou C) custando cada m² entre R\$ 1.690,00 e R\$ 1.215. Já o ‘estande master’ custava R\$ 437.000,00. Estes valores aumentavam

A divulgação e distribuição dos medicamentos (amostras grátis), de presentes variados e dos fôlderes com informações científicas constituem as atividades mais óbvias dos estandes farmacêuticos. Servem também para a identificação de médicos que ainda não recebem visitas dos representantes farmacêuticos em seus consultórios. Como já observou Azize (2012, p.80), a frase “Alguém visita vocês?” é uma abordagem típica dos funcionários quando alguém transita pelos estandes. Diante da indicação de ‘não prescritor’ no meu crachá, os funcionários dos estandes costumavam achar que eu era estudante de medicina (o mesmo tratamento foi relatado por Azize). Em diversas situações, fui convidada a preencher um cadastro, com a justificativa de que em breve teria meu consultório. Nessas ocasiões, eu explicava que, embora fosse doutoranda do Instituto de Medicina Social (como eu sempre me apresentava inicialmente), eu não era estudante de medicina.¹⁷³

Oldani (2004) ressalta que os representantes buscam estabelecer alianças com os futuros prescritores como forma de introduzi-los na lógica do ciclo farmacêutico de presentes que estrutura a relação entre indústria, representantes, prescritores e usuários. De fato, recebi ofertas de comidas, bebidas e todos os brindes, contanto que esses não consistissem em amostras de medicamentos, em conformidade com a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – nesses casos a entrega dos produtos era condicionada à apresentação do número de inscrição no Conselho Regional de Medicina. Oldani localiza a troca de presentes como o núcleo da relação entre indústria e prescritores (2004, p.331). Seu trabalho é especialmente esclarecedor em função de sua inusitada carreira profissional: ele atuou como representante farmacêutico da Pfizer por nove anos; mais tarde, graduou-se e obteve o título de doutor em antropologia da medicina e da ciência. Suas experiências profissionais foram tomadas como oportunidades para uma ‘autoetnografia’, descrita com riqueza de detalhes (OLDANI, 2002, 2004). O investimento das indústrias nos representantes farmacêuticos estabelece um ciclo de realimentação, baseado em interações sociais cuidadosamente construídas, cujo propósito é a geração de prescrições. *Grosso modo*, o ciclo farmacêutico de presentes (*pharmaceutical gift cycle*) funciona da seguinte forma: o representante visita os médicos e distribui os presentes, elementos centrais no estabelecimento de uma relação de lealdade com o produto e com a empresa; o médico prescreve o medicamento para o paciente ou explica para o representante por que não o fez (possibilitando

progressivamente segundo um calendário, podendo chegar a R\$ 525.000,00 nos contratos fechados com menor antecedência.

¹⁷³ Posteriormente um médico me informou que os estudantes de medicina no terceiro ano da residência são chamados de ‘doutorandos’.

modificações nas estratégias de venda do produto); a indústria recebe o capital gerado pelas vendas e recompensa o representante também com presentes, ou reavalia as estratégias de marketing nos casos em que o ciclo não foi completado devido à recusa do médico em prescrever (OLDANI, 2004, p.337).

Nos congressos, os presentes têm a função de atrair os médicos para os estandes. Comidas, bebidas, cafés e bolsas recheadas com material de marketing eram os brindes mais comuns. Vi também cadernos, livros, almofadas de pescoço para viagens, baterias portáteis para recarregar celular, guarda-chuvas, serviços de massagem e maquiagem, entre outros. A relação é de troca. Cada vez que eu me aproximava de um estande – atraída ora pelos quitutes e brindes, ora pelos fôlderes – era abordada por funcionários que me perguntavam se eu já conhecia determinado produto, se costumava prescrever esse ou aquele fármaco e solicitavam que eu preenchesse seus cadastros. Indicavam também os fôlderes e livretos ‘informativos’, ressaltando o valor de seus conteúdos científicos, ainda que meu crachá fosse de não prescritora. Além disso, os presentes não eram oferecidos de forma direta. Via de regra, era necessário participar de um jogo que envolvia o produto do fabricante. Em geral, as dinâmicas tinham o formato de um *quiz*, quando os médicos eram apresentados a perguntas e deveriam acertar a resposta “correta” sobre o medicamento ou sobre o esquema terapêutico mais adequado para um quadro clínico fictício. As questões eram sempre bem fáceis... o importante era participar. Havia também jogos cujo caráter lúdico era mais evidente, como em um estande no qual os participantes deveriam acertar argolas em alvos que tinham mensagens de marketing, como os nomes comerciais dos produtos e características de seu mecanismo de atuação.

Os estandes eram projetados como espaços de sociabilidade, com cadeiras, poltronas e sofás confortáveis e convidativos, com comidas e bebidas disponibilizadas gratuitamente. Nos três congressos, eram os únicos locais em que era possível descansar ou sentar-se para consultar a programação. A maior parte dos congressistas almoçava nesses espaços ou nos *lunch meetings*, simpósios organizados pelas indústrias na hora do almoço, em geral realizados nas salas que constituíam o espaço das moléculas. No congresso da Sobrac, 2014, a organização oferecia lanches nos intervalos, mas não no almoço, quando os *lunch meetings* aconteciam nas duas únicas salas.

O tamanho e a decoração, bem como o cardápio e os presentes eram variáveis no grau de sofisticação, sendo tanto mais elaborados quanto maior e mais poderoso fossem o fabricante e o congresso. Espaços reservados para pequenas palestras ou exibição de vídeos também podiam ser encontrados, e em geral tinham uma área *lounge*. O estande da Teva no

congresso da Sogesp, 2014, apresentava um balcão com diversos carregadores de celular. Nesse mesmo evento, a Besin Healthcare reproduziu uma pizzaria em seu espaço de divulgação. Vi também uma estação de sorvetes do McDonalds em um dos estandes do congresso da Febrasgo, 2013. As comidas oferecidas ao longo do dia variavam em função do horário e também geravam filas. De manhã eram compatíveis com o que se espera de um café matinal; na hora do almoço, diversos estandes ofereciam refeições ou sobremesas; e assim por diante. Diferentemente do que foi observado por Azize (2012) nos congressos de psiquiatria, não era comum a oferta de bebidas alcoólicas (vi em uma ocasião, no final do dia e pouco antes da festa de abertura).

Figura 14 – Estande como espaço de sociabilidade, Congresso Sogesp, 2014



Fonte: Sogesp, s/d ¹⁷⁴

Havia nos intervalos uma verdadeira corrida pelos brindes que lotava a área dos expositores. Quanto mais desejado ele era, mais longa a fila. No Congresso da Febrasgo, 2013, a fila para ganhar o *power bank* portátil para carregar celulares era campeã. Assinalo que as filas mostraram-se bastante úteis para meu contato com os médicos, pois eu aproveitava aqueles momentos para abordá-los, convidando-os para colaborar na pesquisa ou simplesmente para conversar sobre o uso de testosterona em suas práticas clínicas, a título exploratório.

Constatei, a partir da observação – das conversas e das entrevistas – que a atitude dos médicos em relação às estratégias de marketing dos fabricantes é muito pouco problematizada

¹⁷⁴ Disponível em: www.sogesp.org.br. Acesso em 15/03/2016.

naquele universo. Quando eu escutava algum tipo de comentário nesse sentido, e não foram poucos, eram reclamações em relação à qualidade dos brindes oferecidos pelos fabricantes. Em vários momentos, as conversas adquiriam um tom de revolta, como em uma ocasião no congresso da Sogesp, 2014. Eu descansava no final do dia no espaço *lounge* de um dos estandes e duas médicas que estavam próximas de mim conversavam sobre os presentes. Elas lamentavam o fato de os fabricantes – “eles” – não distribuírem mais jalecos nas palestras. Com certeza referiam-se aos *lunch meetings*. Uma delas comentou que costumava receber de presente seu receituário com “nome e tudo”, mas que depois pediu outra vez e “eles não dão mais”. O diálogo continuou:

Médica 1: Eu fui em um montão de peças de teatro, era a Marrom.¹⁷⁵ Quem me dava era o Rômulo.¹⁷⁶ Ele me ligava e falava: “Doutora, caiu uma receita sua aqui”. Porque a receita é controlada e eles sabem. Eles faziam o meu receituário todinho.

Médica 2: Eu não ganhei nada.

Médica 1: Da Azul eu ganhei o hotel, mas a Vermelha não me deu nada. A Amarela uma vez me deu tudo, hospedagem, hotel, tudo completo. Uma vez me ofereceu uma massagem de 15 minutos, imagina! Nem compensa! A Verde nunca me deu nada.

Médica 2: Pra mim também, nunca.

Médica 1: Vou procurar o Rômulo, ele é meu chapa. [E, surpresa]: A [bolsa] verdinha! [Referia-se ao brinde de um dos estandes. Uma delas saiu correndo em direção à moça que estava com as bolsas verdes, mas voltou dizendo que era só pra quem fez a massagem oferecida no estande.]

Médica 2: Então eu nunca vou ganhar nada, porque eu nunca faço massagem.

Médica 1: Eu também. Vou fazer essa massagem amanhã só pra ganhar essa bolsa térmica! Agora eles não estão colocando mais representantes para distribuir brinde, é o pessoal do marketing... pra não bater de frente. É muito dinheiro investido, né?

Médica 2: A gente não deve aceitar, isso é uma humilhação! Porque a gente é tão atenciosa com eles...

Médica 1: Pois é. Você sabe que quando eu casei, o presente mais caro da Camicado, que era um faqueiro enorme, sabe quem me deu? Foi a Laranja!

Médica 2: Os brindes da Amarela são umas coisas mais úteis, né?

Médica 1: É.

O controle das receitas pelos fabricantes não é problematizado. Para além dos presentes recebidos, o diálogo explicita alguns aspectos da relação indústria-prescritores já apontados pela literatura etnográfica. As interações sociais cuidadosamente estabelecidas ao longo de anos entre os representantes e os prescritores surgem incorporadas no representante “meu chapa”, no presente de casamento oferecido pela “Laranja” e na estratégia das indústrias que supostamente têm utilizado funcionários do marketing para distribuir presentes nos congressos. Essa tática decerto teria a função de preservar a relação com o representante, uma vez que os prescritores podem ficar chateados quando não recebem o presente de “seu chapa”,

¹⁷⁵ Optei por não identificar as empresas. Elas serão referidas por nomes de cores.

¹⁷⁶ Nome fictício.

seja porque não querem enfrentar as filas, como no exemplo acima, ou porque o brinde acabou. Ademais, é claro que nem todos os prescritores são iguais e os representantes sabem disso. Assim, colocar os mesmos representantes que vão aos consultórios na função de organização dos *quiz* e da distribuição dos presentes pode gerar situações embaraçosas em sua atuação futura – um pequeno incidente pode comprometer uma relação que foi constituída ao longo de anos.

O sentimento de revolta e de humilhação relatado pela médica quando a funcionária se recusou a privilegiá-la infringindo as regras do jogo e entregando-lhe um brinde surge em uma situação em que há uma reversão na hierarquia de poder. Na rotina do consultório ou dos hospitais, tudo se passa como se os médicos estivessem no comando das interações com as indústrias: eles decidem se – e quando – vão receber os representantes; eles têm o poder de prescrever ou não os produtos propagandeados e recebem todo o tipo de “mimo” para que isso aconteça. Nos congressos, essa relação se inverte em vários aspectos. São os médicos que vão até os estandes com um objetivo específico (não o de gerar mais prescrições, mas o de receber o brinde ou a comida), são os médicos que esperaram (nas filas) para serem recebidos pelos funcionários. Eles não têm nenhum poder de barganha que os diferencie dos outros colegas que estão na fila, uma vez que são todos prescritores e a relação de privilégio não pode ser mantida. Além disso, eles precisam ‘literalmente’ entrar no jogo proposto no estande para ganhar os presentes.

5.6 *Lunch meetings*: as indústrias também no espaço das moléculas

As aulas da hora do almoço consistiam em simpósios (*lunch meeting*) dos fabricantes. Eram os únicos momentos em que as companhias farmacêuticas entravam na área destinada à ‘programação científica’ de modo oficial. Nos *lunch meetings*, o fabricante organiza uma ‘aula’ com médicos renomados e estes discutem temas gerais, enfatizando o caráter de ‘atualização’ do simpósio: ‘O que realmente há de *evolução* na contracepção para a paciente?’; ‘Candidíase: *atualização* e aspectos práticos para o manejo’. No programa da Sogesp, uma propaganda do Simpósio de Farmoquímica advertia: “O universo do tratamento da endometriose mudou. Conheça as transformações e as novidades do tratamento da dor”. Em poucos casos havia referência direta ao medicamento, sendo mais comum um título supostamente neutro: ‘Simpósio Teva: A arte da reposição hormonal’.

Figura 15 – Fila de espera para *lunch meeting*, Congresso Sogesp, 2014



Fonte: Sogesp, s/d ¹⁷⁷

Um lanche-almoço era oferecido aos ouvintes em kits tipo *fast food*, prontos para serem transportados até o assento escolhido na plateia, por vezes de multinacionais como o Mc Donalds e a Subway. Quase sempre os kits são acondicionados em bolsas térmicas customizadas com logos e slogans dos fabricantes de medicamentos – após o consumo dos alimentos, elas se tornam um *souvenir* que pode ser levado para casa. Junto com a comida, por vezes eram distribuídos canetas e outros brindes.

O ‘caderno de comercialização’ do congresso da Sogesp de 2014, disponível no *site* da instituição, exibia os valores cobrados para a realização dos *lunch meetings*. Os preços variavam segundo a capacidade da sala, sendo R\$ 87.300,00 para 800 participantes, R\$ 57.600,00 para 400 ou 47.000,00 para 300 participantes, e valiam para contratos fechados na ‘reunião de comercialização’, sendo reajustados após essa data. A mensagem que acompanhava a tabela com os preços realçava a oportunidade que tais simpósios oferecem para as indústrias no sentido de influenciar os médicos, legitimando seus produtos a partir das abordagens científicas:

Durante o XX Congresso de Obstetrícia e Ginecologia serão disponibilizados 11 Simpósios Satélites e 11 *Lunch Meetings* por dia. Um momento único de interagir com os médicos participantes do congresso, através de abordagens científicas e *legitimando as mensagens* de seus produtos ou serviços. (Sogesp, s/d, grifo nosso)
178

O termo *mediadores*, cunhado por Fishman (2004) mostra-se preciso para descrever o papel palestrantes: eles “legitimam as mensagens” dos fabricantes junto aos médicos ouvintes.

¹⁷⁷ Disponível em: www.sogesp.org.br. Acesso em 15/03/2016.

¹⁷⁸ Disponível em:

http://dv.sogesp.com.br/congresso/2015/caderno/files/assets/common/downloads_96eda3a1/files/caderno-comercializacao-2015.pdf. Acesso em 15/03/2016.

5.7 Estratégias no campo

De início, a observação participante nos congressos tinha dois objetivos principais. O primeiro consistia em investigar como a gestão da libido e do desejo via testosterona era abordada nas apresentações dos congressos de ginecologia.¹⁷⁹ O segundo visava recrutar médicos prescritores de testosterona para participar da pesquisa de duas formas: 1) concedendo entrevistas;¹⁸⁰ 2) facilitando o acesso às suas pacientes usuárias de testosterona, pois pretendíamos também entrevistá-las.¹⁸¹ Entretanto, a ‘área dos expositores’ – ou espaço das marcas – mostrou-se fundamental nas dinâmicas do congresso, como procuramos analisar neste capítulo. Além disso, os materiais de marketing das indústrias farmacêuticas sobre terapias hormonais distribuídos nos estandes costumavam fazer referências à ‘função sexual’. Minha atenção voltou-se, então, para três atividades: 1) observação das comunicações orais sobre sexualidade e testosterona; 2) contato e entrevistas com médicos; 3) observação e coleta de folhetos, encartes, convites para simpósios e separatas de artigos, na ‘área dos expositores’.¹⁸²

Nos dois primeiros congressos (no brasileiro da Febrasgo, 2013, e no de climatério e menopausa da Sobrac, 2014), aproveitei as filas formadas na ‘área dos expositores’ para conversar informalmente com os prescritores, numa espécie de sondagem de campo e de busca por informantes. Quando entrei em contato com esses médicos depois dos congressos finalizados para que eles – conforme havia sido combinado – estabelecessem a mediação com suas pacientes ou concedessem entrevistas, encontrei muitas barreiras. A falta de retorno aos meus telefonemas e e-mails foi quase uma regra, de modo que eu não havia conseguido ainda nenhum retorno das pacientes. Elaboramos, então, um roteiro estruturado para a realização de breves entrevistas no congresso da Sogesp, 2014, com duplo objetivo: coletar mais informações entre os congressistas sobre o uso da testosterona e facilitar a abordagem de um

¹⁷⁹ Esse será o foco do capítulo 6.

¹⁸⁰ O capítulo 7 é dedicado às entrevistas com os prescritores. O roteiro da entrevista encontra-se disponível no Apêndice D.

¹⁸¹ Essa estratégia não obteve êxito. Foi elaborada uma carta-convite no formato de um folheto para ser entregue às usuárias de testosterona pelos médicos que se voluntariassem como colaboradores da pesquisa. Desta forma, as mulheres dispostas a conceder entrevista entrariam em contato diretamente conosco (por e-mail e/ou telefone informado na carta-convite). Optamos por enviar os folhetos para a residência ou consultório dos médicos, de forma a evitar que os mesmos extraviassem. Distribuímos os folhetos a dezenas de médicos, mas nenhuma paciente entrou em contato. Foram enviados cerca de 60 folhetos para cada endereço, juntamente com uma carta dirigida ao médico com informações sobre a pesquisa. Em todos os casos confirmou-se se a entrega havia sido feita. Durante vários meses mantive contato com os prescritores, reforçando o pedido de ajuda na mediação com as pacientes, mas conseguimos apenas três voluntárias. Optamos por excluir esse material da análise em função do pequeno número de participantes.

¹⁸² O material obtido nos estandes farmacêuticos será analisado em trabalhos futuros.

maior número de prescritores aos quais eu poderia me apresentar, solicitar colaboração com as entrevistas e/ou na mediação com suas pacientes.¹⁸³

A seleção das comunicações orais que seriam observadas foi feita a partir dos títulos que fizessem referências diretas a desejo, testosterona e terapias androgênicas e, nos horários em que não havia nenhuma palestra específica, acompanhei atividades sobre sexologia, sexualidade, climatério e terapias de reposição hormonal. No congresso da Febrasgo, 2013, a observação das apresentações orais foi o foco principal de minha atuação sem, contudo, deixar de percorrer a ‘área dos expositores’. No evento da Sobrac, 2014, assisti a palestras, estabeleci contato com os prescritores e realizei entrevistas. Por ser um evento menor, os intervalos das atividades eram suficientes para a observação nos estandes. Já no congresso da Sogesp, 2014, assisti às apresentações específicas sobre sexualidade e terapias androgênicas, mas me concentrei nas entrevistas e aplicação de questionários junto aos médicos.

6. DESEJO, LIBIDO E HORMÔNIOS NAS ‘AULAS’

Três congressos médicos foram observados para a presente pesquisa – o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Salvador, Bahia, em 2013, e promovido pela Febrasgo; o Congresso Brasileiro de Menopausa e Climatério organizado pela Sobrac, em São Paulo, capital, em 2014; e o Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, também realizado em 2014, em São Paulo, e organizado pela Sogesp.

No capítulo 5, vimos que tais eventos compartilham a mesma organização física do espaço, ou seja, possuem uma secretaria na entrada – onde são realizadas as inscrições e distribuídos crachás, o livreto com a programação e demais materiais de divulgação; uma área destinada aos estandes, em sua maioria das indústrias farmacêuticas, mas também de associações profissionais, de outras empresas de tecnologias biomédicas e ainda de vendas de produtos e serviços (livros, joias, turismo e artesanato, por exemplo); e um espaço separado destes dois primeiros, contendo as salas destinadas às apresentações da ‘programação científica’ ou ‘aulas’, como eram chamadas pelos médicos e médicas.

Como norte de nossa análise, utilizamos a distinção proposta por Quentin Ravelli (2012) entre o espaço das marcas e o espaço das moléculas, para identificar aquilo que nos programas era tratado como ‘área dos expositores’ ou ‘programação científica’, respectivamente. Nosso objetivo neste capítulo é analisar o modo como o uso de testosterona

¹⁸³ O roteiro estruturado encontra-se disponível no Apêndice E.

foi abordado no espaço das moléculas.

Assisti, ao todo, a 82 comunicações orais em mesas-redondas, conferências, sessões interativas, cursos pré-congresso¹⁸⁴ e *lunch meetings* (simpósios dos fabricantes).

Conforme explicitado no capítulo anterior, a seleção das apresentações a serem observadas foi feita por meio da avaliação do teor dos programas – busquei as comunicações que tivessem como assunto principal o uso de testosterona (e este aparecia na forma de terapias androgênicas). No Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, de 2013, o Curso ginecologia endócrina incluía uma apresentação intitulada Androgênios: Quando e como usar,¹⁸⁵ e na mesa-redonda Climatério: medidas práticas: Terapêutica androgênica: quando?¹⁸⁶ No Congresso Brasileiro de Menopausa e Climatério, de 2014, a mesa Top temas – Quando e como? incluiu a comunicação Androgenioterapia na pós-menopausa.¹⁸⁷ No Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, de 2014, o tema também foi alvo de duas apresentações: Terapia androgênica, na mesa Top tema – TH da pós-menopausa¹⁸⁸ e Terapia androgênica: indicações e esquemas terapêuticos, no Curso climatério.¹⁸⁹

Selecionei também as apresentações que tinham sexualidade como tema e, em especial, disfunções sexuais e desejo sexual. Por fim, nos horários em que não havia apresentações específicas, decidi acompanhar as mesas e conferências sobre menopausa, climatério e terapias de reposição hormonal.

As apresentações observadas podem ser divididas em dois grandes grupos: o daquelas inseridas em atividades cujo tema principal era sexualidade – o qual tratarei como *eixo sexualidade* – e o daquelas voltadas para terapias de reposição hormonal (TRH), climatério e pós-menopausa – *eixo TRH/climatério*.¹⁹⁰

¹⁸⁴ O primeiro dia dos eventos da Febrasgo e da Sogesp eram denominados ‘pré-congresso’, mas não havia diferença evidente em relação aos outros dias, tanto no que se refere à dinâmica geral do evento ou no número de congressistas circulando nos espaços.

¹⁸⁵ As outras apresentações desta mesa eram: Estrogênio e riscos de câncer de mama: mito ou realidade?; Progestagênios e risco de câncer de mama; Tensão pré-menstrual e dismenorreia: diagnóstico, quando e como tratar”.

¹⁸⁶ As demais palestras que compunham esta mesa eram: Dieta e medidas comportamentais e Como tratar os sintomas.

¹⁸⁷ Incluiu também: Estrogênios vaginais; Suplementação com a vitamina D.

¹⁸⁸ Demais apresentações da mesa: Indicações e contraindicações; Quando iniciar e quando interromper?; Regimes terapêuticos e Tratamento da atrofia genital.

¹⁸⁹ O curso durou um dia inteiro e reuniu as seguintes “aulas”: Insuficiência ovariana prematura: causas e consequências; Impacto da TH no risco cardiovascular; Como rastrear o câncer ginecológico após a menopausa?; Qual o real impacto da TH no risco de cânceres de mama e de outros cânceres; Quais as contraindicações e por quanto tempo manter a TH da pós-menopausa; Quais as contraindicações para a TH na pós-menopausa? e Atrofia vulvovaginal: tratamentos e segurança.

¹⁹⁰ Vale assinalar que as categorias ‘eixo sexualidade’ e ‘eixo TRH/climatério’ foram criadas por mim, para fins de análise.

6.1 Coletivos distintos: clínica da sexualidade e clínica da mulher

Foram observadas 31 apresentações do eixo sexualidade, distribuídas em seis mesas-redondas, duas conferências e um *lunch meeting*. No eixo TRH/climatério, assisti a 51 comunicações, distribuídas em onze mesas-redondas, quatro conferências, um *lunch meeting* e uma sessão interativa. O Apêndice A lista todas as apresentações etnografadas (título e sessão na qual estava inserida). Os cursos pré-congresso e as atividades denominadas ‘top temas’, ‘debate informal’, entre outros, seguiam o formato das mesas-redondas, tanto na estrutura quanto na dinâmica. Para fins de análise, refiro-me a essas atividades como mesas-redondas.¹⁹¹

As terapias com testosterona para tratar sexualidade foram debatidas nos três congressos sempre a partir de uma temática mais ampla, citando o uso do hormônio na interface com desejo ou libido em algum momento pontual da comunicação. Não houve palestra alguma dedicada inteiramente ao uso da testosterona visando a sexualidade. Considerarei como palestras específicas aquelas cujo foco principal eram as *terapias androgênicas* ou as que abordavam o tema do uso da testosterona visando às ‘*disfunções do desejo*’. No eixo temático sexualidade, nove apresentações foram específicas e tinham sempre como tema principal a categoria diagnóstica: disfunção sexual de modo mais amplo ou transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH). Já nas atividades do eixo climatério/TRH, as seis comunicações específicas destinavam-se às TRH com androgênios – e a associação da testosterona com a sexualidade nunca estava destacada no título. As análises concentraram-se nas comunicações específicas (15 palestras) sem, contudo, se restringirem às mesmas.

O estilo distinto na forma de abordar o tema indica diferenças significativas entre os dois eixos, as quais se expressam em diversos níveis: nos contextos clínicos de atuação dos profissionais dos dois eixos, bem como no enquadramento teórico, e nos grupos de palestrantes convidados. Por meio da observação etnográfica, foi possível perceber que o conhecimento sobre o que parece ser um mesmo objeto – o ‘tratamento’ da sexualidade via testosterona – é produzido de modo diferenciado segundo a rede que pesquisa ou debate o tema. Considerando que o conhecimento científico é sempre localizado e emerge a partir de redes heterogêneas, ou sociotécnicas (HARAWAY, 1995; LATOUR, 2000; LAW, 1992), esse capítulo descreve o modo como as terapias à base de testosterona emergem a partir de dois

¹⁹¹ Apenas as ‘sessões interativas’ seguiam um formato um pouco diferente: um caso clínico era apresentado no telão e em seguida uma pergunta colocada para a plateia que deveria optar entre as múltiplas escolhas. O voto era contabilizado por meio de um dispositivo eletrônico que cada congressista recebera ao entrar na sala. Após a contabilização, verificava-se o resultado e discutia-se o caso

círculos esotéricos distintos (FLECK, 2010).

6.2 Clínica sexual nos congressos de Ginecologia/Obstetrícia

As ‘aulas’ do eixo sexualidade foram ministradas por profissionais que atuam na clínica sexual. A plateia era composta, em menor grau, por seus pares – ginecologistas que são terapeutas sexuais – e por um maior número de ginecologistas sem treinamento específico neste campo.

Assisti às apresentações de vinte médicos no eixo sexualidade, nos três congressos de ginecologia. Entre os palestrantes, havia personagens que participaram da institucionalização da sexologia no país e nomes conhecidos da ‘segunda geração’. As palestras sobre sexualidade nos congressos da Febrasgo e da Sogesp foram proferidas por representantes da sexologia clínica e da medicina sexual. As atividades voltadas para sexualidade no congresso da Sobrac (uma mesa-redonda e uma conferência) foram compostas por profissionais da medicina sexual (ginecologistas e psiquiatras).

No congresso da Febrasgo houve fartura de referências ao termo ‘sexologia’, inclusive nos títulos das mesas-redondas, conferências e cursos. Muitos palestrantes intitulavam-se sexólogos e eram filiados a instituições ou ambulatórios de sexologia. Já nos congressos da Sogesp e da Sobrac, os termos utilizados para designar as atividades e as comunicações eram ‘sexualidade’, ‘transtornos sexuais’ ou ‘disfunção sexual’, mas nunca sexologia. Isso ocorreu mesmo quando algumas mesas e conferências eram compostas por profissionais da sexologia clínica, às vezes os mesmos participantes das atividades de sexologia da Febrasgo. De todo modo, o espaço concedido na programação para a sexologia clínica era evidentemente maior no congresso brasileiro, enquanto nos de São Paulo prevalecia uma tendência mais biomédica, traduzida no rechaço ao termo ‘sexologia’ e na preferência por profissionais da medicina sexual.

A partir de uma investigação sobre as intervenções clínicas sobre a sexualidade no Brasil, Russo et al. (2011) notaram que a clínica sexual é marcada por uma tensão estruturante que opõe uma visão mais biomédica da medicina sexual às perspectivas mais biopsicossociais da sexologia clínica. Tais posições não devem ser encaradas de forma binária, mas sim como polos de um *continuum*. A medicina sexual seria ela mesma uma rede que possui núcleos mais radicais ou mais flexíveis (ou *soft*, como os autores os denominam). O extremo do *continuum* é constituído por abordagens estritamente médicas e fisicalistas, com predominância de urologistas (na maioria, homens) e de temáticas ligadas à função/disfunção sexual masculina.

Sua vertente mais *soft* se comunica com a sexologia clínica, se aproximando, portanto, das terapias sexuais, com ênfase no contexto relacional e na ‘complexidade’ da sexualidade, sobretudo a feminina. Ginecologistas e psicólogos são predominantes nesse grupo. Russo et al. notaram ainda que os termos ‘sexologia’ e ‘sexólogo’ tendem a ser cada vez menos utilizados pelos profissionais desse campo. Contudo, naquela pesquisa, a permanência dessas categorias foi verificada entre alguns representantes da vertente clínica da sexologia, em especial em entrevistas com ginecologistas e psicólogos. Já os profissionais ligados à medicina sexual raramente utilizavam o termo, sobretudo os urologistas. Ou seja, a adesão ou rechaço ao termo aponta para as tensões entre os atores que compõem o campo da *clínica sexual* (RUSSO et al., 2011, p.115).

A maior parte dos palestrantes do eixo sexualidade expressou concepções mais alinhadas ao estilo de pensamento da sexologia clínica. C.A., E.P. e G.L.¹⁹² constituem o núcleo de representantes da medicina sexual, que poderia ser considerada *soft*, nos termos de Russo et al. (2011). Todos gozam de muito prestígio, em especial os dois primeiros que são tidos como celebridades nos congressos, algo que observamos desde as primeiras etnografias realizadas em pesquisas anteriores (RUSSO et al., 2011).

Os temas mais frequentes no eixo sexualidade foram as disfunções sexuais femininas (desejo, excitação, anorgasmia, vaginismo, dispareunia), sexualidade nas diferentes fases da vida (climatério e pós-menopausa, infância e adolescência, gravidez e puerpério, envelhecimento) e terapias sexuais. O estilo das comunicações era característico da sexologia clínica. E.P. é um bom exemplo. Suas ‘aulas’ têm um tom de entretenimento, recheadas de piadas que reproduzem estereótipos de sexo/gênero e slides jocosos. Lembram as narrativas humorísticas anacrônicas de Elsimar Coutinho descritas por Manica (2009). O estilo de E.P. é eclético, muito diferente das apresentações médicas típicas. Ele inclui temas tão variados quanto contos de fada e mitologia grega em suas discussões sobre sexualidade. No congresso da Febrasgo, boa parte de sua comunicação foi dedicada à discussão dos ‘arquétipos femininos’ a partir da mitologia greco-romana e dos ‘arquétipos baianos’: “porque muitos dos mitos, muito das queixas, muito das qualidades das mulheres, inclusive aqui, no nosso país [...] vêm desses arquétipos”. Após expor uma interpretação *sui generis* dos arquétipos greco-romanos e do candomblé,¹⁹³ ele sugere que, ao receber uma paciente com queixas sexuais, os

¹⁹² Embora as apresentações tenham sido abertas ao público pagante, optamos por identificar os palestrantes apenas por suas iniciais de modo a preservar a identidade dos mesmos.

¹⁹³ Ao falar de Medusa, por exemplo, ele explica ser uma deusa com cabelos de serpente, “uma figura tenebrosa” porque recebeu um castigo, “uma coisa extremamente agressiva no universo feminino”, pois “não lhe roubaram a inteligência, mas lhe estragaram o cabelo”, quando risos da plateia ecoaram na sala. Ou ainda: “Oxum, o

médicos da plateia procurem “identificar em que ambiente que ela [paciente] está. Ela é uma Minerva? Ela é uma Diana? Ela é Medusa? [Por]Que cada uma delas tem um comportamento individualizado, diferente”.

Todos os palestrantes enfatizaram (ainda que em graus variáveis) a importância de se considerar os ‘fatores psicossociais’ e ‘relacionais’ na abordagem das disfunções sexuais. Não raro, eram apontados ideais culturais que ‘influenciam’ o comportamento sexual, como o culto à juventude e à beleza, descritos muitas vezes como ‘tabus’ e ‘crendices’ acerca da sexualidade. As referências mais comuns eram os principais autores da sexologia como Masters e Johnson, Rosemary Basson, Helen Kaplan e os DSMs. De vez em quando, Kinsey e até mesmo Havelock Ellis foram citados. Algumas poucas apresentações abordaram temas mais ligados à sexologia educacional, como violência sexual, HIV ou gravidez na adolescência.

6.3 Desejo e testosterona nas ‘aulas’ da clínica sexual

Nove apresentações do eixo sexualidade dedicaram-se ao tema do desejo sexual de forma mais aprofundada e serão analisadas a seguir.

6.3.1 Sexologia e desejo: “A gente precisa é descansar, dormir bem e a vitamina T, de toque”

R.C. fez parte da mesa-redonda ‘sexologia’, na qual debateu as repercussões do desejo sexual hipoativo¹⁹⁴ na vida dos casais e da mesa-redonda ‘sexualidade no climatério’, quando falou sobre técnicas cognitivo-comportamentais na terapia sexual. Ele foi apresentado como “o melhor sexólogo do Brasil!” R.C. sugere que a distinção entre causas orgânicas e psicossociais têm sido cada vez menos utilizada, pois “a causa psicossocial sempre existe. O que a gente tem que saber é se tem causa orgânica também ou não”. Sua apresentação sobre desejo sexual hipoativo tem por base a literatura clássica da sexologia: Havelock Ellis, Masters e Johnson, Helen Kaplan, Rosemary Basson e DSM-V.

O artigo de Basson (2000) é destacado como “um trabalho que mobilizou todo mundo! Desejo, excitação, platô e orgasmo... precisava ser reformulado!” A ‘necessidade’ resulta da

adereço dela é um xale de um lado e um espelho do outro, brincos dourados, extremamente vaidosa, extremamente fútil; [...] não sei se na novela vocês viram a Danielle Winits entubada, em coma, com cílios postiços, incrível, típico Oxum, né?” (Congresso da Febrasgo, 2013).

¹⁹⁴ O DSM-V havia sido lançado poucos meses antes do congresso e os médicos raramente referiram-se à nova nomenclatura proposta no manual, permanecendo a utilizar a categoria ‘desejo sexual hipoativo’. Isso aconteceu também nos demais congressos realizados um ano após o lançamento do manual da APA.

ênfase de Masters e Johnson nas “similitudes entre mulheres e homens”. Como vimos no capítulo 4 da presente pesquisa, Rosemary Basson introduziu uma nova abordagem do ciclo da resposta sexual diferenciada para as mulheres. Para explicar o modelo de Basson, R.C. afirma que *homens buscam prazer* nas relações sexuais, mas que isso *nem sempre* ocorre com as mulheres: “homem quer ter relação sexual pra quê? Pra buscar prazer, não tenha dúvida”. Para ele, há mulheres que são “como os homens” e permanecem motivadas para o sexo pela busca do prazer ‘até o fim’. No entanto, algumas funcionariam de acordo com o modelo de Basson, sendo motivadas por outras razões, como carinho, afeto ou a satisfação do parceiro. Mesmo que não busquem o prazer, o que define se há uma disfunção, para R.C., é a ‘capacidade responsiva’ quando são estimuladas pelos parceiros. O que caracterizaria o desejo sexual hipotativo seria a perda da *capacidade responsiva*, acompanhada de ‘sofrimento’. O terapeuta utiliza o critério relacionado ao que o DSM nomeia de sofrimento para diferenciar o desejo sexual hipotativo, visto como uma ‘inadequação’, de uma característica comum nos relacionamentos longos e do envelhecimento – a perda de interesse no sexo: “inadequação é quem reclama”. Assim, chama a atenção da plateia para o casal formado por uma ‘vagínica’¹⁹⁵ e um homem com disfunção erétil: “não há inadequação nenhuma! Se você trata essa mulher, o casamento pode acabar”.

A apresentação de R.C. não faz referências à testosterona ou a qualquer outro tratamento farmacológico. Entretanto, ao discutir a ênfase de Masters e Johnson nas similaridades entre homens e mulheres em contraste com a posição de Basson, o sexólogo comenta que pesquisas com neuroimagem têm produzido “a prova absoluta de que homens e mulheres não são similares”. Ele comenta ainda que aparelhos de ressonância magnética funcional e ‘PET’¹⁹⁶ seriam capazes de mostrar que, quando as pessoas estão apaixonadas, determinadas “luzes do amor se acendem no cérebro”:

Essa preocupação com similitude foi pouco a pouco sendo modificada. [...] [Mediante] principalmente a PET e outras formas de neuroimagem. Ela deixa claro com cores... [...] a zona que está sendo, digamos assim, requisitada no cérebro. [...] notaram que existem zonas quando a pessoa está apaixonada, [...] eu diria que são as luzes do amor que aparecem no cérebro claramente como também aparecem fases de desenvolvimento sexual, [...] ira, [...] tristeza, [...] alegria [...] essas fases são mapeadas no cérebro, [...] com PET [e] ressonância magnética funcional. E o que eles demonstraram com isso? *Eles mostraram que a mulher tem zonas diferente das zonas do homem em termos de sexualidade. Isso é a prova absoluta de que as mulheres não são tão similares aos homens ou os homens não são tão similares às mulheres como pensava* William Masters. (R.C., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

¹⁹⁵ Referência às mulheres que apresentam atrofia vaginal.

¹⁹⁶ Ele se refere à tomografia por emissão de pósitrons (PET-scans).

O trecho em destaque demonstra que, mesmo na sexologia clínica mais comprometida com as interações relacionais e psicológicas, há uma concepção cerebral sobre a sexualidade, as emoções e as diferenças de sexo/gênero.¹⁹⁷

Essa visão bioquímica das emoções é reiterada pelo mesmo palestrante, ao ser indagado sobre testosterona no debate sobre ‘sexualidade no climatério’:

Testosterona para desejo. *Geeenteeeeee, eu não sou animal!* Testosterona é um hormônio para animal irracional, eu sou um animal racional, *homo sapiens*. [...] o meu desejo funciona como *homo sapiens*. [...] a testosterona é um hormônio grosseiro, é o hormônio do ato sexual imediato. Pra nós, [...] o mais importante é feniletilamina. [...] é o hormônio do amor, [...] que junta as pessoas. E depois, com a ocitocina, que tem fome por pele, quer dar o abraço. Que nós temos uma influência de andrógenos, temos, sim. Agora, como é que você vai usar o hormônio? Vai dosar? [...] as duas maiores sociedades que trataram esse assunto [...] concordam que não se deve fazer dosagem de testosterona livre em mulher. (R.C., Congresso Febrasgo, 2013)

As críticas de R.C. em relação ao uso da testosterona não significam a preeminência de concepções mais construtivistas em relação à sexualidade, mas uma discordância em relação ao papel dos hormônios. A testosterona é representada como um ‘hormônio para animal irracional’, um hormônio ‘grosseiro’, relacionado ao ‘ato sexual imediato’. Há em seu discurso uma distinção entre animais e *homo sapiens*, quando a testosterona está associada aos primeiros e a feniletilamina – ‘hormônio do amor’ – e a ocitocina, ‘hormônio da pele’, aos segundos. Para R.C., a testosterona ‘não vale nada’: “Eu usei no começo, tinha um efeito puramente placebo”.

Seu posicionamento gerou uma acalorada discussão. E.G.P., sexóloga que também participara da mencionada mesa-redonda, endossou R.C., criticando a demanda de pacientes e médicos por medicamentos: “a gente precisa é descansar, dormir bem e a vitamina T, de toque”:

Acho que metade da plateia talvez aqui estava esperando que a gente falasse alguma coisa da testosterona. Eu acho que nós, médicos alopatas, sempre nos ensinaram que a gente tem que medicar [...] é o que nós sabemos fazer. Em sexualidade, [...] muitas vezes... a mulher vem pra mim: “Doutora, [...] acho que eu estou precisando de vitamina”. Eu acho que a vitamina que mais a gente precisa é descansar, dormir bem, e a vitamina T, de toque, e não é só a mulher que gosta de ser tocada, que gosta de ser acariciada, o homem também; então, muitas vezes as mulheres dizem: “Ah, ele não me toca”, aí eu digo: “Mas você toca ele?”, [...] até os animais gostam, mesmo o cachorro de casa, o gatinho de casa, como ele fica, bota a patinha pra cima,

¹⁹⁷ Recentemente, um grupo de feministas envolvidas com o estudo das neurociências tem alertado para os problemas resultantes de tomar os resultados obtidos em exames de imagem como ‘prova’ de diferenças de gênero. Para uma discussão sobre esse tema, ver Nucci (2015).

e fica feliz; a gente precisa disso. E o sexo, o que acontece conosco? Nós mulheres vivemos vários papéis: a gente é boa mãe, a gente é boa amiga, boa profissional, mas ser uma boa amante fica para a última hora. A gente é capaz de fazer uma lancheira maravilhosa pro filho, botando todo tipo de alimento nutritivo, fazer tudo que o marido precisa pra ir bonito, pra ir bem arrumado, e a gente não tem um cardápio sexual, certo? Tem que pensar em sexo, senão, a vontade não chega. Nós, mulheres, temos uma arma poderosa, que é o nosso clitóris, só que desde cedo nos ensinaram que [...] era proibido mexer, proibido tocar naquilo. (E.G.P., Congresso Febrasgo, 2013)

Concepções heteronormativas e estereotipadas de gênero atravessam o discurso de E.G.P. A mulher é caracterizada como ‘boa mãe’, ‘boa profissional’ e ‘boa esposa’ “que faz tudo que o marido precisa pra ir bonito e bem arrumado” para o trabalho, mas que não necessariamente é ‘boa amante’, em virtude da exposição a uma educação repressora e o desconhecimento de seu próprio corpo. A ideia de que as mulheres são mais suscetíveis aos ‘fatores sociais’, encarnados aqui na educação religiosa, foi recorrente nas palestras da sexologia clínica. Tal como vimos no capítulo anterior com o representante do estande da Evidence, E.G.P. também representa as mulheres (“nós mulheres”) como seres ocupados, que desempenham múltiplas funções e que acabam tendo pouco tempo ou interesse em sexo. Cabe a pergunta: e os homens? Não seriam também atarefados e ocupados? De maneira implícita, o que está sendo reforçado é concepção da sexualidade feminina como mais sujeita à influência da cultura do que a masculina, que seria a mais autônoma das esferas sociais, mais próxima da natureza, determinada por seus corpos sexuados.

De todo modo, as soluções apontadas por E.G.P. e pelo representante da Evidence são bem distintas. Para ele, a solução está no seu produto: é bioquímica. Para E.G.P., a visão é mais ‘holística’: é preciso dormir melhor, descansar e buscar afeto. Por outro lado, ela foi a única palestrante em todos os congressos observados que afirmou que os homens também gostam de afeto, desafiando a tão repetida imagem da sexualidade masculina como um botão de liga e desliga, desvinculada de sentimentos.

Dois congressistas da plateia – ela médica e ele médico – reagiram, tomando a palavra. Eles identificaram-se como profissionais vindos da escola de Elsimar Coutinho e afirmaram que quase todos os ginecologistas da Bahia “trabalham muito e muito bem” com a utilização dos hormônios. Ambos enfatizam outras formas de administração da testosterona que não seriam ‘virilizantes’ e melhorariam a “qualidade de vida de tesão”:

[...] testosterona em pequenas doses [...] vai ajudar a mulher; [...] não o bupropionato, porque ele é um virilizante [...], mas a testosterona pura, micronizada em base, [...] o Pentravan, ele é uma substância que evita a sensação de ardência, você pode usar em forma de gel que inclusive pode passar na área do clitóris [...] a reposição hormonal em forma de implantes, [...] usa a testosterona, [...] associa

nesse implante estrógeno com testosterona, com a melhora da qualidade de vida de tesão. [...] não é só cabeça, a fisiologia realmente muda, e toda mulher tem na sua composição bioquímica, hormonal, a testosterona em si. (Médica congressista, Congresso Febrasgo, 2013)

A nova tecnologia, o Pentravan, é o que se chama ‘veículo’, o que possibilita a passagem transdérmica da testosterona, sua absorção. A testosterona é descrita como parte da ‘composição bioquímica’ de toda mulher e a forma transdérmica ou os implantes subcutâneos de Elsimar Coutinho são mencionados como tecnologias que ajudam as mulheres, já que sua fisiologia muda ao longo da vida.

R.C. tomou novamente a palavra, e esclareceu que não “faz andrógenos” *no contexto da terapia sexual*, mas que não há discussão sobre uso de estrógeno associado com testosterona *para a menopausa*. A distinção entre sexologia e o uso na terapia hormonal da menopausa é uma pista para que se compreenda a diferença entre o discurso dos palestrantes dos eixos que classifiquei como sexualidade e TRH/climatério: “A gente sabe, por exemplo, que quem usa estrógeno na menopausa, usa composto com testosterona, ninguém discute isso. O que eu falei é para sexologia [...] Mesmo porque o Elsimar não é sexólogo, ele não tem obrigação disso”.

6.3.1.1 Críticas à medicina pela sexologia

Analisaremos mais detidamente a palestra ‘Sexualidade no climatério: é preciso medicalizar?’, que foi emblemática em relação à crítica às leituras médicas da sexualidade feitas pela sexologia. O palestrante (T.L.) é ginecologista e foi apresentado como especialista em sexologia, colaborador de um ambulatório de medicina sexual de um destacado hospital de São Paulo e responsável por um programa voltado para a violência sexual. T.L. abre sua comunicação problematizando, como o fez E.G.P., a demanda dos médicos e das pacientes pelos remédios. Ele alerta para os interesses mercadológicos das indústrias farmacêuticas em relação à busca de um produto destinado às mulheres, mas diz que não há ainda “um produto válido [...] no mercado”, dando a impressão de que não há nenhum “produto que funcione” uma vez que “pra sexualidade a coisa é um pouquinho mais complicada”. O termo ‘medicalizar’ foi utilizado como sinônimo de medicar: “Medicalizar, dar uma resposta imediata, se funcionasse, se funcionasse bem, todo mundo já estava fazendo”. As críticas ao modelo médico apontaram a falta de escuta dos ginecologistas em relação aos ‘aspectos psicossociais’ relacionados à sexualidade (‘mitos’, ‘crenças’ e ‘construções sociais’) e à

tendência a *apenas* medicar as disfunções sexuais, entretanto, os pressupostos do modelo médico não foram questionados. A literatura utilizada para embasar seus argumentos reflete a hegemonia da medicina sexual na sexologia clínica, mesmo quando se trata de uma perspectiva mais próximas da vertente educacional.

T.L. discute o impacto do climatério e da menopausa sobre a sexualidade a partir da visão ‘biopsicossocial’. É interessante a forma como o modelo da menopausa como doença e a associação entre hormônios e sexualidade são ora tensionados, ora reforçados. O primeiro ponto que destaca é o de que mulheres na menopausa teriam um risco “muito aumentado de apresentar disfunções sexuais”. Um slide cujo título é “mulheres na pós-menopausa apresentam risco de aproximadamente 2,3 x maior que na pré-menopausa” faz referência a um artigo publicado no periódico *Obstetrics & Gynecology*, segundo o qual “quatro fatores influenciam DSF.¹⁹⁸” Ele discorre então sobre cada grupo de fatores. Primeiro, são citados baixos níveis séricos de androgênios: “a partir do climatério, a principal fonte androgênica da mulher é intracelular”. O segundo seria a ausência de um parceiro sexual (homens morrem mais cedo, mulheres mais velhas têm dificuldade de encontrar parceiros). Terceiro fator: ‘psicológico’: a ansiedade, que o palestrante descreve como “extremamente importante pras disfunções sexuais”. Finalmente, filhos menores de 18 anos que moram na casa. A palestra segue ressaltando a influência de fatores ‘não hormonais’ sobre a ‘responsividade sexual’ e sobre a ‘baixa estima’ no climatério, a partir de um artigo de Alessandra Graziottin e Sandra Leiblum publicado no *Journal of Sexual Medicine*, em 2005. A dose ‘suprafisiológica’ é qualificada como nociva porque excede os ‘valores normais’ de concentração sérica. Entre outros aspectos, são citados: estado de saúde geral, presença de doenças crônicas, efeitos colaterais de medicamentos, insatisfação com ‘o parceiro’, importância da mágoa e das traições nas relações, mudanças no *status* socioeconômico e aposentadoria. O slide seguinte, que cita outro artigo do *Journal of Sexual Medicine*, afirma que “fatores relacionais são mais importantes que a menopausa ou a idade como fatores de risco para o desejo hipoaetivo”, enquanto “fatores fisiológicos e psicológicos são mais importantes que fatores relacionais como fatores de risco para a função orgásmica”. Fechando esta parte da comunicação, cita um terceiro artigo do mesmo periódico que traz um ponto muito enfatizado nos três congressos e também nas entrevistas e nas propagandas dos fabricantes, a relação entre *atrofia vaginal* e *desejo*: “A atrofia vaginal como causadora de dor acaba levando à diminuição do desejo, à diminuição da frequência de relações sexuais, diminuição do prazer [...] *Isso tem que ser*

¹⁹⁸ Abreviação de disfunção sexual feminina ou disfunções sexuais femininas.

abordado de uma maneira rotineira por profissionais” (grifo nosso).

Na segunda parte da apresentação, a ambiguidade na crítica ao modelo médico torna-se mais evidente. T.L. critica a associação entre menopausa e disfunção sexual: “a gente tende a associar automaticamente: a mulher entrou na menopausa, ela tem dificuldade sexual”. No entanto, mais uma vez recorrendo a estudos que partem de premissas medicalizadas, apresenta dados que parecem indicar o contrário do que havia questionado:

Nem toda mulher vai ter dificuldade sexual na menopausa. [...] Um estudo da Unicamp mostrou que mulheres com *menopausa precoce tinham dificuldade de lubrificação, satisfação, dor e orgasmo, mas não em relação a desejo sexual*. A queda – a falência ovariana – não provocou alteração em desejo. [...] se realmente algum hormônio vai interferir de maneira significativa em desejo, pode interferir em trofismo, pode interferir em lubrificação, mas desejo é uma coisa que está sendo muito questionada atualmente. (T.L., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

Sua crítica parece ser mais dirigida à associação entre menopausa e desejo e não à menopausa e problemas sexuais. Se na abertura da palestra ele é ambíguo ao falar dos produtos para as disfunções sexuais femininas, no momento em que desenvolve o tema, a eficácia da testosterona aparece como um fato bem estabelecido: “A literatura tem mostrado que a testosterona tem um efeito positivo sobre o comportamento sexual”. No slide lê-se: “estudos randomizados têm mostrado melhores resultados da testosterona exógena versus placebo sobre desejo, excitação, orgasmo, prazer e satisfação”. Como acontecia em geral nas demais palestras observadas, as referências exibidas nos slides não apontavam o título dos artigos, somente o nome dos autores, o periódico, volume, número, páginas e ano.

Sabemos, porém, que o artigo é uma revisão de literatura e aparece referenciado da seguinte forma: “Davison, Davis. *Hormones and Behavior*, 59(5):745-753, 2011”. Trata-se de um bom exemplo de como acontece a rede de influência a partir de um líder de opinião. Susan Davis, como vimos no capítulo 2, é a médica que atuou junto à Procter & Gamble (P&G) na publicação e divulgação dos ensaios clínicos com o Intrinsic. Busquei no artigo citado a declaração de conflito de interesse, na qual consta apenas a vinculação institucional das autoras: Women’s Health Research Program, Central Clinical School, Monash University, Clayton, Victoria, Australia (DAVISON & DAVIS, 2011, p.745). O artigo consiste em uma revisão, o que possibilita a apresentação dos dados produzidos nas pesquisas diretamente financiadas pelas indústrias em um contexto em que essa ligação desaparece, tornando-se “resultados de estudos randomizados”.

Há nessa passagem uma tripla legitimação: pelo status de uma autora internacional expert no tema, pela universidade à qual ela é filiada e pelo periódico no qual o artigo foi

publicado. Desaparece a discussão sobre a eficácia do medicamento que foi apontada pela *FDA* no processo de aplicação para comercialização do produto, que é ressaltada pelas vozes críticas da medicalização e que, ainda que em menor medida, encontra-se presente nos próprios artigos originais. No contexto da batalha pela aprovação do medicamento na agência de regulação de medicamentos americana, os debates produzidos pelos atores envolvidos interrogavam se a modesta melhora, “estatisticamente significativa”, reportada nos ensaios clínicos teria um valor clínico significativo. Mas, no congresso brasileiro da Febrasgo, 2013, o artigo de Davis tornou-se instrumental para o processo de consolidação de um fato científico: “A literatura tem mostrado que a testosterona tem um efeito positivo sobre o comportamento sexual”.

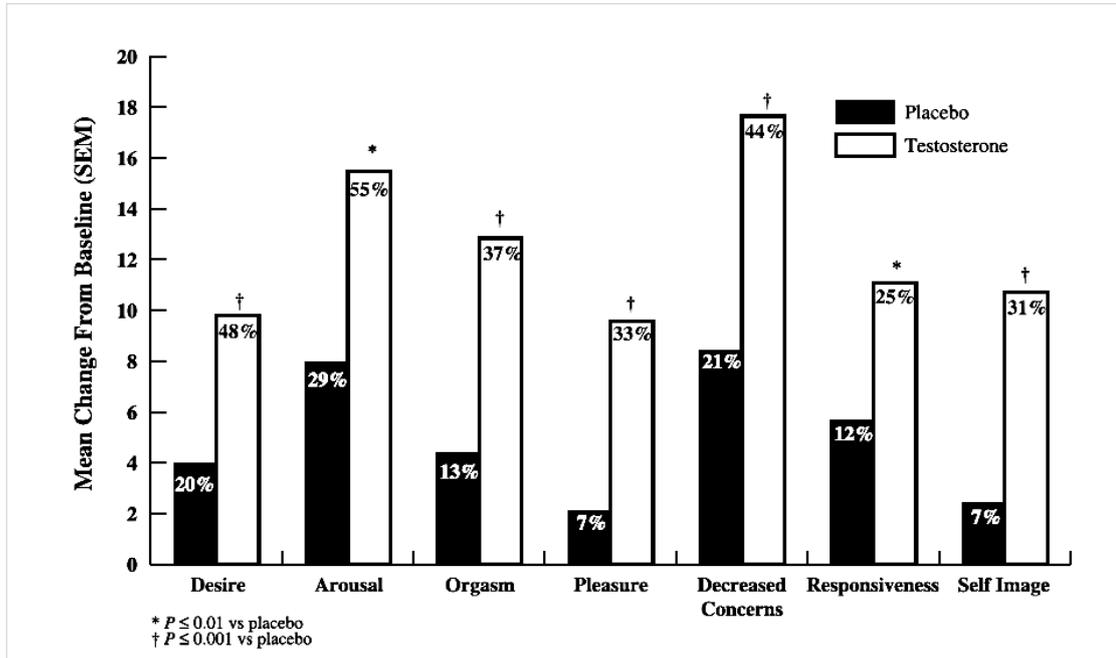
O palestrante cita outros artigos que seguem a mesma linha. O primeiro deles é referido como “esse estudo da Shifren de 2006”, e apresentado da seguinte forma: “As pacientes que estavam usando testosterona todas elas tiveram uma melhora significativa em relação ao placebo, em todos os domínios do questionário utilizado, incluindo autoimagem e diminuição das preocupações”.

Um gráfico de barras, retirado do artigo em referência, compara os resultados obtidos com o uso do adesivo de testosterona ou placebo em sete domínios: ‘desejo’, ‘excitação’, ‘orgasmo’, ‘prazer’, ‘redução de preocupações’, ‘responsividade’ e ‘autoimagem’.

A representação gráfica dá a impressão de que a diferença entre os dois grupos é bastante expressiva em todos os quesitos avaliados. Entretanto, mesmo os autores do artigo, cujo interesse em promover o produto é evidente, interpretam os dados de modo cauteloso: “Notavelmente, esse é o primeiro estudo a demonstrar correlações estatisticamente significantes, embora modestas, entre níveis de testosterona e avaliações múltiplas da função sexual em mulheres naturalmente menopausadas” (SHIFREN, et al., 2006, p.777, tradução nossa).¹⁹⁹ De acordo com o artigo, os dados indicam que as mulheres aumentaram a frequência de “episódios sexuais satisfatórios” por mês (quatro semanas) em 2.1 (desvio padrão 0.28) no grupo tratado com testosterona e 0.5 (desvio padrão 0.23) no grupo placebo.

Figura 16 – Resultados obtidos em ensaios clínicos do Intrinsica, Congresso Febrasgo, 2013

¹⁹⁹ No original: “Notably, this is the first study ever to demonstrate statistically significant, although modest, correlations between testosterone levels and multiple sexual function assessments in naturally menopausal women.”



Fonte: SHIFREN, et al., 2006, p.775

Conforme discutimos no capítulo 2, este artigo foi publicado após a aprovação do Intrinsic pela EMA e tinha como objetivo pavimentar o caminho para um pedido de modificação do *status de menopausa* ao qual é indicado, visando a ampliação do mercado consumidor. Até aquele momento, o Intrinsic era indicado para mulheres com menopausa cirúrgica, transtorno do desejo sexual hipotivo, e tratadas com estrógeno. O artigo reporta resultados do ensaio clínico da Procter & Gamble (P&G) com o Intrinsic em mulheres na ‘menopausa natural’. Jan Shifren é a primeira autora, Susan Davis é uma entre catorze coautores, incluindo funcionários da P&G. Apesar de o ensaio clínico ter sido inteiramente financiado pelo fabricante, ao ser assinado por uma médica torna-se, no congresso da Febrasgo, “*esse estudo da Shifren*”.

Enquanto falava da testosterona, um slide que T.L. não comentou fazia referência à deficiência androgênica:

A decisão de tratar pacientes na perimenopausa com sinais/sintomas de deficiência androgênica é baseada fundamentalmente no julgamento clínico, associado à coadministração de estrogênios e após consentimento informado da paciente quanto à falta de conhecimentos sobre os riscos a longo prazo. (Slide exibido por T.L., Congresso Febrasgo, 2013)

Ainda sobre a testosterona, T.L. abordou a questão da segurança de forma contraditória em relação à informação exibida no slide por ele comentado. Dessa vez foi citado um artigo que reporta a continuação da pesquisa anterior durante quatro anos, utilizado

como base para a afirmação de que a segurança do medicamento teria sido *confirmada*.

Na última parte da comunicação, T.L. dedica-se à discussão sobre psicoterapia, o poder de sugestão do médico e discute o efeito placebo. Sobre este último aspecto, volta a falar da testosterona:

[...] se eu falar “Esse remédio é ótimo”, funciona muito melhor do que falar “Esse remédio, toma esse remédio”, sem nenhuma outra instrução. As mudanças de comportamento necessárias ao uso do medicamento às vezes têm eficácia; [...] o efeito do gel de testosterona no clitóris [...] será que é o gel de testosterona ou se eu mandar ela passar o KY durante 40 minutos por dia no clitóris, ela não vai ter um maior contato... (T.L., Congresso Febrasgo, 2013)

Ao sugerir que o efeito da testosterona pode ser similar ao de um KY (marca de um creme lubrificante amplamente difundido) utilizado “40 minutos por dia no clitóris”, a postura ambígua de seu discurso retorna, mesmo depois de apresentar os dados da medicina sexual como fatos científicos bem estabelecidos, sem contextualização das pesquisas e sem referências aos estudos críticos sobre disfunções sexuais femininas. O que parece estar sendo de fato questionado é o uso da medicação como único recurso utilizado pelos ginecologistas no tratamento das disfunções sexuais.

O palestrante conclui com a noção de ‘tratamento personalizado’, que se mostrou um ponto de consenso entre todos os atores envolvidos no círculo esotérico especializado ou generalista do universo pesquisado:

O tratamento das disfunções sexuais na menopausa [...] tem que ser altamente personalizado, [...] e a prescrição tem que ser extremamente cuidadosa; acho que essa é a mensagem que tem que ficar, não tem ainda um tratamento único, vai ter o tratamento da sua paciente, naquele momento, no contexto que vai estar ocorrendo, né? (T.L., Congresso Febrasgo, 2013)

6.3.2 Palestrantes da medicina sexual

As demais apresentações que discutiram os tratamentos farmacológicos para a sexualidade e o desejo foram proferidas por C.A., E.P. e G.L., todos médicos com bastante destaque, nacionalmente, na sexologia e na medicina sexual. Alguns pontos reiteram o que já vimos na fala de T.L., como as constantes referências à abordagem biopsicossocial mesmo quando as referências bibliográficas projetadas nos slides e as concepções sobre desejo e sexualidade são provenientes da medicina sexual.

De acordo com as declarações de conflito de interesse projetadas pelos palestrantes,

suas articulações com as empresas farmacêuticas são múltiplas.²⁰⁰

G.L. apresenta-se como coordenador do departamento de medicina sexual de um hospital de Belo Horizonte, membro titular da Academia Internacional de Sexologia Médica (Aism) e integrante da Comissão Nacional de Sexologia da Febrasgo. Declara-se como “Palestrante para Lilly, Bayer, Herbarium, Grunenthal e produção de folhetos para médicos para Libbs, Lilly e Bayer”. De acordo com seu currículo Lattes, G.L. tem envolvimento com a ISSM, a Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual (Slams) e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

E.P. é chefe do setor de medicina sexual de uma faculdade de medicina prestigiada do Estado de São Paulo e declara-se “Palestrante eventual da(s) empresa(s) Ache, Bayer, Farmoquímica, Libbs, MSD, Sanofi, Teva”.

C.A. é psiquiatra e apresenta-se como livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria de uma faculdade de medicina paulista, atuando em um programa específico de estudos e atendimentos voltados para a sexualidade. No slide com a declaração de conflito de interesse constam as seguintes informações:

Participo/participei de estudos clínicos subvencionados pelos Laboratórios Lilly, Pfizer, Janssen-Cilag. Sou/fui membro consultivo do Advisory Board Lilly (Cialis) e Pfizer (Viagra). Sou conferencista para Lilly, GSK, Janssen-Cilag, Pfizer e Abbot. (Slide exibido por C.A., Congresso Sogesp, 2014)

6.3.3 Libido e desejo: sinônimos?

Ao longo das palestras do eixo sexualidade específicas sobre desejo houve mais de 150 referências a ‘desejo’, enquanto a palavra ‘libido’ foi citada apenas nove vezes. À primeira vista, desejo e libido parecem sinônimos. No entanto, uma análise mais detida demonstra que a maioria das referências ao termo libido ocorreu em situações em que se falava de efeitos de medicamentos sobre a função sexual, seja no sentido de um favorecimento ou como efeito colateral: “toma um medicamento que compromete sua libido”, “a flibanserina [...] começou a melhorar a libido de mulheres acima de 50 anos”, “tem que se pensar na possibilidade de a libido estar afetada por anticoncepção hormonal”. A libido é, a partir destes relatos, ‘afetada’, ‘comprometida’ ou ‘melhorada’ pelos efeitos bioquímicos dos

²⁰⁰ Muitos palestrantes do congresso da Febrasgo, 2013, não fizeram a declaração de conflito de interesse, que passou a ser obrigatória a partir daquele ano. Possivelmente a regra era ainda pouco conhecida entre os participantes, notadamente aqueles que não possuem relações como as indústrias. Destaco ainda que em todos os congressos, muitos palestrantes projetavam o slide no qual era explicitado o conflito de interesse tão rapidamente que, por vezes, eu não conseguia fotografá-lo ou mesmo de anotar as informações. Não tenho informações sobre conflito de interesses nas palestras de R.C. e T.L.

medicamentos.

A expressão ‘libido total’, utilizada em uma das palestras, sugere uma dimensão quantitativa associada à testosterona, uma vez que ‘total’ é um termo comum no jargão médico ligado à dosagem de testosterona no sangue (testosterona ‘livre’, ‘ligada’ e ‘total’). O aspecto quantitativo e diretamente associado à testosterona revela-se também no trecho a seguir quando se diz que a libido ‘cai’ quando se suspende o tratamento:

Como é que você avalia se a testosterona está fazendo efeito ou não? Não é dosar a testosterona de novo, é fazer avaliação clínica: se melhorar o desejo, se melhorar a receptividade, se ela diz que está mais satisfeita, aí você tem uma resposta positiva. Se tiver efeitos colaterais, normalmente tipo acne, oleosidade de pele, a gente mandava parar, aí a libido caía outra vez. A melhor forma é: em vez de suspender, diminui a dose pra ver se o efeito colateral continua. (G.L., Congresso Febrasgo, 2013)

‘Desejo’ surge na série semântica que associa receptividade / satisfação / resposta positiva. Já libido emerge no contexto dos efeitos colaterais, devendo ser administrada por um ajuste de doses. ‘Libido’ foi referida em duas situações como sintoma de um quadro patológico mais amplo de síndrome da insuficiência androgênica (SIA) ou de menopausa:

É natural que essa mulher tenha, pela menopausa, alterações de humor, é natural que ela perca inclusive a libido, mas não é natural que ela tenha tristeza, falta de esperança, ideação suicida. Nesse caso, ela está deprimida, o que não é sintoma da menopausa. As candidatas têm que ser mulheres na pós-menopausa, com sintomas de insuficiência androgênica que são humor disfórico [sic], perda de bem-estar e diminuição da energia, diminuição da libido e os sintomas vasomotores persistentes (C.A., Congresso Sobrac, 2014)

A descrição da menopausa (e também do climatério e da pós-menopausa) a partir dos sintomas foi recorrente nos congressos de ginecologia, tanto no eixo sexualidade, quanto no eixo TRH. ‘Libido’, ‘disfunção sexual’ e ‘desejo’ são identificados como sintomas comuns e mesmo esperados nessa ‘fase da vida da mulher’.

6.3.4 Desejos espontâneo, responsivo e hipoativo nas ‘aulas’ da medicina sexual

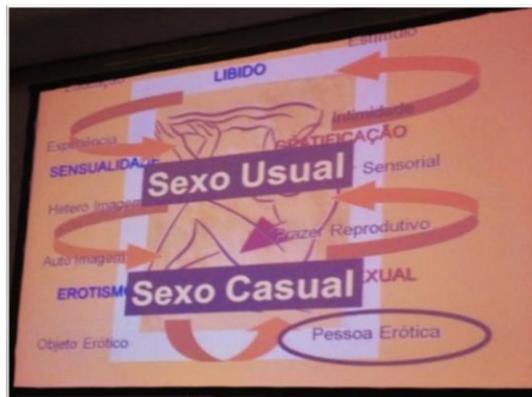
O ciclo da resposta sexual de Rosemary Basson, incorporado no DSM-V, constitui a principal referência teórica dos palestrantes da clínica sexual em relação ao desejo. Slides com o ciclo de Basson foram projetados em quase todas as comunicações do eixo sexualidade. Há consenso em relação à necessidade de distinguir entre desejo ‘espontâneo’ e

‘responsivo’ para ‘fechar o diagnóstico’: se há resposta às investidas sexuais do parceiro,²⁰¹ não é possível diagnosticar TDSH. E se não há sofrimento, não há motivo para o diagnóstico. G.L. aponta a ausência de desejo espontâneo não como uma disfunção, mas como um ‘problema para o casal’:

Essa mulher tem um problema igual àquela que fala pra gente que não chega ao orgasmo, no coito, mas chega através da mão, ou do sexo oral. Não é uma disfunção do orgasmo, mas é um problema pro casal às vezes muito grande e no caso dessa mulher que não tem desejo espontâneo, mas tem o desejo responsivo, eu tenho considerado não como doença, disfunção, mas sim como um problema pro casal. (G.L., Congresso Sogesp, 2014)

E.P. oferece uma leitura peculiar do ciclo da resposta sexual de Basson. Ele chama de ‘sexo usual’ as interações sexuais de relacionamentos duradouros, enquanto ‘sexo casual’ seria aquele que ocorre ‘sem amor’. O ‘sexo usual’ é associado às noções de ‘neutralidade’, ‘amor romântico’, ‘evento afetivo’ e ‘sagrado’.

Figura 17 – Slide ‘sexo usual *versus* sexo casual’, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: A autora, 2016

O ‘sexo casual’, ‘sem amor’, é adjetivado como ‘imprudente’ e ‘abusivo’.

Estou convencido que muitas pessoas gostariam de ser eróticas. No sexo usual, isso infelizmente se perde. No sexo casual, isso se recupera, mas será que nós vamos caminhar pra um futuro onde todos gostarão de fazer isso ou o amor romântico nos leva aquilo que seria realmente sagrado que é o evento afetivo? Esse profissional chama-se Adam Kahane, psicólogo também, trabalha com um livro chamado *Poder & amor*. Ele se baseia nos diálogos de Martin Luther King, e ele diz uma coisa muito simples e elegante: “O poder sem amor é imprudente e abusivo, e o amor sem o poder é sentimental e alheio”; então, numa sala de sexualidade, o prazer... o poder com PH – ponham um H aí pra mim, eu não posso falar essa palavra aqui, porque muitos vão me criticar –, mas o poder sem o amor é imprudente e abusivo, e o amor sem o poder é sentimental e alheio. A maioria das mulheres em sexo usual tem

²⁰¹ Em algumas situações pontuais os palestrantes ponderaram que “o parceiro” poderia também ser “a parceira”. Assinale-se que G.L. proferiu uma comunicação sobre homoafetividade em um dos congressos.

neutralidade, estão pensando em milhões de coisas, mas é evidente que se elas forem bem recompensadas de forma não sexual, se forem concordantes com o sexo afetivo, serão motivadas, e a palavra existe: *se tornarão receptivas. E não é só receptiva na vagina, é receptiva nos seus anticorpos, é receptiva no contexto apropriado – veja que sexo, em mulher, não é sexo, é uma relação sexual.* E nesse processo, nesse quadro, mostra toda a sua influência biopsicossocial. (E.P., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

O quadro ao qual E.P. se refere é o slide que pode ser visualizado mais adiante, na Figura 18. Nas entrelinhas das formulações de E.P. sobre sexo ‘usual’ e ‘casual’, sugere-se que mulheres ‘prudentes’ e que almejam o “sagrado amor romântico” não são ‘pessoas eróticas’, mas devem ser portadoras de vaginas e atitudes ‘receptivas’ às investidas de seus parceiros para serem recompensadas com o que realmente desejam: afeto, amor ou outras recompensas não sexuais. Conforme veremos, afirmações como estas são abundantes nas palestras de E.P.²⁰²

6.3.5 Desejo nas ‘aulas’ da medicina sexual: multifatorial e variedade de tratamentos

O desejo é concebido como resposta sexual ‘multifatorial’ e ‘biopsicossocial’. Entre os aspectos citados, os mais comuns foram os psicossociais, cognitivos, endócrinos, cerebrais e vasculares, mas também musculares e até mesmo imunológicos. Os fatores ‘sociais’ são em geral entendidos como ‘crenças’, ‘mitos’, ‘questões morais’ e influência de repressões aprendidas ao longo da vida. Ideais de beleza, juventude e de *performance* sexual são acionados, como já vimos, principalmente quando se fala de desejo no climatério. No entanto, esses pontos são apenas citados e não há aprofundamento teórico. A extensa produção acadêmica produzida no âmbito das ciências sociais, do feminismo e dos estudos sociotécnicos sobre disfunções sexuais femininas é sistematicamente ignorada. Diferenças nas formas de experimentar a sexualidade decorrentes de classe social, raça ou orientação sexual não têm lugar na perspectiva ‘biopsicossocial’ apresentada nos congressos. Assim, as diferenças de gênero tornam-se diferenças sexuais, localizadas no plano corporal. Relações de gênero enquanto relações de poder assimétricas não são citadas como fatores sociais com potencial de interferência sobre o desejo.

Os palestrantes instruíram os congressistas a investigarem ‘a causa’ da disfunção do desejo de suas pacientes de modo a optar pelo melhor método terapêutico: psicoterapia individual, terapia de casal, terapias hormonais, antidepressivos ou mudanças nos

²⁰² Daniela Manica (2009), ao analisar as narrativas de Elsimar Coutinho, chama a atenção para o quanto suas afirmações soam anacrônicas para uma leitora familiarizada com a literatura feminista. Recupero sua observação, que se aplica perfeitamente ao caso E.P.

medicamentos que estariam incidindo sobre a função sexual.

Nós temos que identificar a causa antes de tratar e essa causa é multifatorial; eu posso dar um aporte de estrógeno pra aquela mulher que está entrando na menopausa, [...] posso repor a testosterona, posso dar um antidepressivo adequado, do tipo dopaminérgico, que não vai fazer a prolactina subir, [...] mas se ela não tiver um parceiro interessado, se ela também não tiver cuidados com questões de ordem emocional, se o seu parceiro tiver disfunção sexual, [...] eu não vou resolver a falta de prazer dessa mulher. (C.A., Congresso Sogesp, 2014)

Os hormônios e os neurotransmissores são importantes atores biológicos (ROBERTS, 2007) nas narrativas sobre desejo sexual da medicina sexual. A etiologia hormonal é remetida a três campos principais. O primeiro diz respeito às experiências de dor no coito em função da atrofia vaginal atribuída à ‘síndrome da deficiência estrogênica’, sendo a ‘reposição estrogênica’ indicada como a melhor opção terapêutica. O efeito sobre o desejo sexual é visto como uma ação *indireta* do estrogênio que, ao melhorar a dor, favoreceria a *receptividade*. O segundo é relativo à diminuição do desejo como um sintoma da ‘síndrome da insuficiência androgênica’ (SIA). A ‘reposição’ da testosterona é proposta como terapêutica para esses casos, sendo a via transdérmica apontada como a mais adequada. No entanto, embora a SIA seja citada nas apresentações, a ênfase das discussões é alocada sobre os diagnósticos e tratamento das disfunções sexuais. O terceiro campo relaciona contraceptivos orais combinados e diminuição da testosterona com conseqüente redução da libido. Há também referências em menor escala à prolactina como um hormônio que pode dificultar o desejo sexual quando é alterado em função de efeitos colaterais de medicamentos.

A psicoterapia individual foi aconselhada sobretudo em casos de problemas em relação à autoimagem, ansiedade ou dificuldades diante da perda de beleza e juventude no climatério. Já os conflitos relacionais e disfunções sexuais do parceiro são apontados como causas da diminuição do desejo que requerem terapia de casal. No entanto, não há um aprofundamento sobre o que se entende por ‘conflitos relacionais’.

A ‘deficiência’ de neurotransmissores é vista como uma das causas da disfunção do desejo. Os neurotransmissores ‘excitatórios’ – dopamina, noradrenalina e ocitocina – seriam favoráveis à função sexual, enquanto a serotonina teria papel ‘inibitório’ desfavorável. Os efeitos colaterais de antidepressivos e outros medicamentos são explicados através de seus supostos efeitos sobre os neurotransmissores. Os antidepressivos dopaminérgicos seriam mais adequados para quadros em que são identificadas dificuldades de desejo sexual, sendo a bupropiona o mais recomendado.

Há ainda a relação entre morbidades e disfunções sexuais, que surgiu de forma direta

ou indireta. São mencionadas algumas patologias que poderiam ter efeitos diretos sobre a resposta sexual, como o diabetes levando à falta de lubrificação. C.A. afirma haver maior prevalência de desejo hipoativo entre mulheres com doenças cardiovasculares, obesas, diabetes e tabagismo. A depressão é, sem dúvida, a doença que foi mais associada às disfunções do desejo sexual, tema que se repetiu em quase todas as palestras, nos dois eixos. E.P. fez referência às doenças autoimunes:

Existem doenças associadas que levam à disfunção sexual, que levam à insatisfação, que levam principalmente à resistência insulínica, assim como metabólicas, que vão agredindo todos esses equipamentos. Veja: se eu agrido o lado hormonal, vascular e principalmente o imunológico, eu faço com que essa cliente não reconheça imunologicamente o parceiro, e há vários trabalhos hoje mostrando que uma das coisas mais agressivas pra sexualidade são as doenças autoimunes, porque você não consegue selecionar no beijo, na troca de fluidos, o material genético do parceiro. Se você não reconhece nem os seus próprios tecidos e faz uma Síndrome de Sjögren, ou faz uma artrite reumática, como é que você vai reconhecer o DNA do parceiro, perceber se ele merece ser retribuído por filhos, por exemplo? (E.P., Congresso Febrasgo, 2013)

Os palestrantes enfatizaram que, de forma indireta, as comorbidades colaboram para as disfunções sexuais induzidas por medicamentos. O ‘estilo de vida’, na medida em que poderia evitar o aparecimento de doenças, é apontado como fator relacionado à disfunção sexual. Na palestra ‘Atualizações farmacológicas nas disfunções sexuais’, G.L. destaca a relação efeitos colaterais / função sexual como uma ‘atualização’ importante sobre as disfunções sexuais, ainda mais porque “quase todos os medicamentos” teriam um potencial efeito negativo nesse sentido:

Só pra vocês terem ideia da quantidade de medicação que pode afetar a função sexual. [...] antiurético, antidepressivo, anticancerígeno; realmente, *eu brinco que tirando o analgésico, que não tem ação central, e antibiótico, quase todos os medicamentos têm um potencial...* a gente fala muito, por exemplo, estatinas, podem afetar negativamente a sexualidade, agora, o próprio colesterol alto também afeta. Então, são muitos medicamentos. (G.L., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

6.3.6 “Luxúria é uma coisa testosterônica”: Cérebro, hormônios e desejo nas ‘aulas’ da medicina sexual

Embora os aspectos relacionais e psicossociais sejam mencionados, o desejo é compreendido como um fenômeno que envolve interações cognitivas e neuroendócrinas comandadas pelo cérebro:

[...] a resposta sexual vai depender de uma série de elementos que podem estar alterados, [...] e a excitação, a inibição, que deveriam estar trabalhando em conjunto, através de elementos *endócrinos, neurológicos e psicossociais*, realmente nessa paciente não vai estar acontecendo. As mensagens que o *cérebro manda* de interação entre a *cognição* que ela tem, as *reações neuroquímicas e humorais*, nessa paciente que queixa que não tem prazer, com certeza, não estarão acontecendo a contento, ou porque não liberam *hormônios*, ou porque as *substâncias vasoativas* estão impedidas de serem liberadas pela baixa hormonal, ou pela deficiência de *neurotransmissores*, no caso, dopamina. E aí o fluxo sanguíneo não aumenta e essa paciente não sente essa capacidade que ela deveria ter de responder com satisfação ao ato sexual, daí a disfunção e essa disfunção causando sofrimento. (C.A., Congresso Sogesp, 2014)

Para E.P., a testosterona é o “veículo principal para motivação central no tálamo” que ‘ativa’ a dopamina. Sua narrativa localiza no cérebro diferenças em relação ao desejo entre homens e mulheres:

A gente entende hoje que a testosterona é o veículo principal para motivação central no tálamo. E esse hormônio com 19 carbonos *é o ativador do gatilho*, que é a dopamina e, fundamentalmente, enquanto *no homem a dopamina domina* esse sistema central, *na mulher existe um equilíbrio* ligado à serotonina que, quando em excesso [*inaudível*] diminui o interesse sexual, e quando nós tratamos com a recaptção dessa serotonina, interferimos muito com o processo principalmente inibitório. O humor dessa mulher é fundamental pra que ela sinta a proposta sexual e o humor desse homem também, de tal forma que o desejo favorece o romance. (E.P., Congresso Sobrac, 2014)

Os mecanismos bioquímicos cerebrais são descritos em termos de diferenças de sexo/gênero. A testosterona seria “o *ativador do gatilho*” (note-se que, ao hormônio considerado masculino atribui-se uma função de ativação iniciadora). O ‘gatilho’ do desejo, por sua vez, seria a dopamina que “domina” no sistema central dos homens. Já nas mulheres, “existe um equilíbrio” que, quando perturbado, “diminui o *interesse sexual*” (grifos nossos). O trecho referido acima fazia parte das explicações de slide interativo que, inicialmente, exibia apenas um casal. Pouco a pouco as demais palavras surgiam no telão, compondo o quadro final apresentado na Figura 18. A mulher foi apresentada como uma “senhora que está se aproximando do período menopáusic”, enquanto o homem é descrito como tendo 55 anos. A diferença na forma como são descritas as expectativas do casal é bastante contrastante:

[...] enquanto pra esse homem sexo é uma fonte de juventude, para essa mulher, sexo é uma provação constante, principalmente se ela já estiver sentindo algum sinal do processo inexorável do envelhecimento chamado menopausa. Veja que a luxúria que domina nesse casal e é motivada por uma associação entre, no homem um desejo absoluto, e, na mulher, por uma ideia romântica, onde desse vínculo surgirá uma ligação afetiva que, aí sim, estará envolvida com o desejo persistente. (E.P., Congresso Sobrac, 2014)

Da forma como foi caracterizado, esse casal parece ter uma idade próxima. No

entanto, tudo se passa como se apenas a mulher estivesse envelhecendo, uma vez que ela sente os sinais do “processo inexorável do envelhecimento chamado menopausa”, enquanto para o homem, o sexo é uma “fonte de juventude”. Além disso, as diferenças de gênero na sexualidade encontram sua expressão mais caricaturada: no homem há ‘desejo absoluto’, na mulher o sexo é uma ‘provação constante’ e motivado por uma ‘ideia romântica’. Da relação sexual entre um homem pleno de desejo e uma mulher que encara o sexo como um fardo necessário para obter seu real *interesse*, a saber, o amor romântico, nasceria a ‘ligação afetiva’, com ‘desejo persistente’ (que nesse horizonte só pode ser o desejo masculino).

Figura 18 – Slide sobre sexualidade, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: A autora, 2016

Não apenas o desejo é compreendido a partir de seus componentes orgânicos, mas também a interação sexual, ansiedade e estresse:

A professora Helen Fisher, no seu livro *Por que amamos*, discute nitidamente essas três ligações importantes pra que a mulher possa ter orgasmo [...] nosso cérebro antigo, chamado tálamo, recebe influências hormonais, o cerebelo recebe mudanças importantes de movimento, o movimento sexual que o casal faz é cerebelar e tudo estimulado por um cérebro que nós temos há quase dois milhões anos. Mas, infelizmente, com todas as experiências que nós estamos tendo – com as mudanças de medicamento, o estresse – o processo de vasodilatação que o óxido nítrico produzia e que era fundamental na relação sexual hoje começa a ser inibido, principalmente na mulher, porque as mulheres hoje têm um córtex pré-frontal

extremamente ativo [...] ele causa tensão e, infelizmente, a amígdala, que é o órgão de vigília, está muito excitado, estimulado; quanto mais essa mulher estiver insegura, quanto mais preocupações tiver no sistema cerebral, quanto mais envolvida com a progesterona e a prolactina maternal, quanto mais serotonina ela tiver presente no cérebro e, infelizmente, quanto mais estresse adrenérgico, ela inibe o processo. O orgasmo não é um presente da natureza pras mulheres e, sim, uma conquista. E conquistá-lo dentro de um processo de ansiedade, onde o HPV, doenças sexualmente transmissíveis, e principalmente onde o vínculo não é mais seguro, faz com que as mulheres não se sintam tão satisfeitas. (E.P., Congresso Sobrac, 2014)

Note-se que, mais uma vez, diferenças de sexo/gênero são abordadas por uma leitura naturalizante. Os homens são referidos como sendo naturalmente dotados da capacidade orgástica e, portanto, mais ligados ao prazer que lhes teria sido, generosamente, concedido pela ‘natureza’. As mulheres, por sua vez, seriam mais passíveis de um ‘excesso’ de excitação e estimulação cerebral causado pelo cotidiano atarefado.²⁰³ Sua função sexual seria, assim, mais afetada (via cérebro) pela ‘vida social’ do que a dos homens. Reforça-se a ideia de que a sexualidade feminina é mais complexa, influenciada negativamente por fatores de toda ordem, enquanto a masculina é dada ‘por natureza’. Há, no entanto, toda uma tradução fisiológica do que poderia ser interpretado como “males da civilização” ou da vida atarefada da mulher moderna. Ou seja, os fatores ‘psicossociais’ ou relacionados ao estilo de vida são expressos em um formato inteiramente biológico. Eles são lidos com o filtro de um olhar molecularizado.

Para E.P., o ginecologista é o profissional que “cuida do equipamento sexual”, que sabe fazer diagnósticos e produzir ‘*vaginas receptivas*’, mas defende que sua atuação deve ir além disso. Assim, não bastaria trabalhar com a noção de ciclo de resposta sexual, mas sim com “outra pirâmide”, formada pelos processos que “permitem essa função sexual funcionar”:

E [para] um ginecologista que trabalha com equipamento sexual, falar em desejo é complicado. Eu acho que é até demais querer que um ginecologista básico tenha informações desse tipo. Só que cada vez mais a gente percebe que o ginecologista pode estar trabalhando num outro tipo de pirâmide, que não é essa do desejo, resolução, excitação e orgasmo, mas é em relação aos órgãos que permitem essa função sexual funcionar; então, *nós, como ginecologistas, não precisamos olhar só a vagina, mas nós precisamos perceber se a integridade hormonal, vascular, muscular, neuronal, e, principalmente, imunológica dessa cliente está funcionando.* (E.P., Congresso Sobrac, 2014, grifos nossos)

A ‘pirâmide’ citada no trecho acima é uma referência ao slide ‘neuropsicofisiologia da

²⁰³ Esse argumento é muito parecido com a ideia de uma ‘susceptibilidade nervosa’ que caracterizava as narrativas médicas sobre o sexo feminino no século XIX, segundo discute Fabíola Rohden (2009, p.118). A partir da análise das teses de medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro publicadas entre 1833 e 1940, a autora chama a atenção para o fato de que embora a diferença entre os sexos fosse considerada natural, ela deveria ser garantida, uma vez que as mulheres eram vistas como mais vulneráveis às influências externas, que poderiam interferir no seu destino natural de procriadoras.

resposta sexual feminina’ em que um diagrama vertical representa o cérebro no topo e no final do processo: cérebro / desejo sexual / medula espinhal / pelve (lubrificação, estímulo genital, orgasmo, excitação) / satisfação / cérebro. Setas ligam ao cérebro as palavras ‘impulso sexual’ e ‘estímulo erótico’. E.P. descreve o slide destacando que:

Se você perceber o que nós já aprendemos – a partir de estímulos eróticos, da função cerebral, da função noradrenérgica, dopaminérgica – como funciona todo o processo de desejo em direção à espinha medular. E aí, sim, a lubrificação, a excitação, o inchaço vaginal, e a palavra-chave que se discute hoje, que é satisfação. Veja que o comportamento *feminino é extremamente complexo*, extremamente difícil de colocar culpa em hormônio ou simplesmente num mediador cerebral [...] E percebemos também que, *nitidamente, homem é uma coisa extremamente simples*, enquanto *mulheres* continuam *extremamente sofisticadas*. E muitos homens não sabem um terço sobre esses botõezinhos, pra que servem. O mais inconveniente é que as mulheres também não explicam e, o pior de tudo, muitas delas também não sabem que existem. (E.P., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

A sexualidade feminina multifatorial e ‘extremamente complexa’ contrasta com a masculina, tomada de forma metonímica: “homem é uma coisa extremamente simples”. Assim como na fala de C.A., reaparece a noção de um desconhecimento das mulheres em relação à sexualidade feminina, aqui estendida também aos homens.

Se para R.C. a ocitocina era o ‘hormônio do amor’, para E.P. ‘amor romântico’ é da alçada da dopamina e da norepinefrina. A ocitocina seria responsável pela ‘ligação afetiva’ nas mulheres, que nos homens, no entanto, ficaria a cargo da vasopressina. Já a testosterona é associada à ‘luxúria’: “Helen Fisher [...] mostra nitidamente que luxúria é uma coisa testosterônica, o amor romântico é uma coisa de associação dopaminérgica e norepinefrínica e a ligação afetiva depende no homem da vasopressina e na mulher da ocitocina”. Um slide representa o esquema de Fisher (Figura 19).

Em outra apresentação de E.P., ‘vínculo’, ‘orgasmo’ e ‘satisfação’ são explicados a partir de um slide que representa o cérebro e as substâncias que seriam responsáveis pela resposta sexual (Figura 20).

Figura 19 – Slide ‘luxúria, amor romântico e ligação afetiva’, Congresso Febrasgo, 2013



Fonte: A autora, 2016.

Figura 20 – Slide sobre cérebro, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: A autora, 2016

A concepção cerebral do desejo surgiu também nas explicações sobre os efeitos distintos da reposição com estrógenos e testosterona. A relação entre TRH estrogênica e aumento do desejo recorre às noções de ‘retroação’ e ‘*feedback* cognitivo positivo’. G. L. refere-se a esse mecanismo como uma ‘atualização’ em relação à farmacologia das disfunções sexuais femininas e menciona o uso de medicamentos aprovados para disfunção erétil como ‘antídotos’ nos casos de disfunção induzida por antidepressivos:

[...] sempre foi dito que mulher tendo uma boa congestão genital, isso não leva essa mulher a sentir nada em relação a desejo. Hoje se sabe que a mulher também tem um *feedback* cognitivo positivo quando ela sente essa excitação objetiva. É óbvio que se o bloqueio mental é muito grande, não adianta ela molhar. Então, quando essa psiquiatra propõe – e ela me disse que viu nos Estados Unidos isso, e ela está usando muito em pacientes que ela não pode trocar o antidepressivo, [...] que está, [...] comprometendo a sexualidade dessa pessoa – ela entra com a tadalafila diária como antídoto. Se vocês me perguntarem trabalhos de tadalafila diária nesse tipo de paciente, não tem. Mas tem com sildenafil em homens e mulheres com disfunção induzida por antidepressivo. (G. L., Congresso Febrasgo, 2013)

A sugestão de que as terapias estrogênicas não agem ‘diretamente’ sobre o desejo perpassa todos os eixos temáticos, incluindo as palestras da sexologia clínica. Por outro lado, os efeitos androgênicos sobre o desejo são sempre descritos como tendo uma ação direta.

A relação entre depressão e desejo – sempre destacada nos congressos – é também relacionada à concepção cerebralista de desejo. A depressão é entendida a partir de uma perspectiva organicista, como resultado de alterações nos neurotransmissores, o que é utilizado como justificativa para sua relação com o desejo e a ‘libido’.

6.3.7 TDSH: prevalente e subdiagnosticado

A disfunção do desejo é apresentada como a queixa sexual mais comum nos consultórios. Vale assinalar que essa percepção é recorrente para além dos congressos. No artigo pioneiro de Helen Kaplan (1977), a autora já afirmava que a maioria dos casos tratados nas terapias sexuais diziam respeito a problemas com o desejo. E.P. afirmou no Congresso Febrasgo, 2013, que “60% das clientes que nos procuram queixam-se de falta de desejo”. G. L. destaca a alta prevalência do transtorno do desejo hipoativo, estimando que no mínimo 10% entre as mulheres sofrem da disfunção, com frequência maior em grupos etários mais velhos. G. L. chamou a atenção para o impacto da disfunção sobre a ‘qualidade de vida’ da mulher e sobre a ‘relação’, podendo levar a ‘crises de separação’:

[transtorno do desejo hipoativo] É altamente prevalente, ainda que *subdiagnosticada*, [...] pode levar problemas sérios pra qualidade de vida das mulheres, pode levar problema sério na relação, inclusive com crises de separação, [...] uma em cada 10 mulheres, no mínimo, sofreriam de transtorno de desejo sexual hipoativo, [...] à medida em que vai avançando a idade, mais chance a gente tem do transtorno de desejo sexual hipoativo existir, porém não há motivação pra tratar. (G. L., Congresso Sogesp, 2014)

C.A. apresenta dados sobre epidemiologia das disfunções a partir de pesquisa

realizada na sua universidade e por ela conduzida. No congresso da Sobrac, um de seus slides mostra a incidência de quatro tipos de disfunção sexuais em mulheres, segundo a idade: desejo sexual hipoativo, transtorno de baixa excitação, inibição do orgasmo e dispareunia. Os transtornos da excitação e a inibição do orgasmo foram mais comuns em sua amostra do que o desejo sexual hipoativo. Todas as disfunções têm um aumento significativo a partir da faixa etária de 51 a 60 anos. De acordo com seus dados, enquanto apenas 5,8% das mulheres brasileiras entre 18 e 25 anos têm problemas com o desejo, esse número salta para 19,9% ao longo da vida (>61 anos).

Outro slide que diferencia “probabilidade de experimentar baixo desejo”, “probabilidade de sofrimento associado ao baixo desejo” e “probabilidade de TDSH” é apresentado de modo a destacar que é preciso sempre levar em conta o ‘sofrimento’ para diagnosticar TDSH. Assim como R.C. e todos os outros palestrantes do eixo sexualidade, há uma preocupação em não aplicar o diagnóstico às mulheres que não reportam problemas em função de terem pouco desejo sexual. C.A. indica que quanto mais jovem, menos problemas com desejo são reportados pelas mulheres, embora, nesses poucos casos, seja mais comum haver ‘sofrimento associado’. A relação se inverteria com o avançar da faixa etária: quanto mais velha, maior seria a probabilidade de uma mulher experimentar diminuição do desejo, ainda que nesses casos seja mais comum não haver ‘sofrimento associado’.

A segmentação das disfunções sexuais é desestabilizada quando C.A. projeta um slide intitulado “Sobreposição das disfunções sexuais”, que mostra três círculos com áreas de interseção: “Transtorno do interesse / excitação sexual femininos, transtornos do desejo, transtorno de dor genitopélvica à penetração”. No canto inferior direito é possível identificar a referência ao artigo no qual Basson et al. (2000) publicam o resultado da reunião de consenso realizada em 1998, sobre as disfunções sexuais femininas. C.A. utiliza essa imagem em suas palestras para discutir as modificações incorporadas no DSM-V no sentido de um “adensamento do ciclo da resposta sexual feminina”. Ela sugere que o DSM-V unificou as categorias porque:

[...] a mulher pouco sabe referir a respeito de se o que a incomoda é mesmo o problema do desejo e da excitação, [DSM-V] acabou juntando num único diagnóstico transtorno de interesse/excitação sexual, [...] ela tem dificuldade muitas vezes de referir se ela tem dispareunia, ou se ela tem uma dificuldade de ser penetrada. [...] diagnósticos acabam sendo bem menos numerosos, e correspondendo a um ciclo de resposta sexual mais adensado, [...], o que nós vamos acabar [...] percebendo, é uma sobreposição dessas disfunções sexuais femininas, mostrando que um problema pode levar a outro, e a outro, e, [...] eles não são independentes, [...] somados ao longo de uma vida com disfunção sexual, que não vem sendo tratada. (C.A., Congresso Sogesp, 2014)

Assim, ainda que a pesquisa de C.A. tenha apontado haver menos queixas de desejo do que de excitação ou orgasmo, uma vez unificadas essa distinção desaparece e todas as disfunções levam à perda do desejo sexual, mesmo que de forma secundária. Ao mesmo tempo, as mudanças na nomenclatura do DSM são atribuídas ao suposto desconhecimento das mulheres em relação ao seu próprio corpo e sexualidade.

A insistência sobre a falta de desejo como sendo a queixa mais comum vem em geral acompanhada de um alerta em relação ao fato de ser uma disfunção ‘subdiagnosticada’, como assinalou G. L. Foi sugerido em diversas apresentações que poucas mulheres falam sobre sexualidade nas consultas ginecológicas e que nem sempre este é um tópico abordado pelos médicos. E.P., em especial, foi bastante diretivo, fazendo numerosos apelos à plateia nesse sentido.

No congresso da Febrasgo, o slide ‘Perspectiva do paciente’ exibia dois gráficos de barra relacionados às perguntas: “Nos últimos três anos algum médico te perguntou sobre problemas sexuais?” e “Você acha que deveria ser perguntado numa consulta de rotina?”. E.P. comenta o gráfico:

Esse é Adam Kahane entrevistando vários colegas e clientes: 80% das clientes gostariam que o médico pelo menos perguntasse se está satisfeita com a sua vida sexual, e quantos médicos fazem isso? Menos de 15%, o que significa que estamos muito distantes do sucesso, mas fico feliz de estar aqui, num congresso, oito horas da manhã, percebendo que a gente já entende o que está acontecendo aqui. (E.P., Congresso Febrasgo, 2013)

No congresso da Sobrac, uma de suas palestras foi inteiramente dedicada a esse tema: ‘Abordagem inicial das queixas de disfunção sexual’. Ele indicou um questionário que estaria disponível no site da Febrasgo denominado Quociente Sexual Feminino, para ser utilizado por um ‘ginecologista simples’ (sem formação em sexualidade) como ferramenta diagnóstica das disfunções sexuais. E.P. sugeria que fosse entregue para a paciente preencher. No slide, a imagem com um *print screen* detalha o caminho que deve ser feito na internet para acessar o questionário, que teria sido elaborado com a participação também de C.A. e G.L.

e aí simples, fácil, perguntas que você entrega num questionário, numa visita, peça pra cliente trazer na próxima, e cada um desses setezinhos, e cada uma dessas perguntas, veja ali: capacidade de fazer fantasias sexuais, desejo, qualidade... Você está identificando setores, e provavelmente com essa mulher sendo honesta pela resolução desse questionário, um ginecologista simples, basicamente, poderá dizer: “Pelo que a senhora assinalou aqui, provavelmente, a senhora tem uma disfunção do desejo hipoativo”, que é o mais comum. (E.P., Congresso Sobrac, 2014)

E.P. lembra que é preciso que a perda do interesse sexual seja a causa de um incômodo “porque as mulheres com envelhecimento *talvez* não necessitem serem [sic] escravas de um desejo sexual” (grifo acrescentado), mas que quando há incômodo “é preciso ser proativo”. Seu argumento gira em torno da associação entre ‘qualidade de vida’²⁰⁴ e o papel do ginecologista de ‘equilibrar’ o sistema hormonal:

Quando isso a incomoda e a palavra é “Sim”, não basta só ficar esperando que as coisas se resolvam, nós precisamos ser mais ativos, proativos, fazer um diagnóstico e imediatamente após isso, começar a ver se o fenômeno é imediato, se é crônico, se é com aquele parceiro, se é com todo o projeto de vida dela. Como médico, como ginecologista, é fundamental que você equilibre o sistema hormonal, é fundamental que você tire os componentes que prejudicam a qualidade de vida, a qualidade desse intestino, a microbiota desse intestino, dessa vagina, e principalmente se essa cliente tem qualidade de sono; as mulheres que dormem mal, que usam medicamentos pra dormir, têm dificuldade para a vida sexual [...]. (E.P., Congresso Sobrac, 2014)

Ainda no espírito da sensibilização de seus colegas para a importância da detecção dos problemas sexuais de suas pacientes novamente a noção de ‘escravidão sexual’ aparece, embora em outro sentido, quando E.P. instiga a plateia para uma significativa ‘missão libertadora’:

Existem vários tratamentos [...] O que eu aconselho é que, se a gente fizer um tratamento médico, esperando que um remédio resolva, estamos todos perdidos; na verdade, é um atendimento multidisciplinar, mas *eu convido os ginecologistas a tornarem as vaginas mais receptivas*: no pós-parto, no uso de contraceptivos, no uso de progestagênios, nas doenças benignas da mama, nas doenças benignas, sempre fique atento a lubrificar, a esterilizar essa vagina; pode ser fundamental que uma mulher tenha uma vagina receptiva; pode ser que ela não tenha orgasmo, pode ser que ela não se divirta no sexo, mas, fundamentalmente, não tendo dor, não será escrava de um sexo sem graça (E.P., Congresso Sobrac, 2014, grifos nossos)

A ‘vagina receptiva’ é personagem recorrente nas narrativas de E.P., uma expressão que ele qualifica como ‘elegante’ e também como “o sonho de todos nós”. O ginecologista é com frequência referido como aquele que cuida do ‘equipamento sexual’ e que sabe “fazer vaginas receptivas” (a mulher tem que “receber” o pênis). Por ‘fazer vaginas receptivas’, ele se refere às terapias com estrógenos. Seu discurso caminha no sentido de mostrar aos ginecologistas outras razões pelas quais seria importante recorrer às terapias hormonais, além dos sintomas clássicos de fogacho. Assim, o vínculo entre dor na relação sexual e os transtornos do desejo é destacado como algo que requer uma intervenção precoce. Note-se

²⁰⁴ ‘Qualidade de vida’ foi o primeiro conceito apresentado nesta comunicação, quando E.P. define sexualidade a partir da definição de saúde da OMS, indicando a inclusão da saúde sexual como o nono quesito dos parâmetros estabelecidos para qualidade de vida por aquela instituição.

ainda que a relação sexual com dor é pensada como uma atividade que ‘escraviza’ a mulher ao ‘sexo sem graça’. Não há margem para reflexões sobre os motivos que levariam as mulheres a se submeterem a uma escravidão sexual que lhes causa dor. A expressão ‘sem graça’ como referência ao sexo doloroso adquire um sentido eufemístico e mesmo perigoso, como alertara Spurgas (2013, 2015) nas avaliações sobre a noção de receptividade incorporadas no DSM-V.

6.4 TRH nos congressos de ginecologia

Passaremos, a seguir, ao relato etnográfico das apresentações que conformam o eixo TRH/climatério.

6.4.1 “Nós ginecologistas somos os clínicos da mulher”²⁰⁵

As atividades do eixo TRH/climatério e pós-menopausa giravam em torno das discussões sobre TRH e, em menor escala, estilo de vida e saúde. Chama a atenção que, nas 51 ‘aulas’ desse eixo observadas, 38 evidenciassem já no título alguma referência às terapias hormonais. Os médicos convidados para expor as ‘aulas’ mais gerais sobre TRH, climatério e pós-menopausa não são terapeutas sexuais; são ginecologistas que se autodenominam ‘clínicos da mulher’. O Apêndice A do presente trabalho lista todas as comunicações desse eixo observadas nos três congressos.

As comunicações não tinham como foco a sexualidade. Os debates desse eixo voltavam-se para o acompanhamento da passagem a uma “nova fase na vida da mulher”, marcada pela menopausa e pelo fim do período reprodutivo. Como ‘clínicos da mulher’, o papel dos ginecologistas surgia de forma ampliada, para além do tratamento dos problemas ginecológicos. Assim, eram debatidos desde os exames de rotina que deveriam ser pedidos em termos de prevenção de doenças em geral, as modificações nas terapias hormonais (em especial, das contraceptivas às TRH), o ‘diagnóstico da menopausa’ em usuárias de contraceptivos hormonais e aspectos relacionados ao estilo de vida: ‘Dieta e medidas comportamentais’ ou ‘Hábitos de vida: nutrição e atividade física’. O climatério e a menopausa são eventos que vão reorganizar o atendimento clínico ginecológico: os exames de rotina desta ‘fase’ são diferentes daqueles da ‘fase reprodutiva’, a gestão contraceptiva requer

²⁰⁵ L.F.N., ‘Propedêutica básica: quais exames pedir’, Curso climatério, Congresso da Febrasgo, 2013.

cuidados (a gravidez indesejada é vista como um perigo em função da idade), ‘sintomas’ irrompem, a ‘qualidade de vida’ pode ser prejudicada, o cardápio dos produtos farmacêuticos é diferenciado e há outros regimes terapêuticos. Além disso, o olhar do ginecologista parece estar voltado para o status reprodutivo como parâmetro de avaliação de fator de risco – e não a idade e o envelhecimento – de modo que o status ‘mulher menopausada’ ou ‘pós-menopáusicas’ é em si considerado um fator de risco. Como as terapias de reposição hormonal também são avaliadas quanto aos riscos que podem oferecer às usuárias, em especial na última década que se seguiu à publicação da pesquisa *Women’s Health Initiative (WHI)*, a gestão clínica da menopausa envolve um sofisticado cálculo de riscos.

O uso de testosterona foi apresentado como ‘terapia de reposição androgênica’ para a ‘síndrome da insuficiência androgênica’ (SIA) ou ‘síndrome da menopausa’:

Eu coloquei em destaque o climatério aqui porque, normalmente, a terapia androgênica, ela vai ser estimada nessas pacientes dessa fase, lembrando que a pré-menopausa, normalmente, começa em torno dos 46 anos, a menopausa, em torno dos 50/52 anos, e a pós-menopausa se estende até os 65 anos, quando se dá início da senectude. Então, mais ou menos aqui nesse período é o período que a gente tem que raciocinar que pacientes vão se beneficiar na terapia androgênica. (K.P., Congresso Febrasgo, 2013)

Nas palestras mais gerais sobre TRH e climatério, nas quais não eram focalizadas as terapias androgênicas, a ‘saúde sexual’ ocupava um lugar de destaque por conta dos efeitos do ‘hipoestrogenismo’ sobre a vagina. Além dos clássicos sintomas vasomotores (fogachos), os ‘sintomas urogenitais’ são apontados como as principais indicações para as TRH, em função do potencial impacto sobre a ‘qualidade de vida’ das pacientes. A sexualidade torna-se uma esfera de especial relevância na equação ‘custo *versus* benefício’ das TRH, na medida em que a melhora dos sintomas de atrofia e/ou ressecamento vaginal e dispareunia é avaliada como ‘qualidade de vida’. Repetia-se, nas apresentações, a rede semântica que articula hipoestrogenismo / sintomas urogenitais (atrofia genital, diminuição de lubrificação vaginal) / risco aumentado de disfunções sexuais / impacto na ‘qualidade de vida’.

6.4.2 “Felizes as mulheres que têm ondas de calor, porque elas vão se beneficiar com os efeitos da TRH”

As comunicações sobre TRH foram bastante homogêneas nas concepções, posicionamentos e referências bibliográficas apresentadas. A atitude era extremamente positiva em relação às TRH para o manejo dos sintomas do climatério e da pós-menopausa.

Uma frase de L.M.P.,²⁰⁶ proferida em um *lunch meeting*, captura o espírito favorável dos congressos de modo inequívoco: “Felizes as mulheres que têm ondas de calor, porque elas vão se beneficiar com os efeitos da TRH”.

Formas mais sutis da defesa das TRH foram abundantes. Como afirmou outro médico, “Se os benefícios são maiores que os riscos, *e normalmente são*, a TRH é o tratamento de escolha”. A homogeneidade na postura favorável dos palestrantes em relação às TRH ficou patente em uma atividade do congresso da Sogesp, no qual havia uma fala ‘contra’ a TRH e outra ‘a favor’. A proposta era tomar um tema controverso e discutir duas posturas distintas. Entretanto, como todos os debatedores eram a favor das TRH, o presidente da mesa chegou a afirmar, em tom de cumplicidade, que o palestrante que deveria posicionar-se contra a TRH “se entregou”, pois afinal, seus argumentos refletiam uma atitude positiva frente a elas. Ademais, a ‘estrogenioterapia’ foi preconizada como o ‘tratamento de escolha’ para o manejo dos sintomas, ou seja, a melhor opção disponível para os médicos quando não há contraindicações ao seu uso no histórico ‘personalizado’ da paciente.

6.4.3 *WHI*: ‘um terrível equívoco’

A pesquisa *WHI* foi um divisor de águas na história das TRH. Até aquele momento, as TRH eram amplamente prescritas para as mulheres na transição para a menopausa, como terapêutica de longa duração e não apenas para alívio de sintomas, mas sobretudo pelos supostos efeitos de ‘proteção’ frente a várias patologias. A divulgação dos resultados da pesquisa *WHI* mudou radicalmente este quadro, como vimos no capítulo 3. As vendas caíram de forma abrupta e o uso para prevenção de doenças não se sustentou, pois ao invés de ‘proteger’, dados indicavam aumento de diversas patologias graves, como câncer de mama e doenças cardiovasculares. A indicação das TRH ficou restrita às mulheres ‘sintomáticas’ e com perfis menos propensos ao desenvolvimento de doenças e, ainda nesses casos, por um período limitado de tempo.

Passados mais de dez anos desde a publicação do famoso artigo do *JAMA* que relatava os resultados parciais da pesquisa, em 2002, foi possível perceber no trabalho de campo novos rumos nas percepções e práticas relacionadas às TRH. Logo no primeiro congresso, observei que as referências ao *WHI* ocorriam em praticamente todas as apresentações sobre TRH, climatério e pós-menopausa, mas que havia um tom de negatividade quando se falava do

²⁰⁶ Veremos adiante tratar-se de um médico que ocupa posição destacada nessa rede.

estudo. O *WHI* parecia uma “pedra no sapato” daqueles médicos: algo que não se pode deixar de notar, que incomoda e se faz presente de modo persistente e que precisa ser resolvido com urgência. Nas entrevistas, a metáfora recorrente do *WHI* como uma ‘bomba atômica’ indicou a proporção, nos discursos dos médicos, do sentido de destruição associado àquela pesquisa.

As visões negativas em relação ao *WHI* contrastavam de modo contundente com o clima geral favorável ao uso da TRH, tanto nos congressos quanto nas entrevistas. Parecia haver um consenso entre os médicos em relação: 1) aos ‘estragos’ do *WHI*, no sentido de causar uma cultura do medo entre as pacientes (e também entre médicos); 2) à necessidade de reinterpretação dos dados do *WHI*; e 3) à importância da TRH na promoção da ‘qualidade de vida’ das pacientes.

Uma edição especial do *Jornal da Associação Brasileira de Ginecologia Endócrina* (Sobrage), distribuída gratuitamente no congresso da Febrasgo, estampava em sua capa o artigo ‘Milhares de mulheres morrem prematuramente’. As supostas consequências funestas do *WHI* relatadas nas primeiras frases evidenciam o tom dramático do texto:

Por falta de tratamento, nos Estados Unidos, entre 18 e 91 mil mulheres morreram precocemente nos últimos 10 anos. Morreram por falta de estrogênio! Consequência do sensacionalismo gerado pela divulgação e interpretação equivocadas dos estudos de reposição hormonal. (Sobrage, 2013, p.1)

O propósito da matéria era o de divulgar a palestra de Philip Sarrel, no IV Congresso Norte-Nordeste de Ginecologia Endócrina, que seria realizado na mesma cidade (Salvador/BA) alguns meses depois.

O artigo segue apresentando “um terrível equívoco terapêutico” cometido pelo *WHI*:

O estudo *WHI* foi complexo, incluiu mulheres de idade avançada, com muitos anos de menopausa. Incluiu mulheres não saudáveis, com história cardiovascular e oncológica. Estudou-se mulheres histerectomizadas e não histerectomizadas. As mulheres com útero fizeram uso de apenas um progestágeno (MPA ou acetato de medroxiprogesterona). Todas as mulheres utilizaram apenas estrógenos equinos. A primeira divulgação dos resultados feita pelos representantes do estudo e as notícias da imprensa agruparam todos os fatos, generalizando os resultados para todas as formulações de reposição hormonal e para todas as mulheres. *A mensagem simples foi: TRH faz mal à saúde e serve para dar dinheiro às indústrias farmacêuticas associadas a médicos coniventes nesse crime contra a saúde e a economia do povo.* Essa chamada à indignação encontrou eco na sociedade e o uso de TRH declinou acentuadamente no mundo todo. Em 2002 cerca de 90% das mulheres histerectomizadas nos Estados Unidos, com sintomatologia menopáusicas vasomotora faziam uso de reposição hormonal. Em 2012 essa porcentagem caiu para cerca de 10%. (Sobrage, 2013, p.1, grifo nosso)

O texto dá algumas pistas em relação ao incômodo que eu observava nos congressos a

cada vez que o *WHI* era mencionado. Além de ter restringido o arsenal terapêutico do manejo clínico da menopausa, sua divulgação trouxe uma desconfiança do público em relação às práticas médicas, gerando constrangimento moral do ginecologista frente à sua clientela.

Phillip Sarrel é professor emérito de Ginecologia, Obstetrícia e Ciências da Reprodução da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale, e participou da elaboração do consenso de Princeton sobre insuficiência androgênica feminina. Sua pesquisa foi apresentada em diversas palestras nos três congressos. No da Febrasgo, 2013, L.M.P., que ocupava um cargo destacado na diretoria da Sobrac, foi palestrante no *lunch meeting* da Teva e referiu-se ao trabalho de Sarrel. Seus slides eram bastante claros em relação à sua postura diante do *WHI* já nos títulos: ‘Danos causados pelo *WHI*’ e ‘Vitória para a saúde feminina?’ (este último fazia referência ao título de um artigo publicado no *JAMA*, em 2013). No slide ‘O que aprendemos com o *WHI*?’, lia-se: “como não deve ser o delineamento de estudo randomizado para avaliar efeitos da TRH em determinados riscos, especialmente os CV [cardiovasculares]”; “Ajudou no conceito de janela de oportunidade para início da TH” e “Nem sempre um benefício adicional é uma indicação para a TRH”. A ideia geral da palestra era a de que uma releitura dos dados do *WHI*, considerando apenas as mulheres que iniciaram a reposição hormonal nos primeiros anos após a menopausa, havia indicado mais benefícios do que riscos. Uma das médicas que entrevistei falou sobre uma apresentação específica da seguinte forma:

[...] o Leonardo [*marido e também médico*] perguntou [...]: “não teve nada bom no congresso?” E aí eu falei: “Teve!”. *Teve a aula que eu assisti... do WHI*. Porque, [...] tem onze anos a publicação [...] desse artigo. [...] Era cinco anos e tiveram que interromper com três anos e pouco porque se viu que... [...] aumentava a incidência do câncer de mama. *E isso pegou na mídia de uma maneira, assim, absurda! Absurda. Então todo mundo passou a ter medo de prescrever o câncer...* de prescrever o TRH devido ao câncer de mama. [...] Hoje já tem [...] TRH com dosagens hormonais muito menores, tem alternativas como a Tibolona, mas mesmo assim, *as pacientes elas já entram e já dizem assim: “eu não quero prescrever o hormônio porque eu tenho medo do câncer”*. E aí ontem na aula mostrou que o pico fez assim, “vupt”, da prescrição. E aí dez anos depois eles [...] eles relançaram o... um artigo fazendo análise do estudo e aí mostrando que as pacientes que não fizeram o uso morreram mais que as pacientes que fizeram uso porque, no fim do fim [...] a TR – reposição hormonal como um todo – protege a mulher dos outros cânceres, protegendo a mulher contra o câncer do cólon retal que é o segundo câncer que mais acomete a mulher [...] a TRH é mais benéfica do que... prejudicial. [...] Agora, *o estrago que essa publicação fez dez anos ainda vai ser muito grande. Porque, não é só pra mídia. Não é só pras pacientes. São pros médicos também. Os médicos têm medo de prescrever...* TRH. (Dra. Mariana, 39 anos, Vitória da Conquista/BA, entrevista, grifos nossos)²⁰⁷

²⁰⁷ As entrevistas serão analisadas no próximo capítulo.

O *lunch meeting* é referido pela médica como “aula do *WHI*”. Chama a atenção sua reação: “Não eu, eu amei, pra mim valeu de tudo essa aula de ontem, foi incrível!” Os novos dados são comemorados como uma forma de superação dos ‘estragos do *WHI*’ e do “medo de prescrever [o câncer]”.

Outro livreto de ‘divulgação científica’ distribuído gratuitamente no congresso da Febrasgo, 2013, dessa vez no estande da Teva, era intitulado ‘Terapia Reposição Hormonal: Uma discussão clínica sempre atual – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - 7ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da FMUSP’. O folheto é uma espécie de resumo das apresentações do ‘Simpósio Teva’ (provavelmente *lunch meeting*) ofertado aos médicos na referida Jornada, realizada em março de 2013. O fôlder contém três artigos e um debate, em forma de entrevista, com os autores: Ricardo V. Bruno, L.M.P. e E.P. O primeiro artigo refere-se ao ‘baque’ sofrido pela terapia hormonal após o *WHI*:

Costumo dizer que a terapia de reposição hormonal é marcada pela convivência com as crises, as quais acabam por influenciar as ações terapêuticas. Já ocorreram várias destas crises, como após os estudos *NURSES* ou *HERS*; em geral elas acontecem após grandes trabalhos, grandes *trials*, o último deles, obviamente, o bastante divulgado *WHI*. A terapia hormonal sofreu um baque muito grande após o *WHI*, a partir do qual muitos profissionais da área deixaram de prescrever e *muitas pacientes ficaram apavoradas* diante de um eventual aumento do risco de câncer de mama. (BRUNO, apud TEVA, p.3, s/d, grifos nossos)

A ‘crise’ suscitada pelo *WHI* é articulada à noção de medo, aqui representada na imagem do pavor que faz as mulheres (e os médicos) ‘questionarem’ a TRH. Vale assinalar que uma das palestrantes, no congresso Sogesp, 2014, projetou em um slide a capa da *Época* com a chamada ‘Traídas pela Medicina’, revista publicada quando os resultados do *WHI* foram divulgados (Figura 21). Em seguida, outro slide afirmava que “No climatério, há um sintoma que a TRH não consegue controlar: o medo do câncer”. Ou seja, o medo das pacientes de desenvolver o câncer de mama foi apontado nas ‘aulas’, nos panfletos produzidos pelos mediadores e fabricantes e nas entrevistas com prescritores como um obstáculo a ser superado.

Figura 21 - Slide ‘traídas pela medicina’, Congresso Sogesp, 2014



Fonte: A autora, 2016

O artigo segue com a afirmação de que havia, à época, “uma espécie de resgate da reposição hormonal” e que “muitas pacientes já estão nos procurando para isso [...] e muitas colegas voltaram a ter algum grau de segurança para a reposição hormonal.” O trecho seguinte faz uma distinção entre ‘nós’ e os ‘colegas prescretores do dia a dia’, apontando qual seria sua função neste debate:

Nossa função aqui é exatamente procurar restabelecer a segurança na terapia hormonal, algo bastante importante para os colegas prescretores do dia a dia, e cabe a nós destacar o que há de relevante e cientificamente comprovado, seja em estudos de grandes *trials*, seja com estudos observacionais, para exatamente proporcionar esta segurança aos colegas de especialidade. (BRUNO, apud TEVA, p.3, s/d)

A oposição entre *nós* e *os colegas de especialidade* pode ser entendida a partir das noções de círculo esotérico especializado e círculo esotérico generalista. A reação da médica que entrevistei é um exemplo dos congressos como espaços de comunicação entre os círculos esotéricos experts e generalistas. O modo como a pesquisa de Sarrel foi divulgada no *lunch meeting* e no folheto da Teva ilustra o papel dos fabricantes e dos líderes de opinião nessa interação. A ‘mensagem’ da indústria chegou ao prescritor, no formato de atualização médica por meio de uma ‘aula do *WHI*’.

6.4.4 Pós-*WHI*: ‘janela de oportunidades’ e ‘qualidade de vida’

‘Janela de oportunidade’ é o novo conceito que aponta para uma mudança de posicionamento dos médicos em relação às TRH. Argumenta-se que quando os dados da pesquisa *WHI* foram reinterpretados, considerando as mulheres mais jovens que participaram do estudo, descobriu-se que a idade de iniciação das TRH tem grande influência na gestão dos riscos. Na palestra intitulada ‘Quanto tempo dura a janela de oportunidade para iniciar a TH?’, do Congresso Sobrac, 2014, a ‘janela de oportunidade’ foi definida como “período de

tempo no qual a TH pode ser oferecida à mulher no climatério sem aumento de risco à saúde cardiovascular”. O *WHI* incluiu em sua amostra mulheres com ampla faixa etária e que iniciaram a terapia hormonal em momentos diferenciados: no climatério, na menopausa e algumas com muitos anos de pós-menopausa. O conceito de ‘janela de oportunidades’ postula que a TRH deve ser iniciada tão logo os sintomas apareçam e nunca de forma tardia – dez anos depois da menopausa –, como ocorreu com parte das mulheres que participaram no *WHI*. Esse conceito foi incorporado nos consensos internacionais de TRH. A *The North American Menopause Society (NAMS)*, por exemplo, considera em seus documentos de consenso duas faixas diferenciadas: até 59 anos (ou até dez anos da menopausa) e acima de 65 anos, com diferentes posturas em relação à TRH.

Argumenta-se também que os resultados do *WHI* não devem ser generalizados para todos os hormônios disponíveis no mercado, pois o *WHI* utilizou hormônios estrogênicos equinos conjugados e acetato de medroxiprogesterona, e novos produtos apresentam moléculas mais ‘parecidas’ com as produzidas pelo corpo feminino. A forma de administração das terapias hormonais e as moléculas utilizadas também foram modificadas nos últimos anos. Novos produtos com tecnologia transdérmica foram lançados no mercado e são propagandeados como ‘locais’ em contraposição aos ‘sistêmicos’. Estes produtos são vistos como seguros e adequados para o tratamento dos ‘sintomas urogenitais’ quando não há contraindicação.

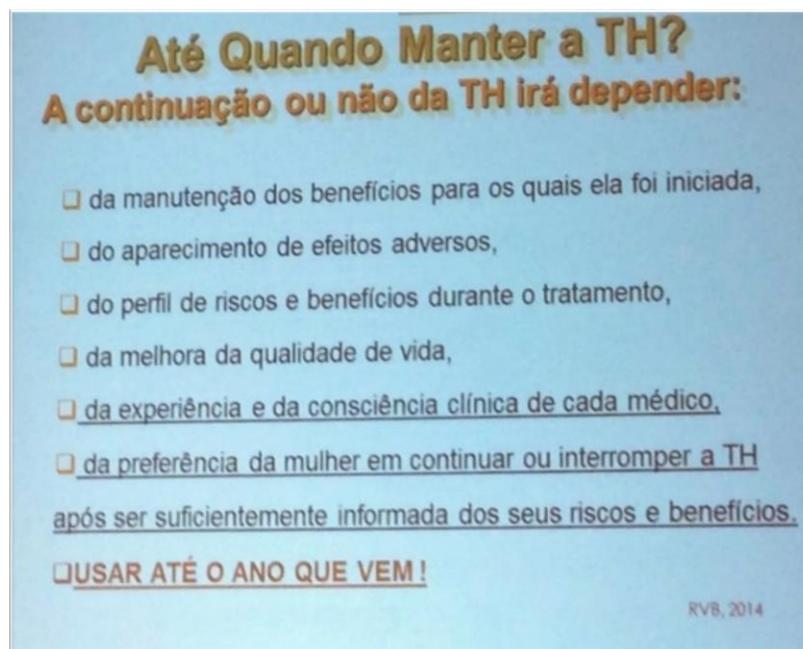
A defesa das TRH girava em torno da equação ‘custo/benefício’, da noção de individualização do tratamento e da discussão sobre o *WHI* – ‘individualizar’ a terapêutica significava, nesse universo, equacionar, caso a caso, os riscos e benefícios de acordo com o histórico pessoal e familiar e o impacto dos sintomas sobre a ‘qualidade de vida’ de modo a escolher o produto adequado para a paciente. O *WHI* marca a passagem do modelo do tamanho único – *one-size-fits-all* – ao modelo da cafeteria, quando um cardápio terapêutico variado é disponibilizado para um atendimento ‘personalizado’ (OUDSHOORN, 1996). Ou, como repetiam os médicos nos congressos e nas entrevistas, “não tem receita de bolo”, “tem que individualizar!”

A prática de prescrição das TRH como prevenção de doenças (pré-*WHI*) foi substituída pela ênfase no tratamento da sintomatologia. As referências à ‘qualidade de vida’ eram muito frequentes nos slides com indicações das TRH e os sintomas do climatério. Os palestrantes apontavam como principais indicações para as TRH o alívio dos sintomas vasomotores e urogenitais e, com menor frequência, era referida a prevenção do risco de fraturas em função da osteoporose. Foi muito frequente também ser retomada nos últimos

slides das apresentações, a título de conclusão, como ilustra a Figura 22.

‘Qualidade de vida’ é uma expressão central e naturalizada nos discursos sobre as TRH. Tal lugar destacado nesse campo ganha evidência quando se observa sua presença nos documentos de consenso, como o da *NAMS*, constantemente citado nos congressos: “A opção pela terapia hormonal na menopausa é uma decisão individual, em termos de qualidade de vida e prioridades em saúde, bem como fatores de risco como idade, tempo desde a menopausa e risco de tromboembolismo venoso, acidente vascular cerebral, cardiopatia isquêmica e câncer de mama”²⁰⁸ (VILLIERS et al., 2013, p.203).

Figura 22 – Slide ‘Até quando manter a TH?’, Congresso Sobrac, 2014



Fonte: A autora, 2016

Qualidade de vida foi mencionada também na mensagem de boas-vindas da presidente da Sobrac, que consta no livreto com o programa oficial do congresso Sobrac:

A Transição Menopausal e a Menopausa seguem sendo motivo de grandes pesquisas e inovações. As mulheres brasileiras têm necessidade de receberem [sic] atenção integral à sua saúde neste período de vida tão especial. A contracepção, a qualidade de vida, a sexualidade, os sintomas vasomotores, a osteoporose e a saúde cardiovascular, constituem-se no grande leque de cuidados que nós profissionais da saúde devemos atender. Esperamos que nossos objetivos sejam plenamente alcançados: inicialmente que nosso convívio durante esses dias seja cheio de momentos bons, e que o grande fórum de discussão no Congresso traga, como

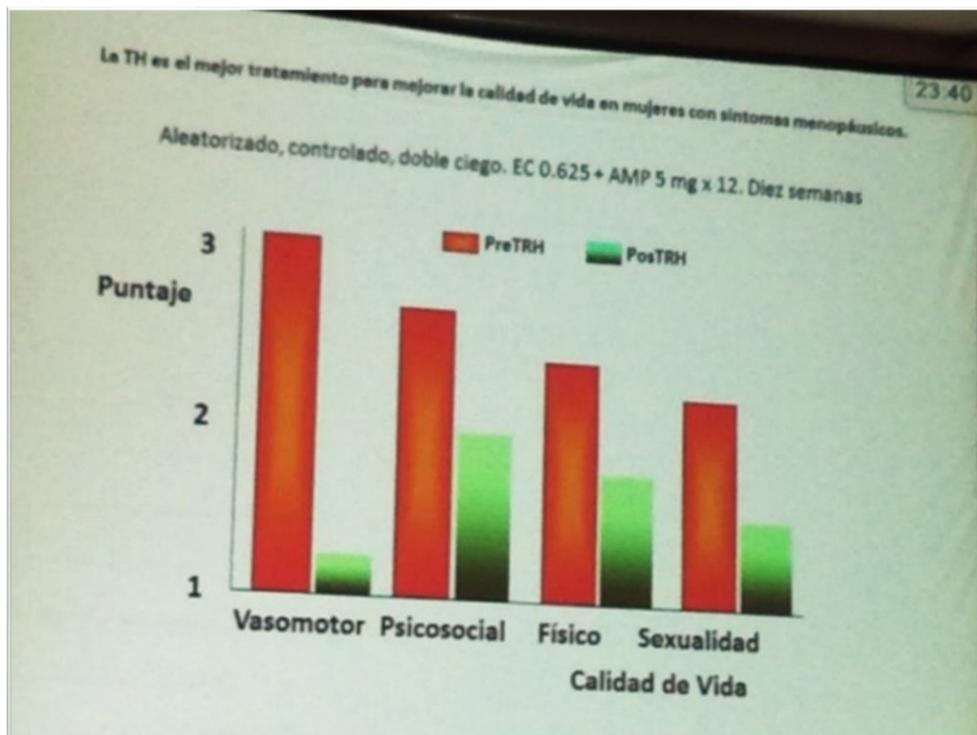
²⁰⁸ No original: “The option of MHT is an individual decision in terms of quality of life and health priorities as well as personal risk factors such as age, time since menopause and the risk of venous thromboembolism, stroke, ischemic heart disease and breast cancer.”

resultado, maior segurança e firmeza na nossa relação com as pacientes. Dra. Maria Celeste Osório Wender, Presidente da Sobrac e do congresso. (Sobrac, Programa oficial, p.1)

No congresso da Sobrac, a programação conferia destaque à única ‘convidada internacional’, P.V., do Chile, que apresentou a ‘Conferência internacional: Estado da arte da TH’. P.V. afirma que “passamos do abuso à ausência e abandono das pacientes”, referindo-se ao *WHI*, e que “não queremos morrer, mas queremos viver bem”. Referências múltiplas à ‘qualidade de vida’ marcaram sua conferência, em especial associada à “sintomatologia vaginal – progressiva, não se resolve espontaneamente, anos de impacto na qualidade de vida”. Um slide intitulado “A TH é o melhor tratamento para melhorar a qualidade de vida em mulheres com sintomas menopáusicos” ilustrava um gráfico de barras no qual o eixo x, com os sintomas da menopausa, era intitulado ‘qualidade de vida’ (Figura 23).

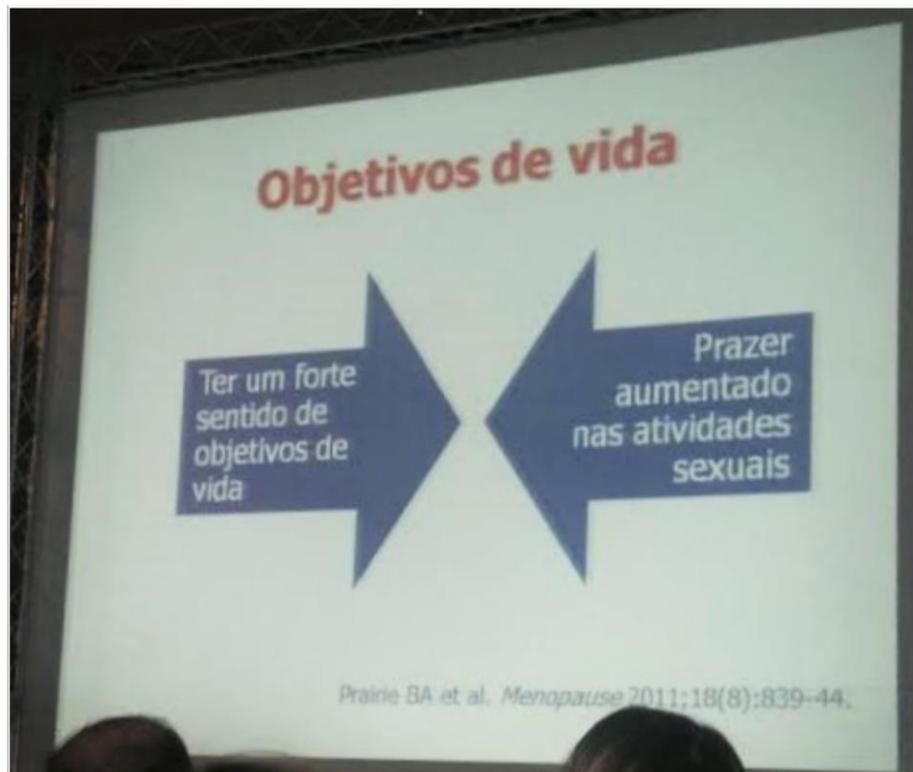
Essa representação expressa o que se repetiu de modo sistemático em todos os congressos: a ‘qualidade de vida’, entendida como ausência de sintomas, tornou-se a principal justificativa para a prescrição das TRH. A saúde sexual e a ‘saúde vaginal’ tornam-se domínios privilegiados nas práticas e nos discursos médicos sobre a TRH.

Figura 23 – Slide ‘La TH es el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida en mujeres con síntomas menopáusicos’, Congresso Sobrac, 2014



A ênfase da TRH deslocou-se da prevenção de doenças para a melhora da qualidade de vida. O slide ‘Objetivos de vida’ (Figura 24), exibido em uma comunicação sobre TRH do Congresso da Febrasgo, 2013, expressa a direção que a interpretação dos usos das TRH pode tomar no consultório de ginecologia.

Figura 24 – Slide ‘Objetivos de vida’, Congresso Febrasgo, 2013



Fonte: A autora, 2016

A saúde sexual, através da ligação com a ‘qualidade de vida, passa a representar um valor a ser buscado *na vida*. O médico torna-se, assim, imbuído de uma missão mais profunda nas consultas: ajudar suas pacientes na busca de um “forte sentido de objetivos de vida” por meio do “prazer aumentado nas atividades sexuais”.

6.5 Androgênios e libido nas ‘aulas’ de TRH e climatério

6.5.1 Os experts

Seis apresentações desse eixo focalizaram de forma mais aprofundada o uso de testosterona para tratar a sexualidade, sendo cinco delas sobre terapias hormonais androgênicas (ver Apêndice C). Seu uso é, nesse eixo, ‘androgenioterapia’, em sintonia com a construção nativa ‘estrogenioterapia’. A própria forma como algumas comunicações eram por vezes agrupadas refletiam esse enquadramento: em determinadas mesas-redondas, cada palestrante ficava responsável por debater um grupo hormonal como estrogênios, progestagênios ou androgênios. Outros termos apontam para esse espelhamento: hipoestrogenismo / hipoandrogenismo, síndrome da insuficiência estrogênica / síndrome da insuficiência androgênica. As ‘aulas’ foram proferidas por quatro médicos, N.R.M (homem), K.P. (mulher), R.M (homem) e L.L. (mulher).

N.R.M. discutiu as terapias com androgênios no congresso da Sobrac e em duas apresentações do congresso da Sogesp. Ele é livre docente de uma universidade paulista de renome e exerceu cargos importantes na diretoria da Febrasgo e da Federação Latino-americana das Sociedades de Climatério e Menopausa. No congresso da Febrasgo, participou da comissão científica e fazia parte da comissão executiva nacional. No da Sogesp, fazia parte da comissão científica.

Em relação aos vínculos com os fabricantes farmacêuticos, no congresso da Sobrac, N.R.M. afirmou: “conflito de interesses, eu tenho praticamente com quase todos os laboratórios”, enquanto um slide detalhava os serviços prestados a cada fabricante:

Consultor das empresas/instituições: Bayer, MSD, Sanoff, Teva, Pfizer, Biolab, GSK, Abbott, Libbs e Zodiac.

Pesquisador ou condutor de ensaio clínico de produto das empresas: Bayer, MSD, Pfizer e Libbs.

Palestrante eventual das empresas: MSD, Pfizer, Teva, Abbott, GSK, Bayer, Sanoff, Libbs, Zodiac, Aché.

(Slide exibido por N.R.M., Congresso Sobrac, 2014) ²⁰⁹

As três apresentações de N.R.M. sobre terapias androgênicas fizeram parte de mesas-redondas sobre TRH que incluíam entre seus participantes coautores de seus artigos, como

²⁰⁹ No congresso da Sogesp, surpreendentemente, lê-se no seu *slide* de declaração de conflito de interesse: “Nunca recebi qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de métodos diagnósticos e terapêuticos ou ainda, honorários como consultor de indústria farmacêutica”. Uma possível explicação para tal divergência de informações seria uma interpretação do conflito de interesse no qual ele afirma nunca ter recebido apoio ou conferido palestras para os laboratórios sobre terapias androgênicas.

L.M.P., entre outros. A comunicação de R.M. fazia parte de uma mesa-redonda composta por profissionais do núcleo de N.R.M., como L.M.P. Este mesmo grupo participou da elaboração do consenso sobre câncer de mama publicado pela Sobrac. São médicos que se articulam de modo colaborativo na produção de saberes sobre climatério e TRH. Pode-se dizer, nos termos de Fleck, que fazem parte de um mesmo círculo esotérico especializado; ou então, na linguagem dos estudos sociotécnicos que se desenvolveram depois de Fleck, seriam elementos que, dentro de uma rede, estabelecem múltiplas associações (rede é mais interessante enquanto imagem, pois a ideia de círculo enfatiza as fronteiras).²¹⁰

Já a fala de K.P. ‘Terapêutica androgênica: quando?’, foi inserida na mesa ‘Climatério: medidas práticas’, composta por outros profissionais. Destaco, nessa mesa, a participação de Ana Lucia Ribeiro Valadares que, embora não tenha abordado a sexualidade na apresentação, realizou, em seu doutorado, um estudo de base populacional sobre sexualidade em mulheres de 40 a 65 anos (VALADARES, 2007), orientada por Aarão Mendes Pinto Neto,²¹¹ na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – professor titular e chefe do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Aarão desenvolve projetos de pesquisa sobre terapias de reposição hormonal para mulheres no climatério, incluindo a realização de ensaios clínicos randomizados com testosterona. Um deles envolveu estrogênio, testosterona e dilatador vaginal como prevenção de estenose vaginal em mulheres com câncer de colo do útero após radioterapia, e um segundo ensaio clínico comparou estrogênio, testosterona ou ácido poliacrílico sobre a função sexual em mulheres na pós-menopausa. Segundo consta em seu currículo Lattes, as pesquisas foram financiadas pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

A palestra ‘Sexualidade no climatério’ foi inserida nesse eixo, uma vez que fazia parte da mesa-redonda voltada para os debates sobre climatério, e não sexualidade.²¹² É importante destacar que, não por acaso, essa é a única atividade nesse eixo que dedica uma fala à sexualidade. O coordenador da mesa era Aarão Mendes Pinto Neto: ele e seus orientandos representam uma terceira rede que atua na interface ginecologia/sexualidade. Este núcleo parece estar posicionado de forma intermediária no campo: são ginecologistas especializados

²¹⁰ Ainda que Fleck tenha sido, a esse respeito, bastante desconfiado sobre os limites dos círculos para os padrões (ou estilo de pensamento) de seu tempo, alertando para as sobreposições de círculos e da circulação constante de conhecimentos e ideias entre eles.

²¹¹ Optamos por não usar iniciais e manter os nomes completos desses médicos, uma vez que suas palestras não foram analisadas no presente trabalho.

²¹² A mesa-redonda era composta por outros quatro palestrantes, com as seguintes comunicações: ‘Comorbidades: como rastrear?’; ‘Orientação nutricional no climatério’; ‘Terapia hormonal: quais os melhores esquemas?’; ‘Terapia não hormonal: quais são melhores que placebo?’.

no climatério e nas TRH, mas que dialogam com os profissionais da medicina sexual, compartilhando de modo mais intenso as referências teóricas daquele grupo e produzindo saberes sobre sexualidade. Publicam no *Jornal of Sexual Medicine*, por exemplo. Talvez se possa vislumbrar uma nova vertente na medicina sexual brasileira que se desenvolve independentemente das terapias sexuais, por meio da ginecologia e das práticas de prescrição e pesquisa sobre TRH, inclusive as androgênicas.

6.5.2 “Quando usar? Quando faltar!”: Síndrome da insuficiência androgênica e diminuição da libido

A testosterona foi abordada a partir do estilo de pensamento das TRH, enquanto terapia androgênica voltada para o tratamento da SIA: “Então, se for feita uma pergunta, vamos dizer assim, brincando, que acabou a aula aqui: quando usar? Quando faltar! Então, quando eu tiver pouco androgênio é quando eu vou prescrever” (K.P.).

O consenso de Princeton (BACHMANN et al., 2002) e os artigos publicados pelos experts que assinaram o consenso de Princeton (sobretudo Braunstein, Burger, Sherwin, Shifren, Lobo e Davis), bem como os ensaios clínicos com o Intrinsica (Shifren, Davis, Davidson, Cameron, entre outros), foram as principais referências teóricas nas palestras específicas. As ‘aulas’ seguiram o mesmo *script* desses artigos sobre a SIA: começava-se com uma caracterização mais geral dos androgênios, informações sobre sua biossíntese,²¹³ potência relativa,²¹⁴ biodisponibilidade da testosterona²¹⁵ e as mudanças na quantidade de andrógenos produzidos pelo corpo ao longo da vida. A sexualidade surgia apenas a partir de um segundo momento, na passagem às discussões sobre o papel dos androgênios, sinais e sintomas da SIA, indicações e efeitos dos tratamentos com androgênio. Os problemas em relação aos métodos de dosagem de testosterona em mulheres eram ressaltados e, na última parte das comunicações, apontados os produtos disponíveis (ou não) no mercado e seus

²¹³ Biossíntese é o processo por meio do qual os androgênios são produzidos. De acordo com os palestrantes, nas mulheres, os ovários e as glândulas adrenais são responsáveis por cerca de 25% da produção de testosterona cada, e o restante seria o resultado da “conversão periférica”, quando outros androgênios são convertidos em testosterona por intermédio de reações químicas que ocorrem em diferentes tecidos do corpo.

²¹⁴ Os andrógenos são descritos de acordo com sua “potência biológica”: a di-hidrotestosterona e a testosterona são classificados como “mais potentes” e androstenediona e o sulfato de desidroepiandrosterona (DHEA) como “mais fracos”.

²¹⁵ Diz-se que a testosterona presente no sangue é biologicamente ativa quando circula livre ou ligada à albumina (proteína). Entretanto, quando está “ligada” a outra proteína, chamada globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), ela perde a capacidade de desencadear a ação androgênica. A quantidade de SHBG que circula na corrente sanguínea, por sua vez, tem relação com os estrogênios. Acredita-se que, nas mulheres, as terapias de reposição hormonal com estrogênios e determinados contraceptivos orais aumentem a concentração de SHBG, tendo como consequência a redução da quantidade de testosterona biologicamente ativa.

efeitos – desejados ou colaterais.

Os sintomas da SIA destacados pelos palestrantes foram aqueles descritos na literatura, com algumas variações no vocabulário escolhido. N.R.M. afirma ter preferência pelas definições do consenso de Princeton e destaca em um slide os seguintes sintomas: “diminuição da energia e falta de motivação; diminuição do bem-estar, diminuição da libido, irritabilidade, insônia”, acrescentando a sarcopenia (perda de massa muscular): “ela começa a ser falada agora, é uma grande responsável pela diminuição de massa óssea, que nós estamos falando muito pouco em nosso país”. Já R.M. refere-se ao “cansaço inexplicável e persistente”, diminuição da energia, alterações de humor e da ‘sensibilidade da satisfação sexual’, capacidade de ter orgasmo, mas também do tônus muscular, o adelgaçamento dos pelos pubianos, a atrofia que não responde ao estrogênio”. K.P. utiliza a categoria ‘desejo sexual’:

os androgênios têm um papel importante no desejo sexual, no humor, na energia e no bem-estar da paciente; da mesma forma, a gente sabe que os androgênios, eles têm um papel importante nos sintomas cognitivos e definindo na sensibilidade, na percepção e no próprio prazer sexual da paciente. (K.P., Congresso Febrasgo, 2013)

Note-se que todos os palestrantes se referiram à falta de ‘energia’ em seus discursos. Há consenso também em relação às limitações dos métodos de dosagem de testosterona. Dessa forma, aconselha-se o diagnóstico clínico, feito a partir dos sintomas.

Enquanto nas palestras específicas do eixo sexualidade houve apenas nove referências à ‘libido’, neste eixo ocorreu o inverso. ‘Libido’ foi o termo mais comum nas comunicações do eixo TRH/climatério como um todo e a distinção entre desejo sexual ‘espontâneo’ e ‘responsivo’ não foi destacada nas ‘aulas’ sobre androgenioterapia (em geral, nem mesmo apresentada). O mesmo ocorreu com o critério do ‘sofrimento’ como necessário ao diagnóstico da disfunção do desejo. Ou seja, quando o manejo da sexualidade com testosterona é abordado pela rede dos ginecologistas envolvidos com a gestão do climatério e pós-menopausa, toma outra forma: é androgenioterapia, associa-se às TRH ‘estrogênicas’ e dirige-se à diminuição da libido enquanto um sintoma (que é esperado) associado à menopausa.

N.R.M. não se referiu ao desejo em suas apresentações. Utilizando sempre o termo ‘libido’, alertou para a alta prevalência de disfunção sexual que, na pós-menopausa ‘tardia’, subiria de 42% a nada menos que 88%:

Quais são os sintomas da deficiência androgênica? [...] os quatro principais: diminuição da energia e da falta de motivação; diminuição da libido, da fantasia; diminuição do bem-estar; e a irritabilidade e a insônia. [...] Disfunção sexual e a menopausa está aqui representada, na menopausa, na transição menopausal. Nós podemos observar que 42% das mulheres têm disfunção sexual, e no período de menopausa tardio, com oito anos de menopausa, 88%, ou seja, sexualidade não é apenas hormônio, [...] é um aparelho de múltiplos botões, enquanto no homem talvez seja um interruptor de luz, [...] liga e desliga, mais fácil. (N.R.M., Congresso Sobrac, 2014)

Figura 25 – Imagem divulgada nos congressos com a representação da sexualidade de homens e mulheres



Fonte: FISHMAN, 2003, p.2

A ‘diminuição da libido’ é associada à SIA enquanto as disfunções sexuais são apontadas em relação com o status reprodutivo, ainda que a ressalva sobre a complexidade seja sublinhada. O argumento de base coloca a pós-menopausa como fator de risco que impacta a incidência de disfunções sexuais. Mais uma vez, a imagem do painel de controle de um avião é evocada como metáfora para a sexualidade feminina e comparada à imagem do interruptor que representa a sexualidade masculina: “liga e desliga, mais fácil”.

Já K.P. e R.M. mencionaram os estudos sobre desejo, mas referem-se à SIA como sendo o objeto de suas ‘aulas’. K.P. distingue entre SIA e “paciente com diminuição da libido”, parecendo apontar para a distinção entre SIA e TDSH:

Em que situação que a gente vai prescrever? Quando é que falta androgênio? Na síndrome de insuficiência androgênica, *que eu vou dizer pros senhores que é basicamente o tema da nossa aula*, na diminuição da libido, e nas pacientes que têm perda de massa óssea. Eu coloquei aqui uma interrogação [pacientes que têm perda de massa óssea], porque isso é uma coisa que ainda não está muito bem documentada na literatura, como a gente vai ver aqui adiante. [...]
 Paciente com diminuição da libido, [...] muitas das vezes existem vários fatores associados, atrelados, não necessariamente fatores orgânicos; [...] a paciente, ela tem o fator cultural, o fator psicológico, o fator afetivo, associado ao fator orgânico; [...] nessas pacientes se a gente optar por prescrever terapia androgênica, muitas das vezes elas não vão ter todos os sintomas, [...] é importante que a gente individualize caso a caso, e que se a gente achar necessário, que a gente peça uma avaliação multidisciplinar, às vezes um psicólogo pode tentar resolver isso, às vezes um próprio bate-papo seu com a paciente em relação ao relacionamento dela com o próprio parceiro, pode tentar ajudá-la antes que você tenha que prescrever alguma terapia. (K.P., Congresso Febrasgo, 2013, grifo nosso)

A referência à multifatorialidade que vimos nas apresentações sobre TDSH foi

retomada na distinção entre ‘fatores orgânicos’, ‘o fator cultural’, ‘o fator psicológico’ e ‘o fator afetivo’, bem como na referência à necessidade de uma ‘avaliação multidisciplinar’. O que K.P. parece sugerir é que a SIA diria respeito aos ‘fatores orgânicos’, enquanto ‘problemas de libido’ são mais complexos e podem ter várias etiologias. R.M. é mais claro nesse ponto. Ele se refere à ‘desordem do desejo sexual hipoativo’ como sendo outro conceito, defendido por determinados grupos que estudam esse tema:

[...] como em todas as áreas da Medicina, algumas teorias aparecem em determinado tempo, algumas se consolidam, outras desaparecem, outras perdem consistência ou algumas ficam defendidas por determinados grupos que estudam, né? Então, vocês vão ver na literatura alguns nomes, *como síndrome de deficiência androgênica, desordem do desejo sexual hipoativo, que estariam ligadas à deficiência androgênica, mas qual deficiência androgênica?* Então, aqui [aponta para o slide] é um *outro conceito*, [...] que é o desejo sexual hipoativo, que seria uma deficiência recorrente de fantasia sexual, de desejo ou pensamento sexual, receptividade à atividade sexual e esse sofrimento causado por isso. Não basta ter esses sintomas [...] é preciso que seja um sofrimento, um problema. (R.M., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

Além de assinalar que diferentes conceitos são acionados dependendo do grupo que considera um tema, R.M. apresenta com desconfiança os dados sobre a prevalência das disfunções sexuais: “autores mais entusiasmados com o assunto chegam a dizer que 50% das mulheres têm essa desordem do desejo; quando bate os 50%, chama a atenção, será que 50% é verdade, não será um tanto exagerada essa estatística, né?” Quando o palestrante passa ao slide seguinte, que exhibe o conceito de SIA, revela-se a desvalorização dos questionários e entrevistas utilizados nas pesquisas sobre TDSH:

Bom, aí já pensando mais em noções de sexualidade, né?, mas já em dados mais objetivos, porque aqui [*slide sobre TDSH*] são questionários, são entrevistas... Então, será que existe essa síndrome de deficiência androgênica? (R.M., Congresso Febrasgo, 2013)

A SIA é, portanto, mais associada a “dados mais objetivos” do que as “noções de sexualidade” do conceito de TDSH:

São questionários [...] eu já fiz alguns estudos sobre sexualidade, tem vários questionários que você aplica que a pessoa responde um dia, de uma maneira, outro dia, de outra, embora sejam questões validadas sem nenhum problema, não dá pra ser objetivo, né? População não é uniforme e os produtos são diferentes [...] Os sintomas podem ter outras causas, eu falei [*inaudível*] tá usando o estrogênio, aumenta o SHBG, diminui a testosterona livre. A resposta sexual é complexa, [...] eu não sou sexólogo, mas [...] o G.L., ele sempre coloca isso claramente, embora exista o fator androgênio, a sexualidade é muito mais complexa do que só testosterona, né? No animal que é diferente, é só androgênio, né? (R.M., Congresso Febrasgo, 2013)

Entretanto, separar os conceitos de TDSH da SIA não significa um abandono da categoria desejo. R.M., quando explica os efeitos dos estrogênios sobre a sexualidade, se refere ao ‘desejo’ e à ‘libido’ como instâncias diferenciadas:

[...] o estrogênio deveria... a função do estrogênio melhoraria sintomas de qualidade de vida na menopausa, melhoraria dispareunia – tô falando aqui do ponto de vista da sexualidade – então o estrogênio melhora a vagina, melhora a relação sexual por causa da melhora da vagina, mas não melhoraria a *libido*. Muitas vezes se utiliza estrogênio achando que vai melhorar a libido e às vezes melhora indiretamente, né? Além de melhorar indiretamente porque melhora a vagina, [...] a dor podia ser um fator que estava *inibindo o desejo sexual*, mas não há uma ação direta do estrogênio na libido. Pode ser até que diminua, porque o estrogênio pode aumentar o SHBG, e diminuir a fração de androgênio livre. O papel do androgênio seria [...] ele aumentaria a libido, estabilidade e frequência de coito. (R.M., Congresso Febrasgo, 2013, grifos nossos)

Assim como nas palestras do eixo sexualidade, as explicações sobre o papel do estrogênio sobre a sexualidade são os momentos nos quais as concepções específicas vinculadas a cada uma destas categorias tornam-se mais explícitas. ‘Desejo’ aparece associado à vagina, como um aspecto que é ‘inibido’ por um problema de ‘receptividade’. Ou seja, uma vagina que não está bem lubrificada ou que é fonte de dor durante a relação sexual causaria problemas de desejo. A ação estrogênica, ao tornar a vagina ‘receptiva’, agiria indiretamente sobre desejo/libido (com preferência pelo uso do primeiro termo). ‘Libido’ torna-se praticamente sinônimo de ação bioquímica androgênica, algo que diminui ou aumenta de acordo com a dinâmica das moléculas androgênicas e das proteínas que a elas se ligam, diminuindo sua biodisponibilidade.

6.5.3 A sintonia fina da prescrição: “Dá toneladas de androgênio, qualquer mulher vai ter libido”

A associação entre ‘libido’ e androgênios é uma “caixa-preta” para os atores do campo investigado (LATOURE, 2000). Pondera-se que outros fatores possam interferir nas dinâmicas do ‘desejo’ e da ‘libido’, mas a ligação entre ‘libido’ e androgênios é apresentada como um fato científico inquestionável:

Bom, o nosso desafio é saber que mulheres têm essa deficiência androgênica, que mulheres mereceriam ou deveriam receber a terapia androgênica de maneira fisiológica. Não suprafisiológica, né? *Se o androgênio aumenta a libido? Não precisa de ninguém fazer estudo, discutir em congresso. Dá toneladas de*

androgênio, qualquer mulher vai ter libido. [...] como é que faz esse ajuste, quem precisa, quem deve usar, como deve usar, e quais os problemas de usar [...] se esse androgênio passa um pouquinho do normal, em vez de fazer um pelo pubiano feminino, começa a fazer uma distribuição pro masculino; [...] todos nós sabemos o que é que acontece quando a mulher produz um pouco mais de androgênio. Então, nós temos que caminhar entre aquela deficiência e aquele excesso, né? (R.M., Congresso Febrasgo, 2013, grifo nosso)

A questão que se apresenta em relação ao uso dos androgênios para melhorar a ‘libido’ é relacionada à dose ‘adequada’ e ‘fisiológica’, que não provoque efeitos indesejáveis, pois *virilizantes*.

A dose coloca em evidência, assim, o potencial que os hormônios esteroides têm de *provocar* as fronteiras do dualismo de sexo/gênero. Nesse sentido, Celia Roberts avalia como uma escolha feliz a do fisiologista britânico Ernest Starling pelo termo hormônio (*hormone*). Derivado da palavra grega *hormao*, etimologicamente significa ‘excitar ou provocar’. Roberts destaca o potencial desses atores biológicos enquanto *mensageiros provocadores* (ROBERTS, 2007, p.199). Em determinados contextos, é exatamente esse o *efeito desejado* que se espera dessas substâncias, como quando se busca seu potencial transexualizador, de transformação das marcas corporais (e também subjetivas, evidentemente) de sexo/gênero. Uma mudança que não necessariamente precisa ser feita dentro dos parâmetros dualistas, como aponta Beatriz Preciado (2008) no seu *Texto Yonqui*.²¹⁶ Nos consultórios de ginecologistas, entretanto, as mensagens provocadoras desses atores biológicos são consideradas efeitos inconvenientes. R.M. propõe uma estratégia para evitá-los, descrita a partir da metáfora da ‘sintonia fina’ para as prescrições de androgênios para mulheres:

Efeitos indesejáveis, né? Os mais novos não sabem como se sintonizava rádio, né?, mas os mais velhos sabem, né?, você sintonizava a estação, depois você fazia o quê? Uma sintonia fina, assim, devagarzinho, pra chegar no ponto, né? Então, acho que a terapia androgênica é difícil de... fora paciente que foi ooforectomizada, difícil ter evidência de [inaudível] a evidência não é clara na queda de níveis, muito menos tratamento adequado, mas entendo que, conforme a paciente, poderia tentar fazer esse ajuste fino, né? (R.M., Congresso Febrasgo, 2013, grifo nosso)

A dose ‘suprafisiológica’ é qualificada como nociva porque excederia os ‘valores normais’ de concentração sérica dos hormônios androgênicos. Entretanto, a própria noção do que seria um nível ‘normal’ de concentração dessas moléculas é problemática, uma vez que não há nenhum consenso sobre esse ponto no campo médico. Esse ponto foi enfatizado nas palestras específicas do eixo TRH/climatério, especialmente em relação às dificuldades de mensuração de suas concentrações nos corpos femininos através das técnicas laboratoriais

²¹⁶ Ver também Sari Irni (2016) sobre o potencial provocador dos hormônios esteroides.

disponíveis no mercado. Recomendava-se, assim, um diagnóstico clínico, baseado nos sintomas da SIA.

6.5.4 “Sintomas climatéricos rebeldes à terapia de reposição estrogênica”

Seguindo a literatura especializada, múltiplas indicações foram apontadas para as terapias androgênicas, incluindo casos de ooforectomia, insuficiência ovariana e adrenal, hipopituitarismo, doenças crônicas, tratamentos com fármacos problemas endocrinológicos, manejo de efeitos colaterais de fármacos, para o tratamento dos sintomas climatéricos que não respondem ao tratamento com estrogênios e para mulheres idosas com sintomas de SIA.

Para nossa discussão é relevante destacar dois pontos: a associação com a idade e com as TRH estrogênicas. Foi reiterado, por todos os palestrantes, que o diagnóstico de SIA só pode ser feito em mulheres que estão submetidas às TRH com estrógenos. Desse modo, a falta de disposição para o sexo que não se resolve com a produção da ‘vagina receptiva’ via estrogênios – o resíduo ou o ‘sintoma rebelde’ relacionado ao desejo (libido?) – é que se torna uma indicação para a reposição androgênica. Por outro lado, há uma clara patologização do envelhecimento, pois, afinal, quais as mulheres idosas que não se queixariam de “fadiga, diminuição da energia [...] e sarcopenia”? Conforme indica um dos slides de N.R.M., a redução dos níveis plasmáticos de testosterona é “normal com o avanço da idade”. O que se coloca aqui é a produção de novas normas corporais. Um processo ainda mais impulsionado pela junção entre o discurso da saúde sexual e as práticas de TRH.

Note-se, assim, que diferentemente das apresentações do eixo sexualidade, a testosterona foi apresentada como uma solução farmacológica voltada para o tratamento da síndrome da insuficiência androgênica. A gestão da sexualidade nas TRH é, portanto, feita por meio dos androgênios via ‘libido’ (mas também ‘energia’ e ‘bem-estar’) e através dos estrogênios via produção da ‘vagina receptiva’.

6.6. Nas redes do desejo

Este capítulo teve como objetivo a análise das comunicações orais proferidas em três congressos biomédicos: o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (realizado em Salvador/BA, 2013), o Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, e o Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa (ambos realizados em São Paulo/SP, 2014). Observamos as apresentações envolvendo as temáticas relacionadas à sexualidade, TRH,

climatério e pós-menopausa, com o intuito principal de identificar se – e como – o uso de produtos com testosterona visando o desejo seria abordado nesses eventos.

Os palestrantes envolvidos nas comunicações sobre esse tema faziam parte de coletivos profissionais distintos, ainda que seja possível observar pontos de sobreposição entre eles. Afinal, fazem parte do grande círculo esotérico da ginecologia e participam de eventos em comum, como os que foram observados nesta pesquisa. Assim, de um lado, o tema surgia em apresentações proferidas por médicos dedicados à clínica sexual, que ocupam diferentes posições nessa rede, ora mais ligados à sexologia, ora à medicina sexual. De outro, o uso dos hormônios androgênicos apareceu nos debates de médicos que incorporaram a gestão da sexualidade como um domínio de atuação em suas práticas de atendimento ginecológico. Nesses casos, foi em geral por meio das discussões sobre o manejo do corpo hormonal que a sexualidade surgia, sobretudo como sintoma das variações endócrinas.

Considerando o *continuum* que caracteriza a clínica sexual, R.C. é sem dúvida representante da sexologia clínica, e se posiciona contrário ao uso da testosterona nas terapias sexuais. A ênfase recai sobre as técnicas cognitivo-comportamentais, de acordo com as práticas da sexologia clínica de segunda “onda”.

T.L. situa-se na interface entre medicina sexual, sexologia clínica e sexologia educacional; apresenta uma postura mais ambígua, de crítica às visões mais estritamente médicas sobre a sexualidade, embora se baseie na literatura da medicina sexual. A eficácia dos produtos com testosterona é ratificada na apresentação de dados provenientes dos ensaios clínicos com o adesivo de testosterona (Intrinsa), mas seu argumento central é o de que não se deve *apenas* ‘medicalizar’ (prescrever fármacos).

As apresentações de C.A. e G.L. são mais próximas da medicina sexual, mas incorporam muitos aspectos que podem ser identificados como típicos da sexologia clínica. Representam uma versão mais *soft* da medicina sexual (em relação aos urologistas). G.L. se intitula sexólogo, por exemplo, e ambos enfatizam a importância das relações afetivas nos quadros de disfunção sexual. Estes profissionais ocupam cargos em instituições da medicina sexual e são palestrantes nos eventos desse campo (fizeram parte do comitê de organização local do 16th World Meeting on Sexual Medicine, realizado em São Paulo, em 2014, e foram também palestrantes).

E.P. é um caso peculiar, ocupando uma posição intermediária entre a medicina sexual e a sexologia. Seu discurso é muito eclético, algo que o afasta de um estilo mais estritamente médico. Entretanto, atua em um serviço de medicina sexual e possui estreita relação com as indústrias farmacêuticas. É um ‘líder de opinião’ que difunde leituras bioquímicas da

sexualidade, das diferenças de sexo/gênero e das emoções com o auxílio de apresentações mais lúdicas, que parecem voltadas para os círculos esotéricos generalistas (e também por meio de textos impressos nos fôlderes das indústrias). De fato, suas ‘aulas’ são um sucesso em todos os congressos observados (tanto nessa pesquisa, quanto no projeto Sexualidade, Ciência e Profissão, em especial nos ‘congressos de sexualidade humana’ da Sbrash). Contudo, ele não tem o mesmo destaque nos congressos de medicina sexual (não foi palestrante no 16th World Meeting on Sexual Medicine).

Apesar das diferenças entre os profissionais da clínica sexual, todos compartilham um mesmo arcabouço teórico sobre o desejo, que é produzido no que proponho chamar de *dispositivo das disfunções sexuais*. Este dispositivo é, historicamente, ligado às intervenções clínicas sobre a sexualidade, como vimos no capítulo 4. Apoia-se nas concepções de sexualidade enquanto função sexual que se expressa no ciclo da resposta sexual, sendo o modelo ‘circular’ de Basson a referência contemporânea privilegiada. As patologias são entendidas como disfunções da resposta sexual que são, por definição, ‘multifatoriais’. O peso atribuído a cada fator determina (ou revela) um posicionamento no espectro da clínica sexual. A multifatorialidade é acompanhada de múltiplas opções terapêuticas: terapia sexual, terapia individual, fisioterapia, ajustes de esquemas farmacológicos (para evitar efeitos colaterais que incidem sobre a ‘resposta sexual’) ou intervenções medicamentosas de tipos variados, que incluem testosterona, mas também antidepressivos, TRH, medicamentos aprovados para disfunção erétil (os ‘antídotos’). A testosterona é, portanto, uma das opções de um variado cardápio terapêutico que compõe a prática clínica dos profissionais dessa rede.

A distinção entre desejo ‘espontâneo’ e ‘responsivo’ é crucial, e há especial atenção ao critério do ‘sofrimento associado’ para o diagnóstico de TDSH ou, mais recentemente, de Teisf (DSM-V). A menopausa tende a ser apontada como fator de risco para as disfunções sexuais. O termo ‘libido’ é pouco referido, mas, quando aparece, está associado a uma visão quantitativa e bioquímica, como uma esfera impactada por medicamentos, que reage às variações dos níveis de testosterona ou como sintoma da SIA. Esta síndrome é referida nas apresentações, mas tem menor destaque em relação às discussões sobre as disfunções sexuais.

O eixo TRH/climatério não contou com palestrantes que participaram das atividades do eixo sexualidade. É como se houvesse uma divisão de trabalho no campo: sexualidade tem um espaço “só seu”, com mesas e especialistas voltados inteiramente para esse debate. Do ponto de vista institucional, isso se expressa no congresso da Febrasgo pela Comissão Nacional de Sexologia, ativa até os dias de hoje e que organizou as tarefas da ‘sala sexologia’, com atividades diárias nos quatro dias de congresso.

Os especialistas que participaram das atividades do eixo TRH/climatério e pós-menopausa são muito mais numerosos do que os da clínica sexual e representam a visão hegemônica na ginecologia. São os ‘clínicos da mulher’, os profissionais que a acompanham ao longo de toda a vida.

A sexualidade aparecia nessas palestras de modo menos autônomo, imbricada nas discussões sobre: 1) sintomas da ‘insuficiência estrogênica’ e o papel da TRH na produção da ‘vagina saudável’ e da ‘qualidade de vida’; e/ou 2) sintomas da ‘insuficiência androgênica’, ‘diminuição da libido’ e da ‘energia’. A ligação entre libido e androgênios é um fato científico bem estabelecido, e o que se apresenta como questão é o “como” utilizá-los, e “quando”, sempre no contexto das TRH.

Foi possível identificar uma modificação das percepções e práticas sobre TRH. Se antes eram empregadas como ferramenta de manejo da saúde futura, por meio de intervenções sobre corpos que poderiam ser assintomáticos, passaram a ser compreendidas em essência como meio para alcançar uma *melhora na vida*. Percebemos aqui como a distinção entre *otimização* e *tratamento* mostra-se escorregadia (WOLPE, 2002, p.389; ROSE, 2007). À primeira vista, pode parecer simples diferenciar entre um tratamento médico e uma técnica de aprimoramento. O primeiro caso envolveria o tratamento de uma doença, enquanto o segundo estaria relacionado ao melhoramento de algum aspecto do corpo ou da performance. No entanto, como ressalta Peter Conrad, os estudos da medicalização – e acrescentamos também os da biomedicalização – foram bem-sucedidos em demonstrar que as definições acerca das doenças mudam. Condições que não eram consideradas patológicas podem ser incorporadas ao domínio da medicina, descritas através da linguagem médica e, portanto, tornam-se tratáveis (CONRAD, 2007).

Esse ponto coloca em cena o caráter coletivo ou social da produção dos diagnósticos, foco de um campo de estudos já bem estabelecido e conhecido como *sociologia dos diagnósticos* (BOWKER & STAR, 1999; BROWN, 1995; ROSENBERG, 2002; 2006). Um aspecto importante a ser considerado é o fato de que novos diagnósticos médicos justificam a utilização de certos tipos de *aprimoramento* como *terapia* (CONRAD, 2007, p.86). No caso aqui analisado – as TRH para gestão do climatério e pós-menopausa – trata-se menos de um novo diagnóstico, mas sim de uma nova forma de *diagnosticar*. Ou seja, quando a TRH passou a ser promovida como uma terapia que deve ser aplicada apenas às mulheres que apresentam uma sintomatologia expressiva, novos parâmetros de avaliação da gravidade do ‘sintoma’ surgiram: ‘qualidade do sono’, ‘qualidade do intestino’, ‘qualidade da saúde da vagina’, ‘qualidade da vida sexual’, ‘qualidade do tesão’, ‘qualidade do orgasmo’, ‘qualidade

do humor’, ‘qualidade cognitiva’. Se é verdadeiro que a SIA é uma categoria diagnóstica recente, na prática ela se apresenta como *identificação de sintomas* que (sempre?) são inerentes ao processo de envelhecimento: diminuição da ‘energia’ e do ‘bem-estar’, diminuição da massa muscular, diminuição da resposta sexual.

Além disso, como veremos no próximo capítulo, nos consultórios, a incorporação da testosterona nas TRH ocorre por meio da *personalização* do tratamento, que significa entre outras coisas identificar se há diminuição da libido ou não. Uma vez estabelecida a “caixa-preta” libido-androgênicos, e com produtos considerados pelos líderes de opinião como eficazes e seguros (sobretudo os transdérmicos), a SIA perde lugar, e a via principal de operacionalização das prescrições é a identificação de um sintoma do climatério: ‘diminuição da libido’.

Ainda que os estilos de pensamento das redes da clínica sexual e da ‘clínica da mulher’ tenham características próprias, há muitos pontos em comum. Finalizamos esse capítulo destacando três sobreposições.

A primeira diz respeito à concepção da menopausa segundo o modelo da doença, como uma síndrome com sinais e sintomas. E mais: ela é vista como fator de risco para diversas doenças, entre as quais tem grande destaque a depressão e as disfunções sexuais, incluindo, é claro, o desejo (ou libido, a depender do círculo esotérico em questão).

O segundo ponto em comum é a percepção de que hormônios estrogênicos têm ação indireta sobre a libido/desejo, enquanto os androgênicos agiriam diretamente sobre estes domínios. A relação indireta entre ‘vagina receptiva’ e ‘libido’ permanece pouco clara e até mesmo paradoxal. Como seria esse efeito indireto? Se estrogênio não melhora a ‘libido’ diretamente, mas a ‘vagina não receptiva’ inibe o desejo (diminuindo a libido), que tipo de ação indireta estaria em jogo? Dito de outro modo: ter mais desejo porque as relações sexuais deixaram de ser doloridas ou desconfortáveis em função da ação estrogênica sobre os tecidos da vagina não é considerado uma ação direta. Uma interpretação possível, que sugerimos aqui, relaciona a distinção entre ação ‘direta’ ou ‘indireta’ à visão generificada em relação aos hormônios esteroides: as moléculas estrogênicas, relacionadas ao feminino, não agiriam diretamente sobre a libido/desejo porque a sexualidade ativa e iniciadora é uma tarefa que só pode ser masculina, ou seja, androgênica. Se faz sentido essa proposição, então esse seria um bom exemplo de tradução etnográfica dos hormônios enquanto atores material-semióticos.

Por fim, as declarações de interesse indicam que todos os palestrantes que se dedicaram de modo mais aprofundado às discussões farmacológicas sobre o desejo sexual são associados a diversos fabricantes de medicamentos. Diferentemente do contexto francês

descrito por Ravelli (2012), o próprio fato de serem procurados pelas indústrias é, no campo da ginecologia brasileira, algo esperado e não parece ser malvisto. Pelo contrário, apenas reafirma o status diferenciado dos médicos mais reconhecidos entre seus pares. A maior parte dos médicos – se não todos – que compõem os mais altos cargos na Febrasgo, Sobrac e Sogesp têm atuação colaborativa intensa com diversos fabricantes.

Isso não significa que sua contribuição nos congressos (e também fora deles) seja restrita à divulgação de produtos farmacêuticos. É importante ter em mente que há um movimento de mão dupla na aliança entre prescritores e fabricantes. As indústrias buscam os profissionais respeitados do campo que estão engajados em temáticas pertinentes a seus interesses. Ou seja, aqueles profissionais que se voltam para a farmacologia da sexualidade, seja em suas práticas clínicas ou nas linhas de pesquisa. Estes serão os procurados para ocupar a posição de ‘líderes de opinião’ nas interações com as indústrias. Eles expressam nas palestras suas próprias ideias sobre desejo, libido e sexualidade. E é precisamente por essa razão que são ‘líderes de opinião’.

Assim, é pouco provável que R.C. ou outros profissionais voltados em suas práticas clínicas para a terapia sexual a partir da visão sexológica mais tradicional sejam convidados para participar de atividades organizadas pelos fabricantes de fármacos. Perceber os ‘líderes de opinião’ como ‘garotos propaganda’ da indústria farmacêutica é um equívoco, pois deixa escapar a engrenagem que os articula e que diz respeito à própria configuração da rede. Uma rede heterogênea, na qual saberes biomédicos, serviços e capital são coproduzidos através de interações múltiplas.

Deve-se acrescentar a isso o fato de que o estilo de pensamento molecularizado da biomedicina e da cultura contemporânea torna as abordagens fisicalistas não apenas valorizadas: elas possuem estatuto de ‘verdade’. A hegemonia do modo molecular de descrever quem somos e como desejamos se faz presente na clínica sexual e na ‘clínica da mulher’.

O que as indústrias fazem é “dar voz” a essas concepções, reforçá-las, repeti-las, elaborá-las, contribuindo para sua produção e difusão. E “dar voz” significa também, como vimos no capítulo 5, investimentos, seja na promoção das alianças com as lideranças do campo, seja no sentido financeiro (desde a organização de ensaios clínicos e elaboração de artigos científicos até apoio aos congressistas com oferta da inscrição, confecção de pôsteres com separatas de artigos, pagamento para montar os estandes e organizar *lunch meetings* nos congressos, entre tantos outros).

7. “MULHER COM BIGODE NEM O DIABO PODE”: PRESCREVENDO TESTOSTERONA

Eu já facilito pra paciente perguntando como é que vai a sexualidade dela [...] ajuda muito no concernente à construção do perfil [...] se ela tem uma queixa de falta de libido, então é onde entra a testosterona.

(Dr. Alfredo, médico prescritor de testosterona)

No capítulo anterior, seguimos médicos especialistas e os conhecimentos relacionados ao uso de testosterona em mulheres por eles comunicados em congressos. Vimos que palestrantes ligados à clínica da sexualidade apontavam os produtos à base de testosterona como um entre diversos tratamentos possíveis no manejo do ‘desejo sexual responsivo’. Já os médicos que atuam na ginecologia, que se autodenominavam ‘clínicos da mulher’, referiam-se à testosterona como ‘terapia androgênica’ voltada para o ‘aumento da libido’ e outras queixas do climatério e pós-menopausa ou da ‘síndrome da insuficiência androgênica’ (SIA).

Este capítulo tem como objetivo discutir as práticas e concepções associadas ao uso de testosterona em mulheres a partir da análise de relatos de médicos e médicas que participaram dos congressos enquanto ouvintes. Buscamos compreender se – e como – a prescrição de testosterona vinha sendo difundida entre clínicos que compõem o círculo esotérico generalista, os ‘aplicadores de conhecimento’ ou consumidores do conhecimento produzido pelo círculo esotérico especializado²¹⁷ (FLECK, 2010, CAMARGO JR., 2003; FISHMAN, 2004). Quais as pacientes que os médicos percebem como candidatas para o uso da testosterona visando a sexualidade? Como se operacionaliza a prescrição e o que se espera melhorar com o tratamento? Quais concepções orientam a indicação de testosterona?

O material analisado provém de dois conjuntos de dados. O primeiro consiste em entrevistas breves (57), realizadas por meio de um roteiro estruturado, com médicos participantes do Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, em 2014. O segundo consiste em entrevistas em profundidade guiadas por um roteiro semiestruturado (7), realizadas com prescritores de testosterona²¹⁸ que participaram do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (2013), Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia (2014) e do Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa (2014).

7.1 Entrevistas breves nas filas dos estandes farmacêuticos

²¹⁷ Para uma discussão sobre esses conceitos, ver capítulos 2 e 5.

²¹⁸ Os prescritores foram recrutados nos congressos observados no trabalho de campo.

A ‘área dos expositores’ dos congressos médicos revelou-se um espaço estratégico para iniciar conversas com os prescritores. Vimos no capítulo 5 que as indústrias farmacêuticas implementam diversas estratégias de marketing para atrair os médicos para os seus respectivos estandes. Estes são constituídos como espaços de sociabilidade, onde além de distribuição de folhetos de divulgação de seus produtos e de artigos científicos, há oferta de brindes, refeições, cafés e, por vezes, até mesmo ambientes *lounge* para descanso e interação entre congressistas. As refeições e os presentes oferecidos nos estandes geram filas que podem ficar longas, favorecendo uma aproximação com os médicos.

Conforme detalhado no capítulo 5, as entrevistas breves foram realizadas com médicos enquanto estes aguardavam o atendimento nos estandes farmacêuticos, durante o congresso da Sogesp. O roteiro estruturado (Apêndice E) abarcava: idade, sexo/gênero, contexto de atuação (cidade, se nos serviços públicos ou privados), se prescreve testosterona e, em caso positivo, qual forma (oral, transdérmica, implante subcutâneo, etc.) e para qual indicação. Todas as entrevistas breves foram feitas na ‘área dos expositores’ – ou espaço das marcas (RAVELLI, 2012) –, com perguntas abertas e enunciadas por mim e as respostas anotadas (também por mim) em um *tablet*.

Dos 57 médicos entrevistados, 19 eram homens e 38 mulheres,²¹⁹ de todas as regiões do país, com destaque para aquela em que foi realizado o congresso: Sudeste (32).²²⁰ Os dados devem ser interpretados como indicadores de certas tendências no uso da testosterona, sem pretensão de generalização para o universo dos participantes dos congressos ou para o campo da ginecologia como um todo.

A maior parte dos médicos (41, ou 72%) prescrevia ou já havia prescrito a testosterona para suas pacientes. Entre os 16 médicos (11 mulheres e 5 homens) que afirmaram não prescrever seis eram abertamente contra o uso. Os demais alegaram diferentes motivos, como falta de contexto clínico de aplicação, falta de um produto industrializado, desconhecimento em relação às indicações e produtos disponíveis (três estavam buscando informações no congresso para começar a prescrever) ou deram respostas evasivas como “não sei”.²²¹

Entre os médicos prescritores de testosterona (41), vinte atuavam somente na rede privada. Entre aqueles atuantes em serviços públicos e particulares, doze disseram que

²¹⁹ A diferença entre o número de mulheres e homens reflete a predominância de mulheres nas especialidades de ginecologia e obstetrícia e, portanto, também nos congressos.

²²⁰ Distribuição regional: Sudeste (32), Sul (10), Nordeste (9), Centro-Oeste (3), Norte (2), não especificado (1).

²²¹ Embora eu tenha me esforçado para enfatizar que a participação seria voluntária, era notável a falta de paciência de alguns deles. Nestas situações preferi não insistir na obtenção de respostas mais completas.

prescreviam testosterona em ambos os contextos e nove apenas nos serviços privados.²²² Os outros médicos que não prescreviam no Sistema Único de Saúde (SUS) afirmaram que há dificuldade no acesso aos medicamentos manipulados, pois estes não estão incluídos entre os distribuídos pela rede pública de forma gratuita. Uma médica referiu-se ao “medo de que elas usem errado”.²²³

7.1.1 Prescrevendo testosterona para ‘aumentar libido’ Brasil afora

Em relação às indicações, a testosterona surgiu fortemente associada à ‘libido’, em especial como prática de terapia de reposição hormonal (TRH). A Tabela 3 apresenta as indicações nos termos utilizados pelos prescritores.

Tabela 3 – Indicações para prescrições de testosterona para mulheres nas entrevistas breves

INDICAÇÕES (nos termos empregados pelos entrevistados)		<i>N</i>
Libido		20
Desejo sexual		3
Libido e...	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de disposição e cansaço - Cansaço, astenia, desânimo, musculatura - Humor, secreta vaginal e insônia - Prurido e ressecamento em idosas - Vulvovaginite - Ausência de prazer 	6
Libido no climatério/ pós-menopausa e...	<ul style="list-style-type: none"> - Desânimo e dificuldade no dia a dia - Fogacho e outros sintomas - Secura vaginal - Queixas climatéricas 	4
Desejo sexual e...	<ul style="list-style-type: none"> - Lubrificação, autoconfiança e medo - Anorgasmia e frigidez 	2
Climatério e...	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão, patologia mamária e atrofia - Disfunção sexual - Queixas de sexualidade em jovens 	3
Outras	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios sexuais - Líquen vulvar (2) 	3
TOTAL		41

Fonte: A autora, 2016

Entre os 41 médicos que prescreviam testosterona, quase metade citou como única indicação a ‘libido’ (20), sobretudo a ‘diminuição da libido’, por vezes restringindo o uso ao período do climatério e da pós-menopausa. As indicações giram em torno da sexualidade,

²²² Em cinco dos nove casos, a atuação dos médicos nos serviços públicos ocorria em setores nos quais não há contexto para prescrição de testosterona, como os obstétricos ou cirúrgicos.

²²³ A ideia de que mulheres que não aderem ao tratamento da forma como idealizada pelos fabricantes estão ‘erradas’ foi discutida por Oudshoorn (1994) ao analisar a história do desenvolvimento da pílula anticoncepcional. Esse tema é retomado por Roberts (2007).

sobretudo ‘libido’, mas também ‘desejo’ (citado apenas cinco vezes), ‘disfunção sexual’ e categorias mais antigas como ‘frigidez’ e ‘distúrbios sexuais’. Outras indicações remetem ao conjunto dos sintomas atribuídos ao climatério e menopausa e, em menor escala, à SIA, que não foi apontada enquanto categoria diagnóstica (apenas três entrevistados referiram-se aos sintomas a ela relacionados: “cansaço, astenia, desânimo, musculatura”, “falta de disposição e cansaço” ou “desânimo e dificuldade no dia a dia”). Foi mencionado ainda o uso no tratamento de ‘líquen vulvar’ (uma doença dermatológica), indicação não mencionada nos congressos.

A forma de administração da testosterona mais comum foi a ‘manipulada’, ou seja, obtida em farmácias de manipulação, referida também pelos termos ‘transdérmica’, ‘tópica’, ‘gel’ e ‘creme’, citada em 37 entrevistas. Há casos em que os médicos prescrevem a forma farmacêutica transdérmica, mas também via oral (5), injetável (5) e implantes (1). Muitos disseram que prescreviam a forma oral (metiltestosterona) quando não conheciam a forma transdérmica, indicando uma transformação recente nos produtos disponíveis no mercado.

Dezessete médicos prescreviam testosterona também para mulheres jovens.²²⁴ No entanto, havia um tom de cautela evidente na maioria das respostas: “mas é muito raro”, “muito difícil”, “não é a rotina”, “só ooforectomizadas”, “somente quando está muito ruim mesmo”... Entre os que disseram que não prescreviam para mulheres jovens, era comum a resposta imediata: “não, nunca”.

7.1.2 Médicas que não prescrevem testosterona

Mesmo sendo uma amostra pequena, é interessante que os que expressaram uma postura deliberadamente contrária ao uso da testosterona sejam todas mulheres. Suas idades variavam de 25 a 60 anos. Elas justificam sua posição em função de: 1) preocupação em relação aos riscos (“relação risco/benefício não é vantajosa”, “tem mais riscos”, “não vejo necessidade, acho muito risco”); 2) posicionamento contrário às TRH; e 3) reflexão acerca da relação ‘libido’ / hormônios / contexto social.

Uma das entrevistadas demonstra resistência ao uso das TRH; prefere utilizar os medicamentos fitoterápicos, que seriam “mais naturais” do que as TRH: “Não sou adepta de

²²⁴ O termo ‘jovem’ constava no roteiro. Quando os entrevistados afirmavam prescrever testosterona, após a investigação acerca das indicações, era a eles perguntado se prescreviam para ‘pacientes jovens’. Não houve nenhuma especificação em relação ao significado de jovem. Dada a associação presente no campo analisado entre climatério, menopausa e envelhecimento, é razoável supor que eles se referiam às mulheres que não haviam ainda apresentados os sinais da menopausa.

ficar prescrevendo esse tipo de medicamento. Sou adepta de mais natural possível, não gosto de ficar mexendo muito no organismo não. Faço fitoterápicos, isoflavona, de soja. Só faço TH em casos muito extremos” (entrevista 47, médica, 37 anos, Dourados/MS).

Duas das médicas não prescritoras ponderaram que problemas atribuídos aos hormônios têm mais a ver com outras dimensões da vida das mulheres. Uma delas tem 43 anos (de Barueri/SP), diz não ter ‘respaldo’ para prescrever, além de receio dos efeitos colaterais. Ela pensa que “a maioria das queixas da libido são por conta do meio, não é uma questão de hormônios”.

Essa dicotomia ‘hormônio’ *versus* ‘meio’ foi relativizada por uma médica de São Paulo, 38 anos. Ela mencionou elementos do contexto de vida das mulheres, como ‘estresse’ e ‘fatores emocionais’ como associados com os próprios hormônios, dando exemplos:

São poucas pacientes que têm queixas [de libido] e ainda não vi muita segurança [para prescrever testosterona] apesar das palestras. Nunca tinha visto palestras específicas em outros congressos. [...] *E se o marido é um estúpido?* Tinha uma paciente que o filho se envolveu com drogas, *espancava* a mãe, *vou entrar com hormônio pra quê?* [...] A mulher não tem a abordagem que ela precisa. Gineco é atenção primária. *Hormônios estão associados a estresse, a problemas emocionais.* Mulher não está sendo abordada [na consulta]. [...] *Ela trabalha cada vez mais e está passando por um período que fica mais estressada, está mais sensível. Tem que falar com a família!* Porque ninguém ajuda nas tarefas domésticas. Tenho uma paciente que a gente conversou sobre isso. O marido e os filhos não tiravam nem o prato da mesa. Ela fez o seguinte: um dia, não tirou a mesa depois do jantar. No dia seguinte, no café da manhã, todo mundo se assustou com aquilo e ela conversou com eles. Eles passaram a ajudar e depois disso tudo começou a melhorar, inclusive a sexualidade, inclusive sintomas climatéricos. *Muitas mulheres exacerbam os sintomas porque é a única maneira de receber atenção.* (Entrevista 27, médica, 38 anos, São Paulo/SP, grifos nossos)

A referência às palestras específicas sobre testosterona como uma novidade daquele evento remete à recente incorporação dessa discussão na programação oficial dos congressos de ginecologia, ponto também destacado por outros entrevistados. Quando assinala que “gineco é atenção primária”, a médica reforça o papel do ginecologista enquanto ‘clínico da mulher’, sugerindo ser preciso ter um olhar ampliado: “a mulher não está sendo abordada”. A reflexão acerca de contextos de violência doméstica (que é totalmente ausente das ‘aulas’ dos congressos) indica o que ela entende por ‘abordar a mulher’. A mesma médica acionou o argumento de que as mulheres trabalham cada vez mais e são sobrecarregadas com as tarefas domésticas, chamando a atenção para a importância de se pensar na relação entre as dinâmicas familiares e os ‘sintomas’ da menopausa. Note-se que, ao afirmar no trecho destacado acima que a mulher na menopausa “fica mais estressada, está mais sensível”, o faz menos no sentido de uma naturalização desses atributos enquanto sintomas, mas levantando a

possibilidade de um uso estratégico da medicalização: “Muitas mulheres *exacerbam os sintomas* porque é a única maneira de receber atenção” (grifo nosso).²²⁵ O caso relatado, de uma paciente que negociou com os familiares a distribuição das tarefas domésticas e “depois disso tudo começou a melhorar, inclusive a sexualidade, inclusive sintomas climatéricos”, mostra outra possibilidade de manejo da menopausa ausente das palestras e dos depoimentos dos prescritores. Interpretada juntamente com a afirmação de que “hormônios estão associados a estresse, a problemas emocionais”, essa é uma versão do discurso biomédico que leva a sério os efeitos ‘sociais’ ou do ‘meio’ na própria constituição dos corpos, nas dinâmicas hormonais e na experiência da doença.

7.2 As entrevistas com os prescritores

As entrevistas em profundidade foram realizadas com sete prescritores, em 2014. A gravação em áudio da entrevista foi feita com permissão dos entrevistados, após ler e assinarmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.²²⁶ Os nomes que constam no texto são fictícios, conforme previsto no projeto aprovado pelo Comitê de Ética para assegurar o sigilo. Os pseudônimos utilizados foram: Dra. Mariana, Dr. Alfredo, Dr. Gastão, Dra. Bárbara, Dra. Raquel, Dr. Severino e Dra. Margarida. Quatro eram mulheres e três homens, com idades variando entre 39 e 67 anos, declararam ter cor/etnia ‘branca’ e atuar em São Paulo (dois), Rio de Janeiro, Bahia (três) e Pernambuco.²²⁷ Todos atendiam em consultórios particulares, e três também na rede pública, na época da entrevista. O apêndice G sintetiza as informações de cada entrevistado.

As pacientes usuárias de testosterona foram identificadas pelos médicos como sendo mulheres casadas e heterossexuais e, na maior parte dos casos, de classe média. Apenas um dos médicos, que chamarei de Dr. Severino, afirmou atender majoritariamente mulheres de camadas populares em seu consultório em Diadema/SP. Desde já, adiantamos que as práticas de manejo clínico da sexualidade e do climatério/pós-menopausa relatadas por esse médico

²²⁵ Essa espécie de ‘benefício’ que as concepções medicalizadas sobre o corpo feminino oferecem às mulheres é discutida por Miriam Mariano (2012), em sua tese de doutorado sobre a tensão pré-menstrual (TPM). Muitas mulheres entrevistadas por Mariano diziam que durante a TPM reagem de modo acentuado a eventos que normalmente não as incomodariam tanto, ao mesmo tempo em que narraram dificuldades intensas nos relacionamentos. Apoiada no conceito freudiano de ‘benefício secundário’, Mariano sugere que a TPM pode proporcionar um ‘benefício’ em determinados contextos, pois abre a possibilidade de expressão de descontentamento frente a *relacionamentos sintomáticos*.

²²⁶ Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do IMS/Uerj: CAAE: 307721 14.1.0000.5260. O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido utilizado na pesquisa encontra-se no Apêndice F.

²²⁷ As entrevistas foram realizadas durante os congressos, nos locais onde aconteciam os congressos ou em restaurantes situados nas proximidades.

diferem radicalmente daquelas mencionadas nas demais entrevistas.

7.2.1 Os caminhos da prescrição: indicações legítimas e ilegítimas

A indicação da testosterona para ‘aumentar a libido’ de mulheres no contexto da menopausa foi um denominador comum entre os entrevistados. Três tipos de consumo de testosterona foram apontados nas entrevistas. O principal era dirigido às mulheres no climatério/pós-menopausa, visando a sexualidade via ‘libido’, ou a ‘qualidade da vida sexual’. A prescrição para mulheres mais jovens com ‘baixa libido’ fazia parte da prática clínica de três médicas, todas da Bahia. Finalmente, os médicos foram unânimes em rechaçar o uso da testosterona enquanto ‘anabolizante’, voltado de modo exclusivo para o ganho de massa muscular. Nesses casos, eram ressaltados os riscos e os efeitos colaterais das ‘doses altas’ que induzem concentrações ‘suprafisiológicas’.²²⁸ Um dos médicos referiu-se ao controle da venda da testosterona como forma de evitar seu uso no contexto esportivo: “é um remédio controlado, senão a pessoa pode ganhar uma competição desonestamente usando a testosterona”. Configura-se, assim, a clássica oposição entre usos apropriados da testosterona, quando sob a chancela da medicina, e usos ilegítimos, que surgem nos discursos dos entrevistados associados às ‘academias’ e aos esportes (HOBBERMAN, 2005, MORAES et al., 2015).

Vejamus um exemplo. Para a Dra. Mariana (39 anos, Vitória da Conquista/BA), a testosterona é o ‘hormônio do prazer’. Ela prescreve propionato de testosterona transdérmico (gel ou creme) – a forma mais difundida entre os entrevistados – para mulheres de todas as idades com ‘diminuição da libido’. Recomenda aplicação cinco vezes por semana no clitóris durante três meses, com pausa antes de uma nova prescrição, repetindo o esquema até duas vezes. A médica assegura que nessa ‘baixa dose’ a testosterona – aqui na forma transdérmica manipulada – não traz riscos à saúde e resalta que suas pacientes nunca reportaram efeitos colaterais. Pelo contrário, o ‘problema’ decorrente do uso da medicação seria o que acontece quando suas pacientes “adoram demais” e querem usar continuamente: “aí eu não posso [prescrever para uso contínuo]”. Ou seja, segundo o seu ponto de vista é só sucesso! Além disso, envolve um retorno via relação médico-paciente, pois a resposta ao medicamento foi descrita por algumas das mulheres que ela atende como tendo a dimensão de uma transformação de ‘vida’: “tenho três pacientes que elas me adoram [...] elas dizem que eu

²²⁸ Termo utilizado pelos médicos quando determinada substância atinge concentrações sanguíneas mais altas do que aquilo que se considera normal (ou ‘fisiológico’).

mudei a vida delas. Uma é jovem, deve ter 28 anos, e duas já estavam na menopausa”. Por outro lado, Mariana considera o uso de anabolizantes com intuito de ganho muscular como uma “maneira errada” de usar a testosterona, porque “a dosagem tem que ser maior [...] e aí vêm os efeitos colaterais”. Diz que “em altas concentrações, a testosterona é hepatotóxica e [...] se engravidar [...] e tiver com o feto feminino ela é viralizante [sic]”.

“Viralizar” é um termo que tem sido associado à circulação de informações nas redes sociais, nos casos em que determinada postagem é compartilhada por muitas pessoas em espaço curto de tempo, como alusão aos “vírus virtuais”. Nesse ato falho, ao trocar uma letra – virilizante por viralizante – seu enunciado sugere uma condensação das noções de vírus e virilização, atribuindo à testosterona outra forma material-semiótica: em ‘altas doses’, transmutar-se-ia de ‘hormônio do prazer’ em um agente patológico, ‘viralizante’, que *provoca* o binarismo sexo/gênero. Se derivarmos um pouco mais a partir do ato falho da entrevistada, encontramos outra possibilidade semântica. O sentido cibernético do termo refere-se a uma difusão veloz e espontânea que se produz em rede, a partir do sucesso de uma mensagem original que passa a ser reproduzida por diversos indivíduos, multiplicando-se com rapidez em contextos heterogêneos. Nas entrevistas com as médicas que atuam em Salvador (BA), o uso de testosterona por mulheres é citado como especialmente difundido naquela cidade, devido à influência de Elsimar Coutinho e seus implantes hormonais; teria seu lapso também uma sugestão de que o uso de testosterona ‘viralizou’ entre mulheres?

De forma mais sutil, a distinção sobre usos mais legítimos ou mais perigosos reaparece nas discussões sobre as diferentes formas de administração. A metiltestosterona via oral (prescrita no modo *off-label*) é apontada como ‘hepatotóxica’, embora tenha sido prescrita por diversos médicos entrevistados no passado. Um deles afirma que era o “último golpe de misericórdia” em casos “muito graves”. As formulações transdérmicas são apontadas como as mais seguras, sendo notável a ausência de relatos sobre riscos ou efeitos colaterais. Os implantes subcutâneos são alvo de disputas, vistos por alguns médicos como problemáticos porque induziriam a níveis ‘suprafisiológicos’, mas fortemente recomendados por duas médicas que, não por acaso, são de Salvador e têm suas trajetórias vinculadas à de Elsimar Coutinho. As formulações injetáveis (manipuladas ou *off-label*) são descritas como especialmente perigosas, em função de seus efeitos ‘virilizantes’. No entanto, são reportadas por alguns prescritores como uma opção válida em “casos muito específicos” e, com frequência, descritas como mais eficazes no aumento da ‘libido’.

7.2.2 Hormônios, vida e sexualidade

As narrativas dos prescritores corroboram a força da associação entre hormônios, sexualidade e saúde na contemporaneidade (FISHMAN et al., 2015, p.83; ROHDEN, 2012b, p.197; SENNA, 2009, p.97; MANICA, 2009). Os ‘hormônios sexuais’ foram referidos nas entrevistas como responsáveis por uma série de efeitos sobre o corpo, as emoções e os comportamentos. Um dos médicos referiu-se aos hormônios como entidades que “davam toda a alegria de viver” às mulheres. Ainda que essa tenha sido uma forma mais exagerada de compreender o papel dessas substâncias, conferindo-lhes um protagonismo absoluto na determinação da felicidade, a conexão entre hormônios e a vida foi persistente nas narrativas dos médicos. Relatos como o da Dra. Mariana, que qualifica os efeitos da TRH como uma transformação na própria ‘vida’, foram recorrentes também entre os outros médicos. Os hormônios apareceram no campo analisado como atores biológicos que melhoram a ‘qualidade’ de diversos fenômenos vitais como o sono, o metabolismo, a musculatura e a resposta sexual, promovendo a ‘qualidade de vida’ ou um ‘viver bem’.

Os deslizamentos entre qualidade, vida e sexualidade foram numerosos. A abordagem da sexualidade nas consultas por meio de perguntas sobre a ‘vida sexual’ – ou ainda ‘qualidade da vida sexual’ – das pacientes foi uma prática mencionada por quase todos os médicos. Por vezes, surgia em derivações ao longo da entrevista, como no caso da Dra. Mariana, que apresentou a testosterona como o ‘hormônio do prazer’ e, em um momento posterior na narrativa, sugere que ‘sexo é prazer, é vida’. A testosterona apresenta-se, portanto, como um hormônio *da vida*.

Outra via que conectou os hormônios sexuais aos processos vitais surgiu nos efeitos atribuídos à testosterona no sentido de uma melhora da ‘energia’, da ‘disposição’, da ‘vontade de viver’ e de ‘agir’ no mundo. Exemplo interessante foi relatado por uma entrevistada cuja avó usou produtos com testosterona há cerca de trinta anos, visando o aumento da ‘disposição’ e do ‘gás’:

Minha avó! [...] ela me pedia pra fazer uma receita [...] de Trinestril AP, era uma injetável de estrógeno e testosterona conjugados, um negócio fantástico, eu acho que era R\$ 2,00. Ela ia fazer uma viagem pra Europa, ela queria tomar a injeçãozinha dela; isso, ela já devia ter uns 60 anos [...] Saiu do mercado [...] você vê que não é uma coisa de agora [...] minha avó hoje já tem quase 90 anos, ela sabia lá há 30 anos atrás [...] Então, você vê que é uma coisa que até pacientes mais antigas já percebiam que tinha algum benefício. Não era nem visando o sexo, era visando a disposição, gás mesmo, sabe? (Dra. Bárbara)

Note-se que, quando a médica afirma que sua avó *não* buscava efeitos sexuais com a administração da ‘injeçãozinha’, ela está descrevendo um contexto anterior à consolidação da medicina sexual. Naquele tempo – anos 1980 – a própria ideia de que a sexualidade poderia ser tratada com intervenções bioquímicas estava ainda sendo elaborada. Ademais, conforme discutem Marshall e Katz (2002), as expectativas em relação ao envelhecimento e a sexualidade começavam naquele momento a se reconfigurar, no sentido de uma valorização da manutenção da vida sexual em etapas tardias da vida, através da transformação do declínio sexual na velhice – visto então como adequado e esperado – em disfunções sexuais, que deviam ser tratadas. Assim, por contraste, o caso da avó remete à reconfiguração dos usos dos hormônios nas últimas décadas, no sentido de um destaque para os efeitos sexuais no contexto contemporâneo, ainda não delineado naquele momento.

Adiante, veremos como o discurso dessa mesma médica é diferente em relação à sua mãe, eleita por ela como sua ‘paciente modelo’.

7.2.3 ‘Individualizar’ investigando sexualidade e a caixa-preta libido/testosterona

Os discursos dos médicos indicam que a ponderação sobre a necessidade de inclusão da testosterona na TRH do climatério/pós-menopausa operacionaliza-se por meio de três vetores inter-relacionados que orientam as prescrições. O primeiro é uma orientação mais geral acerca dos procedimentos envolvidos nas consultas em relação à gestão da menopausa, que foi também defendido de forma hegemônica nas ‘aulas’. Sustenta-se na noção de que é preciso “individualizar a paciente” ou “individualizar o tratamento”.

Parte-se do pressuposto de que o médico deve investigar o ‘perfil’ de suas pacientes para que seja capaz de:

1. Avaliar se há indicação para as TRH, com base nos sintomas que foram (ou não) relatados. Assim, se a transição à menopausa ocorre sem sintomas, em teoria não haveria necessidade de prescrever TRH, uma vez que a indicação profilática deixou de ser recomendada desde a publicação dos resultados do *WHI*.
2. Equacionar a relação ‘risco/benefício’. Para tal, consideram-se as informações do ‘perfil’ que seriam relevantes para o cálculo dos riscos e a avaliação do impacto dos sintomas sobre a ‘qualidade de vida’ da paciente. São levados em conta na gestão dos riscos aspectos como peso, estilo de vida (é sedentária?

Com que regularidade se exercita? Se alimenta bem?), histórico pessoal e familiar de incidência de determinadas doenças (como cânceres ou doenças vasculares).

3. Escolher a melhor opção do cardápio terapêutico disponível para essa ‘fase da vida da mulher’. Alguns exemplos apontados nas entrevistas: quando ‘sintomas vasomotores’ constituem a queixa principal, as TRH ‘sistêmicas’ (orais) com estrogênios são vistas como opções mais apropriadas; mas se os ‘sintomas urogenitais’ (como atrofia vaginal, dispareunia ou falta de lubrificação) são as ‘queixas’ principais, são preferidas TRH estrogênicas ‘locais’. Deve-se sempre considerar se a paciente tem útero, pois, nesses casos, há consenso sobre a necessidade de se optar por produtos que combinem hormônios estrogênicos e progesteronas para ‘protegê-lo’. Quando a ‘libido’ é uma ‘queixa’ que compõe o ‘perfil’, outros produtos passam a ser cogitados, entre eles a testosterona.

O segundo vetor que operacionaliza as prescrições de testosterona é a percepção da sexualidade como uma arena que deve ser explorada na ‘individualização’ do atendimento ginecológico. A paciente “tem vida sexual”? Se sim, “como vai essa sexualidade” ou “qual a qualidade da vida sexual”? A investigação sobre atrofia, lubrificação e dispareunia são vistas como fundamentais nessa avaliação e a ‘libido’ se torna um domínio a ser interrogado na consulta. Alguns médicos ressaltam que as pacientes não relatam de modo espontâneo os ‘sintomas’ associados à sexualidade, sendo necessária uma postura ativa do ginecologista para abordar tais temas:

Ela [testosterona] não faz parte das queixas de fogacho, calor. É uma queixa que, normalmente, a paciente só faz se for induzida a isso. São poucas as pacientes que, espontaneamente, chegam pro profissional e dizem que têm uma disfunção sexual. Ela, às vezes, precisa ganhar mais intimidade com o profissional, mais tempo com ele, pra poder se sentir liberada pra uma [...] colocação desse nível, né? E às vezes eu mesmo, na minha própria anamnese, eu já facilito pra paciente, perguntando como é que vai a sexualidade dela, se ela tem alguma queixa, e isso ajuda muito no concernente à construção do perfil da paciente. (Dr. Alfredo)

A terceira noção-chave envolvida nas prescrições advém da assunção de uma relação direta e quantitativa entre testosterona e ‘libido’, considerada um fato científico incontestável, uma “caixa-preta” (LATOIR, 2000). Dr. Severino expressa tal concepção de forma inequívoca: “Foi provado que a testosterona é o hormônio que, mesmo na pessoa jovem, é que dá a vontade de ter sexo, mesmo na jovem. Então, por isso que deram à menopausada um

pouquinho de transdérmico ou via oral, com dosagem pequena, com muito cuidado.”

Quando eu pedia que os entrevistados definissem o que é ‘libido’, havia sempre certo espanto, como se o termo fosse autoexplicativo. “Libido não é uma palavra que necessite de muita explicação, ela se expressa como desejo sexual, ter vontade de se liberar para tal. É desejar, ter vontade de. Sentir falta de uma relação sexual é ter libido” (Dr. Alfredo). Em geral, as respostas envolviam a palavra ‘vontade’, mas por vezes foi associada à noção de ‘despertar’. De todo modo, a ideia de que a ‘diminuição da libido’ está diretamente relacionada à baixa testosterona surgiu em todas as entrevistas.

Alguns médicos afirmaram que o uso de estrogênios ‘melhora a libido’. Entretanto, assim como ocorria nas palestras dos congressos, essa melhora é vista como uma ação ‘indireta’ que ocorre através da ‘melhora’ da vagina. Somente um médico apontou a possibilidade de os estrogênios terem influência direta sobre a ‘libido’, via cérebro. Para todos os outros médicos, no plano bioquímico, ‘libido’ e desejo são entendidos como atribuições exclusivas dos hormônios androgênicos, principalmente a testosterona.

Atravessando esses eixos, vez por outra emerge um quarto vetor que orienta as narrativas sobre as práticas de prescrição de testosterona: a identificação da ‘diminuição da libido’ como uma ‘questão orgânica’, ‘bioquímica’ ou ‘biológica’ em oposição aos casos nos quais a ‘diminuição de desejo’ ocorre pela influência de outros ‘fatores’, especificados de diversas formas: ‘emocionais’, ‘relacionais’, ‘psicológicos’, ‘psicossomáticos’, ‘sociais’ ou ‘financeiros’. Assim, para alguns médicos (como veremos adiante) a indicação correta da prescrição de testosterona é aquela que ‘afasta’ as causas relacionais, psicológicas ou sociais. A paciente candidata ao uso da testosterona é, nesses casos, imaginada como uma mulher ‘bem resolvida’, que sempre teve uma sexualidade satisfatória, mas que em função de um problema ‘orgânico’ (como a ‘deficiência’ de hormônios provocada pela menopausa) apresenta ‘baixa da libido’. O contexto da vida dessas mulheres em algumas entrevistas é visto como uma esfera completamente independente do plano molecular (daí surge também a noção de que é possível “afastar as causas sociais”). O ginecologista teria o papel de cuidar da esfera bioquímica, regulando as quantidades hormonais do corpo, mas se o ‘problema’ na sexualidade é detectado como sendo decorrente de outros ‘fatores’, fugiria à sua competência.

7.2.4 “Pano pra manga”: o manejo da normalidade por meio dos exames laboratoriais

Os exames laboratoriais de dosagem da testosterona ocupam lugar de destaque nas práticas de prescrição relatadas pelos médicos entrevistados. Os valores obtidos nos exames

eram considerados como ‘parâmetros’ que confirmariam – ou não – a necessidade da ‘reposição’: “tenho que pedir uma dosagem de hormônio pra poder começar a reposição. Não é assim, só o fato dela dizer que está sem libido” (Dr. Alfredo).

Ademais, os exames laboratoriais foram referidos como um instrumento de avaliação dos ‘fatores’ que estariam envolvidos na redução do desejo sexual, a partir de associações que apresentavam o plano molecular e as experiências subjetivas e relacionais como domínios distintos e não relacionados. Assim, os valores obtidos nos exames eram tomados como comprovação objetiva de que o problema sexual seria *causado* por uma alteração ‘orgânica’, como sugere Dr. Gastão:

O que é importante é distinguir se a paciente tem um defeito bioquímico, uma falta bioquímica de testosterona. Isso, de uma maneira geral, pode ser medido em exames de laboratório, quando você dosa a testosterona livre. [...] mais importante do que dosar laboratorialmente, é você avaliar se essa paciente precisa de testosterona após o afastamento de fatores emocionais, sociais, eu diria até mesmo financeiros, de relacionamento. [...] diferentemente do homem, a mulher, ela é muito mais emotiva, é muito mais sentimental do que o homem. Aquela brincadeira que o pessoal fez lá, que a mulher é uma máquina de vários botões, e o homem um fogo a gás, que você ligou, acendeu, né? (Dr. Gastão)

Vimos no capítulo anterior como as palestras dos congressos de ginecologia veiculavam representações da sexualidade feminina como mais sujeitas à interferência de múltiplos ‘fatores’ não necessariamente sexuais, em contraste com uma suposta simplicidade da sexualidade masculina. Essas concepções estão condensadas em uma imagem amplamente divulgada nas ‘aulas’ sobre sexualidade proferidas nos eventos observados, mas também nos congressos da clínica sexual, no Brasil, e da medicina sexual, nos Estados Unidos (RUSSO et al., 2011; FISHMAN, 2003). Nela, um painel de controle similar ao de um avião representa a função sexual de mulheres, enquanto um interruptor do tipo liga ou desliga corresponde ao funcionamento sexual dos homens. Essa famosa imagem foi evocada em algumas entrevistas de forma explícita, como ilustra a citação acima. A referência à metáfora da sexualidade como uma máquina de vários botões reforça a concepção generificada que qualifica (apenas) a sexualidade feminina como complexa e multideterminada. A sexualidade masculina é representada como simples e quente – “um fogo a gás”, enquanto “a mulher é muito mais emotiva, muito mais sentimental”. Os exames laboratoriais são interpretados como uma ferramenta que permitiria a avaliação dos ‘fatores’, em uma espécie de ‘diagnóstico diferencial’.²²⁹ As candidatas ao uso da testosterona seriam as mulheres com baixos valores

²²⁹ Conforme analisei na dissertação de mestrado (FARO, 2008), o tema do diagnóstico diferencial foi uma característica das publicações sobre disfunção sexual publicadas nos anos 1980, quando a impotência foi

obtidos nos exames, mas que não apresentam problemas decorrentes de outros ‘fatores’. Assim, parte-se de dois pressupostos: o de que os ‘fatores’ são independentes e de que, na consulta ginecológica, seria possível fazer esse tipo de investigação.

Uma outra forma de avaliação dos ‘fatores’ surgiu na entrevista do Dr. Alfredo, pela integração dos valores obtidos nos exames e as respostas ao medicamento. Assim, se a paciente não referisse melhora com o uso de testosterona e seus exames apontassem para valores ‘normais’, o caso não seria mais “da alçada” do ginecologista:

Começo com a dosagem mais baixa e vou aumentando, sucessivamente. À medida que a paciente vai voltando, eu vou aumentando, porque é mais fácil subir do que tirar depois. É como sal no feijão, você não pode tirar depois aquilo que botou. Então, você vai dosando, vai colocando aos pouquinhos, até que ela diz: Olha, estou bem, cheguei, estou feliz, então, você sabe que aquilo foi o ideal pra ela. [...] E às vezes a mulher diz pra você que não melhorou nem um pouco, e você aumenta, e ela diz mais uma vez que não melhorou e você aumenta mais um pouco e ela diz a você que não melhorou. *Você manda dosar os hormônios, e eles já estão no parâmetro de normalidade, então, você tem que dizer a essa paciente que ela tem que procurar um psicólogo*, já não é mais da sua alçada, porque o que você podia fazer, foi feito. (Dr. Alfredo, grifos nossos)

Entretanto, quando os médicos descreveram como interpretavam os valores obtidos nos exames laboratoriais, a suposta ‘objetividade’ de um limiar que determina quem tem níveis normais e quem está abaixo deles revelou-se menos “dura”. Na prática, a decisão pela prescrição da testosterona com base nas dosagens não dependia de um resultado abaixo do considerado ‘anormal’. Ou seja, mesmo que o resultado da mensuração de testosterona estivesse dentro do valor de referência estabelecido como ‘normal’ pelo laboratório onde o exame foi realizado, os médicos trabalhavam dentro da própria ‘faixa de normalidade’: “eu posso aumentar [a testosterona] até o parâmetro maior, mesmo que dê uma normalidade, mas que está no meio do caminho, ou um pouco abaixo da média. Se ela se queixa, eu tenho pano pra manga pra trabalhar ainda, dentro do parâmetro apresentado” (Dr. Alfredo). Dr. Gastão, o mesmo médico que se referiu à “mulher como uma máquina de vários botões”, descreve um caso hipotético bem ilustrativo:

A margem entre o [valor de referência] mínimo e o máximo é muito grande. [...] de 9 a 40 nanogramas [...] um exemplo: você não a conhecia [a paciente], mas antes [...] quando ela estava bem, sem queixa nenhuma sexual, ela tinha 35 nanogramas. Está dentro da faixa normal, concorda? Seis meses depois, caiu de 35 pra 15. Ela está dentro da faixa normal ainda, concorda? Mas ela começa a perceber que essa baixa de androgênio que aconteceu, mesmo estando normal, mesmo estando dentro de uma faixa de normalidade, mas pra ela já começa a dar diferença; como que você

vai avaliar que foi essa baixa, dentro da faixa de normalidade, que causou essa procura por um androgênio ou se um problema emocional com o parceiro? Isso é um aspecto importante, você tem que ter pelo menos duas, três dosagens; por isso que numa primeira consulta não é prudente você já sair prescrevendo [...] Por outro lado, se a paciente chega no seu consultório, nitidamente, com quatro nanogramas de testosterona livre, de uma maneira geral... ela tem alguns problemas de relacionamento com o marido, mas gosta [...] quando está com ele, mas *partindo dela o interesse, não acontece*, teoricamente, numa segunda, terceira consulta, você está autorizado a entrar com testosterona, entendeu? Então, é muito sutil. Então, eu acho que você *não pode se basear só no exame do laboratório, você não pode tratar exames, você tem que tratar o paciente.* [...] Então, a partir do momento que você *afasta uma causa subjetiva...* não é simples, não, tem que ter uma perspicácia pra você detectar isso, entendeu? (Dr. Gastão)

Há um *manejo da normalidade bioquímica* em jogo nos exercícios de prescrição da testosterona. Ao mesmo tempo, envolve um mapeamento de ‘fatores’, no sentido de ‘afastar’ o contexto (causas subjetivas, relacionais, sociais). Os exames devem ser interpretados como uma ferramenta que ajuda o médico a delimitar fronteiras no ‘complexo’ quadro da multideterminada sexualidade feminina. E Gastão garante: “Quando a questão é bioquímica e você repõe bem, olha... é Deus no céu, e você na Terra.”

As dificuldades técnicas de mensuração da testosterona, especialmente problemáticas em mulheres e crianças devido às concentrações menores (em relação aos corpos de homens adultos), não foram mencionadas pelos médicos. Conforme discute Tramontano (2012) ao analisar o caso da Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (Daem), medir a testosterona – mesmo em homens – não é tarefa simples. Como não é possível medir apenas a testosterona biodisponível, o valor final é obtido de forma indireta, por meio de diversas etapas. Mede-se a testosterona total, a SHBG e a albumina (proteínas que se ligam à testosterona na corrente sanguínea). A partir desses valores, utiliza-se a Fórmula de Vermeulen:

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. (TRAMONTANO, 2012, p.93)

Dois documentos de consenso publicados pela Endocrine Society,²³⁰ um de 2006 e outro de 2014, condenam a atribuição do diagnóstico de síndrome da deficiência androgênica a mulheres em função da falta de uma síndrome bem definida e de ausências de dados que correlacionem níveis androgênicos a sinais e sintomas (WIERMAN et al., 2006, 2014).²³¹

Em relação aos métodos de dosagem de testosterona, o consenso de 2006 sublinhava a falta de acesso a métodos com maior acurácia para detectar as concentrações típicas dos corpos femininos. O documento de 2014 aponta que, nos últimos anos, métodos mais confiáveis (baseados em espectrometria de massa em tandem) tornaram-se mais acessíveis, promovendo resultados mais satisfatórios. Ainda assim, a incerteza em relação a estes testes é sublinhada: “Deve-se considerar que, embora o uso mais amplo dos métodos baseados na espectrometria de massa tenha gerado resultados mais exatos, todos esses métodos não necessariamente produzem respostas idênticas. É mais importante a calibração do ensaio em relação a um padrão acordado” (WIERMAN et al., 2014, p.3.491, tradução nossa).²³²

Um artigo publicado no periódico *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, em 2008, chama a atenção para o alto custo das metodologias de mensuração de testosterona sérica que possuem maior acurácia. Os autores destacam que os métodos mais eficazes não são ainda difundidos, e o uso generalizado dos testes deve levar em conta a falta de acurácia das metodologias disponíveis e os valores obtidos devem ser interpretados com cautela:

[...] a implantação de métodos com processos preparativos por HPLC e medida por espectrometria de massa em tandem implica investimentos em pessoal especializado, instalações e equipamentos, incompatíveis com a remuneração de mercado obtida por laboratórios de rotina para a dosagem de testosterona total ou livre. A evolução das metodologias de referência, tornando-as compatíveis com a realidade de mercado deverá ocorrer, mas ao longo de um tempo razoável. O que fazer neste íterim? *Os dados deste estudo e os da literatura mostram que a valorização de dosagens de testosterona em mulheres e crianças deve ser feita com muito cuidado.* (VIEIRA et al., 2008)

As limitações das mensurações discutidas nos artigos científicos e nos congressos médicos desapareceram na passagem para a clínica médica. O que se percebe é que os exames de mensuração da testosterona são incorporados nas práticas clínicas com uma expectativa de *visualização* dos fluxos hormonais corporais; transformam-se, por vezes, em peças

²³⁰ No *website* da instituição consta a seguinte descrição: “The 100-year-old Endocrine Society is the largest global membership organization representing professionals from the intriguing field of endocrinology”. Disponível em: <https://www.endocrine.org/about-us>. Acesso em 03/05/2015.

²³¹ Rosemary Basson e Susan Davis são coautoras dos dois artigos.

²³² No original: “It should be appreciated that, although the wider use of mass spectrometry-based methods has generated more exacting results, all such methods do not necessarily yield identical answers. More important is the calibration of the assay against an agreed upon standard”.

fundamentais nas práticas de prescrição de testosterona, sendo utilizados também como demarcadores de fronteiras entre o que seria ‘bioquímico’ ou ‘orgânico’ e o que resultaria de ‘problemas no relacionamento’, ou ‘emocionais’, ou ‘sociais’.

7.2.5 O homem é mais...

A visão binária de sexo/gênero foi explicitamente evocada em algumas entrevistas por meio da oposição entre ‘hormônios masculinos’ e ‘hormônios femininos’, cujas funções seriam organizadas a partir de uma espécie de divisão sexual do trabalho hormonal. ‘Libido’ e ‘prazer’ foram em geral considerados como ‘responsabilidade’ da testosterona, enquanto aos estrógenos foram associados os aspectos relacionados à produção da ‘vagina receptiva’.²³³ Os estrogênios e a testosterona aparecem nos relatos como entidades distintas, incomensuráveis e que trabalham em bando.

Por um lado, a testosterona foi quase sempre tratada no singular, com poucas referências aos outros hormônios androgênicos. A capacidade de conversão da testosterona em estrógenos não foi citada. Assim, essas moléculas surgem nas narrativas dos médicos como estáveis (e não como moléculas que se transformam umas nas outras), essencialmente diferentes e dotadas de atribuições bem definidas. Por outro lado, embora sejam referidas no singular – “a testosterona”, “o estrógeno” – a abordagem quantitativa dos hormônios é apontada como sendo crucial para o desempenho adequado de suas funções. A premissa fundamental é a de que os hormônios funcionam em bando: são fluxos de moléculas que ‘caem’, ‘aumentam’ ou ‘permanecem estáveis’. Esta lógica quantitativa serviu de apoio para releituras das diferenças de gênero enquanto expressões da materialidade corporal, inscritas no nível molecular dos indivíduos.

Essas ideias apareceram de forma marcante nas entrevistas de algumas médicas e de todos os homens. Dr. Alfredo reproduz essas concepções acionando a divisão do trabalho sexual hormonal a partir de exemplos de pacientes casadas com ‘queixa de libido’ e ‘profissionais do sexo’:

A mulher, pra lubrificar a vagina, ela basta ser manipulada. Fato é que as [...] profissionais do sexo, por exemplo, elas não precisam estar desejando o cliente pra lubrificar a vagina. É um ato, assim, condicionado à manipulação e [para] *essa parte da sexualidade feminina é suficiente que ela tenha estrogênio, não tem nada a ver com a testosterona* [...] já o desejo [...] é influenciado por outro hormônio, chamado testosterona [...] muitas vezes a mulher tem um decréscimo no estrogênio, mas

²³³ Esse termo aparece nos congressos, mas não nas entrevistas.

permanece com a *testosterona estável*, ela tem, nesse caso, *desejo*, mas a vagina não ajuda, está seca, aí bastaria a reposição estrogênica [...]. A paciente, às vezes ela se queixa de não ter libido, mas se ela for procurada pelo parceiro, ela pode se molhar, um ato condicional. [...] pode acontecer o contrário também, ela pode ter lubrificação pelo fato de ser manipulada, mas ela não tem libido, ela não tem desejo, *ela não corre atrás*, porque isso é uma ação da testosterona. (Dr. Alfredo, grifo nosso).

A incomensurabilidade dos hormônios projetou-se sobre a sexualidade: lubrificação e desejo/libido surgem como dimensões completamente dissociadas. A imagem da prostituta que, mesmo sem desejo, ‘lubrifica a vagina’ quando é ‘manipulada’ pelo cliente foi reeditada na figura da paciente que se queixa de ‘libido’, mas que quando é “procurada pelo parceiro pode molhar”. Constrói-se um quadro no qual mulheres *devem* responder sexualmente quando ‘manipuladas’ por homens, mesmo sem desejo.²³⁴ Essa visão está em conformidade com o modelo do ciclo da resposta sexual descrito por Rosemary Basson, segundo o qual as mulheres, em especial as em relacionamentos de longa duração, são motivadas para o sexo por outras ‘recompensas’ que não são, em geral, sexuais.

Há, no entanto, uma passagem da incomensurabilidade dos hormônios sexuais, compreendidos enquanto entidades essencialmente distintas, para uma visão quantitativa das diferenças de gênero. No trecho abaixo, ser homem ou mulher teria menos a ver com as assertivas típicas do modelo dos dois sexos (dois corpos essencialmente diferentes), do que com uma espécie de reedição do modelo do sexo único, onde no lugar do calor, surge a testosterona²³⁵. Homens são visto como seres mais determinados, que tomam mais atitudes porque têm *mais* testosterona:

A testosterona é um hormônio que existe tanto na mulher, quanto no homem, só que numa quantidade *muito superior no homem* do que na mulher. Ela é *responsável pela libido*, mas também *responsável pela musculação*, que os homens, habitualmente, têm os músculos mais bem definidos [...] e, na mulher, a quantidade que existe no corpo dela de testosterona é uma quantidade *muito inferior* ao do homem, e está *ligado muito à parte da libido*, mas também está *ligado à vontade*, à *determinação pessoal* da mulher. Parece que o homem é mais determinado, é mais... ele torna a pessoa um pouco mais irritada, mas agressiva, né?, a testosterona. Essa é a natureza [...] o homem, ele é mais colérico, mais decidido, ele toma mais atitudes,

²³⁴ Antes mesmo de a entrevista ser iniciada, Alfredo já explicitou o tom sexista que se estenderia não apenas às suas concepções sobre gênero e sexualidade, mas também ao seu comportamento galanteador durante o encontro. Assim, enquanto eu explicava o tema da pesquisa, Alfredo contava vantagem dizendo que sua profissão o ajuda muito a entender as mulheres e como elas funcionam sexualmente, chegando a afirmar que: “não existe mulher difícil, existe mulher mal trabalhada”. O assédio não chegou a ser formulado verbalmente, embora tenha sido evidente, gerando desconforto e constrangimento de minha parte. Para uma reflexão sobre a sexualidade no campo de pesquisas antropológicas, ver a coletânea de artigos organizada por Lewin e Leap (1996).

²³⁵ É interessante destacar que a sexualidade e os hormônios foram em muitos relatos descritos através de metáforas de quente/frio.

ações. Parece que a testosterona tem uma responsabilidade nesse caminho, mas isso na quantidade que o homem tem. (Dr. Alfredo, grifos nossos).

Dr. Alfredo atribuiu à testosterona diversas funções que, por fim, se transformaram em características definidoras de gênero pela lógica quantitativa. Ou seja, se a testosterona é por sua própria ‘natureza’ responsável pela ‘libido’, ‘musculação’ [sic], ‘vontade’, ‘determinação pessoal’, capacidade de ‘tomar atitudes’, ‘agressividade’ e pelas ‘ações’, supõe-se que homens sejam dotados de todas essas qualidades pois carregam quantidades ‘superiores’ de testosterona em seus corpos. As mulheres, por sua vez, teriam uma “quantidade muito inferior” e, portanto, teriam ‘naturalmente’ menos (x), onde x = atributos sob a responsabilidade da testosterona, incluindo a libido/desejo.

Essa visão quantitativa em relação ao sexo/gênero torna a administração de testosterona uma prática provocadora das fronteiras do dualismo sexual. Interferir nas quantidades de testosterona dos corpos femininos é concebido como algo que pode ter consequências problemáticas para as mulheres. É o que Alfredo sugere com uma história que teria sido contada por Elsimar Coutinho, em um congresso. Tudo começa com uma paciente com ‘*libido baixa*’, descrita como “uma pessoa que não é dada a seguir recomendações médicas”. Ao receber a prescrição de testosterona, a moça não teria seguido as orientações de Elsimar e, ao invés de tomar um comprimido, teria tomado “quase dez, achando que a libido dela ia crescer dez vezes mais”. Alfredo explica o que aconteceu:

A testosterona tem um parâmetro feminino, que geralmente vai até 50, e tem o parâmetro masculino que, digamos, é de 300 pra cima. [...] *tomando de uma forma exagerada, ela já saiu do parâmetro feminino e foi bater no parâmetro masculino, ou seja, ela passou a ter vontade do que o homem tem vontade, ou seja, vontade de outra mulher, [a vontade] de um homem heterossexual.* [...] Ela procurou o médico depois de uma experiência muito constrangedora que ela teve na praia, quando ela viu uma adolescente tirando a roupa pra ficar de biquíni e ela foi sendo tomada por uma vontade súbita e constrangedora – pra ela – de querer apalpar a mama daquela mocinha [...]. Ela queria se atirar em cima dessa moça e agarrar a mama. Ela ficou seduzida pelo corpo da jovem [...]. Pra ela foi um constrangimento, porque ela sempre acreditou que o forte dela seria homem mesmo. [...] essa aula foi visando mostrar que não podia ser exagerado também, *a reposição tem o seu limite.* [...] essa moça que eu acabei de falar, ela [...] ficou muito irritada, querendo bater em todo mundo. E isso é uma coisa assim, da testosterona mesmo. Quando o homem tem uma carga muito grande, ele é assim. E pra mulher, quando a carga é grande, mesmo que seja uma carga muito pequena pro homem, mas pra aquela mulher vai ser uma dose exagerada, né? Então, tudo tem um limite. (Dr. Alfredo, grifos nossos)

A mensagem é clara: a reposição hormonal tem limite. Mulheres que tomam muita testosterona (em desobediência às recomendações médicas) cruzam o limiar entre o ‘parâmetro feminino’ e o ‘masculino’. O resultado é a irrupção de um desejo *súbito* e

incontrolável de agarrar o *corpo* de outra mulher. Todas as concepções clássicas acerca da sexualidade masculina segundo o discurso da neuroendocrinologia estão presentes nessa cena praiana: rebelde, caracterizada sobretudo pelo desejo sexual por mulheres, plena de libido/desejo, ativa e intensa, iniciadora, com o propósito exclusivamente sexual e desvinculada de sentimentos de afeto e amor (JORDAN-YOUNG, 2010). Além disso, é possível perceber que a responsabilização pela violência sexual pode facilmente ser transferida para o plano molecular quando o comportamento agressivo é entendido como “uma coisa da testosterona mesmo”, que também implicaria um desejo incontrolável. Não haveria muito a ser feito “quando o homem tem uma carga muito grande [de testosterona]”. “Ele é assim”.

7.2.6 “Mulher com bigode, nem o diabo pode!”

O dualismo de sexo/gênero no plano molecular hormonal e o excesso de testosterona em mulheres apareceu também na entrevista de Dra. Mariana. Quando interroguei qual a associação entre testosterona e libido, a médica utilizou o ditado popular que inspirou o título desta tese:

Eu não sei se você já conhece aquela expressão: mulher com bigode nem o diabo pode. [...] É que a testosterona é o hormônio *masculino*, do mesmo jeito que o estrógeno é o hormônio feminino. Então, é a testosterona que é o hormônio do prazer. Então, quanto maior a quantidade de testosterona, maior vai ser essa quantidade de prazer. Então, qual que é o ditado? O ditado é que a testosterona – como é o hormônio masculino – ela é responsável pelo pelo. Então, a gente sabe que as mulheres que têm um excesso de pelo elas têm uma quantidade de testosterona maior então elas têm uma sensação de libido, de sentir prazer maior. (Dra. Mariana)

O conceito de hormônios enquanto atores material-semióticos expressa-se de forma caricatural: testosterona (no singular) é o ‘hormônio do prazer’, tem sexo/gênero masculino, tem ‘responsabilidades’ que se traduzem em atributos corporais masculinos, como o bigode ou em ‘mais’ sexualidade. Uma série de deslizamentos é articulada pela palavra *então*. O raciocínio inicia-se com a designação de sexo/gênero às moléculas, de modo binário: “testosterona é o hormônio masculino do mesmo jeito que o estrógeno é o hormônio feminino”. Em seguida, a palavra ‘então’ introduz a segunda proposição: “testosterona que é o hormônio do prazer”. Finalmente, a dimensão quantitativa é acionada: “Então, quanto maior a quantidade de testosterona, maior vai ser essa quantidade de prazer”. Assim, a médica produz os deslocamentos segundo uma relação de causa e efeito determinada por quantidades:

“testosterona é o hormônio masculino [...] quanto mais testosterona, maior [...] quantidade de prazer”. Deduz-se que mulheres com “excesso de pelo” têm uma quantidade maior de testosterona e, portanto, uma “sensação de libido, de sentir prazer maior”. Vejam que o ditado não se refere a qualquer pelo, mas ao bigode, um atributo de gênero inconfundivelmente masculino, até porque, nas mulheres, o pelo naquela região é chamado de buço. Nesse contexto, ‘bigode’ é considerado um indicador da quantidade de ‘hormônio masculino’, um marcador corporal cuja visibilidade revelaria a verdade sexual daquela mulher: se ela tem ‘bigode’, tem muito ‘hormônio masculino’ e, *então*, ‘muito prazer’, ‘muita sensação de libido’.

O ditado é rico semanticamente. Por um lado, pode ser empregado de forma pejorativa, no sentido de que uma mulher ‘masculinizada’ é destituída de seu lugar de objeto de desejo de homens heterossexuais e nem o diabo pode desejá-la. Outra interpretação, mais próxima do sentido atribuído pela informante, é a de que uma mulher com bigode seria insaciável sexualmente, nem mesmo o diabo – esta figura libidinosa e excessiva por definição – daria conta do recado. Há ainda outra possibilidade semântica: uma mulher poderia enfrentar até mesmo o diabo quando seu corpo carrega uma masculinidade química que se expressa em forma de prazer, libido, bigode e tudo o mais que estiver associado à testosterona/masculino, como a agressividade. Assim, a expressão carrega uma espécie de “empoderamento”: ter muita testosterona modificaria o jogo de forças nas interações sociais: não se *pode* com essa mulher! Retira-se, assim, o ‘poder’ de outro masculino: nem o diabo *pode*. A expressão remete a um perigo diabólico que estaria associado às mulheres que têm mais testosterona, mais prazer e (a pensar a partir de lógicas dualistas) mais masculinidade.

7.2.7 Na própria pele: as ‘crias’ de Elsimar Coutinho

Dra. Bárbara e Dra. Margarida são médicas em Salvador (BA) e suas entrevistas refletem um contexto específico em relação aos usos de hormônios, onde a influência de Elsimar Coutinho é vigorosa e o consumo de tecnologias hormonais via implantes é mais disseminada do que em outras regiões do país (MANICA, 2009; SANABRIA, 2010). As diferenças de suas narrativas em relação às dos demais médicos relacionam-se às referências aos implantes de testosterona e sua difusão naquela cidade, inclusive entre mulheres jovens. Enquanto os demais médicos afirmaram que a testosterona vinha ganhando espaço nos seus consultórios sobretudo a partir dos últimos anos, com a chegada das tecnologias transdérmicas, essas médicas baianas relataram uma vasta experiência com a testosterona, que

faz parte de seu cardápio terapêutico desde quando elas se formaram.

Dra. Margarida atende em consultório particular, é aposentada pelo SUS e tem 61 anos. A médica se considera uma ‘cria’ de Elsimar Coutinho, apresentado como “pesquisador e cientista” do qual “nos orgulhamos muito”. Ela comenta como, sob sua influência, foi estimulada desde cedo a prescrever testosterona (“o hormônio que dá libido”) com o intuito de melhorar também o humor em pacientes que entram na menopausa:

Aqui em Salvador a gente é muito estimulado ao uso da testosterona, porque nós temos o Elsimar Coutinho [...] Ele sempre estimulou o uso da testosterona para melhora da libido, humor... As mulheres deprimem mais na menopausa [...] eu digo que fui cria dele porque a minha residência eu fiz na Maternidade Climério de Oliveira [...] ele estimulava [...] uso de testosterona pras mulheres que entravam na menopausa, porque também você tem uma diminuição [...] não só de estrogênio, mas também de testosterona. Que é o hormônio que dá libido. (Dra. Margarida)

Além de prescrever, Dra. Margarida era, na época da entrevista, também usuária de testosterona há dez anos. Começou usando implantes – chamados por ela de ‘tubetes’ ou ‘tubetezinhos’ – e cinco anos depois passou para o creme de testosterona. Dra. Margarida relata que os primeiros sintomas da menopausa – os ‘fogachos’ – surgiram logo depois que os resultados preliminares do *WHI* foram divulgados, em 2003. Ela procurou, então, um colega especialista em reposição hormonal, um médico baiano bastante conhecido, que destacou os efeitos antienvelhecimento da TRH: “Ele aconselhou: ‘não, você tem que fazer, você quer envelhecer?’ Não, não quero envelhecer”. Apesar disso, seu argumento sobre a necessidade das TRH sustenta-se menos na lógica de uma intervenção corporal para evitar o envelhecimento, do que na noção de que a ‘falência ovariana’ é uma alteração que ‘complica’ o funcionamento do corpo:

Eu acho que é como se você tivesse o hipotireoidismo e você tivesse que *repor* [...] com o hormônio tireoidiano, porque senão [...] você vai complicar todo o seu metabolismo [...] Então, você tem a falência ovariana [...] deixa de produzir estes *hormônios* e tem os sintomas desta falta [...] logo que eu comecei a sentir este tipo de desconforto eu comecei a *repor* os hormônios. (Dra. Margarida)

A comparação com o hipotireoidismo associa à menopausa um indubitável caráter patológico. A ‘reposição’ apresenta-se como solução para evitar uma “complicação no metabolismo”.

Dra. Margarida iniciou o uso de testosterona na esteira da TRH, motivada pela combinação dos sintomas – ou ‘desconfortos’ – percebidos, e os resultados da dosagem hormonal laboratorial. O principal incentivo para o uso da testosterona foi identificado como a ‘diminuição da libido’, mas ela associou o início da reposição hormonal também a um

momento em que se sentia “um pouco deprimida” em função de perdas familiares:

MED: E eu dosei primeiro a testosterona, estava baixa [...] E aí eu coloquei um implante, e fiquei *super* bem [...] Eu estava um pouco deprimida porque tinha alguns eventos de perda na família e tal, e isso me melhorou bastante, né? [...]

ENT: E o que te motivou a começar o uso da testosterona foi mais o quê?

MED: Foi mais a diminuição da libido mesmo. Isso aí me preocupou porque [...] eu tenho atividade sexual, eu tenho um parceiro e, então, eu me sentia muito incomodada, né? Porque eu tinha uma história de uma [...] sexualidade, digamos, resolvida. Eu nunca tive problema de anorgasmia, desta coisa toda que as mulheres se queixam *muito*, né? Então eu percebi que eu estava sem desejo, eu não tinha o desejo sexual, eu tava ficando, assim... meio apática [...] com relação à sexualidade.

ENT: E quais os efeitos da testosterona?

MED: Uma melhora acentuada da libido, não é? Do *desejo* sexual [...] isso é beeeem... fica *bem* claro pra gente [...] com quinze dias mais ou menos que você está em uso você já percebe a diferença”. Além de eu me sentir mais disposta [...] e eu me senti mais energizada, digamos. Com mais energia, mais disposição, além da questão sexual. (Dra. Margarida)

Sua descrição em primeira pessoa incorpora o tipo de paciente que ela aprendeu com Elsimar Coutinho a identificar como sendo a usuária configurada (WOOLGAR, 1991) para o uso da testosterona: uma mulher que estaria passando pela transição para a menopausa, com sintomas de depressão e de ‘diminuição de libido’. Sua fala delinea também – em sintonia com os demais entrevistados – mulheres que tinham ‘vida sexual’ ativa e satisfatória antes da menopausa como as candidatas ideais ao uso da testosterona. Além disso, como vimos, a expectativa de um retardo do envelhecimento via reposição hormonal foi central na sua escolha pela TRH. O uso da testosterona é configurado como uma tecnologia voltada para a manutenção da sexualidade, ‘energia’ e ‘disposição’ em etapas posteriores da vida; como uma droga de estilo de vida, destinada a mulheres ‘bem resolvidas sexualmente’, que não têm problemas ‘relacionais’, ‘familiares’, ‘financeiros’, e até mesmo ‘profissionais’:

Não é nenhuma pílula milagrosa [...] nenhum Viagra feminino [...] a sexualidade você tem que ter [...] todas as outras variáveis. Desde o seu relacionamento com o parceiro [...] até você estar bem profissionalmente, não estar com problemas financeiros, porque tudo isso na mulher interfere, né? [...]. *Eu tô falando de pessoas eu diria bem resolvidas sexualmente e que sentiram uma diferença.* Ela sentiu uma diferença de quando ela menstruava, que tinha os seus hormônios ok, de repente você passa a ter uma falência ovariana e uma baixa acentuada dos teus hormônios e aí você vai se sentir beneficiada. Mas se ela é uma mulher que tem todo um entorno da sexualidade dela desfavorável com alguns problemas familiares, financeiros... profissional, né, de relacionamento, não vai resolver. (Dra. Margarida, grifos nossos)

Dra. Bárbara tem 47 anos e trabalhou durante 12 anos no Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (Ceparh), instituição comandada por Elsimar Coutinho. Na época da entrevista, trabalhava no setor administrativo da rede estadual de saúde e em consultório particular, onde prescrevia testosterona para suas pacientes. Especificidades em

relação à cidade de Salvador foram apontadas em vários momentos de sua entrevista, ora nas referências aos recursos tecnológicos disponibilizados por Elsimar Coutinho na forma de implantes, ora nas menções à popularização do uso de hormônios entre mulheres, inclusive jovens.

Dra. Bárbara é a médica que, como vimos na primeira parte do capítulo, tinha uma avó ex-usuária de uma combinação injetável de hormônios com testosterona. Sua mãe foi por ela identificada como sendo sua ‘paciente modelo’, um “sucesso de reposição hormonal”. Assim como na narrativa de Dra. Margarida, o caráter antienvelhecimento das TRH é sugerido pela médica, ainda que nas entrelinhas:

MED: Eu prescrevo diversas [terapias hormonais], eu não tenho nenhuma assim, que tem que ser aquela, né? Lá, em Salvador, a gente usa muitos implantes, eu gosto muito, inclusive a minha mãe é usuária há 18 anos de... minha mãe é histerectomizada desde os 43, ela chegou a ter um linfoma [...] com 46 pra 47 anos, e com a quimioterapia deflagrou a menopausa aguda mesmo, aquela coisa bem clássica [...] o oncologista, assim que ela acabou a quimio, permitiu que ela iniciasse a reposição hormonal. *Ela é a minha paciente modelo, tem 67 anos hoje, mas está muito bem, ninguém acredita que é a minha mãe...* ela usa terapia de estrógeno e testosterona, inclusive já fez uso do Intrinsa, já fez uso do Estreva, mas digamos que ela usou uns 10 anos o Riselle²³⁶, associado...

ENT: Então, a sua mãe é sua paciente modelo?

MED: Minha mãe é. É assim [um] total sucesso de reposição hormonal [...] *ela está muito bem hoje.*

ENT: E ela usa testosterona, por quê?

MED: Alguns períodos... a minha mãe, *ela tem vida sexual*, e ela já usou a testosterona em diversas fontes. No Riselle, por exemplo, não tinha testosterona, ele é estradiol puro, então, a gente tinha que complementar a testosterona. Como ela é histerectomizada, eu complementava com a testosterona. Ela já usou, raramente assim, a cada três meses, quatro meses, chegou a usar algum injetável, apesar de eu não gostar, ela insistia às vezes, pela dificuldade da testosterona, no Brasil. Não tem um adesivo, não tem um gel [à venda nas farmácias comuns], então você tem que, ou mandar manipular, ou usar, em Salvador, no caso, esses implantes da Elmeco de testosterona isolada. Como ela usava o Riselle, já estava um pouco cansada de tirar e botar os outros implantes... o Riselle era muito prático, você bota lá como se tomar injeção, com a pele anestesiada, com a agulha de um calibre maior, e acabou. Então assim, a manipulação de retirar esses implantes é desconfortável às vezes pros pacientes, faz hematomas às vezes grandes na região [...] ela quis tomar umas férias de usar aqueles implantes por um tempo. Agora, como ela voltou a usar eles [sic], e vai ter que manipular pra botar o estradiol, bota a testosterona junto [...]. Ela não gosta muito do gel. Chegou a usar o Intrinsa algum período e agora está de novo com os implantes. (Dra. Bárbara, grifos nossos)

A noção de ‘personalização’ adquiriu em seus relatos novas colorações, sendo construída também a partir de preferências das usuárias – nesse trecho representadas pela ‘paciente modelo’, que transita entre múltiplas formas farmacêuticas da testosterona: implantes, injetável, adesivo e gel. O sucesso da TRH parece estar relacionado ao fato de que

²³⁶ Implante com estradiol, comercializado pela Organon para o tratamento dos sintomas associados à menopausa.

ela não aparenta a idade que tem e “está super bem”, incorporando os ideais contemporâneos de envelhecimento ativo. Além disso, a justificativa para a inclusão da testosterona surge de forma simplificada e quase autoevidente: “ela tem vida sexual”.

O trecho abaixo revela um pouco mais sobre o uso dos hormônios fora do binômio tratamento/doença (ou mesmo disfunção), como biotecnologias que envolvem técnicas de elaboração e trabalho sobre o corpo e o *self*:

ENT: E você acha que quando faz esses implantes, por exemplo, ou o próprio Pentravan com testosterona, para além da esfera da sexualidade, eles dão alguma outra coisa?

MED: Eu acho que sim, melhora de um modo geral a disposição, o bem-estar geral... algum... digamos, efeito até levemente antidepressivo pode ser relacionado.

ENT: Na verdade, assim, não é exatamente um remédio pra uma doença, né?

MED: Não, não é um remédio para uma... pode até ser, em alguns casos específicos, de disfunção sexual, né?, muito importante, e a gente pode até considerar que é uma doença, e que precisa realmente ter um *tratamento*, mas, *na grande maioria, não é esse o caso*.

ENT: Como que a gente poderia chamar esse uso?

MED: É porque é assim, pra você considerar a disfunção sexual verdadeira, teria que ser, se eu não me engano, numa paciente que *ainda não está na menopausa, e que tem realmente um déficit grande de testosterona* e ausência total da libido, isso, sim, tendo certeza de que ela não está usando outros medicamentos, outras coisas que possam estar interferindo, essa paciente é diagnosticada de *disfunção sexual verdadeira*, aí você vai ter que tratar considerando que é uma doença, né?

ENT: Você acha que tem mulheres que buscam isso assim, pra dar como se fosse uma apimentada na relação?

MED: Eu acho, muitas. Eu tenho colegas médicas que fazem isso.

ENT: Que usam em si mesmas...

MED: Eu nunca tive coragem de usar [...] [Porque] eu tenho facilidade enorme de ganhar peso e de ter acne e hirsutismo, mas tenho vontade e não tenho coragem. Vou experimentar o gel, porque injetável, eu não tenho coragem, implante, não tenho coragem. Até já usei um implante há muitos anos atrás, mas eu não usei o implante... é [...] Elcometrina, que é [...] ‘El’, de Elsimar, ‘Co’, de Coutinho, ‘Metrina’ de Metzker, é que o nome dele é Elsimar Metzker Coutinho [...] é um progestágeno que é implante, que tem validade de seis meses, é usado subcutâneo para contracepção, ele é progesterona pura [...] e ele *era usado como contraceptivo, pra melhorar a TPM, pra melhorar acne, mas ele bota a libido zero; [...] no pós-parto, eu tive muita TPM, assim, um ano depois do parto, eu resolvi usar esse*, mas como eu te disse, eu engordo só de olhar a comida. Claro que eu ganhei peso com ele, e quando eu botei ele, *eu usei duas cápsulas de testosterona, porque o Dr. Elsimar sempre preconizava que a gente usasse, prescrevesse junto, pelo efeito natural dele de baixar muito a libido*; ele foi usado por muitos anos, inclusive como contraceptivo [...] para pacientes lactantes, por ele ter progestágeno puro, só que nessas pacientes ele não associava a testosterona. Então assim, eu usei [...] testosterona combinada pra melhorar a TPM. Realmente, a pele fica ótima, a TPM some, você fica na amenorreia [...], mas a libido vai pra zero, e eu ainda ganhei peso, então, eu tirei antes... (Dra. Bárbara, grifos nossos)

Note-se como, nessa entrevista, motivações variadas e relacionadas a esferas heterogêneas aparecem enredadas ao consumo dos hormônios: uma avó que quer mais ‘disposição’ para viajar para a Europa; colegas médicas que ‘apimentam’ as relações sexuais

com testosterona; a mãe que utiliza as TRH, para continuar ‘muito bem’ e usa a testosterona para a manutenção da ‘vida sexual’; ou ela própria, que utilizou implantes contraceptivos para melhorar a ‘TPM’, suspender a menstruação e melhorar a pele, mas precisou associar a testosterona para minimizar seus efeitos indesejados sobre ‘libido’ e o peso.

É interessante que a distinção bioquímica, psicológica e relacional adquiriu sentidos distintos daqueles postulados por médicos como Dr. Alfredo e Dr. Gastão:

Claro que tem o *efeito psicológico* [do implante de testosterona]. Até uma paciente que, de repente, é normal e quer dar uma apimentada, porque acha que a vida dela está péssima, sexual – porque ela não tem tempo ou porque o parceiro não está lá muito interessante ou está insatisfeita com a relação – às vezes ela busca e só o efeito psicológico dela fazer alguma coisa, eu acho que já tende, teoricamente, a melhorar. Só se de resto estiver tudo muito ruim, aí não vai ajudar em nada, mas *claro que a testosterona, sem dúvida, tem um efeito bioquímico aí da melhora. Tanto é que os homens aí são à base de testosterona, e só pensam em sexo, a grande maioria que está no topo lá da testosterona.* (Dra. Bárbara, grifos nossos)

Algo se mantém, no entanto: a associação entre testosterona, masculinidade e *mais* sexualidade.

Um último aspecto a ser destacado da entrevista com Dra. Bárbara articula-se às noções de responsabilização dos indivíduos pela gestão de sua saúde. Isso aparece na discussão sobre o estrogênio enquanto ‘fator de proteção’ contra doenças:

[O] professor Antônio Couto [...] faz palestras no Brasil todo, alguns congressos de ginecologia [...] justamente citando toda a *proteção cardiovascular do estrogênio que a mulher tem antes de entrar na menopausa e o impacto negativo na pós [menopausa] [...]* das primeiras cinco causas [de mortalidade] na mulher após os 50 anos, o câncer de mama é a quinta. A doença cardiovascular está lá em primeiro ou segundo lugar (..) ela está só pensando que ela vai ter câncer de mama lá na frente, quando *ela está correndo o risco iminente talvez de enfartar e morrer. Então, assim, ou ela vai tomar alguma providência naquele momento ou ela vai pagar pra ver.* (Dra. Bárbara, grifos nossos)

Assim, o corpo ‘deficiente’ em estrogênios na pós-menopausa torna-se um fator que aumenta o risco de agravos mortais, e a vida pós-menopausa se verte em pré-doença. A “escolha” pela adesão às TRH torna-se uma questão de vida ou morte. Além disso, percebemos a persistência da associação entre TRH e ‘proteção’ de doenças.

7.2.8 WHI e a passagem do modelo do tamanho único à ‘individualização’ nas TRH

Apesar de os entrevistados descreverem práticas de prescrição de testosterona e de manejo clínico (seja da menopausa ou da sexualidade) que diferem em alguns aspectos, há

consenso em relação aos supostos danos causados pela *Women's Health Initiative (WHI)* – a ‘bomba atômica’ – e aos ‘benefícios’ da TRH ‘individualizada’, em sintonia com as tendências observadas nas apresentações dos congressos. A atitude de entusiasmo frente às TRH foi bastante óbvia entre os prescritores entrevistados (apenas o Dr. Severino foge a esse perfil, conforme veremos no final do capítulo). Todos os outros descreviam as TRH como o foco de suas práticas clínicas de manejo dos ‘sintomas’ do climatério/pós-menopausa.

Como nos congressos, os prescritores também falavam do *WHI* sempre de forma negativa, ressaltando os impactos da grande cobertura midiática e os problemas metodológicos da pesquisa. Por vezes, o relato ganhou tons fantasiosos, como nas entrevistas de Raquel e Gastão. Este último imagina que a pesquisa tenha sido idealizada por epidemiologistas que não têm experiência clínica e “fizeram um levantamento frio”:

O *WHI* foi o seguinte, ele teve um impacto grande, do ponto de vista do meio acadêmico, por ter um número muito expressivo de pacientes que foram examinadas; o problema é que ele foi muito mal desenhado. O que é que aconteceu? Epidemiologistas, com todo respeito, mas que não têm a menor experiência clínica, só sabem analisar estatísticas, fizeram um levantamento frio, expressaram precocemente resultados que, na verdade, não eram os mais corretos. Selecionaram pacientes na faixa etária inadequada pra usar hormônio, né?, que a janela de oportunidades já tinha sido passada. Os resultados foram os piores possíveis, tanto do ponto de vista da avaliação do cardiologista, quanto do ginecologista. (Dr. Gastão)

Já Raquel, 60 anos, carioca, não concorda com Gastão em relação ao número expressivo de mulheres que participaram da pesquisa *WHI*. A médica diz não ter se surpreendido com os resultados porque acredita que “essas pesquisas são muito... não são reais, entendeu, muitas não são reais. [...] Porque é muito pouco, são muito poucas pessoas. O universo de quem é entrevistado é muito pequeno pra você ter uma coisa real; então, não me surpreendeu”.

Essa visão descrente sobre as pesquisas em medicina é acompanhada da ideia de que o que o médico precisa é de *bom senso*: “porque eu sempre fiz... acho que é muito bom senso, muito bom senso”.²³⁷ Comenta ainda que, quando saíram os resultados do *WHI* e muitas de suas pacientes interromperam a TRH, ela teve que explicar que “existe um tempo pra você fazer a reposição hormonal”, referindo-se à ‘janela de oportunidades’.

²³⁷ Colocações desse tipo, baseadas no senso comum, foram muito presentes na entrevista de Raquel, bem como na de Dr. Severino. Mais uma vez, os conceitos de Fleck (2010) parecem adequados para a análise. Sugiro que seja possível pensar em posicionamentos dos médicos prescritores mais próximos ou mais distantes em relação aos círculos esotéricos e exotéricos. Raquel e Dr. Severino são exemplos de médicos que compõem o círculo esotérico generalista, mas estão muito próximos do círculo exotérico. Isso acontece porque suas narrativas são construídas com argumentos simplificadoros como esse, baseados no senso comum não especializado (o círculo exotérico).

É importante considerar que o recrutamento de mulheres que participaram do estudo *WHI* foi feito com base no *modelo do tamanho único* (OUDSHOORN, 1996) que orientava as prescrições naquele momento. Entre os anos 1960 e 2002, quando o *WHI* foi interrompido, a TRH era indicada como terapêutica de longa duração, com o objetivo principal de prevenção de doenças, na forma farmacêutica oral – ‘sistêmica’ –, com destaque para o Premarin. A partir do *WHI*, a TRH voltou²³⁸ a ser preconizada como terapêutica de curta duração, para melhora de sintomas. As categorias de ‘qualidade de vida’ e ‘intensidade dos sintomas’ adquiriram um papel protagonista nas lógicas de prescrição pós-*WHI*. A formulação oral com estrógenos e progestagênios, como a do Premarin, perdeu seu lugar de *best seller*.

Ao mesmo tempo, novos produtos com ‘dosagens mais baixas’ foram lançados no mercado, com outros tipos de moléculas esteroides (e não as utilizadas no *WHI*) e formas alternativas de administração (transdérmica, ‘local’). Instituiu-se o *modelo da cafeteria* (OUDSHOORN, 1996), no qual diversos produtos estão disponíveis para a escolha do consumidor, de forma customizada, individualizada.

No discurso dos médicos (e também dos palestrantes, como vimos), essa grande mudança de paradigma nas TRH transformou-se em argumento de ataque à pesquisa, em forma de críticas metodológicas. Assume-se que a metodologia do *WHI* poderia ter sido melhor ‘desenhada’, levando em conta os efeitos distintos da TRH em função da idade em que se inicia o tratamento. No entanto, a difusão do conceito de ‘janela de oportunidades’ é um desdobramento, algo que se produz *a partir* dos resultados daquela pesquisa.

Cabe ainda ressaltar que, nas palestras dos congressos, as TRH eram indicadas para o manejo de uma sintomatologia suficientemente forte ao ponto de “impactar a qualidade de vida” da paciente. Já nas entrevistas, observa-se uma tendência geral diferente, na qual a TRH é prescrita tão logo as mudanças decorrentes da finalização do período reprodutivo comecem a se fazer notar, abrindo a ‘janela de oportunidades’:

A menopausa é quando a gente fala assim: um ano que a paciente tá sem menstruar. Aí a gente dá o diagnóstico de menopausa. Só que antes deste diagnóstico ela começa a sentir já alguns sintomas. Então eu entro com a reposição já na pré-menopausa. Então, mesmo que a paciente não tenha ainda cessado a menstruação, se ela chega no consultório dizendo que tá com *fogacho*, que tá com a *irregularidade já menstrual*, que tá muito *irritada* já, que acha que a *libido* já diminuiu, então eu já entro na pré-menopausa. (Dra. Mariana, grifos nossos)

[...] você aí *deixa de produzir estes hormônios e tem os sintomas desta falta*, que são os fogachos, aquelas ondas de calor e tal. Então [...] logo que eu comecei a sentir este tipo de *desconforto* eu comecei a repor os hormônios. (Dra. Margarida, grifos nossos)

²³⁸ Ver capítulo 3.

Entendidas como ‘sintomas’ ou ‘desconfortos’, essas transformações – que são descritas em itens corporais, psicológicos e comportamentais – justificam o início da TRH em mulheres que não tenham contraindicação (a partir do cálculo dos riscos) ou “medo do câncer”. Note-se que a própria característica fundamental da transição à menopausa, a saber, a irregularidade menstrual, é considerada como um sintoma. Em suas narrativas, a questão parece ter menos a ver com a intensidade dos sintomas, do que com a presença deles por si só vista como uma indicação para a TRH. Esse deslocamento, por mais sutil que possa parecer, deve ser compreendido a partir das atitudes positivas em relação às TRH por parte dos médicos e da maleabilidade da categoria ‘qualidade de vida’ que, afinal, pode ser interpretada de muitas formas, conforme as idiosincrasias de quem a utiliza. Se a menopausa é tomada como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, e as transformações desse período são descritas como sintomas, a suposição de um impacto sobre a ‘qualidade de vida’ pode ser considerada como um *a priori*.

7.2.9 O modelo do tamanho único

Dr. Severino condensa em sua narrativa diversos dos pontos que já vimos nos discursos de seus colegas, ao mesmo tempo em que nos apresenta uma forma inteiramente diferente de gestão clínica da menopausa. Nascido no sertão da Paraíba, tem 67 anos e uma trajetória de ascensão social. Seu pai era analfabeto e sua mãe parou de trabalhar quando começou a ter filhos (ele é o mais velho de cinco irmãos, dois falecidos ainda na infância). Formou-se em uma universidade pública nordestina, em 1972, quando migrou para o Sudeste, onde fez residência médica em cirurgia geral. Reside e atua em uma cidade do interior de São Paulo. Aposentou-se do setor público e atendia, na época da entrevista, apenas no setor privado, sendo a maior parte de suas consultas pagas por plano de saúde. O médico fez diversas queixas em relação aos valores recebidos pelas seguradoras de saúde, considerados muito baixos; considera sua clientela como sendo constituída por mulheres ‘pobres’: “Elas são mais pobres [...] são pobres e às vezes são até rudes, mas a maioria entende as coisas direitinho, mas não é classe alta, não, não tem, não.”

A principal diferença de sua entrevista em relação às demais consiste no esquema de gestão do climatério e menopausa adotado pelo médico, que afirmara não prescrever estrógenos ‘químicos’, referindo-se aos produtos hormonais das indústrias farmacêuticas. Ele prefere ‘fito-hormônios’ (isoflavona e cimicífuga) que associa a antidepressivos (fluoxetina):

Porque, olha, a pessoa nasce, tem infância, tem adolescência, tem a fase procriativa, que tem filhos, que a paciente está cheia de hormônios, né?, pra dar e vender, e esses hormônios circulantes não dão esses sintomas de tristeza, abandono, de calores no corpo, de insônia, de sentimento de desprezo, não dão. Agora, [...] quando a idade vai chegando, depois de 45, 50 anos, os ovários perdem a função deles de elaboração de hormônios. E então, a mulher começa a ficar deprimida, sentimental, chorona, triste, porque ela não tem mais vigor, nem sexualidade, nem de sexo, nem de prazer, de um modo geral, entendeu? Por quê? Porque ela não tem mais hormônios circulantes, que davam toda a alegria de viver; então, é mais por causa da atrofia ovariana. [...] principalmente os estrógenos [...] estradiol, estriol, né? Isso aí é que deixa a mulher ser mulher. (Dr. Severino)

Quando os ovários “não funcionam mais”, ele explica, surgem “sintomas de tristeza, abandono, de calores no corpo, de insônia, de sentimento de desprezo”. A diminuição dos estrógenos é responsabilizada de modo mais evidente por essa desgraça à qual todas as mulheres estariam destinadas.

Dr. Severino menciona que esse esquema não é aprovado pelos outros médicos, mas que ele continua prescrevendo. Suas justificativas para tal conduta diferenciada são de três tipos. Em primeiro lugar, alega ser um tratamento caro e que as pacientes teriam “medo de tomar remédio químico – que elas falam ‘químico’ – que é estrógeno, né?, isso aí dos laboratórios” [aponta para os estandes dos fabricantes]:

Eu não faço, não. Primeiro que é muito caro, segundo que elas têm muito medo de usar, porque já escutaram que dá muito câncer de mama e útero, então, pelo medo delas, já perguntam: “Eu vou tomar essas medicações que são químicas, Doutor, ou é natural?”, eu digo: “Não, é natural a minha”. Elas são inteligentes, entendeu? Porque os Estados Unidos andou aí um tempo fazendo medo ao povo do mundo inteiro, principalmente ao brasileiro, que a TRH, que é a terapia da reposição hormonal, tradicional, química, com estrogênio, com hormônio, dava muito câncer de mama e de útero, e muito infarto no miocárdio, então, foi um baque muito grande aqui no Brasil e muitos médicos pararam de prescrever. (Dr. Severino)

Em segundo lugar, afirma que tem uma “boa resposta” com esse esquema, que os ‘calores noturnos’ desaparecem e as pacientes ficam muito satisfeitas com o antidepressivo. Por fim, revela que recebe comissão das farmácias de manipulação:

MED: Geralmente, eu manipulo, viu, faço manipulado. [...] Ganho uma porcentagem, e eles não me dão nada, esses caras aqui [aponta para estandes das indústrias farmacêuticas]. É tudo rico, não me dá uma meia pra eu levar pra minha mulher.

ENT: E aí como é que eles fazem o controle? A sua receita vai com o seu nome, e aí chega lá, e aí eles têm acesso de quantas pacientes mandaram?

MED: É. Eu recebo todo mês uma relação com o que elas gastaram e eles me pagam uma porcentagem.

ENT: Ah, que ótimo. É bom porque também ajuda naquela parte inicial [queixas de ser mal remunerado pelos planos de saúde], né?

MED: Você pensa que esses caras que dão palestra aqui, no congresso, eles não ganham? Eles ganham, eles não falam de graça.

ENT: Mas isso mesmo fora das palestras patrocinadas, aquelas da hora do almoço?

MED: Mesmo assim. [...] É porque o congresso é patrocinado por essa cambada aqui, essa cambada aí de produtos farmacêuticos; são podres de rico, né?

ENT: E o que você acha dessa relação dos médicos com a indústria? [...]

MED: Não acho boa, não. Você vê, eu vim ontem, pedi uma Kendall [marca de meias], não me deram; [...] E prescrevo Kendall pra mulheres gestantes que têm varizes. Vou mudar a Kendall, não vou dar mais Kendall, não. (Dr. Severino)

Assim como descrevemos no capítulo 5 a partir de observações etnográficas, reencontramos nesse relato a naturalização do controle das receitas pelos fabricantes farmacêuticos, acompanhada de sentimento de indignação frente à quebra do ciclo farmacêutico do presente (OLDANI, 2004).²³⁹ A entrevista foi realizada no estande da empresa fabricante das meias citada pelo médico, após encerradas as atividades do congresso (Sogesp, 2014) naquele dia. No entanto, ainda se encontrava no local a profissional que negou para Dr. Severino a meia (distribuída durante o dia no estande) que ele pretendia levar para a esposa. Seu tom de voz elevado não deixava dúvidas: ele respondia às minhas perguntas, mas estava mandando seu recado para a representante da Kendall. Ou seja, se o fabricante quebra o ciclo de presentes, ele muda de atitude: “não vou dar mais Kendall, não”.

A lógica da individualização da prescrição não foi acionada em sua entrevista. O esquema de camicífuga + isoflavona + fluoxetina é sua versão para o *modelo do tamanho único* na clínica do climatério. Podemos especular se essa diferença marcada em relação aos demais entrevistados não tenha um atravessamento de classe/raça. Ele é o único médico que afirma ter uma clientela de consultório de camadas populares. Essa é uma hipótese que delineamos a partir de um paralelo com a etnografia de Sanabria (2010). A antropóloga acompanhou médicos ginecologistas de Salvador em suas jornadas de trabalho nos consultórios particulares e na rede do SUS. Conforme discutimos no capítulo 1, os mesmos médicos tinham condutas diferenciadas de prescrição de contraceptivos em cada caso. Nos consultórios, vigorava o *modelo da cafeteria*, no qual o perfil da paciente (consumidora ativa) é visto como fundamental para a escolha do esquema terapêutico, entendido enquanto tecnologias do *self* (o depoimento da Dr. Bárbara, transcrito acima, é exemplar nesse sentido). Já nos serviços públicos, o *modelo do tamanho único* vigorava, com foco na responsabilização da mulher pelo planejamento familiar (biopolítica clássica da população).

Outro ponto que se diferencia dos demais relatos tem a ver com a referência à brutalidade dos maridos de suas clientes:

²³⁹ Sobre o ciclo farmacêutico de presentes, ver capítulo 5.

ENT: Agora, voltando um pouquinho lá, na coisa da sexualidade, o senhor me falou que o marido tem uma sexualidade ativa e aí elas não querem mais...

MED: Não quer porque não tem prazer, filha.

ENT: Porque não tem prazer...

MED: Porque dói. A vagina seca é horrível, não entra nem um dedinho mínimo, porque atrofia mesmo, porque não tem hormônio mais. Então, o marido, com a brutalidade dele, com a falta de sensibilidade, de conversa, de namorar, de ter as preliminares, ele chega da rua e já quer entrar com tudo [...] *eles já chegam querendo – sem falar nada – já pôr a mulher em posição, abre as pernas e ele tem a ereção dele e vai brutalmente, né? Como se fosse um estupro.*

ENT: Isso é muito presente nas suas pacientes então?

MED: A queixa é essa. (Dr. Severino, grifos nossos)

Reencontramos nesta entrevista a visão binária e ainda mais estereotipada dos hormônios sexuais enquanto atores generificados que desempenham tarefas bem definidas. Os estrogênios são considerados agentes que ‘caracterizam’ a mulher, que produzem seu corpo sexuado e sua feminilidade: “que deixa a mulher ser mulher”. As mulheres teriam também “um pouco” de testosterona, apontada como um ‘hormônio masculino’ importante para ‘libido’:

A mulher tem o hormônio estrogênico, que caracteriza a mulher, o corpo da mulher, a boniteza da mulher, a feminilidade da mulher, o contorno da mulher, a gordura da mulher, as partes gordurosas: no bumbum, nas coxas, essas coisas... Isso é o estrogênio que dá. Mas também ela tem *um pouco* de hormônio masculino, que é importante pra ela ter libido, vontade de ter sexo, que se chama testosterona. (Dr. Severino, grifo nosso)

A libido na mulher é totalmente atribuída à testosterona. O estrogênio seria o ator encarregado de transformar a mulher em um objeto bonito, com contornos atraentes²⁴⁰ para o homem que, por ter testosterona, vai usá-la ‘estupidamente’:

Então, na menopausa, ela tem baixa de todos esses hormônios e elas se queixam muito da falta de libido por causa da secura vaginal, né? Porque, geralmente, os homens não perdem tanto a testosterona. Então o homem, por mais que a idade avance, *ele não perde a vontade de fazer sexo. Então ele usa a mulher assim, quase que stupidamente, sem conversar, sem namorar, ele acha que é um objeto, ele chega e faz o sexo, mas a mulher está com a vagina ressecada, ela não tem vontade, porque ela não tem testosterona, né?* Então, ela se sente usada, e uma das queixas principais é essa, que diz assim: “O meu marido me usa quase toda noite, e eu não tenho vontade nenhuma. Queria que o senhor me desse algum remédio pra melhorar primeiro a minha vagina, que eu não aguento mais porque dói muito, que está

²⁴⁰ O relato desse prescritor é muito parecido com o de Elsimar Coutinho, analisado por Daniela Manica (2009). A autora ressalta que o estrogênio é apresentado pelo médico baiano como “um mecanismo da natureza para favorecer o encontro sexual e, assim, a reprodução da espécie” (MANICA, 2009, p.212). Por outro lado, a sexualidade masculina surge nas narrativas de Elsimar como um ‘programa da natureza’ voltado para a reprodução da espécie, colocado em marcha pela testosterona. A sexualidade nos homens adquire um caráter de ‘inevitabilidade’: “[...] é basicamente um reflexo dos desejos da natureza, inevitável, incontrolável em busca de finalizar a assegurar a transmissão do precioso ‘código da vida’” (MANICA, 2009, p.228).

ressecada por falta de estrogênio e eu não tenho vontade nenhuma. Eu queria que o senhor tivesse algum remédio pra dar vontade”. E a vontade quem dá é a testosterona. Então, a gente medica o ressecamento vaginal com creme de estrógeno e a vontade de ter sexo, a libido, com testosterona, em dosagens pequenas. E com esse tratamento eu consigo muitas melhoras. (Dr. Severino, grifos nossos).

Mesmo ao descrever um quadro como de “quase um estupro”, no qual o marido ‘usa’ a mulher como ‘objeto’, “sem conversar”, “sem namorar” e sem nenhum cuidado com a vagina ressecada em função da ‘falta de estrogênio’, o médico reduz a falta de ‘vontade’ da mulher ao nível molecular: “ela não tem vontade, porque ela não tem testosterona, né?”

Ainda que esse tipo de abordagem tenha sido minoritária no campo de pesquisa, é importante refletir o quanto as recentes modificações classificatórias em relação às disfunções sexuais femininas podem favorecê-la. Essa reflexão vem sendo feita por Spurgas (2015), que entrevistou mulheres atendidas em clínicas voltadas para o tratamento de disfunções sexuais femininas. Ela chama a atenção para o quanto o foco na ‘receptividade’ feminina às investidas de um parceiro ‘iniciador’, que se tornou hegemônica na medicina sexual contemporânea, obscurece as relações de força que se desenrolam de modo situado. Assim, no limite, a perspectiva que patologiza a falta de atitude ‘receptiva’ ao desejo de um “outro” masculino pode servir como legitimação para situações de violência doméstica. A narrativa de Dr. Severino pode ser entendida como um exemplo do uso da testosterona como farmacologização das relações heterossexuais coercitivas, sinalizando a pertinência das críticas de Spurgas (2013, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se do grande número dos fenômenos do tráfego de pensamento destaco aqui esses poucos, tenho plena consciência do caráter fragmentário da apresentação. Mas talvez seja suficiente para mostrar [...] que a simples comunicação de um saber não é, de maneira alguma, comparável ao deslocamento de um corpo rígido no espaço euclidiano: nunca acontece sem transformação, mas sempre com uma modificação de acordo com determinado estilo; no caso intracoletivo, com o fortalecimento; no caso intercoletivo, com uma mudança fundamental.
(Ludwik Fleck)

A sexualidade feminina, em contraposição à masculina, se constitui de modo mais difícil enquanto esfera autônoma. Seu manejo faz parte, em geral, de um projeto mais amplo (que não é estritamente sexual), como a clínica da menopausa, da contracepção, ou dos relacionamentos (terapias sexuais). O uso de testosterona será configurado em função do contexto em que é prescrito. No campo analisado, ora é objeto de conhecimento e intervenções da sexologia e da medicina sexual, ora da ginecologia. A ‘reposição’ com testosterona insere-se na clínica da menopausa com mais vigor, mas nos últimos anos, temos assistido à sua vinculação aos métodos anticoncepcionais, um processo ainda não hegemônico. Surge também como um ‘antídoto’ para os efeitos colaterais de outros medicamentos.

O problema inicial da pesquisa supôs um objeto estável a ser investigado, que aparecia no projeto como “uso da testosterona na interface com o desejo” ou “consumo de testosterona para melhorar a libido”. O processo etnográfico desestabilizou esse objeto inicial, demonstrando que se tratava de um objeto múltiplo.²⁴¹ A depender do grupo que discutia o tema, objetos diferenciados emergiam.

Nas ‘aulas’ de médicos vinculados à sexologia e à medicina sexual, o uso de testosterona tinha como alvo o ‘desejo responsivo’, acompanhado de ‘sofrimento’. Nas ‘aulas’ sobre clínica do climatério/pós-menopausa e terapias hormonais, o objeto em debate era a ‘reposição androgênica’ para ‘libido baixa’ (concebida como um entre outros sintomas ora relacionado ao climatério e pós-menopausa, ora relacionado à SIA). Na passagem do discurso dos médicos especialistas aos médicos generalistas, as categorias diagnósticas praticamente desapareceram e a testosterona emergiu como um recurso de administração de sintomas, com

²⁴¹ A ideia da produção de um objeto múltiplo a partir de práticas situadas foi tomada de empréstimo de Annemarie Mol (2002, p. 12). Em proposta de uma filosofia empírica da medicina, ao invés de pensar sobre os diversos pontos de vista que diferentes atores possuem em relação a um objeto – uma doença, por exemplo – Mol argumenta que a própria doença emerge nesse processo sendo um objeto múltiplo.

destaque para ‘libido’. ‘Desejo sexual’ foi citado poucas vezes, sem nenhuma distinção entre desejo ‘responsivo’ ou ‘espontâneo’. As entrevistas sugerem o uso da testosterona sobretudo como gerenciamento da ‘libido’ e, em menor medida, para atrofia e lubrificação vaginal resistentes às terapias estrogênicas. Surge ainda relacionada a outros aspectos mais difusos que são considerados sintomas do climatério e pós-menopausa (disposição, humor, dificuldades do dia a dia). Finalmente, enquanto palestrantes enfatizavam que o diagnóstico (de TDSH, TEISF ou da SIA) deveria ser clínico, para os médicos entrevistados os exames laboratoriais eram peças fundamentais para identificar não uma síndrome, mas a ‘baixa testosterona’, sendo um elemento fundamental nas dinâmicas da prescrição.

* * *

Atos falhos não costumam passar despercebidos aos ouvidos de quem tem alguma familiaridade com a psicanálise, ainda mais se cometidos diversas vezes. Durante o trabalho de campo, um desses lapsos capturou minha atenção, pois foi cometido por vários médicos, tanto palestrantes quanto entrevistados. Nessas situações, o engano ocorria na troca entre os termos estrogênico/androgênico. Assim, referiam-se à reposição *androgênica*, mas utilizavam “por engano” reposição *estrogênica*. No processo de análise, o ato falho começou a fazer cada vez mais sentido e, definitivamente, não era “apenas um charuto”. O que a associação entre esses dois termos revela sobre o uso da testosterona como terapêutica farmacológica para mulheres?

Nas palestras observadas, o uso de testosterona para ‘melhorar’ a sexualidade feminina foi abordado segundo duas vias principais. Os profissionais da *clínica sexual* tratavam do assunto com o dispositivo da disfunção sexual. Nesses casos, o uso da testosterona surgia vinculado aos ‘transtornos do desejo’ ou ‘transtornos da excitação/interesse sexual’. A distinção entre desejo ‘receptivo’ e ‘espontâneo’ era central para as dinâmicas de prescrição e a testosterona era apenas uma entre diversas terapêuticas ao dispor dos clínicos no gerenciamento da sexualidade. Por outro lado, ginecologistas com menor vinculação ao campo sexológico e da medicina sexual abordavam a testosterona nas discussões sobre ‘reposição hormonal’, como ‘androgenioterapia’ para a ‘baixa libido’, concebida como ‘sintoma’ associado ao climatério / menopausa e à ‘síndrome da insuficiência androgênica’.

A confusão entre estrogênio/androgênio ocorreu sempre entre ginecologistas que não atuavam na clínica sexual. Sugerimos que ela revela o que Oudshoorn (1994) chamou de *força das estruturas que já existem*. Assim, quando concepções elaboradas pela sexologia e

pela medicina sexual (ex: desejo, função sexual) são acionadas pela rede da ginecologia, ocorrem transformações importantes. Esse fenômeno foi descrito por Ludwik Fleck (como na epígrafe a esta parte da tese) como tráfego de pensamento entre círculos esotéricos distintos. Na biomedicina contemporânea, faz sentido ‘repor’ um hormônio que está abaixo do que se considera normal ou adequado, seja ele um androgênio, estrogênio ou insulina. Nos regimes de prescrição das TRH, quando se ‘repõe’ estrógeno, *faz sentido* ‘repor’ também a testosterona. Ademais, os exames laboratoriais já fazem parte das rotinas do atendimento ginecológico. É através da mesma rede sociotécnica das TRH com estrógenos que a testosterona vem sendo difundida entre os ginecologistas. Essa é uma diferença marcante entre a gestão médica da sexualidade de mulheres e de homens. Enquanto no primeiro caso é objeto de dois campos relativamente independentes – medicina sexual/sexologia e ginecologia –, há, no segundo, uma sobreposição mais marcada entre medicina sexual e urologistas. Essa distinção reflete o modo pelo qual os corpos femininos foram tomados historicamente como ‘o outro’, impulsionando o desenvolvimento de uma ‘clínica da mulher’ (a ciência da diferença, como sugere Rohden), enquanto a andrologia nunca teve sucesso em se difundir enquanto ‘ciência do homem’, no sentido generificado (ROHDEN, 2009). Assim, a medicalização dos corpos femininos esteve sempre atrelada à reprodução e à sexualidade por ela englobada. Para os homens, a medicalização de seus corpos de forma generificada ocorreu apenas no final do século XX, com o estudo da sexualidade (disfunção erétil) e desvinculada da reprodução. Para as mulheres, a clínica ginecológica é uma rede já existente que encampa o tratamento da sexualidade. No caso dos homens, é a sexualidade que os leva para a clínica médica.²⁴²

As duas maneiras de colocar o problema dos usos médicos da testosterona visando à sexualidade refletem o modo como, historicamente, os saberes sobre a sexualidade e sobre os corpos femininos foram circunscritos enquanto objetos das práticas médicas e sexológicas. O consumo contemporâneo de testosterona na interface com a sexualidade é herdeiro, portanto, da trajetória de diferentes redes de produção de conhecimento com constituições históricas relativamente autônomas até o final do século passado. Incorpora formulações sobre as ‘disfunções sexuais’ oriundas da clínica da sexualidade e também concepções sobre o ‘corpo hormonal’ e sobre as TRH produzidas a partir da endocrinologia do sexo, no início do século passado, e disseminadas *nas* e *pelos* práticas da ginecologia. Em torno de cada um desses eixos estruturaram-se processos de (bio)medicalização específicos, mas que passaram a se

²⁴² Sobre esses temas, ver Carrara, Russo e Faro (2009) e Rohden (2012b, 2014).

articular de forma mais marcada a partir das últimas décadas do século XX. Apresentamos na segunda parte da tese alguns recortes genealógicos que permitem a identificação das especificidades e das sobreposições dessas redes. Vimos ainda que não é novo o uso de testosterona nos esquemas de reposição hormonal.

Conforme discutimos no capítulo 3, até os anos 1960 prevalecia na medicina certa cautela frente ao uso de hormônios no manejo clínico da menopausa. Entretanto, alguns médicos, entre os quais destaca-se William Masters, defenderam, nos anos 1950, o uso das TRH como terapêuticas de longa duração. Eles foram peças importantes para a transformação das percepções e orientações sobre as TRH. Em seus esquemas, era comum a associação entre testosterona e estrógenos. Sua atuação nos círculos esotéricos (FLECK, 2010) da medicina, juntamente com a disseminação da cultura de medicamentos nas práticas médicas, o lançamento dos contraceptivos hormonais e o marketing da indústria farmacêutica culminaram com a mudança de paradigma nas TRH. Esse foi um momento de expansão da medicalização, no qual a medicina estabeleceu-se como um setor institucional político-econômico (CLARKE et al., 2003, p.166-7).

O livro *Feminine Forever* (1966) é um marco da transição das TRH como terapêutica de curta duração destinada a sintomas persistentes da menopausa a uma tecnologia de uso contínuo para manutenção da feminilidade, beleza, juventude e da própria ‘normalidade’. Nele, Robert Wilson afirmava que todas as mulheres ‘menopausadas’ eram ‘castradas’, ‘anormais’ e precisavam de tratamento. O período que vai de 1966 a 2002 é caracterizado por uma rápida e intensa difusão das TRH. Entretanto, nessa passagem, a testosterona desapareceu dos esquemas de prescrição. Os estrógenos, que sempre foram protagonistas nas TRH, passaram a ser acompanhados das progesteronas, e não mais da testosterona. No projeto de devolver a ‘feminilidade’ às mulheres ‘castradas’, houve uma escolha pelos hormônios considerados ‘femininos’ para compor as TRH.²⁴³

Os contornos dessas transformações sintonizam-se com os conhecimentos produzidos pela neuroendocrinologia. Em 1959, a teoria organizacional postulou que a ação pré-natal de androgênios produzia efeitos permanentes na conformação do cérebro, gerando comportamentos ‘masculinos’ na vida adulta de roedores. Essa hipótese foi rapidamente disseminada na medicina e extrapolada para os seres humanos. De acordo com Jordan-Young (2010), é possível contrastar dois períodos nos estudos da neuroendocrinologia em relação às

²⁴³ Paralelamente, a testosterona vinha sendo utilizada no contexto dos esportes para melhorar a performance desde a década de 1950 (HOBERMAN, 2005). É importante pensar o quanto ela foi gestada no polo masculino da força e da performance durante essas décadas como o *dopping* (em um momento de guerra fria) e a relação desse tipo de uso com sua exclusão das TRH pós-Wilson.

concepções de gênero e sexualidade. No primeiro deles, que vai de 1959 a 1980, os comportamentos sexuais eram definidos segundo o modelo bipolar de gênero. Nesse esquema, determinado aspecto – libido, por exemplo – era ou ‘masculino’ ou ‘feminino’. Ao ser classificado em um dos polos, o comportamento afastava-se automaticamente do outro.

A sexualidade feminina considerada ‘normal’ nesse modelo era a da *bela adormecida*: passiva, frágil, dependente de um homem iniciador para ser despertada (aquele amado), vinculada a fantasias de casamento, sentimental, receptiva e sem praticar a masturbação. A sexualidade masculina, por sua vez, era adequada quando focada na genitalidade, caracterizada por uma libido vigorosa, voltada para muitas parceiras (sempre mulheres), desvinculada do ‘componente sentimental’ e precoce na iniciação sexual (JORDAN-YOUNG, 2010).

O segundo período identificado por Jordan-Young nos estudos da neuroendocrinologia consolidou-se nos anos 1980. A sexualidade passou a ser compreendida a partir do modelo ortogonal, no qual ‘feminino’ e ‘masculino’ não são mais compreendidos como polos mutuamente excludentes. Aspectos que antes eram considerados masculinos, como ‘libido’, passaram a ser vistos como integrantes da ‘sexualidade feminina adequada’.

Justamente nessa década – 1980 – foi resgatada a hipótese da determinação androgênica da sexualidade feminina, postulada nos anos 1940 por médicos como Robert Greensblatt. A partir de então, é possível identificar na literatura médica relatos sobre o uso de androgênios nas TRH e artigos que elaboravam a articulação entre libido e testosterona em mulheres (SHERWIN, 1985; PERSKY et al., 1982; McEWEN, 1984, 1991; KAPLAN & OWETT, 1993; DAVIS et al., 1995). A partir dos anos 2000, após o lançamento das drogas para a disfunção erétil, essa tendência cresceu de maneira exponencial.

É possível conjecturar se o foco exclusivo nos hormônios sexuais ‘femininos’ das TRH nas décadas de 1960 e 1970 teve ressonâncias das concepções disseminadas pelas teorias organizacionais cerebrais. Enquanto a sexualidade masculina e a feminina foram caracterizadas pela neuroendocrinologia como pontos distantes e dicotômicos, a proposição da TRH como terapêutica de longa duração na ginecologia era propagandeada como ‘tratamento’ para manutenção da feminilidade. A testosterona enquanto ator material-semiótico *masculino* não tinha lugar nesse esquema.

Por outro lado, seria enganoso supor uma causalidade, ou seja, pensar que foi *porque* as concepções da neuroendocrinologia sofreram modificações que as práticas de TRH para mulheres incorporaram os hormônios ditos ‘masculinos’. Como Wijngaard (1997) e Jordan-Young (2010) sublinham, as concepções sobre feminino e masculino na medicina foram

impactadas pelas mudanças no plano social e cultural pós-1968 (feminismo, movimentos de minorias sexuais, contracultura, “revolução sexual”). Outro vetor estruturante nessa passagem foi a ressignificação, ao longo dos anos 1980 e 1990, da TRH como tecnologia voltada para prevenção de doenças e manutenção da saúde. Assim, enquanto em 1970 a TRH era uma tecnologia dirigida principalmente à manutenção do gênero (e antienvelhecimento), nas décadas seguintes transmutou-se em tecnologia de prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se da configuração e do fortalecimento dos processos de biomedicalização. Por fim, nos anos 2000, houve uma terceira transformação que se estende até a atualidade. As TRH transformaram-se em dispositivos para obtenção de ‘qualidade de vida’.

O consumo de testosterona visando a sexualidade feminina é um fenômeno que se apoia nos discursos e práticas da biomedicina sobre corpo, desejo/libido e gênero, mas também na forma como o senso comum assimila, incorpora e modifica estas noções. As fronteiras entre ciência e senso comum são esfumaçadas. Trata-se de um processo que envolve *ressonâncias* entre múltiplas redes sociotécnicas (que articulam os campos da sexologia, endocrinologia, ginecologia, indústrias farmacêuticas, entre outras) e de significação cultural (movimentos de contracultura, críticas feministas, ativismo de minorias sexuais, estudos pós-coloniais, entre tantas outras).

A pesquisa *WHI* pode ser considerada como um marco do fim da hegemonia do modelo do tamanho único nas TRH. A partir de então, é possível observar a configuração de um novo modelo da ‘individualização’ do tratamento. A passagem de um modelo a outro configura um processo iniciado no final dos anos 1990, quando os resultados de estudos observacionais começaram a desestabilizar as concepções correntes que preconizavam a TRH para evitar doenças, e novas tecnologias de TRH ‘locais’ surgiram no mercado (GILLIAM, 2001).

Individualizar significa, no campo analisado, em essência: 1) identificar o ‘perfil’ da paciente, investigando ‘sintomas’ e ‘fatores’ que possam estar envolvidos; 2) avaliar os riscos pessoais e familiares, em especial em relação ao desenvolvimento de cânceres e doenças cardiovasculares; 3) entender se a mulher quer se submeter à TRH ou se “tem medo do câncer” (outras razões para a resistência à adesão não foram apontadas). Em um cenário em que os produtos farmacêuticos para as TRH são diversificados, os tipos de sintoma reportados e o cálculo dos riscos orientam a escolha dos produtos mais adequados: ‘sistêmicos’ ou ‘locais’. Emerge a figura da paciente (consumidora) ativa e informada (ROBERTS, 2007). Esse processo é, entretanto, estratificado uma vez que nem todas as mulheres se enquadram nesse perfil de consumidora ativa (CLARKE et al., 2010; SANABRIA, 2010).

Outro ponto fundamental da passagem do modelo do tamanho único ao modelo da ‘individualização’ diz respeito ao lugar da sexualidade na TRH. A sexualidade, que até esse momento era pouco destacada enquanto motivação para iniciar a TRH, ganha um *status* completamente diferente. Assim, a ‘qualidade de vida’ na clínica ginecológica adquire também um sentido de ‘qualidade de vida sexual’. Lubrificação, atrofia vaginal (ou ‘sintomas urogenitais’) e ‘libido’ são deslocadas para uma nova posição nas redes da TRH pós-*WHI*, tornando-se justificativa para indicação de tratamento hormonal.

O reposicionamento de ‘sintomas urogenitais’ – destacados por sua capacidade de interferência no coito sexual – nas decisões sobre a indicação de TRH, deve ser interpretado a partir do quadro mais amplo analisado nos diferentes capítulos da presente tese.

Desde as duas últimas décadas do século XX, a associação entre sexualidade, saúde e bem-estar vinha ganhando força. O lançamento do Viagra, em 1998, foi um divisor de águas na história da sexualidade, estabelecendo a hegemonia da medicina sexual na produção de saberes científicos sobre o sexo. Isso significou uma tendência a conceituar o complexo sexualidade / saúde / bem-estar em um plano molecular, fisicalista e cerebralizado. Difunde-se o que Gupta e Cacchioni denominam como discurso *sex for health* (GUPTA, 2011, CACCHIONI, 2015, GUPTA & CACCHIONI, 2013). Práticas de vigilância da virilidade foram disseminadas, ressignificando as relações entre sexualidade e envelhecimento (MARSHALL, 2006, 2010). Tudo isso ocorreu por meio de processos de biomedicalização e de predomínio de um estilo de pensamento molecularizado nas ciências da vida (CLARKE et al., 2003, 2010; ROSE, 2007).

A interrupção do *WHI* e a repercussão da divulgação dos resultados preliminares, em 2002, coincide com um período descrito como sendo marcado pela busca do “Viagra feminino”. Mas... as TRH não podem ser consideradas como uma espécie de Viagra?

Vale mencionar que há consenso quando se trata das duas últimas décadas de considerá-las como sendo um momento de investimentos no desenvolvimento e lançamento de um ‘Viagra’ para mulheres. Isso é repetido entre os grupos da medicina sexual, na mídia e também nos estudos de gênero e sexualidade (CACCHIONI, 2015; HARTLEY, 2006; FISHMAN, 2003, 2004; MOYNIHAN & MINTZES, 2010; MOYNIHAN, 2003; CASSELS & TIEFER, 2006). Hartley, em 2006, por exemplo, argumentara ter havido uma mudança que passou despercebida pelos comentadores nos estudos culturais sobre as DSF, a saber, do foco na excitação para o foco no desejo na busca pelo *Pink Viagra*. Uma vez que os ensaios clínicos com Viagra para mulheres não foram exitosos, as companhias farmacêuticas teriam mudado de estratégia, buscando aprovar medicamentos com testosterona para tratar o desejo

sexual e promover o uso *off-label* dos produtos já aprovados para homens: “busca por um Viagra Rosa’ para tratar a ‘doença’ FSD [...] envolveu uma quase despercebida mudança do desenvolvimento de produtos para tratar problemas de excitação para aqueles direcionados para problemas de desejo” (HARTLEY, 2006, p.364).²⁴⁴ Esse deslocamento foi, subsequentemente, bastante explorado por críticos da medicalização das DSF.

Argumento que, na realidade, outra estratégia das indústrias foi menos explorada pelos estudos sobre a biomedicalização da sexualidade: a promoção das TRH como terapêuticas de melhora da ‘qualidade de vida’ das mulheres no climatério e pós-menopausa, com novo foco na saúde sexual. A mudança de estratégia das indústrias nesse caso talvez tenha menos a ver com a busca por um ‘Viagra Rosa’ do que com um *insight* de que ele já havia sido “descoberto” há mais de setenta anos.

A produção de uma ‘vagina receptiva’ ou da ‘saúde vaginal’ foi apontada no campo analisado como uma tarefa de ginecologistas no manejo dos sintomas da menopausa. Embora as TRH estejam disponíveis há quase um século, elas nunca foram vistas como sendo em primeiro lugar tecnologias sexuais. Já as drogas destinadas ao tratamento da disfunção erétil foram desenvolvidas de modo totalmente autônomo em relação aos processos reprodutivos. O Viagra e similares são medicações destinadas ao tratamento de um problema, antes de tudo, sexual, ainda que a disfunção erétil tenha se transformado em um sintoma que deve ser alvo de vigilância porque pode estar conectado a outros processos de adoecimento, como diabetes ou problemas cardíacos. O caminho que leva o homem às medicações para disfunção erétil é, portanto, autônomo em relação a outros tratamentos.

No caso das mulheres, a esfera da sexualidade tem sido pensada, tratada e (bio)medicalizada de modo muito menos autônomo. Durante os anos de hegemonia da sexologia clínica, esteve em geral englobada pela temática do casal (ver “Introdução” e capítulo 4). Com a emergência da medicina sexual, os primeiros artigos sobre o uso do sildenafil em mulheres visaram a disfunção sexual na pós-menopausa e em usuárias de antidepressivos. Ou seja, para o tratamento dos efeitos colaterais de medicamentos ou dos ‘sintomas’ da menopausa.

Os medicamentos voltados para o tratamento da disfunção erétil têm um objetivo bem preciso: facilitar o sexo com penetração. Nos termos da ciência sexual, trata-se de uma disfunção sexual relacionada à excitação, um dos aspectos que compõem a função sexual. A ideia de que a excitação é uma das fases do ciclo da resposta sexual humana é consensual na

²⁴⁴ No original: “‘hunt for the Pink Viagra’ to treat the ‘disease’ of FSD [...] involved an almost unnoticed shift from development of products to treat arousal problems to those intended for desire problems”.

medicina sexual, ainda que haja diferentes modelos para o ciclo. E é a partir de um uso predeterminado – para a penetração – que a “capacidade erétil” será avaliada (FARO et al., 2013). Se pensarmos no que equivale à fase da excitação na mulher, “falta de lubrificação” e “falta de excitação” coincidem. A vagina tem sido avaliada quanto à sua capacidade receptiva, sendo a excitação considerada fundamental para que o sexo penetrativo não seja doloroso. Se a reposição hormonal com estrógenos é eficaz no tratamento da atrofia vaginal e da lubrificação, por que não a chamamos de *pink Viagra*? Por que as TRH nunca foram vistas como um ‘Viagra feminino’? Por que até hoje se afirma que não foi descoberto o ‘Viagra Rosa’?

Em termos técnicos, nos discursos dos experts da ciência sexual sobre a função sexual, o que corresponderia à versão feminina do Viagra seria um medicamento que afetasse a excitação sexual. É exatamente isso que está em jogo na produção da ‘vagina receptiva’ que ‘lubrifica’ e permite a penetração ‘sem dor’. Ao se reiterar a ideia de que há uma corrida pela aprovação de um Viagra para mulheres, descartam-se as TRH como tecnologias sexuais. Invisibilizam-se as drogas que já existem e que passaram a ser propagandeadas como terapias de promoção da qualidade de “vida sexual”.

Argumentamos que tal fenômeno está articulado com a lógica generificada da farmacutização da sexualidade e remete à persistência de dicotomias binárias tais como: masculino/feminino, sexualidade autônoma / sexualidade reprodutiva, testosterona / estrógenos, ativo / passivo, pênis (ou clitóris) / vagina, penetrativo / receptivo, desejo / dor sexual, Viagra / Intrinsic (ou Adyi).

Exploramos nesse trabalho a trajetória dos discursos científicos e das práticas clínicas voltadas para a sexualidade como uma história sobre as diferenças de sexo / gênero. Nas definições médicas sobre sexualidade feminina e masculina encontram-se sempre *dobradas* concepções e *scripts* culturais sobre ‘masculino’ ou ‘feminino’.

Detectamos uma *dobra* da ciência nos discursos sobre a conexão entre vida atarefada das mulheres e a diminuição do desejo sexual. A ideia de que as mulheres contemporâneas são mais ‘estressadas’ e que as tarefas do cotidiano fazem com que percam o interesse sexual surgiu em diversos momentos do trabalho de campo. Essa noção não é destacada nas explicações sobre as disfunções sexuais masculinas. A disfunção erétil é tomada como o grande problema sexual masculino e como uma questão vasomotora; é vista como um processo “extremamente simples”, mais próximo da ‘natureza’, não sendo afetada pela vida em sociedade e pela cultura da mesma forma que a sexualidade feminina.

É possível pensar como essa diferença de perspectiva traz consigo as marcas do saber

médico produzido no século XIX, que enfatizara a suscetibilidade nervosa dos corpos femininos (ROHDEN, 2009). A conexão entre perturbações mentais, órgãos genitais pela via do sistema nervoso é reeditada na ideia de que o estresse de uma vida atarefada faz as mulheres experimentarem disfunções sexuais, fazendo com que percam o desejo sexual e a atitude responsiva às investidas sexuais de um outro que, em geral, é configurado de forma heteronormativa na figura do marido.

A conexão entre órgãos sexuais, ovários, sexualidade e perturbação mental em mulheres no século XIX é reeditada nos discursos sobre falência ovariana, menopausa / deficiência hormonal e depressão, disfunção sexual e também da ‘tensão pré-menstrual, como apontou Mariano (2012). Destacamos, ainda, a permanência de uma concepção cíclica da vida e dos corpos femininos. Vimos que nos discursos da medicina, as mulheres são referidas a partir de seu status reprodutivo, sendo a menopausa um marco estruturante. Além disso, a concepção de que o homem permanece sexualmente ativo durante toda a vida e que envelhece pouco a pouco contrasta com a forte associação entre menopausa e disfunção sexual, de um lado, e pós-menopausa e envelhecimento de outro.

Como destaca Rohden (2009, 2012a), as oposições dicotômicas de sexo, mesmo quando concebidas como advindas da materialidade corporal, são percebidas como instáveis e passíveis de ameaças. O(s) uso(s) de testosterona por mulheres aciona(m) a instabilidade dessas dicotomias. O caráter *provocador* dos hormônios sexuais em relação ao binarismo de sexo / gênero é ainda mais reforçado em um momento em que percebemos o corpo, os comportamentos e a subjetividade a partir do *império dos hormônios* (ROHDEN, 2008).

A instabilidade nas fronteiras de sexo / gênero foi expressa por diversos atores do campo analisado. Há grande preocupação com as ‘doses’ de testosterona e seu potencial ‘virilizante’. Além dos agravos à saúde, para os médicos é preciso estar atento aos ‘limites’ da TRH, pois a testosterona poderia – segundo alguns deles – até mesmo mudar a orientação sexual das usuárias. Ela pode conferir-lhes um poder diabólico.

A testosterona é um ator material-semiótico que provoca as concepções clássicas da mulher como passiva e receptiva. É entendida como entidade que incita o ‘desejo espontâneo’, iniciador: “Mulher com bigode nem o diabo pode”. Há, como argumentamos, certo “empoderamento” via testosterona. É possível pensar esse hormônio como sendo uma substancialização contemporânea do poder masculino, um *falo molecularizado*. Ela produz materialmente o “falo molar” e, simbolicamente, um falo molecularizado. O sexo, ao ser realocado em uma substância – e não mais em regiões anatômicas como fora durante séculos – torna possível às mulheres o acesso a esse “poder” pela via do consumo de tecnologias

hormonais (generificadas, portanto).

Entretanto, a substancialização da diferença (ROHDEN, 2012b) é também acionada na noção quantitativa do corpo hormonal para remarcar fronteiras entre os sexos. O homem, em muitos relatos do campo, surge como sendo *mais* porque tem ‘muito *mais*’ testosterona que a mulher. Mais ativo, mais determinado, mais sexualizado, mais forte. Uma “pequena” diferença que importa (NUCCI, 2015). Em certo sentido, esse modelo traz de volta alguns aspectos do modelo do sexo único descrito por Laqueur. Ao invés de quantidade de calor, a diferença fundamental entre homens e mulheres é concebida como variações nas quantidades de substâncias bioquímicas, os “hormônios” – note-se que usamos o termo entre aspas porque não são todos os hormônios, pelo contrário, moléculas bastante específicas, a testosterona e o estrógeno, que passam a ser ‘responsáveis’ por um sem número de características, comportamentos e emoções consideradas ‘masculinas’ ou ‘femininas’.

A testosterona carrega também em suas teias material-semióticas uma potência de vida. É anabólica, incita a produção de massa muscular, carrega vitalidade. Traz, além da ‘libido’, ‘energia’, ‘bem-estar’, ‘gás’. É interessante perceber que, nessas imagens, há uma concepção que se aproxima da noção de ‘libido’ em seu sentido mais psicanalítico – de uma pulsão de vida. A ‘libido’, na psicanálise freudiana, era um conceito fundamentalmente quantitativo (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p.266) e que, embora sexual em essência, expressava-se para além de comportamentos sexuais.

Nos discursos biomédicos contemporâneos, a testosterona parece carregar algumas dessas características: é vista como um mensageiro da ‘energia’, da ‘vida’, funciona “em bando”, a partir de quantidades, é pensado como sendo um hormônio essencialmente ‘sexual’, embora produza efeitos em quase todo o corpo (FAUSTO-STERLING, 2000) e que não são redutíveis à sexualidade.

Se os hormônios ‘sexuais’ afetam aparentemente todos os órgãos, há na escolha por privilegiar sua ação na produção da genitália e de marcadores corporais de sexo / gênero uma espécie de tradução molecular da premissa básica da psicanálise de que a energia que impulsiona a vida é, em essência, sexual. Entretanto, ‘libido’ – ainda que seja vista como uma mensagem carregada pela testosterona – não é englobante. ‘Libido’ aparece nos discursos analisados como o efeito especificamente sexual de um hormônio que produz também outros efeitos de diversos tipos. Ou seja, se na psicanálise ‘libido’ é uma pulsão de vida, no império contemporâneo do corpo hormonal, a testosterona ocupa esse lugar. De todo modo, mantém-se a noção quantitativa e energética da libido e sua conexão primordial com a *vida*.

Esse paralelo precisa ser considerado enquanto uma aproximação. É claro que as

concepções de corpo, psiquismo e sexualidade são completamente diferentes na psicanálise e na biomedicina contemporânea. Nosso argumento é mais no sentido de uma “herança” da psicanálise. Não devemos nos esquecer de que os hormônios “nascem” no auge da difusão psicanalítica no Ocidente. Essas semelhanças podem ser entendidas como *dobras do tempo na ciência* (ROBERTS, 2010), ou como aquilo de Fleck (2010) chamou de *proto-ideias*.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, v. 44, n.4, p.603-622, 2010.

ALCÁNTARA, Eva; SZASZ, Ivonne. Between the Local and the Global: Chronicles for Understanding the Field of Sexology in Mexico. *International Journal of Sexual Health*, v. 25, n. 1, p.27-46, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANGEL, Katherine. Contested psychiatric ontology and feminist critique: ‘Female Sexual Dysfunction’ and the Diagnostic and Statistical Manual. *History of the Human Sciences*, v. 25, n. 4, p.3-24, 2012.

_____. The history of ‘Female Sexual Dysfunction’ as a mental disorder in the 20th century. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 23, p.536–541, 2010.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

ARONOWITZ, Robert. The converged experience of risk and disease. *Milbank Quarterly*, v.87, n.2, p.417-42, 2009.

AZIZE, Rogerio Lopes. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, v. 4, p.134-139, 2012.

_____. *A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica*. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Museu Nacional, 2010.

BACHMANN, Gloria; BANCROFT, John; BRAUNSTEIN, Glenn; BURGER, Henry; DAVIS, Susan; DENNERSTEIN, Lorraine; GOLDSTEIN, Irwin; GRAY, Andre; LEIBLUM, Sandra; LOBO, Rogerio; NOTELOVITZ, Morris; ROSEN, Raymond; SARREL, Philip; SHERWIN, Barbara; SIMON, James; SIMPSON, Evan; SHIFREN, Jan; SPARK, Richard; TRAISH, Abdul. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertility and Sterility*, v. 77, n. 4, p.660-665, 2002.

BASSON, Rosemary. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

_____. Review: Testosterone therapy for reduced libido in women. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, v. 1, n. 4, p.155-164, 2010.

BASSON, Rosemary; BERMAN, Jennifer; BURNETT, Arthur; DEROGATIS, Leonard; FERGUSON, David; FOURCROY, Jean; GOLDSTEIN, Irwin; GRAZIOTTIN, Alessandra; HEIMAN, Julia; LAAN, Ellen; LEIBLUM, Sandra; PADMA-NATHAN, Harin; ROSEN, Raymond; SEGRAVES, Kathleen; SEGRAVES, R. Taylor; SHABSIGH, Ridwan; SIPSKI, Marcallee; WAGNER, Gorm; WHIPPLE, Beverly. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *The Journal of Urology*, v. 163, n. 3, p.888-893, 2000.

BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André (Orgs.) *Sexualidades ocidentais: Contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1987, p.210-235.

BEKELMAN, Justin; LI, Yan; GROSS, Cary. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review. *JAMA*, v. 289, n. 4, p.454-65, 2003.

BELL, Robin; DONATH, Susan; DAVISON, Sonia; DAVIS, Susan. Endogenous androgen levels and well-being: differences between premenopausal and postmenopausal women. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, v.13, n.1, p.65-71, 2006.

BELL, Susan. Changing Ideas: The medicalization of menopause. *Social Science and Medicine*, v. 24, n. 6, p.535-42, 1987.

_____. Gendered Medical Science: Producing a Drug for Women. *Feminist Studies*, v. 21, n. 3, p.469-500, 1995.

BINIK, Y. M. Should Dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, v.34, n.1, p.11-21, 2005.

BLEIER, Ruth. *Science and Gender: A Critique of Biology and Its Theories on Women*. New York: Pergamon Press, 1988.

BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência: Por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Ed Unesp, 2004.

BOWKER, Geoffrey; STAR, Susan. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.

BRAUNSTEIN, Glenn. Androgen insufficiency in women. *Growth Hormone & IGF Research*, v. 16, p.S109-S117, 2006.

BRIGEIRO, Mauro; MAKSUD, Ivia. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.71-88, 2009.

BRIGEIRO, Mauro; FACUNDO, Angela. Between Avant-Garde Ideals and Conservative Moralities: The Emergence of Sexology in Colombia. *International Journal of Sexual Health*, v. 25, n. 1, p.75-91, 2013.

BROWN, Phil. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future, p.34-52, 1995.

BRUNO, Ricardo. Aspectos clínicos: Terapêuticos sistêmicos e locais no tratamento do climatério. In: TEVA. Folheto Simpósio TEVA: Terapia Reposição Hormonal: Uma discussão clínica sempre atual. p.3-5, s/d.

BULLOUGH, Vern. *Science in the bedroom: a history of sex research*. New York: Basic Books, 1994.

BUTLER, Judith. *Bodies that matter*. New York: Routledge, 1993.

CACCHIONI, Thea. *Big Pharma, Women, and the Labour of Love*. Toronto: University of Toronto Press, 2015.

CAMARGO JR., Kenneth. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cadernos de Saúde Pública* (Fiocruz), Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1163-1174, 2003.

CARRARA, Sergio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, v. 19, p.659-677, 2009.

CASULARI, Luiz; PORTO, Adriana. Hipogonadismo masculino no jovem. In: CLAPAUCH, Ruth. *Endocrinologia feminina e andrologia: Manual prático para endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e médicos com interesse na área*. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2012, p.151-163.

CLARKE, Adele. Epilogue. In: CLARKE, Adele et al. (Eds.) *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S.* Durham; London: Duke University Press. p.380-405, 2010a.

_____. From the rise of medicine to biomedicalization: US healthscapes and iconography, circa 1890-present. In: CLARKE, Adele et al. (Eds.) *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US* Durham & London: Duke University Press. 104-146, 2010b.

_____; MAMO, Laura; FISHMAN, Jennifer; SHIM, Janet K.; FOSKET, Jennifer Ruth. *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*. *American Sociological Review*, v. 68, p.161-194, 2003.

_____; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer; SHIM, Janet K. (Eds.) *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US* Durham & London: Duke University Press, 2010.

_____; SHIM, Janet. Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. In: PESCOSOLIDO, B. et al. (Ed.) *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a Blueprint for the 21st Century*. New York; Dordrecht; Heidelberg; London: Springer, 2011, p.173-199.

CLIFFORD, James. Introduction: Partial Truths. In: CLIFFORD, James; MARCUS, George E. (Orgs.) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. London: University of California Press, 1986, p.1-26.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

COOPER, James. Treatments of male potency disorders: The present status. *J. Psychosom. Res.*, v. 12, p.141-144, 1971.

DAVIS, Susan; McCLOUD, Philip; STRAUSS, Boyd; BURGER, Henry. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas*, v.21, p.227-236, 1995.

_____; van der MOOREN, M; van LUNSEN, Rik; LOPES, Patrice; RIBOT, Jean.; REES, Margaret; MOUFAREGE, Alain; RODENBERG, Cynthia; BUCH, Akshay; PURDIE, David. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, v. 13, n. 3, p.387-96, 2006.

_____; MOREAU, Michele; KROLL, Robin; BOUCHARD, Céline; PANAY, Nick; GASS, Margery; BRAUNSTEIN, Glenn; HIRSCHBERG, Angelica; RODENBERG, Cynthia; PACK, Simon; KOCH, Helga; MOUFAREGE, Alain; STUDD, John; APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med*, v. 359, n. 19, p.2005-2017, 2008.

DAVISON, Sonia; DAVIS, Susan. Androgenic hormones and aging – the link with female sexual function. *Hormones and Behavior*, v. 59, n. 5, p.745-753, 2011.

DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 27, n. 80, p.37-54, 2012.

DUMIT, Joseph. *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham and London: Duke University Press, 2012.

DUSENBERY, Maya. The Little Pink Pill That Sparked a Feminist War. *Pacific Standard*, 2016. Disponível em: <<https://psmag.com/the-little-pink-pill-that-sparked-a-feminist-war-4c05864c9fac#.dzuwor6sh>> Acesso em maio/2016.

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. *Histórica, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 23, n. 1, p.193-210, 2016.

EROL, Maral. From opportunity to obligation: Medicalization of post-menopausal sexuality in Turkey. *Sexualities*, v. 17, n. 1-2, p.43-62, 2014.

FALLON, Bernard. “Off-label” drug use in sexual medicine treatment. *International Journal of Impotence Research*, v.20, p.127-134, 2008.

FARMÁCIA EVIDENCE. Disponível em: < <http://www.farmaciaevidence.com.br/?p=400>>. Acesso em maio/2016.

FARO, Livi. *As disfunções sexuais femininas no periódico Archives of Sexual Behavior*. 138f. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva). PPGSC do Instituto de Medicina Social Uerj. Rio de Janeiro, 2008.

_____.; CHAZAN, Lilian; ROHDEN, Fabiola; RUSSO, Jane. Homem com “H”: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos Pagu*, n. 40, p.287-321, 2013.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, v. 17/18, p.9-79, 2001/02.

_____. “Female Viagra” Is No Feminist Triumph. *Boston Review*, novembro, 2015. Disponível em: < <http://www.bostonreview.net/wonders/anne-fausto-sterling-female-viagra-feminism-addyi> > Acesso em maio/2016.

_____. *Myths of Gender: Biological Theories of Women and Men*. New York: Basic, 1985.

_____. *Sex/ Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge, 2012.

_____. *Sexing the Body*. Nova York: Basic Books, 2000.

FELTRIN, Rebeca. *Entre campo e o laboratório: a construção da menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro*. 191f. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) – Pós-graduação em política científica e tecnológica, Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FERNANDES, Cesar; STRUFALDI, Rodolfo; STEINER, Marcelo; POMPEI, Luciano. Uso de andrógenos em mulheres. In: CLAPAUCH, Ruth. *Endocrinologia feminina e andrologia: Manual prático para endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e médicos com interesse na área*. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2012, 347-359.

FISHMAN, Jennifer. *Desire for Profit: Viagra and the Remaking of Sexual Function*. 2003. Dissertation [Doctor of Philosophy in Sociology] – Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco, 2003.

_____. The Making of Viagra: The Biomedicalization of Sexual Dysfunction. In: CLARKE et al. (Eds.), *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US* Durham & London: Duke University Press, 2010, p.289-306.

_____. Manufacturing desire: the co modification of female sexual dysfunction. *Social Studies of Science*, v. 34, n. 2, p.187-218, 2004.

_____.; FLATT, Michael; SETTERSTEN, Richard. Bioidentical hormones, menopausal women, and the lure of the ‘natural’ in US anti-aging medicine. *Social Science & Medicine*, v. 132, p.79-87, 2015.

_____.; MAMO, Laura. What’s in a Disorder: A Cultural Analysis of Medical and Pharmaceutical Constructions of Male and Female Sexual Dysfunction. *Women & Therapy*, v. 24, n. 1-2, p.179-193, 2001.

FLECK, Ludwick. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOOLADI, Ensieh; DAVIS, Susan. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, v. 13, n. 15, p.2131-2142, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOX, Nick; WARD, Katie. Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalization of daily life. *Sociology of Health & Illness*, v. 30, n. 6, p.856-868, 2008.

GIAMI, Alain. Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In: YAYA, Sanni (Eds.) *Pouvoir médical médical et santé totalitaire: conséquences socioanthropologiques et éthiques*. Montréal, Presses de l'Université Laval, 2009b, p.225-249.

_____. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p.637-658, 2009a.

_____. La medicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques. *Andrologie*, v. 8, n. 3, p.383-390, 1998.

_____. Permanência das representações do gênero em sexologia: As inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p.301-320, 2007.

_____; DE COLOMBY, Patrick; GRUPO EURO-SEXO. La profession de sexologue em Europe: diversité et perspectives communes. *Sexologies, Revue Européenne de Santé Sexuelle*, v. 15, n.1, p.7-13, 2006.

_____; RUSSO, Jane. The Diversity of Sexologies in Latin America: Emergence, Development, and Diversification. *Int J Sex Health*, v. 25, p.1-12, 2013.

GILLIAM, Melissa L. Local and Systemic Options for Hormone Replacement Therapy. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, v. 46, n. 4, p.222-227, 2001.

GLINA, Sidney; ANKIER, Cila. *Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia*. Santos: Santos Editora, 2013.

GOLDSTAT, Rebecca; BRIGANTI, Esther; TRAN, Jane; WOLFE, Rory; DAVIS, Susan. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood and sexual function in premenopausal women. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, v. 10, n. 5, p.390-398, 2003.

GOGNA, Monica; JONES, Daniel; IBARLUCIA, Inês. The Challenges of Sexology in Argentina. *International Journal of Sexual Health*, v. 25, n. 1, p.13-26, 2013.

_____; _____. *Sexualidad, ciencia y profesión en America Latina: el campo de la Sexología en la Argentina*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. (Coleção Documentos; 9)

GREENBLATT, Robert. Testosterone propionate pellet implantation in gynecic disorders. *JAMA*, v. 121, p.17-24, 1943.

_____; MONTARA, F.; TORPIN, R. Sexual libido in the female. *Amer J Ob Gyn*, v. 44, p.658-663, 1942.

GREENE, Jeremy. *Drugs and the Definition of Disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

GRONEMAN, Carol. Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality. In: TERRY, J; URLA, J. *Deviant Bodies*. Bloomington: Indiana University Press, 1995. p.219-249.

GUPTA, Kristina. “Screw Health”: Representations of Sex as a Health-Promoting Activity in Medical and Popular Literature. *J Med Humanit*, v. 32, p.127-240, 2011.

GUPTA, Kristina; CACCHIONI, Thea. Sexual improvement as if your health depends on it: An analysis of contemporary sex manuals. *Feminism & Psychology*, v. 23, n. 4, p.442-458, 2013.

JOYCE, Kelly; MAMO, Laura. “Graying the Cyborg: New Directions in Feminist Analyses of Aging, Science, and Technology”. In: CALASANTI, T., SLEVIN K.F. (eds.) *Age Matters: Realigning Feminist Thinking*. New York: Routledge, 2006, p. 99-121.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, Donna; HUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz (Orgs.) *Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p.33-118.

_____. *Modest Witness @Second Millennium. FemaleMan©Meets_OncoMouse™: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997.

_____. *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge, 1989.

_____. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p.07-41, 1995.

HARDING, Sandra. *The Science Question in Feminism*. Ithaca: Cornell University Press, 1986.

HARTLEY, Heather. The ‘Pinking’ of Viagra Culture: Drug Industry Efforts to Create and Repackage Sex Drugs for Women. *Sexualities*, v. 9, n. 3, p.363-378, 2006.

HEALY, David. *The Anti-depressant Era*. Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press, 1997.

_____. The new medical Oikumene. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur. (Eds.) *Global Pharmaceuticals – Ethics, markets, practices*. Durham and London, Duke University Press, 2006, p.61-84.

_____. *Pharmageddon*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2012.

_____. Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves. *Social Studies of Science*, v. 34, n. 2, p.219–245, 2004.

HOBERMAN, John. *Testosterone Dreams: Rejuvenation, Aphrodisia, Doping*. Berkley: University of California Press, 2005.

HOUCK, Judith. The Medicalization of Menopause in America, 1897–2000: Mapping the Terrain. In: KLEINMAND, Daniel; KINCHY, Abby; HANDELSMAN, Jo. *Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London: The University Wisconsin Press, 2005, p.198-218.

HUBBARD, Ruth. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1990.

IRNI, Sari. Steroid Provocations: On the Materiality of Politics in the History of Sex Hormones. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. 41, n. 3, p.507-529, 2016.

IRVINE, Janice. *Disorders of desire: sexuality and gender in modern sexology*. Philadelphia: Temple University Press, 2005.

JASANOFF, Sheila. *States of Knowledge: The co-production of science and social order*. New York: Routledge, 2004.

JORDAN-YOUNG, Rebecca. *Brain Storm: The Flaws in the Science of Sex Differences*. Cambridge: Harvard University Press, 2010.

JUTEL, Annemarie. Framing disease: The example of female hypoactive sexual desire disorder. *Social Science & Medicine*, v. 70, p.1084-1090, 2010.

KAPLAN, Helen. Hypoactive Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v.3, n.1, p.3-9, 1977.

_____. *The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*. New York: Brunner/Mazel, 1995.

_____; OWETT, Trude. The Female Androgen Deficiency Syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 19, n. 1, p.3-24, 1993.

KATZ, Anne. Observations and advertising: controversies in the prescribing of hormone replacement therapy. *Health Care for Women International*, v. 24, p.927-939, s/p, 2003.

KENNEDY, Dianne et al. Noncontraceptive Estrogens and Progestins: Use Patterns over Time. *Obstetrics and Gynecology*, v. 65, n. 3, p.441-446, 1985.

KELLER, Evelyn. The Gender/Science System: Or, Is Sex to Gender as Nature Is to Science? *Hypathia*, v. 2, n. 3, p.37-49, 1987.

_____; LONGINO, Helen. *Feminism & Science*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

KILMANN, Peter R; AUERBACH, Roy. Treatment of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence: A Critical Review of the Literature. *Archives of Sexual Behavior*, v. 8, n. 1, p.81-100, 1979.

KRANE, R.; GOLDSTEIN, I.; SAENZ DE TEJADA, I. Impotence. *The New England Journal of Medicine*, v. 321, n. 24, p.1.648-1.659, 1989.

KRIEGER, N. et al. Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 59, n. 9, p.740–748, 2005.

LAKOFF, Andrew. High Contact: Gifts and Surveillance in Argentina. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur. (Eds.) *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets and Practices*. Durham and London: Duke University Press, 2006, p.111-135.

_____. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

_____. The Right Patients for the Drug: Managing the Placebo Effect in Antidepressant Trials. *Biosocieties*, v. 2, n. 1, p.57-71, 2007.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo, 2001.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LAW, John. Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity. *Systems Practice*, v. 5, n. 4, p.379-393, 1992.

LEIF, H. What's new in the sex research? Inhibited sexual desire. *Med. Aspects Human Sex*, v. 11, p.94-95, 1977.

LEWIN, Ellen; LEAP, Willian. *Out in the Field: Reflections of lesbian and gay anthropologists*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press, 1996.

LOE, Meika. Fixing Broken Masculinity: Viagra as a Technology for the Production of Gender and Sexuality. *Sexuality & Culture*, v. 5, n. 3, p.97-125, 2001.

LOWY, Ilana; GAUDILLIÈRE, Jean-Paul. Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, v. 25, p.48-65, 2006.

LUPTON, Deborah. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE, 2003.

_____. Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective. *Health, Risk & Society*, v. 15, n. 8, p.634–647, 2013.

LYKKE, Nina. Feminist Cultural Studies of Technoscience: Portrait of an implosion. In: SMELIK, Anneke; LYKKE, Nina. (Eds.) *Bits of Life: Feminism at the Intersections of Media, Bioscience, and Technology*. Seattle, London: University of Washington Press, 2008, p.3-15.

_____. Introduction. In: LYKKE, Nina; BRAIDOTTI, Rosi (Eds.) *Between Monsters, Goddesses & Cyborgs: Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace*. London: Zed Books, 1996.

MANICA, Daniela. *Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória*. 2009. 318 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

_____. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p.197-226, 2011.

MARIANO, Miriam. *A construção da Síndrome Pré-Menstrual*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social, 2012.

MARSHALL, Barbara. Climateric Redux?: (Re)medicalizing the Male Menopause. *Men and Masculinities*, v. 9, n. 4, p.509-529, 2007.

_____. The Graying of “Sexual Health”: A Critical Research Agenda. *Canadian Review of Sociology*, v. 48, n. 4, p.390-413, 2011.

_____. *The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function*. *Sexualities*, v.9, n.3, p.345-362, 2006.

MARSHALL, Barbara. Science, medicine and virility surveillance: ‘sexy senior’ in the pharmaceutical imagination. *Sociology of Health & Illness*, v. 32, n. 2, p.211-244, 2010.

_____; KATZ, Stephen. Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body. *Body and Society*, v. 8, n. 43, p.43-70, 2002.

_____; _____. The Embodied Life Course: Post-ageism or the Renaturalization of Gender? *Societies*, v. 2, p.222-234, 2012.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MASTERS, William. Endocrine Therapy in the Aging Individual. *Obstetrics and Gynecology*, v. 8, p.61-67, 1956.

_____. Long Range Sex Steroid Replacement: Target Organ Regeneration. *Journal of Gerontology*, v. 8, p.33-39, 1953.

_____. Sex Steroid Influence in the Aging Process. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 74, p.733-46, 1957.

_____; BALLEW, John. The Third Sex. *Geriatrics*, v. 10, n. 1, p.1-4, 1955.

McCREA, Frances. The Politics of Menopause: The “Discovery” of a Deficiency Disease. *Social Problems*, v. 31, n. 1, p.111-123, 1983.

McEWEN, B. Gonadal hormone receptors in the developing and adult brain: Relationship to the regulatory phenotype. In: ELDERDOR, F; GLUCKMAN, P; PARVIZI, N. (Eds.) *Fetal neuroendocrinology*. Ithaca, NY: Perinatology, 1984, p.149-159.

_____. Sex differences in the brain: What are they and how do they arise? In: NOTMAN, M; NADELSON, C. (Eds.) *Women and men: New perspectives on gender differences*. Washington, DC: American Psychiatric, 1991, p.35-41.

MICHAELS, David. *Doubt Is Their Product: How Industry’s Assault on Science Threatens Your Health*. New York: Oxford University Press, 2008.

MIGUELOTE, Vera; CAMARGO JR. Kenneth. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p.190-196, 2010.

MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, London: Duke University Press, 2002.

MONTGOMERY, Malcolm. A testosterona e o desejo da mulher: O hormônio conhecidamente masculino é estimulador da libido feminina e faz sucesso na reposição hormonal por meio de implantes intradérmicos. *ISTO É Gente*, s/p, 2003. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoegente/204/saude/>> Acesso em maio/2016.

MORAES, Danielle; CASTIEL, Luis; RIBEIRO, Ana Paula. “Não” para jovens bombados, “sim” para velhos empinados: o discurso sobre anabolizantes e saúde em artigos da área biomédica. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p.1131-1140, 2015.

MOYNIHAN, Ray. Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. *British Medical Journal*, v. 324, n. 7342, p.923, 2002.

MOYNIHAN, Ray. FDA panel rejects testosterone patch for women on safety grounds. *British Medical Journal*, v. 329, n. 7479, p.1363, 2004.

_____. Kissing goodbye to key opinion leaders. *Medical Journal of Australia*, v. 196, n. 11, p.671, 2012.

_____. The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, v. 326, n. 4, p.45-47, 2003.

_____; CASSELS, Alan. *Selling Sickness*. New York: Nation Books, 2005.

_____; MINTZES, Barbara. *Sex, Lies and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction*. Vancouver: Greystone Books, 2010.

NOTELOVITZ, Morris. Why individualizing hormone therapy is critical: Putting the results of the WHI trial into perspective. *Medscape Women's Health eJournal*, v. 7, n. 4, 2002.

NUCCI, Marina. *Hormônios pré-natais e a ideia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social, 2010.

_____. “Não chore, pesquise!”: Reflexões sobre sexo, gênero e ciência a partir do neurofeminismo. 2015. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OLDANI, Michael. Beyond the naive ‘no-see’: ethical prescribing and the drive for pharmaceutical transparency. *PM&R*, v. 1, p.82-86, 2009.

_____. Tales from the “Script”: An Insider/ Outsider View of Pharmaceutical Sales Practices. *Kroeber Anthropological Society Papers*, v. 87, p.147-176, 2002.

_____. Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices. *Medical Anthropology Quarterly*, v.18, n.3, p.325-356, 2004.

OSBORNE, Vicki; HAZELL, Lorna; LAYTON, Deborah; SHAKIR, Saad. Drug Utilization of Intrinsic® (Testosterone patch) in England: Interim analysis of a Prescription-Event Monitoring Study to Support Risk Management. *Drug Safety*, v. 33, n. 3, p.213-221, 2010.

OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: An archeology of sex hormones*. London and New York: Routledge, 1994.

_____. The Decline of the One-Size-Fits-All Paradigm, or, How Reproductive Scientists Try to Cope with Postmodernity. In: LYKKE, Nina; BRAIDOTTI, Rosi (Eds.) *Between Monsters, Goddesses & Cyborgs: Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace*. London: Zed Books, 1996.

PERSKY, H.; DREISBACH, L.; MILLER, W. R.; O'BRIEN, C. P.; KHAN, M. A.; LIEF, H. I.; CHARNEY, N. and STRAUSS, D. The relation of plasma androgen levels to sexual behaviors and attitudes of women. *Psychosom. Med.*, v. 44, p.305-319, 1982.

PETRYNA, Adriana. Globalizing Human Subjects Research. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur. (Eds.) *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets and Practices*. Durham and London: Duke University Press, 2006, p.33-60.

POTTS, Annie. *The Science/Fiction of Sex: Feminist Deconstruction and the Vocabularies of Heterosex*. New York: Routledge, 2002.

PRATT, Mary Louise. Fieldwork in Common Places. In: CLIFFORD, James; MARCUS, George (Orgs.) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. London: University of California Press, 1986, p.27-50.

PRECIADO, Beatriz. *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Fórum, 2008.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 24, p.27-57, 2006.

RAVELLI, Quentin. *La stratégie de la bactérie: Biographie sociale d'une marchandise médicali*. Tese (Doutorado em Sociologia). Université de Paris Ouest, 2012.

RISKA, Elianne. Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories. In: CLARKE, Adele; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer; SHIM, Janet K (Eds.) *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US* Durham & London: Duke University Press, 2010, p.147-150.

ROBERTS, Celia. *Messengers of Sex: Hormones, biomedicine and feminism*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

ROBINSON, Paul. *The modernization of sex*. Nova York: Harper & Row, 1977.

ROHDEN, Fabiola. A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. *Revista de Antropologia (USP.Impresso)*, v. 57, p.173-214, 2014.

_____. *Uma ciência da diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. A criação da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade e envelhecimento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v.2, p.196-219, 2012b.

_____. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p.161-196, 2011.

_____. Império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciência, Saúde – Magalhães*, v. 15, supl., p.133-152, 2008.

_____. Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza? In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabiola; MACHADO, Paula Sandrine (Orgs.) *Ciências da vida: Antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012a, p.229-251.

_____. La production d’articulations et de mouvements pour la santé des hommes au Brésil: la sexualité comme porte d’entrée. *Vibrant* (Florianópolis), v. 12, p.231-159, 2015.

_____; RUSSO, Jane. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p.722-729, 2011.

ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007.

ROSENBERG, Charles. Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 49, n. 3, p.407-424, 2006.

_____. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, v. 80, n. 2, p.237-260, 2002.

RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na psiquiatria contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sergio. (Orgs.) *Sexualidades e saberes: Convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p.95-114.

_____. A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latino-americana*, n. 14, p.172-194, 2013.

_____; ROHDEN, Fabiola; TORRES, Igor; FARO, Livi; NUCCI, Marina; GIAMI, Alain. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. (Coleção Documentos; 8)

_____; VENANCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, v. IX, p.460-483, 2006.

SALAZAR, Ximena; CÁCERES, Carlos. Itineraries of Sexology in Peru. *International Journal of Sexual Health*, v. 25, n.1, p.47-58, 2013.

SANABRIA, Emilia. From Sub – to Super- Citizenship: Sex Hormones and the Body Politics in Brazil. *Ethnos*, v. 75, n.4, p.1-25, 2010.

_____. *Plastic Bodies: Sex Hormones and Menstrual Suppression in Brazil*. Durham: Duke University Press, 2016.

_____. “The Same Thing in a Different Box”: Similarity and Difference in Pharmaceutical Sex Hormone Consumption and Marketing. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 28, n. 4, p.537–555, 2014.

SARDENBERG, Cecilia. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? In: COSTA, Ana; SARDENBERG, Cecilia. *Feminismo, ciência e tecnologia*. Salvador: Redor/Neim-FFCH/Ufba, 2002, p.89-120.

SCHIEBINGER, Londa. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, R.; TEICH, N. (Orgs.) *Conhecimento sexual, ciência sexual*. São Paulo: Unesp, 1998, p.219-246.

_____. *Nature's Body: Gender in the making of modern science*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2004.

_____. Skeletons in the Closet: The first illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy. *Representations*, n. 14, p.42-82, 1986.

SCHNITTKER, Jason. Mirage of Health in the Era of Biomedicalization: Evaluating Change in the Threshold of Illness, 1972-1996. *Social Forces*, v. 87, n. 4, p.2155-82, 2009.

SCHWARTZ, Peter. Risk and Disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 51, n.3, p.320-334, 2008.

SCOTT, Susie. The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociol Health Illn*, v. 28, n. 2, p.133-53, 2006.

SCULL, Andrew; FAVREAU, Diane. The Clitoridectomy Craze. *Social Research*, v. 53, n. 2, p.243-260, 1986.

SEAMAN, Barbara. The History of Hormone Replacement Therapy: A Timeline. In: KLEINMAN, Daniel; KINCHY, Abby; HANDELSMAN, Jo. *Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London: The University Wisconsin Press, 2005, p.219-235.

SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Revista Estudos Feministas*, v.18, n.1, p.221-239, 2010.

SENNA, Regina. *Passagens de idade: Uma análise antropológica sobre as articulações entre o saber biomédico e o saber leigo no discurso de mulheres de camadas médias*. 184f. Tese de Doutorado (Saúde Coletiva). PPGSC do Instituto de Medicina Social Uerj. Rio de Janeiro, 2009.

SHERWIN, B. Changes in sexual behavior as a function of plasma sex steroid levels in post-menopausal women. *Maturitas*, v.7, n.3, p.225, 1985.

_____; GELFAND, M. Sex steroids and affect in the surgical menopause: A double-blind, cross-over study. *Psychoneuroendocrinology*, v. 10, n. 3, p.325-335, 1985.

SHIFREN, Jan; BRAUNSTEIN, Glenn; SIMON, James; CASSON, Peter; BUSTER, John; REDMOND, Geoffrey. Transdermal Testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *New Engl J Med*, v. 343, p.682-688, 2000.

SHIFREN, Jan; DAVIS, Susan; MOREAU, Michele; WALDBAUM, Arthur; BOUCHARD, Celine; DeROGATIS, Leonard; DERZKO, Christine; BEARNSON, P.; KAKOS, N.; O'NEILL, S.; LEVINE, S.; WEKSELMAN, K.; BUCH, A.; RODENBERG, C.; KROLL, R. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the Intimate NM1 Study. *Menopause*, v. 13, n. 5, p.770-9, 2006.

SIMES, Stephen; SNABES, Michael. Reaction to the recent publication by Rosemary Basson entitled 'Testosterone therapy for reduced libido in women'. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, v. 2, n. 2, p.95-96, 2011.

SISMONDO, Sergio. Ghosts in the Machine: Publication Planning in the Medical Sciences. *Social Studies of Science*, v. 39, n. 2, p.171-198, 2009.

SMITH, Richard. Medical Journals are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 5, 2005.

SOBRAC. VIII Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa: Programa Oficial. São Paulo, 2014.

SOBRAGE. *Milhares de mulheres morrem prematuramente*. Edição especial, outubro, 2013.

SOGESP. *Caderno de comercialização*, s/d Disponível em: <http://dv.sogesp.com.br/congresso/2015/caderno/files/assets/common/downloads_96eda3a1/files/caderno-comercializacao-2015.pdf>. Acesso em maio/2016.

SOGESP. *O Evento: Resultado da edição*. Disponível em: <<http://www.sogesp.com.br/congresso/2015/o-evento/resultado-da-edicao-2014>>. Acesso em maio/2016.

SPARK, Richard F.; WHITE, Robert A.; CONNOLLY, Peter B. Impotent is Not Always Psychogenic: Newer insights into hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction. *Journal of the American Medical Association*, v. 243, p.750-755, 1980.

SPURGAS, Alyson. Interest, Arousal, and Shifting Diagnoses of Female Sexual Dysfunction, or: How Women Learn About Desire. *Studies in Gender and Sexuality*, v. 14, n. 13, p.187–205, 2013.

_____. Low desire, trauma and femininity in the DSM-5: a case for sequelae. *Psychology & Sexuality*, v. 7, n. 1, p.48-67, 2015.

STULTS, Cheryl; CONRAD, Peter. Medicalization and risk scares: the case of menopause and HRT. In: LIGHT, Donald (Ed.) *The risks of prescription drugs*. New York: Columbia University Press, 2010, p.120-142.

TEVA. Folheto Simpósio TEVA: Terapia Reposição Hormonal: Uma discussão clínica sempre atual. s/d.

THIAGO, Cristiane. *Hormônios, masculinidade e velhice: um estudo de sites de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – PPGSC, Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, 2012.

THOMPSON, Dennis. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med*, 347, p.573-576, 1993.

TIEFER, Leonore. The “Consensus” Conference on Female Sexual Dysfunction: Conflicts of Interests and Hidden Agendas. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 27, n. 2, p.227-236, 2001.

_____. Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. *Archives of Sexual Behavior*, v.34, n.1, p.49-51, 2005.

_____. Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 4, p.436–440, 2006a.

_____. Sexology and the pharmaceutical industry: The threat of co-optation. *Journal of Sex Research*, v. 37, n. 3, p.273-283, 2000.

_____. The Viagra Phenomenon. *Sexualities*, v. 9, n. 3, p.273-294, 2006b.

TIMMERMANS, Stefan. The Joy of Science: Finding Success in a “Failed” Randomized Clinical Trial. *Science, Technology, & Human Values*, v. 36, n. 4, p.549-572, 2011.

TRAMONTANO, Lucas. “Continue a nadar”: sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade. 126f. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – PPGSC do Instituto de Medicina Social Uerj. Rio de Janeiro, 2012.

VALADARES, Ana Lucia. *Sexualidade em mulheres de 40 a 65 anos: estudo de base populacional*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Unicamp, Campinas, 2007.

Van ANDERS, Sari; STEIGER, Jeffrey; GOLDEY, Katherine. Effects of gendered behavior on testosterone in women and men. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 112, n. 54, p.13805-10, 2015.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VIEIRA, José; NAKAMURA, Odete; FERRER, Claudia; TACHIBANA, Teresinha; ENDO, Maria Helena; CARVALHO, Valdemir. Importância da metodologia na dosagem de testosterona sérica: Comparação entre um imunoenensaio direto e um método fundamentado em cromatografia líquida de alta performance e espectrometria de massa em Tandem (HPLC/MS-MS). *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 52, n. 6, p.1050-1055, 2008.

VILHELMSSON, Andreas; DAVIS, Courtney; MULINARI, Shai. Pharmaceutical Industry Off-label Promotion and Self-regulation: A Document Analysis of Off-label Promotion Rulings by the United Kingdom Prescription Medicines Code of Practice Authority 2003–2012. *PLoS Med*, v. 13, n. 1, E1001945, 2016.

VILLIERS, Tobias; GASS, M.; HAINES, C. J.; HALL, Janet; LOBO, R. A.; PIERROZ; Dominique; REES, M. Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. *Climacteric*, v. 16, p.203-204, 2013.

WASSTHEIL-SMOLLER, Sylvia. Postmenopausal Hormones: An Overview. In: KLEINMAN, Daniel; KINCHY, Abby; HANDELSMAN, Jo. *Controversies in Science & Technology: From maize to menopause*. London: The University Wisconsin Press, 2005, p.181-197.

WATKINS, Elizabeth. *The Estrogen Elixir: A History of Hormone Replacement Therapy in America*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

WAXENBERG, S.E.; DRELLICH, M.G.; SUTHERLAND, A. M. The role of hormones in human behavior. I. Changes in female sexuality after adrenalectomy. *J Clin Endocrinol Metab*, v.19, p.193-202, 1959.

WAZANA, Ashley. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *Journal of the American Medical Association*, v. 283, n. 3, p.373-380, 2000.

WIERMAN, Margaret; ARLT, Wiebke; BASSON, Rosemary; DAVIS, Susan; MILLER, Karen; MURAD, Mohammad; ROSNER, William; SANTORO, Nanette. Androgen Therapy in Women: A Reappraisal: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, v. 99, n. 10, p.3489-3510, 2014.

_____; BASSON, Rosemary; DAVIS, Susan; KHOSLA, Sundeep; MILLER, Karen; ROSNER, William; SANTORO, Nanette. Androgen Therapy in Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Endocrinology & Metabolism*, v. 91, n. 10, p.3697-3710, 2006.

WIJNGAARD, Marianne van den. *Reinventing the Sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington Indianapolis: Indiana University Press, 1997.

WILLIAMS, Simon; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, v. 33, n. 5, p.710-725, 2011.

WILSON, Robert. The obsolete menopause. *Connecticut Medicine*, n. 27, p.735, 1963.

WOLPE, Paul. Treatment, enhancement, and the ethics of neurotherapeutics. *Brain and Cognition*, v. 50, p.387-395, 2002.

WOOLGAR, Steve. Configuring the User: The Case of Usability Trials. In: LAW, John. (Ed.) *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*, London, New York: Routledge, 1991.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JR., Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p.1859-1868. 2014.

APÊNDICE A – Comunicações orais observadas nos congressos biomédicos

Comunicações orais do eixo terapias de reposição hormonal e climatério – Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia		
Febrasgo	Curso ginecologia endócrina	Estrogênios e risco de câncer de mama: Mito ou realidade?
		Androgênios: Quando e como usar
		Progestagênios e risco de câncer de mama
		Tensão pré-menstrual e dismenorréia: Diagnóstico, quando e como tratar
	Simpósio Teva	Terapêutica oral VS transdérmica
		Abordagem do tratamento da atrofia vaginal
	Conferência	Uma década após o <i>WHI</i> : O que mudou? O que vai mudar?
	Curso pré-congresso climatério	Propedêutica básica: quais exames pedir
		Hábitos de vida: nutrição e atividade física
		TH: esquemas doses e vias de administração
		TH: Abordagem dos efeitos não desejados
	Mesa redonda climatério:	Dieta e medidas comportamentais

	medidas práticas	Como tratar os sintomas
		Terapêutica androgênica: quando?
	Conferência ginecologia endócrina	Esteróides sexuais e cognição na pós menopausa

Comunicações orais do eixo terapias de reposição hormonal e climatério – Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa

Sobrac	Conferência internacional 1	Estado da Arte da TH
	Sessão interativa 1	TH da pós-menopausa I
	Top temas 5 – Quando e como?	Estrogênios vaginais
		Androgenioterapia na pós-menopausa
		Suplementação Com a vitamina D
	Top temas 4 – TH da pós-menopausa	Quanto tempo dura a janela de oportunidade para iniciar a TH?
		Como escolher o progestagênio?
		Efeito da terapêutica hormonal na saúde mental
	Mesa redonda climatério	Quais exames devem ser feitos rotineiramente na mulher climatérica?
		A terapêutica hormonal na insuficiência ovariana prematura deve ser diferente?

		Insuficiência ovariana prematura: como investigar?
	Top temas 1 – Anticoncepcao acima 40	Como diagnosticar a menopausa em usuárias de métodos anticoncepcionais hormonais?
		Os métodos hormonais combinados estão contraindicados a partir dos 40 anos de idade?
		Quais os efeitos dos métodos anticoncepcionais hormonais na massa óssea e sua relevância?
	Conferência	“Highlights” do último Congresso Mundial de Menopausa
Comunicações orais do eixo terapias de reposição hormonal e climatério – Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia		
Sogesp		TH diminui risco de CV? Contra
		TH diminui risco de CV? Comentador
	Debate informal	TH da pós-menopausa – Debatedor1
		TH da pós-menopausa – Debatedor2
		TH da pós-menopausa – Debatedor3
	Top tema – TH da pós-menopausa	Indicações e contraindicações
		Quando iniciar e quando interromper?
		Regimes Terapêuticos
		Tratamento da atrofia genital

		Terapia Androgênica
Curso pré-congresso climatério		Insuficiência ovariana prematura – causas e consequências
		Impacto da TH no risco cardiovascular
		Como rastrear o câncer ginecológico após a menopausa?
		Qual o real impacto da TH no risco de cânceres de mama e de outros cânceres?
		Quais as contra-indicações e por quanto tempo manter a TH da pós-menopausa?
		Quais as contra-indicações para a TH na pós-menopausa?
		Atrofia vulvo-vaginal: tratamentos e segurança.
		Terapia androgênica: indicações e esquemas terapêuticos
Climatério no consultório		Sexualidade no climatério
Comunicações orais do eixo sexualidade – Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia		
Febrasgo	Curso pré-congresso sexologia	Anamnese da queixa sexual, condução e finalidade
		Recursos diagnósticos em sexualidade feminina
		Entendendo a sexualidade feminina e o ciclo da resposta sexual da mulher
		Terapia comportamental cognitiva quando e como aplicar?

		Atualizações farmacológicas nas disfunções sexuais
		Sexualidade na infância e adolescência: como e quando orientar?
		Sexualidade na gravidez e puerpério: o que modifica?
		Sexualidade no climatério: é preciso medicalizar?
	Mesa Redonda Sexologia	Perineoplastia, quando a indicação é uma tentativa de solução
		Cirurgia cosmética sexual: crendice ou solução?
	Conferência Sexologia	Fantasia sexual e sua contribuição a [sic] sexualidade feminina
	Top temas – As disfunções sexuais femininas	A epidemiologia das disfunções sexuais femininas
		O desejo sexual hipotativo e suas repercussões sobre a vida do casal
		O orgasmo e a anorgasmia: verdades e mentiras
		Dispareunia e vaginismo Qual a diferença e como fazer o diagnóstico?
		Tratamentos convencionais e não convencionais em terapia sexual
Comunicações orais do eixo sexualidade – Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia – Cont.		
Febrasgo	Simpósio Bayer	Sexualidade e contracepção
	Novas evidências científicas:	Disfunção sexual feminina: Resultados do estudo STABLE

	Desafiando paradigmas em contraceptivos orais combinados	Aderência ao tratamento e impactos na eficácia
	Mesa redonda sexualidade no climatério	Influências psicossociais sobre a sexualidade da mulher no climatério
		Tratamento androgênico e a sexualidade da mulher climatérica
		Terapia sexual e as técnicas comportamentais cognitivas
		Habituação em relações de longa data, como abordar e propor mudanças

Comunicações orais do eixo sexualidade – Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa

Sobrac	Mesa redonda sexualidade no climatério	É possível tratar a depressão sem prejudicar a função sexual?
		Como tratar a hipoatividade do desejo sexual?
		Abordagem inicial das queixas de disfunção sexual
	Conferência 5	Sexualidade após a menopausa

Comunicações orais do eixo sexualidade – Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia

Sogesp	Top tema 45 – Tratamento dos transtornos sexuais	Diminuição e perda do desejo sexual
		Falta de prazer sexual
		Vaginismo
		Dispareunia não orgânica
		No envelhecimento
		Resenha do coordenador

APÊNDICE B – Comunicações orais específicas do eixo sexualidade

1. Atualizações farmacológicas nas disfunções sexuais
G.L., Congresso Febrasgo).
2. Sexualidade no climatério: é preciso medicalizar?
T.L., Congresso Febrasgo.
3. O desejo sexual hipoativo e suas repercussões sobre a vida do casal
R.C., Congresso Febrasgo.
4. Entendendo a sexualidade feminina e o ciclo da resposta sexual da mulher
E.P., Congresso Febrasgo.
5. Fantasias sexuais e sua contribuição a [sic] sexualidade feminina
E.P., Congresso Febrasgo.
6. Como tratar a hipoatividade do desejo sexual?
C.A., Congresso Sobrac.
7. Diminuição e perda do desejo sexual
G.L., Congresso Sogesp.
8. Falta de prazer sexual
C.A., Congresso Sogesp.
9. Abordagem inicial das queixas de disfunção sexual
E.P., Congresso Sobrac.

APÊNDICE C – Comunicações orais específicas do eixo climatério/TRH

1. Androgênios: Quando e como usar?
R.M., Congresso Febrasgo.

2. Terapêutica androgênica: Quando?
K.P., Congresso Febrasgo.

3. Androgenioterapia na pós-menopausa
N.R.M., Congresso Sobrac.

4. Terapia Androgênica
N.R.M., Congresso Sogesp.

5. Terapia androgênica: indicações e esquemas terapêuticos
N.R.M., Congresso Sogesp.

6. Sexualidade no climatério
L.A.L., Congresso Sogesp.

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com prescritores de testosterona

1) Perfil sociodemográfico:

Naturalidade:

Educação:

Escolaridade da Mãe/Escolaridade do Pai:

Irmãos? Escolaridade:

Estado civil: (escolaridade da parceria)

Residência atual:

Religião de criação: (é praticante? Qual a importância da religião na sua vida?)

Idade:

2) Formação

- Graduação (Universidade; ano de conclusão)
- Residência (Universidade, ano de conclusão)
- Especialização, Mestrado ou Doutorado (Universidade, ano de conclusão)
- Outros cursos relevantes (Modalidade do curso, instituição)

3) Atividade profissional

- Início da atuação na área (Época, tipo de serviço)
- Áreas de atuação clínica (consultório, clínica, hospital, serviços públicos ou privados?)
- Clínica (preço da consulta, perfil da clientela, caso atue nas redes privada e pública, vê diferenças entre as usuárias?)
- Vínculos associativos

4) Terapias hormonais

- Que tipos de terapias hormonais prescreve?
- Prescreve hormônios para menopausa? Por quê? (investigar como a questão do risco surge)
- Prescreve testosterona para mulheres? Para quais indicações? A partir de que queixas?
Como faz a prescrição? (quantidade, via de administração, acesso à medicação, tempo de tratamento)
- Quais os principais efeitos colaterais relatados pelas pacientes?
- Quais os riscos da terapia com testosterona para mulheres?
- Qual a faixa etária das mulheres que fazem uso da testosterona?
- Sempre fez prescrições de testosterona?
- As clientes pedem a prescrição de testosterona?
- Diante da prescrição de testosterona, há ansiedade das mulheres em relação à possibilidade de ‘masculinização’?
- Há controvérsias sobre o uso da testosterona em mulheres?

5) Sexualidade

- Como questões relativas à sexualidade surgem nas consultas?
- Quais os tratamentos disponíveis para mulheres com problemas sexuais? (identificar o que percebe como problema)
- Mulheres que tomam androgênios relatam que tipo de modificações na esfera da sexualidade?
- O que entende por libido? E por desejo?
- Na sua opinião, quais os fatores que interferem na sexualidade?
- Como vê a relação entre sexualidade e saúde?

- Como vê a relação entre hormônios e sexualidade? Qual o papel da testosterona na sexualidade?

6) Acesso à informação

- Como obteve informações acerca do uso da testosterona para mulheres? (cursos de formação médica continuada, congressos, artigos?)

- Os representantes farmacêuticos fazem propaganda da testosterona para mulheres?

7) Poderia colaborar com a pesquisa entregando uma carta-convite para suas pacientes que fazem uso de testosterona para que elas possam me conceder uma entrevista?

8) Finalização: Há mais alguma coisa que queira dizer?

Agradecimento.

APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas breves realizadas no Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, 2014

Prescreve testosterona?

Idade:

Sexo/gênero:

Atua na rede pública?

Atua na rede privada?

Prescreve testosterona na rede privada e na pública?

Para quais indicações prescreve a testosterona?

Qual produto prescreve? (oral, transdérmico, implante subcutâneo, etc.)

Prescreve para pacientes jovens?

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Testosterona e aprimoramento da sexualidade em mulheres”, conduzida por Livi Ferreira Testoni de Faro, doutoranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo primário da pesquisa consiste em investigar as práticas de prescrição e consumo de medicamentos com hormônios androgênicos (especificamente a testosterona) em mulheres, no Brasil, em suas articulações com o tratamento da sexualidade feminina. O foco da investigação concentra-se na análise das representações, práticas e controvérsias envolvidas no consumo e prescrição de testosterona para o tratamento da sexualidade de mulheres.

Você foi selecionado(a) por ser um(a) médico(a) que já prescreveu hormônios androgênicos para mulheres e/ou por ter participado de mesa, palestra ou apresentação de trabalho sobre esse tema em um congresso biomédico. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará nenhum prejuízo.

Sua participação neste estudo (não remunerada) consistirá em fornecer uma entrevista à Livi Ferreira Testoni de Faro (pesquisadora responsável) e não lhe implicará nenhum tipo de gasto. Você poderá escolher o local e a data para a realização da entrevista. A duração prevista da entrevista é de cerca de uma hora e será conduzida por apenas uma pessoa (pesquisadora responsável). A entrevista será gravada em áudio mediante sua autorização. O roteiro da entrevista inclui perguntas acerca de sua formação médica, atuação profissional e sobre sua prática clínica. A entrevista inclui ainda questões sobre as terapias hormonais e seus efeitos sobre a sexualidade.

Os riscos aos quais os sujeitos de pesquisa estão expostos ao participarem de qualquer pesquisa devem ser explicitados antes do seu ingresso no estudo. Na presente pesquisa, a exposição dos resultados da pesquisa com opiniões emitidas por você durante a entrevista pode trazer constrangimentos não passíveis de serem previstos inicialmente. Como forma de evitar tais constrangimentos, será garantido o anonimato de todos os informantes da pesquisa. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão

confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Serão alteradas as informações específicas que possam vir a identificar os/as participantes.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada e sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Os resultados da pesquisa destinam-se à produção e à divulgação científica. Acreditamos que este trabalho trará benefícios para compreensão do uso de hormônios em mulheres, contribuindo para debates e produção de conhecimento sobre a saúde da mulher.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e, a outra, da pesquisadora responsável / coordenadora da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Livi Ferreira Testoni de Faro, doutoranda do Instituto de Medicina Social da UERJ. Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 6.017-E, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900. Telefone (21) 2334-0235, ramal 143 (institucional) / (21) 99405-0642 (pessoal). E-mail: livifaro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE G – Perfil dos prescritores entrevistados

1. **Dra. Mariana, 39 anos, branca, atua em Vitória da Conquista (BA)** atua como ginecologista e psiquiatra. Atende nas redes privada (tem uma clínica particular) e pública (ambulatório de ginecologia). Manejo farmacológico da libido inclui uso de ansiolíticos, reposição hormonal estrogênica ou com tibolona e, “se não resolve”, acrescenta a testosterona. Prescreve testosterona para mulheres jovens e mais velhas.
2. **Dr. Alfredo, 57 anos, branco, ginecologista e obstetra, atua em Pernambuco.** Sempre trabalhou nos setores público e privado. Atende em consultório e no setor de climatério de um hospital público de Pernambuco. Não prescreve para jovens. Não usa tibolona visando melhora da libido. Prescrevia metiltestosterona no passado (“conforme os ditames da época”), depois passou para a transdérmica.
3. **Dr. Gastão, 53 anos, branco, ginecologista e obstetra, atua em Belo Horizonte.** Atende somente em clínica particular, define o perfil de sua clientela como de classes A e B, foco nas áreas de ginecologia endócrina e infertilidade. Não indica para jovens. Prescreve o creme de testosterona. Refere-se à testosterona injetável Estandron P, um composto com estradiol e testosterona que saiu do mercado em 2011.
4. **Dra. Bárbara, 47 anos, ginecologista e obstetra,** atua em Salvador, Bahia. Tem consultório particular e trabalha no SUS em um setor administrativo. Trabalhou 12 anos na clínica do Elsimar Coutinho. Prescreve transdérmico, implantes hormonais e injetável em casos muito pontuais. Fala de diversos esquemas de prescrição e menciona o uso da Gestriona, hormônio que seria mais forte que a testosterona, utilizado para melhorar libido e para ganho de massa muscular.
5. **Dra. Raquel, 60 anos, branca, ginecologista e obstetra. Atua no Rio de**

Janeiro. Atende em consultório, por plano de saúde. Classifica o perfil da sua clientela como de classe média. É aposentada pela rede pública. Prescreve testosterona transdérmica há pouco tempo. Diz ter pouquíssimas pacientes em uso de testosterona, não receita para jovens.

6. **Dr. Severino, 67 anos, branco, atua em Diadema.** Residência médica em São Paulo, em cirurgia geral. Diz que já “tinha uma base de ginecologia e obstetrícia”, adquirida em uma maternidade, e que exerce atualmente cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Não fica claro se ele possui o título de especialista. Não atua mais no setor público. Tem consultório próprio, caracteriza sua clientela como sendo composta por ‘mulheres pobres’. Não prescreve para jovens.

7. **Dra. Margarida, 61 anos, branca, atua em Salvador.** Atende em consultório particular, aposentada pelo SUS. Define-se como uma ‘cria’ de Elsimar Coutinho. Prescreve testosterona transdérmica e implantes. Usuária de testosterona.